



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP TARİHİ ve ETİK ANABİLİM DALI

**BOYUN FITIĞI NEDENİYLE FİZİK TEDAVİ VE
REHABİLİTASYON HİZMETİ ALAN HASTALARIN
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETİK
YAKLAŞIMIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NURAN ÜNALER

DANIŞMAN
Doç. Dr. NURDAN KIRIMLIOĞLU

2020



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP TARİHİ ve ETİK ANABİLİM DALI**

**BOYUN FITİĞİ NEDENİYLE FİZİK TEDAVİ VE
REHABİLİTASYON HİZMETİ ALAN HASTALARIN
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETİK
YAKLAŞIMIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NURAN ÜNALER

**DANIŞMAN
Doç. Dr. NURDAN KIRIMLIOĞLU**

2020

KABUL VE ONAY SAYFASI

Nuran ÜNALER'in yüksek lisans tezi olarak hazırladığı "Boyun Fıtığı Nedeniyle Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmeti Alan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etik Yaklaşımın Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirerek "**KABUL**" edilmiştir

14/08/2020

Üye: Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL

Üye: Doç. Dr. Elif VATANOĞLU LUTZ

Üye: Doç. Dr. Nurdan KIRIMLIOĞLU (Danışman)

Üye: Doç. Dr. Nilüfer DEMİRSOY

Üye: Doç. Dr. Fatih ARTVINLİ

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun / / tarih ve / sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Selma METİNTAŞ
Enstitü Müdürü

ÖZET

BOYUN FITİĞİ NEDENİYLE FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON HİZMETİ ALAN HASTALARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETİK YAKLAŞIMIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Bu çalışma, boyun fitiği tanısıyla fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR) hizmeti alan hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları'na (SYBD) yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının etik yaklaşım açısından bilgilendirmeye ilişkin değerlendirmesi amacıyla yapılmıştır.

Kapsam: Çalışmanın evrenini Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi FTR bölümünde yatarak ya da ayaktan tedavi alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın Örneklemi 222 kişiden oluşmuştur.

Yöntem: Bu çalışma gözlemsel araştırmalardan tanımlayıcı, kesitsel ve çözümsel özellikte planlanarak ilgili kurumlardan yazılı izin alındıktan sonra Mayıs-Ekim 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Katılımcılara, çalışmanın amacına yönelik oluşturulan sosyo-demografik bilgilerin de yer aldığı literatür taranarak hazırlanan anket formu ile Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi, Ki-kare Bağımsızlık Testi ve Bağımsız Örneklem T Testi, Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların, hekim tarafından hastalık nedenleri hakkında bilgilendirilme oranı %75,7 iken bu bilgilendirme sonrası davranış değişikliği gerçekleştirenlerin oranı %83,9 olarak bulunmuştur. Katılımcıların, hekim tarafından hastalık risk faktörleri hakkında bilgilendirilme oranı %53,2 iken bu bilgilendirme sonrası davranış değişikliği gerçekleştirenlerin oranı %87,3 olarak bulunmuştur. Katılımcıların hastalıklarına ilişkin bilgilendirilmeleri ve bu bilgileri davranışlarına yansıtma oranları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Katılımcıların SYBD

konusunda sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilme oranları %34,7 iken bu bilgilendirmenin etkili olması %84,4 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %17,6'sı SYBD hakkında eğitim aldığını ifade etmiştir. SYBD hakkında eğitim almanın sağlıklı yaşam sürmede faydalı olacağına inandığını belirten katılımcıların oranı %77 olarak bulunmuştur. SYBDÖ II puan ortalaması 123.55±18.54 olup, ölçek alt boyutlarının puan ortalamalarının sağlık sorumluluğunda 20.37±4.17, fiziksel aktivitede 16.19±4.36, beslenmede 21.96±3.36, manevi gelişimde 23.57±4.06, kişilerarası ilişkilerde 23.16±3.93 ve stres yönetiminde 18.29±3.48 olduğu görölmektedir. Çalışmamızda, en yüksek puan ortalaması manevi gelişime, en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite alt boyutlarına aittir. Katılımcıların SYBD'na ilişkin düşünceleri ve SYBDÖ II alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Katılımcıların SYBDÖ II alt boyut puanları ile yaş, eğitim, meslek, gelir durumu ve yaşanılan yer arasında anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Katılımcıların hastalık risk faktörlerini bilme değişkenine göre SYBDÖ II skorları arasında anlamlı bir fark ($p<0.05$) bulunmuştur.

Sonuç: Katılımcıların kendilerine verilen bilgileri dikkate alıp, eylemlerinde gerçekleştirmeye çalıştıkları, SYBD hakkında bilgi edinmeye istekli ve davranış değişikliğine açık oldukları ve bu konuda eğitim almak istedikleri görölmektedir. Hastaları, hastalıkları ve SYBD hakkında sistematik olarak bilgilendirmek, sağlığı geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için etkili olabilir. Bunun için hastalıklara özđü hasta eğitim programları düzenlenip devamlılığı sağlanmalı ve eğitimin etkisini belirleyebilmek için ön test ve son test yapılarak değerlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Etik Yaklaşım, Bilgilendirme, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Boyun Fıtığı, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

SUMMARY

EVALUATION OF ETHICAL APPROACH TO HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS OF PATIENTS RECEIVING PHYSICAL THERAPY AND REHABILITATION DUE TO CERVICAL DISC HERNIATION

Aim: The aim of this study was to evaluate the relationship between being informed, and the knowledge, attitudes, and behaviors of the patients with the diagnosis of cervical disc herniation receiving physical therapy and rehabilitation (FTR) in terms of ethical approach regarding Healthy Lifestyle Behaviors (HLB).

Scope: The target population of the study was composed of patients who received inpatient or outpatient treatment in the FTR Department of Eskişehir Yunusemre State Hospital and accepted to participate in the research. The research sample consisted of 222 people.

Method: This study was planned as a descriptive cross-sectional study with analytical features among observational studies and was conducted between May and October 2019 after written permission was obtained from the relevant institutions. The participants answered a questionnaire, including sociodemographic characteristics, issued upon a literature review, and the Healthy Lifestyle Behaviors Scale-II (HLBS II) whose Turkish validity and reliability study was performed. Descriptive statistics, One-Way ANOVA Analysis, Chi-square Test of Independence Test, and Independent Samples T Test and Pearson Korelasyon Analysis were used to evaluate the data.

Results: While the participants' rate of being informed by the physician about the causes of the disease was 75.7%, the rate of those who demonstrated behavior changes after this information was found to be 83.9%. While the participants' rate of being informed by the physician about the risk factors of the disease was 53.2%, the rate of those who demonstrated behavior changes after this information was found to be 87.3%. There was a statistically significant relationship between participants' being informed about their diseases and

reflecting this information to their behaviors ($p < 0.05$). While participants' rate of being informed by healthcare professionals about HLB was 34.7%, the effectiveness of this information was found to be 84.4%. Of the participants, 17.6% stated that they received training on HLB. The rate of participants who stated their belief that receiving training about HLB will be beneficial for living a healthy life was found to be 77.00%. The mean HLBS II score was 123.55 ± 18.54 and the mean subscale scores were 20.37 ± 4.17 for health responsibility, 16.19 ± 4.36 for physical activity, 21.96 ± 3.36 for nutrition, 23.57 ± 4.06 for spiritual development, 23.16 ± 3.93 for interpersonal relationships and 18.29 ± 3.48 for stress management. In our study, the highest mean score belongs to spiritual development and the lowest score belongs to the physical activity subscales. There is a statistically significant difference between participants' thoughts on HLB and the subscales of HLBS II ($p < 0.05$). There is a significant difference between the participants' HLBS II subscale scores and age, education, occupation, income status and place of residence ($p < 0.05$). A significant difference ($p < 0.05$) was found between the HLBS II scores of the participants according to the variable of knowing the disease risk factors.

Conclusion: The participants are observed to take into account the information given to them, try to perform it in their actions, are eager to learn about HLB and open to behavioral change, and desire to receive training on this issue. Informing patients about their diseases and HLB systematically can be effective for improving health and advancing the quality of life. For this, patient training programs specific to diseases should be organized and maintained, and the effectiveness of training should be evaluated by performing pretest and posttest.

Keywords: Ethical Approach, Inform, Healthy Lifestyle Behaviors, Cervical Disc Herniation, Physical Therapy and Rehabilitation

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	ii
ÖZET.....	iii
SUMMARY.....	v
İÇİNDEKİLER	vii
TABLO DİZİNİ.....	xi
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Sağlık.....	6
2.1.1. Subjektif sağlık	8
2.1.2. Objektif sağlık	8
2.2. Sağlıkın Korunması.....	8
2.2.1. Sağlık birincil koruma	9
2.2.2. Sağlık ikincil koruma	9
2.2.3. Sağlık üçüncül koruma	9
2.2.4. Sağlık dördüncül koruma.....	9
2.3. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi.....	10
2.4. Sağlık Geliştirme Modelleri	11
2.4.1. Cox'un sağlık geliştirme modeli.....	12
2.4.2. Pender'in sağlık geliştirme modeli	14
2.5. Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları	16
2.5.1. Yaşam biçimi.....	16
2.5.2. Sağlık yaşam biçimi.....	17
2.5.3. Davranış	17
2.6. Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları Alt Boyutları.....	18
2.6.1. Sağlık sorumluluğu.....	18
2.6.2. Fiziksel aktivite.....	20
2.6.3. Beslenme	21
2.6.4. Manevi gelişim	23
2.6.5. Kişilerarası ilişkiler	24
2.6.6. Stres yönetimi	26
2.7. Boyun Fıtığı (Cervical Disc Herniation).....	27
2.7.1. Risk faktörleri	28
2.7.2. Tedavi yöntemleri	28

2.7.2.1. Konservatif tedavi.....	29
2.7.2.2. Cerrahi tedavi	29
2.7.2.3. Geleneksel tamamlayıcı tıp tedavileri.....	29
2.7.2.4. Fizik tedavi ve rehabilitasyon ajanları	30
2.7.2.5. Perkütan disk dekompresyonu	30
2.8. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon.....	30
2.8.1. Ortezler	32
2.8.2. Ultrason cihazı	32
2.8.3. Sıcak paketler	32
2.8.4. Soğuk paketler	33
2.8.5. Işık ve lazer tedavisi	33
2.8.6. Mikrodalga diatermi	33
2.8.7. Elektroterapi	34
2.8.8. Traksiyon.....	34
2.8.9. Parmak merdiveni	34
2.8.10. Omuz çarkı.....	34
2.8.11. Tilt-table.....	34
2.8.12. Duvar barı	34
2.8.13. Egzersiz bantları	35
2.8.14. Egzersiz tüpleri	35
2.8.15. Denge diski/tahtası	35
2.8.16. Kurşun ağırlık.....	35
2.8.17. Kum torbası.....	35
2.8.18. Egzersiz topları	35
2.8.19. El hamuru	36
2.8.20. Silikon el egzersiz aleti	36
2.8.21. Power web	36
2.8.22. Masaj	36
2.8.23. Manipülasyon.....	36
2.8.24. Akupunktur.....	36
2.8.25. Balneoterapi.....	37
2.8.26. İnjektasyon yöntemi.....	37
2.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etik Yaklaşım	38
2.9.1. Etik yaklaşım	38
2.9.2. Özerklik ve özerkliğe saygı ilkesi bağlamında hastaların bilgilendirilmesi	43

2.9.3. Aydınlatılmış onam.....	46
2.9.3.1. Aydınlatılmış onamın bileşenleri	48
2.9.3.2. Aydınlatmanın çeşitleri	49
2.9.4. Hastaların bilgilendirilmesi ve aydınlatılmış onam ile ilgili yasal düzenlemeler.....	50
2.9.5. Boyun fıtığı nedeniyle FTR hizmeti alan hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, bilgilendirme ve hasta eğitimi	55
2.10. Sağlık Okuryazarlığı	59
2.10.1. Sağlık okuryazarlığı tanımı ve etik olarak önemi.....	59
2.10.2. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler.....	62
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	64
3.1. Araştırmanın Amacı.....	64
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	64
3.3. Araştırmanın Tipi	65
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	65
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	65
3.6. Araştırmanın Uygulanması	65
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	65
3.8. Verilerin Toplanması	66
3.9. Veri Toplama Araçları.....	67
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	68
3.11. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	68
3.12. Araştırmanın Etik Yönü	69
4. BULGULAR	72
5. TARTIŞMA.....	100
5.1. Sosyo-Demografik Verilerin Tartışılması.....	100
5.2. Katılımcıların SYBDÖ II ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı Verilerin Tartışılması	103
5.3. Katılımcıların SYBDÖ II Genel ve Alt Boyut Puanları ile Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkiye Ait Verilerin Tartışılması	107
5.4. Katılımcıların Tanı Alma Zamanı ile SYBD Arasındaki İlişkiye Ait Verilerin Tartışılması	115
5.5. Katılımcıların SYBDÖ II Alt Boyut Puanlarının Hastalık Nedenini ve Risk Faktörlerini Bilme Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Verilerin Tartışılması	115

5.6. Katılımcıların Hastalıklarına İlişkin (risk faktörleri, tedavi şekli, tedavinin sonuçları vs.) Bilgilendirilmeleri ve Bu Bilgileri Davranışlarına Yansıtılmalarına Ait Verilerin Tartışılması	116
5.7. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Hakkında Bilgilendirilmeleri ve Bu Konuda Aldıkları Eğitim ile İlgili Verilerin Tartışılması.....	120
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	122
6.1. Sonuç	122
6.2. Öneriler	124
KAYNAKLAR DİZİNİ.....	125
7. EKLER DİZİNİ.....	154
Ek-1: Etik Kurul Onayı Sayfa-1	154
Ek-1: Etik Kurul Onayı Sayfa-2	155
Ek-1: Etik Kurul Onayı Sayfa-3	156
Ek-1: Etik Kurul Onayı Sayfa-4	157
Ek-2: Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü İzni Sayfa-1.....	158
Ek-2: Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü İzni Sayfa-2.....	159
Ek-2: Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü İzni Sayfa-3.....	160
Ek-2: Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü İzni Sayfa-4.....	161
Ek-3: Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi Hasta Bilgilendirme Onam Formu Sayfa-1.....	162
Ek-3: Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi Hasta Bilgilendirme Onam Formu Sayfa-2.....	163
Ek-3: Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi Hasta Bilgilendirme Onam Formu Sayfa-3.....	164
Ek-3: Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi Hasta Bilgilendirme Onam Formu Sayfa-4.....	165
Ek-4: Anket Soru Formu.....	166
Ek-5: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	171
8. ÖZGEÇMİŞ	173

TABLO DİZİNİ

Tablo 4-1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Bakımından Dağılımı	72
Tablo 4-2: SYBDÖ II ve Alt Boyutların Güvenilirlik Cronbach's Alpha Değerleri.....	73
Tablo 4-3: Katılımcıların SYBDÖ II Genel ve Ölçek Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri.....	73
Tablo 4-4: Katılımcıların SYBDÖ II İfadelerine İlişkin Katılım Düzeyi Dağılımları	74
Tablo 4-5: Katılımcıların SYBDÖ II Alt Boyutlarının Aralarındaki İlişki.....	76
Tablo 4-6: Katılımcıların SYBDÖ II Genel Ortalama Puanları İle Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki	78
Tablo 4-7: Katılımcıların SYBDÖ II Alt Boyut Puanları ile Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki.....	80
Tablo 4-8: Katılımcıların Boyun Fıtığı Tanısı Alma Zamanı Bakımından Dağılımı.....	82
Tablo 4-9: Katılımcıların SYBDÖ II Genel ve Alt Boyut Puanları İle Boyun Fıtığı Tanısı Alma Zamanı Arasındaki İlişki	83
Tablo 4-10: Katılımcıların Hastalık Nedenleri ve Risk Faktörlerini Bilme Durumları Bakımından Dağılımı.....	84
Tablo 4-11: Katılımcıların Hastalık Nedenlerini Bilme Durumu İle SYBDÖ II Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki.....	84
Tablo 4-12: Katılımcıların SYBDÖ II Alt Boyut Puanlarının Hastalık Risk Faktörlerini Bilme Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	85
Tablo 4-13: Katılımcıların Hastalıklarına İlişkin (risk faktörleri, tedavi şekli, tedavinin sonuçları vs.) Bilgilendirilmeleri ve Bu Bilgileri Davranışlarına Yansıtılmaları Açısından Dağılımları.....	86
Tablo 4-14: Katılımcıların Hastalıklarına İlişkin (risk faktörleri, tedavi şekli, tedavinin sonuçları vs.) Bilgilendirilmeleri ve Bu Bilgileri Davranışlarına Yansıtılmaları Arasındaki İlişki	88
Tablo 4-15: Katılımcıların SYBDÖ II Genel ve Alt Boyut Puanları İle Hekim Tarafından Hastalık Hakkında Bilgilendirilme Durumları Arasındaki İlişki.....	89

Tablo 4-16: Katılımcıların SYBDÖ II Genel ve Alt Boyut Puanları İle Hastalık Risk Faktörleri Hakkında Bilgilendirilme Durumları Arasındaki İlişki.....	89
Tablo 4-17: Katılımcıların Önemli Buldukları SYBD'na Dair Verilerin Dağılımı.....	90
Tablo 4-18: Katılımcıların SYBDÖ II Genel ve Alt Boyut Puanları İle SYBD Yönünden Bilgilendirilme Durumları Arasındaki İlişki.....	91
Tablo 4-19: Katılımcıların SYBDÖ II Genel ve Alt Boyut Puanları ile SYBD Yönünden Bilgilendirilmelerinin Davranışları Değiştirmede Etkili Olma Durumu Arasındaki İlişki	92
Tablo 4-20: Katılımcıların SYBD'na İlişkin Düşünceleri ve Düşüncelerini Yaşamlarına Yansıtmaları Açısından Dağılımları.....	93
Tablo 4-21: Katılımcıların SYBDÖ II Genel ve Alt Boyut Puanları İle SYBD'na İlişkin Düşünceleri Arasındaki İlişki	94

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

Simge veya Kısaltma	Açıklama
%	Yüzde
d	İstatistikte örneklem hatası
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EYEDH	Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi
HHY	Hasta Hakları Yönetmeliği
n	İstatistikte örneklem sayısı
ESOGÜ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
F	Tek yönlü varyans (One-Way ANOVA) analizi
FTR	Fizik tedavi ve rehabilitasyon
ÖSİ	Özerklik ve özerkliğe saygı ilkesi
p	İstatistikte anlamlılık düzeyi
P	İstatistikte gözlenme oranı
r	Pearson korelasyon katsayısı
Q	İstatistikte gözlenmeme oranı
SS	İstatistikte standart sapma
SYBD	Sağlıklı yaşam biçimi davranışları
SYBDÖ II	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği İki
TDK	Türk Dil Kurumu
t	Bağımsız örneklem t analizi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	World Health Organization: Dünya Sağlık Örgütü
W	Sapiro-whilk testi
χ^2	Ki-kare Bağımsızlık Test değeri
z	İstatistikte standart normal dağılım değeri

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlığın başlangıcından beri yoğun olarak odaklanılan kavramlardan biri olarak sağlık, en üst düzeyde sağlıklı olma durumu ile ölüm arasında farklı seviyeler içeren bir iyi oluş ve refah halidir (Kumar, 2017).

Sağlık, bireylerin hayatını devam ettirilebilmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve sürekliliğinin sağlanmasında temel bir kaynaktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık, hastalık ya da sakatlık olmaması ile zihinsel, fiziksel ve sosyal açıdan iyi olma statüsünden daha fazlasıdır. Aynı organizasyona göre sağlıklı olmak, “nefes almanın farkında olmak, ihtiyaçları karşılayabilmek, çevreyi değiştirebilmek veya çevreyi idare etmek” olarak tanımlanmaktadır. Bu açıklamada, sağlık çok faktörlü olarak kabul edilmekte ve refahın altı çizilmektedir (WHO, 2017; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107835>).

Sağlık, sosyal, fiziksel ve bireysel kaynakları öne çıkaran pozitif bir kavramdır (Sağlığın Bakanlığı, 2011).

Sosyal, fiziksel ve biyolojik çevrenin pozitif duruma getirilmesi, kişiye yönelik önlemlerin ihmal edilmemesi sağlığın korunmasını sağlamaktadır (Khaghanyrab, 2014). DSÖ Bangkok Deklarasyonu'nda (2005), bireylerin kendi sağlıklarını etkileyen faktörleri öğrenip, sağlık durumları üzerinde kontrol sahibi olmaları ve böylece en üst seviyede sağlıklı olmaları şeklinde sağlığın geliştirilmesi kavramı tanımlanmaktadır (WHO'dan aktaran Samancı, 2015).

Birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, devam ettiren ve geliştiren birey odaklı bakım yaklaşımını öngören günümüz sağlık anlayışı, bireyin sağlığı için en uygun davranışları edinip, kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine temellendirilmiştir (Yalçınkaya, Özer & Karamanoğlu, 2007).

Günümüzde sağlığı koruma ve geliştirme denilince sadece sağlık merkezleri değil bireylerin sağlık durumlarının yaşam şekilleriyle de ilgili olduğu anlayışı benimsenmeye başlanmıştır (Özvarış, 2012). Bununla

bağlantılı olarak sağlığın sürdürülebilmesi ve geliştirilebilmesi için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (SYBD) edinilmesi ve alışkanlık haline getirilmesi gerekir.

Davranış, kişinin olaylar ve koşullar karşındaki tavrıdır. SYBD bireyin sağlığını etkileyecek davranışlarını kontrol edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenlerken kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesidir. Sağlıkla ilgili eylemlerinin davranış biçimi haline getirilmesinde neden, eylemlerin tekrarlanıyor olmasıdır.

SYBD'ni gerçekleştiren bireylerin kronik hastalıklara yakalanma riski azalırken, bağışıklık sistemleri güçlenmekte, sağlıklı beden ölçülerine sahip olmakta ve stres yönetimini de daha iyi yapabilmektedirler. Bunların sonucu olarak, daha olumlu bir perspektife sahip olmakta ve daha nitelikli bir hayat yaşayabilmektedirler (Şimşekoğlu & Mayda, 2016).

Sağlıklı yaşam biçimiyle ilişkili davranışlar, bireyin aktif olarak kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmesini, beslenme alışkanlıklarını, stres yönetimini, fiziksel aktiviteyi, manevi gelişimi ve kişiler arası ilişkileri içermektedir.

Sağlık sorumluluğu, kişilerin kendi sağlıklarının değerini bilerek onu koruma, iyileştirme ve geliştirme çalışmalarıyla iyi bir yaşam sürmek için sağlık durumları üzerinde aktif rol almalarını ifade etmektedir.

Egzersiz, düzenli ve belirli aralıklarla hafif, orta ve kuvvetli şekilde nitelendirilen fiziksel aktivitenin uygulanmasını içermektedir.

Yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıkları, besin seçiminde bireyin değerlerini oluşturan ve ele alan süreçtir.

Manevi gelişim, iç kaynakların geliştirilmesine odaklanır. Hayattaki amaçlarına ulaşmaya yönelik çalışan bireyler sağlık durumları bakımından güçlerini en üst düzeye çıkarmayı amaçlamaktadır. Bu nedenle bu özellik bazı çalışmalarda kendini gerçekleştirme olarak da adlandırılmaktadır.

Kişilerarası ilişkiler, bireyin toplumun diğer üyeleriyle ilişkilerini içermektedir (Owen & Çelik, 2018).

Stres yönetimi, bireyin yaşadığı stresi azaltabilmesi veya etkili bir şekilde denetim altında tutabilmesi için bedensel ve ruhsal kaynaklarını tespit edip mobilize edebilmesi ile ilgilidir (Owen & Çelik, 2018; Çetinkaya, 2012).

Günümüz yaşam koşulları sağlığı her yönü ile olumsuz etkilemekte ve sağlık için tehlikeli şartların oluşmasına neden olmaktadır. Bu nedenle kas-iskelet sistemi hastalıklarından boyun fitiğine da sık rastlanmaktadır (Çetinkaya, 2012). SYBD'nin edinilmesi ve bireylerin risk faktörleri hakkında yeterli farkındalıklarının sağlanmasıyla boyun fitiği hastalığı taşıyan hasta sayısını azaltmak ve daha kaliteli, bağımsız bir hayat sürdürmelerini sağlamak mümkün olabilir (Çelik Yılmaz, 2017; Shangguan vd., 2017).

Ani ve güçlü boyun hareketleri, ağır kaldırmak, ani ters dönüşler, baş öne eğik olarak uzun süre çalışma, emniyet kemeri bağlı değilken ani fren yapma, travma, spor yaralanmaları boyun fitiği oluşumunda etkili risk faktörleri arasında yer almaktadır.

Boyun fitiğinde tedavi, altta yatan nedenlere, belirtilere ve kişiye göre değişmektedir. Boyun fitiği tedavisi uzun süren ve yüklü maliyet isteyen, farmakolojik tedavi, fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR), enjeksiyon yöntemleri ve cerrahi yöntemlerin kullanıldığı bir hastalıktır (Çetinkaya, 2012).

Boyun fitiğinin tedavisinde kullanılan yöntemlerden biri olan fizik tedavi ve rehabilitasyon, kas-iskelet sistemi hastalıklarının tanı, ilaç tedavisi ve rehabilitasyonuyla ilgilenen, çeşitli sebeplerle bedensel yetersizliği olan kişilerin bağımsızlık düzeylerini arttırmak için uygulanan bir tedavi yöntemidir (Delisa, Gans & Walsh, 2016).

Tüm hastalıklarda koruyucu hekimliğe öncelik veren, bütüncül ve etik bir yaklaşımla gerçekleştirilen FTR uygulamaları, bireylerin bağımsız ve kaliteli bir yaşam sürmeleri için güçlü bir etkiye sahip bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir (Beyazova & Kutsal, 2016).

FTR'de, başka hastalıklarda diğer tedavilerle birlikte ya da tek başına uygulanabilecek fiziksel ajan ve teknikler (ısı, ışın, elektrik akımları egzersiz vb.) kullanılmaktadır.

FTR'de kişiye özel tedavi planı yapılmakta ve eğitim ile koruyucu yaklaşım tedaviden öncelikli tutulmaktadır. Hastalık ve sağlık kavramlarının anlayışını birçok faktör etkilese de uygun sağlık eğitimi ile SYBD edinilmesi sağlanabilmektedir (Yalçınkaya vd., 2007).

Sağlıkla ilgili doğru bilgilerin toplumda yayılması, sağlık davranışlarının bireyler arasında geliştirilmesi ve sağlık ile ilgili tutumların değiştirilmesini kapsayan sağlık iletişimde temel amaç sağlık hizmetine erişimi en üst seviyede sağlayıp sağlıklı bireylerden oluşan toplumlar meydana getirmektir (Tabak, 2006). Bireylerin kişisel özellikleri ile ilgili bilgi edinilerek, bireye sağlık durumu hakkında ihtiyacı olan bilgilendirme yapılmalıdır (Desmond & Copeland, 2002).

Boyun fıtığı sık rastlanan, çeşitli tedavi ve cerrahi girişimler sonrası dahi tekrarlayabilen bir hastalıktır. Risk faktörleri göz önüne alındığında SYBD'nin edinilmesi ile hastalık oranının azalması ve hastalığın tekrarlanması engellenebilir. Hasta yelpazesi geniş olan bu grubun olumlu sağlık algısı ve SYBD'ni gerçekleştirebilmeleri etik açıdan sağlık profesyonellerinin birey tarafından anlaşılan bilgiler verilmesiyle mümkün olabilir.

SYBD ile ilgili hasta perspektifleri toplum sağlığını geliştirme ve sürdürmeye yönelik olan SYBD hakkında önemli bir bilgi kaynağı oluşturmaktadır. Ayrıca hasta perspektiflerini değerlendirmek ve bunu klinik çalışmalarda kullanmak hem sağlık çalışanları hem hastaların, değer, deneyim ve inançlarına katkıda bulunabilir. Hasta perspektifleri ya da elde edilen sonuçlara eleştirel bakış açısı ile yaklaşmak etik anlamda uygulamaya yönelik iç görü sağlayacağından, kapsamlı bir yaklaşım ile ahlaki açıdan kabul görebilir ve kamu desteği sağlayabilen bir sağlık politikası oluşturularak sürdürülmesine de katkıda bulunabilir (Vanstone, Cernat, Nisker & Schwartz, 2018).

SYBD, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için öğrendiği, inandığı ve uyguladığı davranışların bütünü olduğundan çalışmada hastaların, hastalıkları, tedavileri, hastalıklarına ilişkin risk

faktörleri ve SYBD hakkındaki bilgi tutum ve davranışları hazırlanan soru kâğıdıyla belirlenerek, etik yaklaşım açısından bilgilendirmenin boyun fitiğı tanısı olarak FTR sürecinde olan hastaların SYBD'na yansıması değerlendirilecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık

Sağlık, insanın doğumdan ölümüne kadar olan yaşam sürecinde üzerinde en çok durulan ve değer verilen olgudur (Özbaşaran, Çakmakçı, Çetinkaya & Güngör, 2004).

Eski medeniyetlerde sağlık, bireyde beden ve ruh dengesi ile acı çekmeden, kendisi ve çevresiyle uyum içerisinde yaşaması olarak tanımlanırken, günümüzde bireyin kendini gerçekleştirme ve en yüksek iyilik halinde olması olarak tanımlanmaktadır (Svalastog, Donev, Kristoffersen & Gajovic, 2017).

Sağlıklı yaşam her birey için haktır. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 1948'de kabul edilen ve 1949'da Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından Resmi Gazete de yayınlanan İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde herkesin gıda, giyecek, barınma ve tıbbi bakım da dahil olmak üzere kendisinin ve ailesinin sağlığı ve refahı için yeterli bir yaşam standardına sahip olma hakkı yazılı olarak ifade edilmektedir (İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi 1948; Resmi Gazete 1949).

Bireyin günlük yaşamı içinde yaptığı her şey sağlığını etkilemektedir. Fiziksel, sosyal, zihinsel ve ruhsal durum ve diğer çevresel faktörler sağlıklı yaşam kalitesine sahip olup olmadığının belirleyicisidir.

Gelişen teknoloji ve bilim, değişen ekolojik sistem, sağlığın yeniden tanımlanmasını sağlarken bireyin kendi kapasitesini arttırmasına dayanan nitelikleri yaşamına geçirmesine neden olmaktadır. Gelecekte beklenen, bireyin kendi kapasitesine dayanan esnek, dinamik, dürüstlük niteliklerini sağlamak ve korumaktır. Bireyden uyum sağla ve kendini yönet politikasını benimsenmesi istenmektedir (Huber, Horst, Green & Jadad, 2011).

Sağlık, hem bütüncül hem de çok faktörlüdür. SYBD bu çoklu etmenlerle oluşan sistemle birlikte eylemlere ve sürece odaklanır ve birey ve çevre arasındaki ilişkiyi inceler.

Literatürde sağlığı açıklamak için birçok faktörün bir araya getirilerek farklı modeller oluşturulduğu ve bunların sağlıklı yaşam için temel teşkil ettiği ifade edilmektedir. Literatürde sağlık ve sağlıklı yaşam kavramları arasındaki bağlantının sağlığın sosyal, bilişsel, duygusal, manevi ve fiziksel öğelerin kavramsallaştırılması ve kavramsal olarak sağlıklı yaşamın bu öğelerle arasında dengenin sağlanması ve sağlığın korunmasını ifade ettiği görölmektedir.

Duygusal sağlık, kişinin kendi duygularını gerçekleştirmesi, onları kontrol edebilmesi, yaşam durumları ve her türlü uyumsuzluk için gerçekçi, olumlu ve yapıcı bir şekilde kendine bakabilmesi gibi nitelikleri içerir. Yaşamın anlamı ve amacını anlamak, hedef belirlemek ve bu hedeflere ulaşmak için çaba göstermek gibi özellikleri taşımaktadır.

Bilişsel sağlık, entelektüel olarak aktif olmanın tadını çıkarmak, bilgi edinip öğrendiklerini uygulamaya açık olmak ve sorun çözmek gibi özellikleri içerir.

Sosyal sağlık, bireylerin diğer toplum üyeleriyle etkileşimlerinin kalitesini ve derecesini ifade etmekte, bireye yaşamında önemli yeri olan kişiler tarafından verilen ve birey tarafından algılanan sosyal desteği de içermektedir.

Fiziksel sağlık, sağlıklı bir yaşam tarzıyla ilgili öğeleri içerir. Genellikle dengeli ve yeterli beslenme alışkanlıklarına sahip olmak ve aktif bir fiziksel yaşam sürdürmek gibi fiziksel sağlık odaklı davranışları uygulamayı kapsamaktadır.

Literatürde sağlıklı yaşam bir tercih ve bir hayat tarzı olarak kabul edilmekte, öznel, göreceli ve çok faktörlü olmasına rağmen bütüncül olup, bireyin kendi ve çevresini idare ve kontrol edebilmesi olarak ifade edilmektedir. Bireyin sağlık durumunun subjektif ve objektif sağlık açısından değerlendirilerek ortaya konması gerekmektedir (Owen & elik, 2018; Aydın, 2019; Bolsoy & Sevil, 2006).

2.1.1. Subjektif sağlık

Subjektif sağlık, bireyin sağlığına dair içsel görüşü olarak tanımlanmaktadır. Duygu, düşünce ve sezgilerle tanımlandığı için yanıtıcı ve ön yargılı olabilmektedir. Yine de psikometrik ölçümleri yapılabilmektedir (Gencer, 2018; Ngamaba, Panagioti & Armitage, 2017).

Subjektif sağlığı, bireyin biyolojik, çevresel, sosyal durumu ve deneyimleri şekillendirmektedir. Bireyin kendini tanıması, olumlu bir duygu dünyasının olması ve mantıklı kararlar alabilmesi her davranışına yansımaktadır. Bireyin sağlık durumunu birçok düşünce, karar ve davranış etkilemektedir. Olumlu yaklaşımın olumlu sonuçlar doğurduğu görülmektedir. Ancak uyumluluk, umut gibi olumlu duygular ve düşünceler desteklenerek duygusal istikrar sağlanması gerekmektedir. Dolayısıyla bireyin kişilik özellikleri yaşam süreci hakkında fikirler verebilmektedir. Böylece bireyin sağlıklı yaşamı için değişim gerektiren davranışlar üzerinde çalışmak mümkün olabilmektedir (Friedman, Kern & Reynolds, 2010; Rapoport, 2019).

2.1.2. Objektif sağlık

Objektif sağlık, fizik muayene, çeşitli laboratuvar testleri, tıbbi cihazlar ve ölçüm testleri kullanılarak tanımlanan sağlık kavramıdır. Objektif değerlendirmeler sağlık durumu tespitinde planlı, sistematik, analitik ve tarafsız ölçümlerin verileri olduğundan sağlık çalışanlarını daha somut ve tarafsız cevaplara yönlendirdiğini ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (Krijger, Schoofs, Marchal, Vijver, Borgermans, & Devroey, 2014; Gupta, Adam & Mac Dade, 2012).

2.2. Sağlığın Korunması

İnsanlığın toplu yaşama geçmesiyle birlikte bireylerin birbirleriyle ve çevreyle olan etkileşiminin ön plana çıktığı, daha mutlu ve iyi bir yaşam için çevreyi ihtiyaç ve isteklerine göre düzenlediği görülmektedir (Hamzaoğlu, 2010).

Sağlığı koruma, sağlığı olumsuz etkileyen faktörleri ortadan kaldırıp, sağlıklı yaşam koşullarını oluşturmak, var olan rahatsızlıkları tedavi etmek,

erken tanı yöntemleri için çalışmak ve bireylere bütüncül sağlıklı ve uzun bir yaşam sağlamaktır. Bu çeşitli kurum ve kuruluşların, meslek gruplarının ve bireylerin katılımı ile organize bir çalışmayı gerektirmektedir (Erginöz, 2008).

2.2.1. Sağlığı birincil koruma

Sağlığı birincil koruma, bireyleri rahatsızlığa yol açan davranışlardan vazgeçirip, faydalı davranışlara yönlendirmektir. Sağlık davranışları konusunda eğitim verilmesi bu kapsama girmektedir. Davranış geliştirmede amaç iyi alışkanlıkları korumak, iyi olmayanları değiştirmek ve zararlı olanlardan uzak durmaktır. Sağlığın korunması ve yükseltilmesi davranış değişikliği gerektirmektedir. Aile planlaması ve aşılama çalışmaları bunlara örnek olarak verilebilir.

2.2.2. Sağlığı ikincil koruma

Sağlığı ikincil koruma, bireylerin erken tanı ve tedavi girişimleriyle hastalıklarının zararını en aza indirmek ve iyilik halini sağlamaktır. Sağlık taramaları ve hastalık risk faktörlerine dair bilgilendirmeyi kapsamaktadır.

2.2.3. Sağlığı üçüncül koruma

Sağlığı üçüncül koruma, bireylerin kronik hastalık ve sakatlık durumunda olabildiğince bağımsız ve kaliteli bir yaşam sürmelerini ifade eder. Hastalıkların tekrarını önlemek, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon, uygun tedavi ve düzenli kontrolleri içermektedir.

2.2.4. Sağlığı dördüncül koruma

Sağlığı dördüncül koruma, hekim ve hastanın sağlığı korumada iş birliği halinde olması şeklinde tanımlanırken; tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar, fonksiyonel somatik sendromlar, somatoform hastalıklar, anormal hastalık davranışı vb. tanıları kabul etmemektedir. Ayrıca hastaların sözlerine daha fazla önem verilmesi ve araştırma yapılması gerektiğini savunmaktadır (Akdeniz & Kavukçu, 2017).

2.3. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi

Tıbbın dört temel görevi; sağlığın teşviki, hastalığın önlenmesi, hastalığın tedavisi ve rehabilitasyondur. Ottawa Sözleşmesi'nde (1997) sağlığın teşviki ile sağlık alanı ve yaşam biçimi kavramları üzerinde durulduğu görülmektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kapsamlı sosyal ve politik bir süreci gerektirmektedir. Bireylerin beceri ve kapasitesini artırmaya yönelik eylemleri ile sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları sağlıklı yaşam için uygun hale getirmeye yönelik çalışmalarını kapsar (Aydın, 2019; Sağlık Bakanlığı, 2011).

DSÖ, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavramlarını, insanların öz denetimini artırmayı ve bireysel ve sosyal sorumlulukları geliştirmeyi amaçlayan bir süreç olarak tanımlamaktadır (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011).

Sağlığın teşviki, güncel veriler ışığında bulaşıcı hastalıklar ve kronik rahatsızlıklara neden olan çevresel, kimyasal, ekolojik, radyolojik etmenlerin ortadan kaldırılması ya da en aza indirgenmesi için yapılan tüm çalışmalarını kapsamaktadır. Amaç sadece koruyucu ve tedavi edici değil bütüncül yaklaşımda bulunmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi bireyin kendi sağlığı üzerindeki denetimini sağlamak ve desteklemek olarak tanımlanmaktadır.

Sağlığın geliştirilmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, acil durumlara hazırlık, kronik hastalıklarda eğitim ve rehabilitasyonu kapsamakta (Ghebrehewet, 2017; Kumar & Preetha, 2012), bütüncül sağlığı oluşturmak amaçlı yapılan bu çalışmalar bireyin özerklik ve onuruna uygun hareket edilmesini gerektirmektedir (Svalostog vd., 2017).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde öncelikle uygun politikaların belirlenmesi gerekmektedir. Daha sonra bu politikaları uygulayacak kurum ve kişiler belirlenmekte ve rolleri konusunda eğitim almaları sağlanmaktadır. Uygulamalar bilimsel araştırmalarla kontrol edilip, yeni veriler ışığında yeni plan ve projeler geliştirilmektedir. Kaynakların doğru ve adil bir şekilde kullanılması Alma-Ata Bildirgesinde kabul edildiği gibi sağlık politikalarının temel değerlerini oluşturmaktadır (Sağlığın Teşviki ve geliştirilmesi Sözlüğü,

2011). Bunun için de bireylerin sağlık hizmetlerinden neler beklediği bilincine ulaşır, kendi sorumluluklarını anlamalarını ve yerine getirmelerini sağlamak önem arz etmektedir.

2.4. Sağlık Geliştirme Modelleri

Sağlığın geliştirilmesi, bireyin kendi sağlığı üzerinde denetimi sağlaması ve desteklemesi olarak tanımlanmıştır. Sağlık geliştirme modelleri şu şekilde tanımlanarak sınıflandırılmaktadır;

Biyomedikal model; Sağlık eğitimi, bireysel sorumluluk ve bireyleri çevreden yalıtmada destekler.

Sosyal model; Kurumlar arası iş birliği, sosyal eşitliği sağlamaya yönelik yapılan çalışmalar olup, bireyleri ve toplulukları kuvvetlendirerek sağlık hizmetlerine erişimin standartlarını yükseltmek amaçlanmaktadır.

Ekolojik model; Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile yaşadığı çevre ve iklim koşulları ile uyumu üzerine çalışmaktadır.

Biyomedikal, sosyal ve ekolojik sağlık geliştirme modelleri doğrultusunda sağlık davranışlarının geliştirilmesi için birçok çalışma yapılmış ve model geliştirilmiştir. Bunlar;

- **Sağlık inanç modeli;** Bilişsel, psikolojik ve motivasyon temelli, maliyet ve diğer getirilerden daha çok davranışa yönelik olarak Rosenstock, Strecher ve Becher tarafından geliştirilmiştir. Bireyde sağlık davranışını edinme ve eyleme geçmesinde engel algısı ile harekete geçiren uyarıcıları belirlemektedir. Ayrıca bireyin sağlık davranışını gerçekleştirmesinin eylemin faydalı olacağına inancı ile bağlantılı olduğunu ifade etmektedir (Cox, 1982; Gözüm & Çapık, 2014).

- **Suchman modeli;** Sosyolojik yaklaşımla bireyin sosyal ve kültürel özellikleri ile belirlediği sağlık davranışını açıklamaktadır. Birçok farklı etnik köken ve farklı sosyal gruplar üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda geliştirilen bir modeldir (Cox, 1982; Gochman, 1988).

- **Andersen ve Newman modeli;** Sosyal değişkenler arasından ailesel özelliklere yönelik bir modeldir. Sağlık davranışı üzerinde etkin toplumsal

belirleyiciler ve sağlık hizmetlerinin kullanım Şeklini tanımlamaktadır (Gökkaya, 2017). Bu modellerde bireylerin sosyal ihtiyaçları, hastalık deneyimleri, sağlık bilgileri, çevresel faktörler ve mali kaynaklar sağlık davranışlarını etkileyen değişkenler modelin işleyişini etkileyen etmenler olarak ifade edilmektedir. Modeller biliş durumu ve beklentilere önem vermektedir.

- **Self-regulation modeli;** Öz-denetim üzerinde durmakta, sağlık bilgilerinin kaynağı (deneyim, medya vb.), hastalık tehlikesinin temsili ve kendini planlama ve davranış özelliklerini kapsamaktadır. Duyguları yönetip, seçilen eylemi gerçekleştirebilmeyi ifade etmektedir (Cox, 1982; <https://books.google.com.tr/books>).

Bu modellerde bireyin sosyal ihtiyaçları, hastalık deneyimleri, sağlık bilgileri, çevresel faktörler ve mali kaynaklar sağlık davranışlarını etkileyen değişkenler olarak ifade edilmektedir. Modeller biliş durumu ve beklentilere önem vermektedir.

2.4.1. Cox'un sağlığı geliştirme modeli

Cox'un sağlığı geliştirme modeli, etkileşimli sağlık modeli olarak kabul edilmektedir. Bireylerin olumlu sağlık davranışı geliştirmeleri için sağlık sorumluluğu duygusunu içselleştirmelerine odaklanmaktadır. Model, birçok modeli içeren bireye özel davranış modeli olup, hasta odaklıdır. Sadece hastalık davranışlarına değil, koruyucu ve iyileştirici davranışlara yönelik geliştirilmiştir. Bireylerin sağlık durumu üzerinde kontrol sahibi olması sağlanarak sağlığının teşviki ve geliştirmesi için aktif rol almaları amaçlanmaktadır.

Etkileşimli sağlık modelinde sağlık davranışına yaklaşım bütüncül olup, durağan değildir ve bireyin bilgilendirilmeye olan isteği belirlenmektedir. Amaç sağlık çalışanı ve hasta etkileşimli davranış modellerine rehber olmak, tıbbi müdahaleleri araştırmak, belgelemek, sağlık ve hastalıkta kişisel bakım uygulamalarının rolünü ve tüm bunların sağlık davranışı ve hasta üzerindeki etkinliğini incelemektir.

Etkileşimli sağlık modeli, çoklu ve karmaşık ilişkiler, karşılıklı nedensellik değişkenleri ve sağlık hizmetlerindeki erişilebilirliğe de dikkat çekmektedir. Sağlık profesyoneli beklenen karar verici, öğretmen, danışman ve teknisyen rolünü yerine getirmesidir. Etkileşim modeli olarak tanımlanmasının nedeni aynı zamanda birey, çevresel özellikler ve sağlık profesyoneli beraberinde oluşan bireye, duruma özel kombinasyondur. Bireyin sosyo-demografik özelliklerinin, geçmiş deneyimlerinin, sosyal ilişkilerinin, zihinsel ve mali kaynaklarının sağlık hizmetleri ile birlikte bireyin sağlık durumunu etkilediği ön kabulüne sahiptir.

Bireyin sağlık davranışı seçimini motivasyonu, istek, yetkinlik ve içinde bulunduğu durumun daha iyiye yönlendirilebilmesi için önünde bulunan seçenekler etkilemektedir. Bu etkileşimde kendi kaderini kendi tayin etme deneyimi bireyin fiziksel ve psikolojik güvenine destek vermektedir. Bu model sağlık inançlarını bilişsel inançlar ve motivasyon ile açıklamaktadır. Motivasyon bireye sağlık hakkında bilgilenmeyle sağlık inanç ve davranışlarını düzenleyerek, sağlık durumu üzerinde aktif rol almasını ve rasyonel karar vermesini sağlamaktadır. Bireyin motivasyonunu sosyo-demografik özellikler, mali durum, çevresel faktörler, bilişsel değerlendirme yeteneği ve duygusal denge durumu etkilemektedir. Bireyin sağlık inancını, inanç sistemi, benlik duygusu, sosyal, kültürel, mesleki ve duygusal durumu belirlemektedir. Bu kaynaklar bireyin kendi sağlık durumuna karşı nesnelliğini de etkilemektedir. Bireylerin duygu durumu (öfke, endişe, üzüntü vb.) bilişsel aktiviteyi etkilemektedir. Güdüler ise gelecekteki bilişsel ve duygusal davranışlarını yönetebilmektedir.

Etkileşimli sağlık modeli, sağlık hizmetindeki sağlık modellerini sadece teorik olarak açıklamakla kalmamakta, sağlık davranışını olumlu etkileyecek sağlık müdahalelerinin davranış üzerindeki belirleyiciliğini ifade etmektedir (bilgilendirme, eğitim, rehabilitasyon vb.). Birey bilgilendirme ve yetkinliğiyle sağlık durumu hakkında karar verebilir ve geri bildirimlerde bulunabilir. Sağlık profesyoneli bireyin duygu durumunun bilişsel kararlar almasında olumsuz etkisini fark ettiğinde öncelikle doğru algı düzeyinde olmasını sağlamalıdır. Aynı şekilde sağlık profesyonelinin duygu durumunun da

dengede olup bireylerle ilgili bilişsel kararlarında doğru algı düzeyinde olmaları gerekir. Hastanın tekilliği, öz-yeterlilik duygusuna olan bu olumlu yaklaşım hastanın tedaviye uyumu, sağlık hizmetlerine güvenini desteklemektedir.

Modelde sağlık hizmetlerinin kullanımı, klinik sağlık durumu göstergeleri, sağlık durumunun ciddiyeti ve önerilen bakıma uyum üzerinde durulması gereken konular olarak ifade edilmektedir.

Modelde hastaların tıbbi müdahalelere karşı algısı, öz-denetim düzeyi, hasta tekilliği, bilişsel ve duygusal tepkilere odaklanılması gerekliliği ifade edilmektedir. Bütüncül ve hasta odaklı yaklaşımın hastanın zihni, ruhu ve bedeni ile bir bütün ve sağlık profesyonelleriyle ilişkilerinin belirleyicisi olduğunu ifade etmektedir.

Model, klinisyen, araştırmacılar ve teorisyenlere hasta tekilliği anlayışının sağlık davranışını olumlu yönde etkilediğini, bu durumun tıbbi girişim, teoriler ve araştırmalarda mantıklı bir yaklaşım olacağını ifade etmektedir.

Hastaların sağlık kararlarına odaklanabilmeleri için, neyi seçtiklerini bilmeleri, istemeleri ve yetkinliklerini ifade ettikleri davranışları ortaya koyma şekillerinin ölçülebilmesi gerekmektedir. Davranışların nedenselliğinin ölçülmesi ve değerlendirilmesinin ardından bireyin sağlığı için gerekenler belirlenip bilgilendirme yapılmaktadır. Sağlık inançlarının temeli değiştirilmeden çoklu ve karmaşık yönleriyle değerlendirilip bireylerin duygu ve motivasyonunu ortaya koymalarını sağlamaktadır.

Sağlık bilgilerinin güvenilir kaynaklardan edinilmesiyle olumsuz durumları azaltarak, bireyin yetkinliği desteklenerek, kendi sağlık durumları hakkında aktif rol almaları sağlanabilir. Bireyin kendini gerçekleştirmesinin bu şekilde sonuçlandırılabilceği ifade edilmiştir (Cox, 1982).

2.4.2. Pender'in sağlığı geliştirme modeli

Hemşirelik ve davranış bilimlerinin bakış açılarını birleştirerek sağlığı geliştirme modelini geliştiren hemşire kuramcı Nola Pender'e göre modelin

oluşturulma amacı bireylere sağlıklarını geliştirme davranışlarının nasıl kazanabileceklerine dair rehberlik etmektir. Modelin çekirdek kavramı öz-yeterlilik algısıdır ve sosyal öğrenme kuramına dayanmaktadır. Sosyal öğrenmede birey başka bireyleri taklit ederek ve gözlem yaparak öğrenmekte, ihtiyaçlarına uygun olumlu davranışlara yönelmektedir (Sevinç, 2016).

Modelin amacı yaşam tarzına ait sağlığı geliştirme davranışlarının neler olduğunu ve gerekliliğini açıklamak, sağlıklı yaşam biçimine ait davranışların sınırlılıklarını göstererek bireylere destek olmak ve sağlık davranışını etkileyen faktörleri tespit edip, değerlendirmektir. Modelin felsefesi, bireylere bütüncül olarak yaklaşmak ancak bölümler halinde değerlendirmektir. Bireyler çevrelerini ve kendilerini ihtiyaçları doğrultusunda değiştirebilmektedir. Bireyler sonuçlarının faydalı olacağına inandıkları amaçları gerçekleştirmede daha isteklidirler. Davranışlar ve çevre birbirleriyle sürekli etkileşim halindedir ve insanlar düşünceleri doğrultusunda davranışlarını şekillendirmektedir (Bahar & Açıl, 2014).

Model, davranışı etkileyen faktörlerin şu şekilde belirlendiğini ifade etmektedir:

Algılanan yarar, bireylerin kendileri için yararlı olacağına inandıkları davranışları gerçekleştirmeye eğilimli olmalarıdır.

Algılanan engel, kişinin sağlık davranış değişikliğini kendinden ve sosyal çevresinden kaynaklı risk faktörleri nedeniyle gerçekleştirememesidir.

Algılanan öz-etkinlik, bireyin sahip olduğu zihinsel yeteneği sağlık davranışı değişikliğinde kullanabilmesidir.

Aktiviteyle ilgili duygu durumunun olumlu olması davranış değişikliği gerçekleştirmede etkilidir.

Kişilerarası etkilerin, bağ ve bağlantıların pozitif yönde olması sağlık davranış değişikliğini desteklemektedir.

Durumsal etkileri, bireyin iç dünyası ve çevresiyle uyum içinde yaşamasıdır.

Davranışa has bilişsel süreçler, bilgilenmeye istekli olmanın kaynağıdır.

Bireyin sağlığını koruma ve geliştirebilmesi için sağlık durumunun farkında olması, plan yapma ve eğitim alması gerekmektedir (Kaya, Güvenç & Dalgıç, 2017).

Pender, sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmek için gerekli olduğunu ve bireyin iyilik düzeyini attıran, kendini gerçekleştirmesini sağlayan davranışları içerdiğini belirtmektedir. SYBD sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimini kapsamaktadır.

2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlıkta güncel durumda hastalıklardan korunmaktan daha çok, iyi bir yaşam üzerinde durulmaktadır. Özellikle batı toplumlarında, sağlık sorunlarına, kendi kendilerine çözüm bulmayı amaçlayan anlayış yaygınlaşmakta; estetik ve kozmetik konuları da sağlıkla bağdaştırılarak sunulmakta; geleneksel tamamlayıcı tıp tedavi yöntemleri bilimsel tıbbın yanı sıra yaygınlık kazanmakta; medyada sağlık ve sağlığa ilişkin konular gittikçe ağırlık kazanmaktadır (Sezgin, 2010).

2.5.1. Yaşam biçimi

Yaşam biçimi birey ve toplumların değer, ilke, inanç, davranış ve tavırlarını ortaya koyduğu yaşayış şeklidir. Weber tarafından bir grubun sosyal konumunu belirleyerek destekleyen onur sistemi olarak tanımlanmaktadır. Bordeu grupların ekonomik ve kültürel kaynaklarla eğlence ile zevklerin sınırlarının esnetilip, oğaltılabileceğini ne sürmektedir. Scheys'e göre yaşam tarzı sosyal ve ahlaki durumları da içermektedir (Veal, 1993).

Yaşam biçimi, bireyin kişisel özelliklerinin dışa yansımasıdır. Bulunduğu lke, toplum, grup, basın-yayın vb. faktörler tarafından yönlendirilmektedir. Ayrıca bireyin yaşam biçimini sosyo-ekonomik durumu, kültür ve değerleri etkilemekte ve amaç için tekrarlanan davranışlar şekillendirmektedir (Jensen, 2008; Jansen, 2011).

2.5.2. Sağlıklı yaşam biçimi

En üst seviyede sağlıklı olmaya yönelik davranışların bütününe kapsayan SYB, kişinin bütüncül olarak, amaçlarına ulaşma, daha anlamlı bir yaşam sürme, mutlu olma, kendi ile çevresi arasında uyum ve dengeyi sağlamakta aktif rol almasını ifade etmektedir (Owen & Çelik, 2018).

Sağlık hizmetleri ve tıbbi bilimsel araştırmalarda akut müdahale olarak tedavi gereken durumlar öncelikli olmaktadır. Ardından koruyucu çalışmalar yapılmakta ve hizmete sunulmaktadır. Güncel ve evrensel olarak istenen SYBD'nı bireylerin edinmesi, sağlıklarının iyi düzeyde olmasının sağlanması yanında kendi kapasitelerini en üst düzeyde yaşama ve kullanmalarını da sağlamaktır (Huber vd., 2011). DSÖ SYB'ni hastalık risklerini bilmek ve önlemek için çaba harcamanın yanında sağlığı geliştirici eylemlerde bulunmak olarak tanımlamaktadır. Egzersiz, doğru ve düzenli beslenme ile zararlı madde alışkanlıklarından uzak durmak, DSÖ'nün başlıca önerileri arasında yer almaktadır (WHO, 1984).

2.5.3. Davranış

Davranış, biyolojide bir organizmanın eylem ya da etkene verdiği cevap, sosyolojide bireyin gözlemlenebilir eylemleri olan söz ve hareketler olarak tanımlanmaktadır. Bireyin içinde bulunduğu durumu gösterme ya da değiştirme amaçlı yaptığı eylemler olarak bu davranışlar bir amaca yönelik gerçekleşmekte ve zamanla kalıplaşıp alışkanlık haline gelmektedir. Davranış sadece bireye özgü değildir, gruplar, toplumlar halinde de sergilenmektedir (Bergner, 2010; Lazzeri, 2014).

Davranış, içsel motivasyon, duygu ve düşüncelerin harekete yansımış, gözlemlenebilir ve tekrarlanabilir halidir. Deneyim, biyolojik, çevresel vb. birçok etkene bağlıdır. Düşünme tarzı bireyi harekete geçirirse de eylem özgürlüğünün sınırlarını sorumlulukları ve yükümlülükleri belirlemektedir (<https://iris.Peabody.Vanderbilt.edu/wp-content/uploads/2013/05/ICS-015.pdf>; Skinner, 2014).

Sağlıkla ilgili eylemlerin davranış biçimi haline getirilmesindeki neden, eylemlerin tekrarlanmasıdır. Sağlığın korunması ve yükseltilmesi

davranış değişikliği gerektirmekte, kişilik özellikleri ve kişilerarası ilişkiler gibi faktörlerden etkilenmektedir (Bulduk, Yurt, Dinçer & Ardiç, 2015).

2.6. Sağlıkli Yaşam Biçimi Davranışları Alt Boyutları

2.6.1. Sağlık sorumluluğu

Temel sağlık hizmetleri, birey ve toplumun çoğunluğu tarafından kabul edilen yöntemler ve ekonomik giderlerle, toplumun tam katılımı sonucunda verilen asıl hizmetler olarak tanımlanmaktadır. Alma-Ata Deklerasyonu'na (1978) göre, bireyler sağlıklarının değerini bilmelidir ve kendilerinden sorumlu olmalıdırlar (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf).

Sorumluluk, üstesinden gelmek zorunluluğu olunan iş ya da görev, sorumlu olma koşulu (<https://www.cambridge.org;> <https://www.etymonline.com>), biriyle ya da bir şeyle uğraşmak, ilgilenmek, üstlenmektir (<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com>). Sorumluluk, kişinin kendi eylemlerini ya da kendi yetki alanına giren herhangi bir olayı üstlenmesidir ve üstüne aldığı, yapmak zorunda olduğu ya da yaptığı bir iş için gerektiğinde hesap verme durumu, ahlaki bir duygudur (Bakırcioğlu, 2012; Tepe, Büken & Kırımsoy Kucur, 2005). Sağlık sorumluluğu, bireylerin DSÖ'nün sağlığın tanımında belirttiği fiziksel, ruhsal, sosyal alanlardaki iyilik halini korumak ve devam ettirmek için üzerlerine düşen görevleri gerçekleştirmeleridir (Bahar, Beşer, Gördes, Ersin & Kıssal, 2008). Sağlıkli yaşam için gerçekleştirecekleri eylemlerin bireylerin sorumluluğunda olmasıdır (Buyx, 2008).

Sağlık sorumluluğu, bireylerin yaşamlarını sağlıkli bir şekilde sürdürebilmeleri için fiziksel aktiviteyle kilo kontrolünü sağlamaları, sigara içme gibi sağlıksız eylemlerden kaçınmaları, gerekli sürelerde sağlık kontrollerini yaptırmaları ve doktor önerilerini yerine getirerek kendilerini daha sağlıkli hissederek, daha az sağlık harcaması yapmalarıdır (Steinbrook, 2006).

Sağlığın geliştirilmesi ve sağlık sorumluluğu arasındaki güçlü ilişki nedeniyle DSÖ ve Sağlık Bakanlığı iş birliği çerçevesindeki hedeflerine göre sağlık sorumluluğuna sahip bireylerden oluşan bir topluma 2023 yılında

Türkiye’de ulaşılması hedeflenmektedir (<http://cevresagligi.thsk.saglik.gov.tr>).

Bireylerin yapması amaçlananlar,

a- Vücudunu ve kendini tanıması hem sağlıklıyken hem de sağlığında bir olumsuzluk durumunda koruyucu önlemler alması,

b- Sağlık durumu hakkında kendini gözlemlemesi, gerekli kontrollerine gitmesi, bir sorun olduğuna düşündüğünde sağlık merkezine başvurması,

c- Belli bir düzende tetkiklerini yaptırması,

d-Sağlıkla ilgili yayınları takip etmesidir.

Bu davranışları gerçekleştirmesi, kişinin sağlığına gösterdiği özenin derecesini ifade etmektedir (Bozhüyük, 2010; Türkol, 2012; Çayır, 2013; İlhan, Batmaz & Akhan, 2010).

Bireylerin sağlık sorumluluklarını üstlenmelerine dair DSÖ, hükümetler ve doktorlara çağrı yapmaktadır. Bireyler kendi yaşam tarzları ve sağlıklarından ahlâki olarak sorumludurlar. Sigara içme, alkol-uyuşturucu kullanma gibi sağlık için zararlı davranışlardan vazgeçmeleri istenmektedir. Onun yerine düzenli egzersiz yapan, beslenmeye özen gösteren, stres yönetimi tekniklerini bilen ve diğer bireylerle doyurucu ilişkiler yaşayan bireylerden oluşan bir toplum olması istenmektedir (Levy, 2019). Ancak çoğu konuda olduğu gibi sağlık konusunda da bireyin yapılması gerekeni gerçekleştirebilmesi için farkındalığa, bilgiye, imkanlara sahip olup, davranış sorumluluğunu üstelenebilmesi gerekmektedir (Ramachandran, Wu, He, Jiang Wang, 2016; Brown, 2013).

Sağlık profesyonelleri önlenabilir ve yaşam tarzına bağlı akut ve kronik hastalıklarla ciddi boyutlarda bir mücadele vermektedir. Risk faktörleri, kişinin çeşitli hastalıklara yakalanması için koşulları oluşturmada yeterli olmaktadır. Ancak, risk faktörüne maruz kalmayı azaltmayı amaçlayan bilgilendirme kampanyalarına rağmen, sağlıksız yaşam tarzları hala yaygındır. Sağlık konusunda önlenabilir çoğu hastalığın sorumluluk bilinci ve imkân yetersizliğinden olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konulmaktadır (Ramachandran, vd., 2016; Brown, 2013).

Suçluluk hissi, yapamam korkusu, değişikliklere açık olmama gibi olumsuz duygular bireyin sağlıklı kararlar almasını olumsuz etkilemektedir. Beden bilinci, öz farkındalık, öz gözetim, bireylerin edinmesi ve geliştirmesi gereken yeteneklerdir (Sebire vd., 2018; Moore, 2010).

2.6.2. Fiziksel aktivite

Aktivite, birçok şeyin gerçekleştiği ya da insanların hareket ettiği durum olup (<https://dictionary.cambridge.org>), aktif olma durumu, canlılık, bir madde üzerinde hareket kapasitesi (<https://etymonline.com>), belli bir amaca ulaşmak için yapılan şey olarak tanımlanmaktadır (<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com>).

Fiziksel aktivite, insanların fonksiyonlarının en temel öğelerinden birisidir. DSÖ, fiziksel aktiviteyi, enerjiyle, hareket sistemi tarafından gerçekleşen herhangi bir hareket olarak tanımlar. Oynamak, çalışmak, yürümek, ev işleri ve eğlence aktiviteleri gibi çeşitli vücut hareketlerini ve günlük yaşam aktivitelerini kapsamaktadır. Fiziksel aktivite, fiziksel uygunluğun iyileştirilmesi veya sürdürülmesi amacıyla planlanan, yapılandırılan ve tekrarlanan bir fiziksel aktivite alt kategorisi olan egzersizi içermektedir (WHO, 2018; Demirel, Kayıhan, Özmert & Doğan, 2014; Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011; Akyol, Bilgiç & Ersoy, 2008). Amaca göre süresi uzmanlar tarafından belirlenen egzersiz, gündelik hayatın içinde, düzenli olarak yürütölmekte, şiddeti hafif, orta ve ağır derece şeklinde belirtilmektedir. (Can, Arslan & Ersöz, 2014). Aktif olmayan bireyler SYBD'dan biri olan düzenli fiziksel aktiviteyi hayatlarına dahil etmek için az miktarda fiziksel aktivite ile başlayabilir (normal günlük faaliyetlerinin bir parçası olarak bile) ve yavaş yavaş süresi, sıklığı ve yoğunluğu artırılabilir (WHO, 2018). Sağlıklı yaşam için haftada en az üç defa bisiklete binme, yüzme, 20 dakika tempolu yürüyüş gibi ritmik ve tekrarlı hareketler önerilmektedir.

Çeşitli gruplar (hamileler, farklı yaş grupları ve hastalığı olanlar, vb.) üzerinde yapılan çalışmalar, düzenli fiziksel aktivitenin, büyüme ve gelişmede, yaşam tarzında, kişisel alışkanlıklarda, birçok hastalıktan korunmada ya da

bu hastalıkların tedavisinde, kısaca kaliteli bir yaşam sürmede anlamlı farklar yaratabilmektedir. Fiziksel aktivite beden sağlığı, ruhsal-sosyal sağlık ve gelecekteki yaşantılar üzerine etkilidir (Bozhüyük, 2010; Türkol, 2012; Çevik Akyıl vd., 2013, Piercy vd., 2018).

Sağlıklı büyüme ve gelişmede, bireylerin sosyalleşmesi ve zararlı alışkanlıklardan kurtulmasında pozitif bir etkiye sahip olduğu bilinen fiziksel aktivitenin çalışmalarla ortaya konan yararları şunlardır:

1- Düzenli egzersiz, endorfinin salgılanmasını, kan pH'nı düşürerek enerji seviyesinin artırılmasını, kilo kaybını, sindirimin kolaylaşmasını, kolesterol seviyesinin düşmesini, kan şekeri ve vücuttan zararlı maddelerin atılmasını sağlamakta ve mineral yoğunluğunu korumaktadır.

2- Akciğerlerin kapasitesini geliştirerek kan dolaşımında oksijen miktarının yüksek olmasını sağlamakta ve odaklanmayı olumlu yönde etkilemektedir.

3- Kas gücünü korumakta ve artırmakta, vücut segmentlerini hareket ettiren ters kaslarda dengeyi, kas-eklem kontrolünü artırarak stabiliteyi ve eklem hareketliliğinin korunması ve artırılmasını sağlamaktadır.

4- Vücudun genel olarak zindeliğini ve dayanıklılığını sağlamakta, refleks ve reaksiyon zamanının gelişmesini, uygun duruş pozisyonunu ve vücut dengesini desteklemektedir.

5- Kalp ritmini düzenleyerek, her kalp vuruşunda daha fazla kan pompalanmasını sağlamaktadır. Damarların kan basıncına direncini azaltarak tansiyonu düzenlemektedir. Ayrıca, hastalıkların iyileşmesini hızlandırdığı görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2008; Aksoy & Uçar 2014; Piercy vd., 2018).

2.6.3. Beslenme

Beslenme, beslenme eylemi, organizmaların gıda maddesini alıp, kullandığı süreç, canlıların büyüme ve sağlıklı olmaları için gerekli besinleri alma sürecidir (<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com>; <https://dictionary.cambridge.org>). Vücudumuzun, makro ve mikro olarak sınıflandırılan besin

maddelerinden yaşam fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için dengeli, düzenli ve uygun bir şekilde faydalanmasıdır. Dengeli, yeterli ve düzenli beslenme iyileşmeyi de hızlandırmaktadır.

Sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla bedenın ihtiyaç duyduğu besin maddelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir davranış olan beslenme İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde (1948), toplumun ve bireylerin sağlıklı ve kaliteli olarak yaşamasında gerekli temel hak ve şartlardan biri olarak belirtilmektedir (İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 1948). Bir ülkenin beslenme durumu o ülkenin en önemli refah göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir (Bozhüyük, 2010; Türköl, 2012; <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/yeterli-ve-dengeli-beslenme-nedir.html>).

DSÖ ve Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü'nün (FAO) birlikte yürüttüğü çalışmalar, kitle iletişim araçlarıyla toplumların bilgilendirilmesini amaçlamaktadır. Bireylerin yaş ve cinsiyetlerine göre matematiksel olarak geliştirilmiş beslenme programları oluşturularak, hastalıklarla beslenme arasındaki olumlu ve olumsuz ilişkileri bireylerin fark etmesi sağlanarak, kendi beslenme alışkanlıklarını düzenlemeleri sağlanmaya çalışılmaktadır (Dikmen & Pekcan, 2014).

Besinler vücudun enerji kaynağı ve yapı taşıdır. Büyüme ve gelişmeyi, enerjiyi sağlamakta ve metabolizmayı düzenlemektedir. Yetersiz, aşırı ve düzensiz beslenme davranışları sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Beslenmeyi kültür, genetik, eğitim, gelir düzeyi, hormonlar, ilaçlar ve günlük aktiviteler etkilemekte ve belirlemektedir (<http://www.fao.org3a-i4175e>; Weaver, 2016; Ying, Li, Chao, Lei, Yue & Gong, 2014; Coşkun, 2005).

Kemik, bağ doku, kıkırdak, sinir ve onu koruyan kaslardan oluşan omurganın bütünlüğü ve işlevselliği için önemli bir yere sahip olan beslenmeyi sigara, alkol gibi zararlı madde alımlarının olumsuz yönde etkilediği ve pişirme yöntemlerinin gıda kalitesini değiştirdiği bilinmektedir (<https://hsgm.Saglik.gov.tr/tr/beslenme/hastalıklarda-beslenme.html>; Weaver, 2016).

2.6.4. Manevi gelişim

Manevi, arapça kökenli bir kelime olup (<https://etimolojiturkce.com>), gizli ve derin anlam, duygular ve inançlarla ilgili, beden ve fizikten daha çok insan ruhuna bağlı şeyler olarak tanımlanmaktadır (<https://dictionary.cambridge.org/>; <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com>).

Maneviyat ise belirli bir düşünme, hissetme ya da davranış şekli olup, özellikle bir grubun iç dünyasına ait kaynakların geliştirilmesine odaklanma ve yaşamın nefesi, yüksek ruhla ilgili anlamına gelmektedir (<https://www.dictionary.com>; www.etymonline.com). Maneviyat bireyin yaşamını etkileyen bir inanç ve değer sistemi yaratmasına yardımcı olan ve herkesin içinde hissettiği bir güç; amaçlar ve değerler hakkında geniş bir kavram; görünmez ve keşfedilemez bireyin özü olarak farklı şekillerde tanımlanmaktadır (Gumus, Baran & Zengin, 2014).

Sağlıkta bütüncül yaklaşıma göre, birey fiziksel, zihinsel, duygusal, sosyo-kültürel ve maneviyatını oluşturan değerleriyle bütün olup, bu yönler aynı zamanda birbirleriyle bağlantılıdır (Demirsoy, 2017). Diğer bir deyişle bireyin sağlıklı bir yaşam sürebilmesi için manevi gelişiminin desteklenmesi gerekmektedir.

Manevi ihtiyaçlar genelde bireyin kendinden daha büyük bir güçle bağlantıda olduğuna inanması olarak görülmektedir. Yaşamın anlamı olması, hayata dair amaçlar, dürüstlük, sadakat, adalet kavramları ve umut maneviyatla bağlantılı değerlerdir. Bireyin kendi ve etrafıyla barış içinde olması, ben kimim, neden yaşıyorum sorularına aldığı cevap ve bilgiyle bakış açısının gelişmesi yaşamına yansımakta ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Mullen, 2014; <http://www.edperspectives.org.uk/page.cfm?pageid=edp-npsd>).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda maneviyatın sağlıklı yaşam üzerindeki gücü nedeniyle tıbbi müdahalelerde belirleyici bir rol oynadığı ortaya konulmaktadır. Bu çalışmalar, psikolojik olarak bireylerin olumsuz duygu yaşatan durumları atlatmalarında maneviyatın etkinliğini göstermektedir (Gürsu & Ay, 2018; Boztilki & Ardıç, 2017). Teknolojinin gelişmesi sağlığa büyük hizmetler sunsa da insanların ruhsal bütünlükleri genel sağlık

durumlarını etkilediği için manevi ihtiyaçlarının da (şefkat, merhamet, saygı, güven vb.) karşılanması gerekmektedir.

Maneviyat iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanmaktadır. Bireyin duygusal ve düşünsel dünyasında dengeyi bulması iç huzuru sağlamaktadır. Kim olduğunu bilme, yaşamda amaçlarının olması ve geleceğe dair umut taşımak kişinin sağlık durumunu olumlu yönde etkilemektedir.

Bireyin bilinçli olarak reform yapmak için göstereceği her türlü çaba değerlerini ve tutumlarını etkilemektedir. İsteddiği aşamaya gelinceye kadar, bireyin onu mutsuz eden bilinç dışı ile bilinçli mücadele etmesi gerekmektedir. Böylece, kendini gerçekleştirme ya da aydınlanmaya ulaşılabilir (Sagar, 2016; Lee, Jirásek, Veselský & Jirásková, 2018).

Maslow'a göre kendini gerçekleştirme, bireyin kendini ve hayatını tanıyıp, kabul edip, geliştirerek, tatmin edici ve coşkulu yaşaması anlamını taşımaktadır (Kuzgun, 2019). Kendini gerçekleştirme, bir bireyin hayata karşı tutumu ve olumlu davranışların geliştirilmesine atıfta bulunan bir iç güç olarak kabul edilir (Sharifi, Sharifi Jamali & Khajeh, 2019).

Kendini gerçekleştirme isteği, birey için hem yönetici hem de itici bir kuvvet olarak kabul edilmektedir. Bireyin sağlıklı bir algıya sahip olup gerçeği olduğu gibi kavrayabilmesi beklenmektedir. Gerekli tepkileri verebilmesi, temel psikolojik savunma mekanizmalarını kullanabilmesi, problem çözebilme ve amaçlarına uygun davranabilmesi iç ve dış dünyasıyla barışık olarak gelişime açık olabilmesidir.

2.6.5. Kişilerarası ilişkiler

Kişilik, bireyin toplumsal hayatı içinde edindiği alışkanlıkların ve davranışların tümü (<https://sozluk.gov.tr>), öz-bilinçli bir varlığın ayırt edici görünür yönü, bir kişiyi diğer insanlardan farklı kılan çeşitli yönleri (www.etymonline.com; <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com>), bireyin bedensel ve devinimsel yapısının, bilişsel ve duygusal tepki biçimlerinin, benlik oluşumunun özgün, karmaşık ve dinamik bir bütünü olarak tanımlanmaktadır (Bakırcıoğlu, 2012).

Bireylerin ilişkilerini yaşarken iç dünyası ve eylemlerini birbirleriyle paylaşımları sırasında, değişim, dönüşüm ve aktarım oluşmakta, bu etkileşim zamanla davranış değişimlerine sebep olmaktadır.

Kişilerarası ilişki, iki veya daha fazla kişi arasındaki sosyal ilişki, bağlantı veya bağlılıktır. Kişilerin toplum içinde sosyalleşme sürecinde çevresindeki kişilerle etkileşimi, duygusal ilişkilerinin olması ve kişilerarası ilişkilerdeki süreklilik sağlıklı yaşam için bir gerekliliktir. Kişilerarası ilişki tesadüfen oluşmaz, amaçlıdır, çözüme yöneliktir, gönüllüdür ve almaktan çok daha fazlasıdır. Yaşamın tüm alanlarında başarılı, mutlu ve verimli olma konusunda önemli bir etkisi olan kişilerarası ilişkiler insan davranışlarını şekillendirerek sürdürülmesini sağlamaktadır. Bu ilişkilerdeki destek, sevdikleriyle zaman geçirmek, diğer kişilere içten davranarak, mantıklı ve doyurucu ilişkiler kurmak, ilgi ve sevgilerini göstermek, sorunların paylaşılarak çözüm önerileri oluşturulması olarak ifade edilmektedir (Bozhüyük vd., 2012). Bireyler arasında bilinçli ve olumlu bakış açısıyla oluşturulacak güven bağları bireylerin sağlığını destekleyecek kaynağı oluşturmaktadır (Urgan, 2019; Patricia, 2015; Bozhüyük vd., 2012).

İnsan hayatının her alanında yaşam ve sürekliliğini sağlamak, anlam bulma arayışı içinde anlamak, anlaşılacak, yaşam yönünü belirleyerek eylemleri gerçekleştirmek için farklı tür ve şekillerde iletişim kullanır. Kişilerarası ilişkilerde sosyal desteğin sağlanmasının temelinde etkili iletişim yer almaktadır. Bireylerin güvenle düşünce ve duygularını paylaşması (Roomaney, van Eeden & Kagee, 2017), aidiyet, katılım, sosyal önem ve beraberlik duyguları ile ilişkilendirilmektedir (Reich & Hershcovis, 2011). Etkili bir kişilerarası iletişim için kendini doğru ifade etme ve ihtiyaç duyulan davranışı sağlamak için ortak bir kavrayışa gerek vardır.

Tanışmayla başlayan ilişkiler ortak yaşananlar ve paylaşımlarla beslenir, güvenle desteklenir. İlişkilerdeki açıklık, vicdan, anlaşılabilir ve duygusal istikrar pozitif beslenmeyi sağlamaktadır. Güven, tarafların özel bilgilerini paylaşarak kendilerini birbirlerine karşı savunmasız bırakmaları ile zarar görmeyeceklerini öğrenmeleriyle gelişmektedir. Artan güven, yeni etkileşim

tarzlarını, problem çözme ve verimliliği artırmayı sağlamaktadır (Patricia, 2015).

Sağlıklı, tatmin edici ilişkiler için bireyler farklılıklarını anlamalı, paylaşımcı olmalı, gerçek bir ilişkinin temeli olan alış-verişi bilmelidir.

Hastaların sağlık merkezlerindeki deneyimleri, hizmet kalitesinin önemini göstermektedir. Bu yüzden önce iletişimin önemi kavranmalı ve iletişimin etkin olabilmesi için hastanın ihtiyaçlarını ve duygusal desteğini dikkate almak gerekmektedir. Hasta merkezli, empati, güven ve saygı temelli iletişim kurulmalıdır (Hagerty, Samuels, Pala & Gigliotti, 2017).

2.6.6. Stres yönetimi

Stres, bireyin hayatındaki problemlerden, zor durumlardan kaynaklı yaşadığı endişe, baskıdır (<https://dictionary.cambridge.org>; <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com>). Stres, kişinin, gereksinimlerine doyum ararken, kendi içinden ya da çevresinden gelen ve kişiliğinde gerginlik, bozukluk yaratan; çok güçlü olunca da uyumunu sağlayan savunma kaynaklarını yıpratın, kişilik yapısı ve işlevlerinde köklü değişim ve çöküntülere yol açın engellerle karşı karşıya kalması, zorlanmadır.

Günümüzdeki yaşam koşullarıyla bağlantılı olarak yaşamın bir yan ürünü olan stres, zararlarının yanında yapılmak istenen eylemler için motivasyonu da sağlamaktadır (<https://www.uregina.ca/student/counselling/assets/docs/pdf/what-is-tress.pdf>).

Bireyler sorumluluklarını yerine getirmekte zorlandıkları ve baskı altında kaldıklarında, endişe artmakta ve stres ortaya çıkmakta, bu durum fizyolojik ve psikolojik olarak bireyleri etkilemektedir (Bhui, Dinos, Galant-Miecznikowska, Jongh & Stansfeld, 2016; Balcı, 2014; Kennedy & Parker, 2019).

Stres yönetimi, bireyin kendi niteliklerini kullanarak gerilim üzerinde etkinliğe sahip olması şeklinde tanımlanabilmektedir. Günlük hayattaki hızlı gelişim ve değişim, bireylerin yaşam koşullarına uyum sağlama konusunda

zorlanmalarına sebep olmaktadır (Bozhüyük, 2010; Türkol, 2012; Çevik Akyl vd., 2013).

Bir durumun strese sebep olup olmadığını bireyin sahip olduğu nitelikler ve duruma olan bakış açısı belirlemektedir. Bireylerin farkındalığını sağlamak, stresi tanımak ve kendine yardım konusunda eğitmek mümkündür. (Colley, Harris, Hellyer & Radford, 2018). Kişinin içinde bulunduğu durum, maruz kaldığı travmaya göre yapılması gerekenler belirlenmektedir (Chmitorza vd., 2018).

Stresle baş edebilmek için kendini gözlemlene, gevşeme yöntemlerini öğrenme, zaman yönetimini sağlama, problem çözebilme ve gerektiğinde yardım almak gerekmektedir. Gevşemek için egzersiz, meditasyon, biofeedback, yoga yöntemleri kullanılanlar arasındadır. Bireyin kendine zaman ayırarak hobiler edinmesi önerilmektedir (Özmen & Önen, 2005; <http://turkishfamilyphysician.com/wp-content/uploads/2016/08/C5-S2-stresle-bas-etmede-psikiyatrik-yakla-sim.pdf>).

2.7. Boyun Fıtığı (Cervical Disc Herniation)

Boyundaki C1-C7 arasında yedi tane omurga bulunmaktadır. Bir omurgayı iki yapı oluşturmaktadır: Bunlar önde süngersi yapıdaki kemik gövde ve arkada omur kavsidir. Omurgalar nöral ekseni ve sinir köklerini korumakta, başın ağırlığını taşımakta ve başın hareketliliğini sağlamaktadır. Omurların arasında onlara hareket yeteneği sağlayan diskler bulunmaktadır. Bu diskler yarı oynar eklemde oluşmakta ve omurga üzerindeki gücü emerek dağıtmaktadır (Çelik Yılmaz, 2017). Diskin kalınlığı hareket yeteneğini belirlemektedir. Disk kalınlaştıkça hareketliliği artmaktadır. Boyunda en kalın diskler C5-C6'dır (Urban, Fischer, Paulsen & Waschke, 2001; Nöroşirürji Derneği, 2010; Zeybek, 2017; Koca, 2015).

Şeffaf ve kaygan olan iç bölümün, bağ dokusundan yırtılarak dışarı çıkması sonucu boyun fıtığı oluşmaktadır. Fıtık, omurilik ve sinirlere baskı yapmaktadır. Bu baskı sonucu kollarda uyuşma, kuvvetsizlik ve ağrı görülmektedir. Baskı sadece sinirlere olursa kollarda kuvvetsizlik, omuriliğin

kendisine baskı olursa tüm vücutta hareket sorunları ortaya çıkmaktadır. Hastalığın ileri sürecinde bireyleri yatağa bağımlı hale getirebilmektedir.

Boyun fitiği akut, akut dejenere ve kronik dejenere fitik olarak üç gruba ayrılmaktadır. Akut boyun fitiği genelde genç hastalarda şiddetli bir travma ile oluşmakta ve beraberinde kemik hasarı da görülebilmektedir. Dejenere fitikte belirtiler ani olarak ortaya çıkmakta ve gittikçe artmaktadır. Kronik disk dejenerasyonu ise zamanla çeşitli sebeplerden (yaş, beslenme şekli vb.) yapının bozulması ve sertleşmesi nedeniyle oluşmaktadır (Çelik Yılmaz, 2017; Shangguan vd., 2017).

Vücudun denge duyusunun düzenlenmesinde boyun omurgaları önemli bir rolü olduğu bilinmektedir. Santral ve refleks bağlantılarının yoğunluğu nedeni ile boyun omurgaları duyu alımı ve aktarımında önemli rol oynamaktadır. Gerilmeye yanıt olarak boyun kaslarını aktive etmekte ve başın stabilizasyonunu sağlamaktadır. Bu bölgedeki sinirlerin harabiyeti ya da bu bölgeye yapılan girişimsel uygulamalar, istemsiz göz hareketleri, sersemlik ve aşırı derecede denge bozukluğuna, düzensiz hareketlere neden olabilmektedir (Civelek, Nacır & Erdem, 2017).

Boyun fitiği bulunduğu bölge ve motor, duysal fonksiyonlara etkisi nedeniyle iş gücü kaybı, psikolojik ve ekonomik sorunlara yol açmaktadır (Zeybek, 2017; Koca, 2015).

2.7.1. Risk faktörleri

Ani ve güçlü boyun hareketleri, ağır kaldırma, baş öne eğik olarak uzun süre çalışma, çeşitli şekillerde travma (trafik kazası, spor yaralanmaları vb.), fiziksel özellikler, psiko-sosyal durum ve sosyo-demografik özellikler boyun fitiğinin sebepleri arasındadır. İklim ve hava koşulları gibi çevresel etkenler de risk faktörleri arasında yer almaktadır.

2.7.2. Tedavi yöntemleri

Tedavi rahatsızlığın sebeplerine, semptomlara, hastaya göre değişmekle birlikte; genelde konservatif tedavi, FTR, enjeksiyon, cerrahi ve geleneksel tamamlayıcı tıbbi tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Komplikasyonları

nedeniyle cerrahi yöntemler genelde son çare olarak düşünölmektedir. Son dönemde açık cerrahi yerine artroskopik cerrahi tercih edilmektedir. Her yaşta hastaya rastlanmaktadır.

Tanıyı belirlemede fizik muayene, hastalık öyküsü ve tıbbi cihazlar olan: nükleer manyetik rezonans görüntöleme, boyun tomografisi ve elektronöromiyografiden faydalanılmaktadır.

Boyun fitığı tedavi yöntemleri şunlardır;

2.7.2.1. Konservatif tedavi

Konservatif tedavi, istirahat, oral steroid, epidural steroid, steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar ve analjezikler ile FTR kullanılan tedavi yöntemleridir. Konservatif tedavi fitiklaşmış disklerin yaklaşık %80'inde faydalı olmaktadır (Buko, 2013; Zeybek, 2017).

2.7.2.2. Cerrahi tedavi

Cerrahi tedavi, hastalarda nörolojik sorunların ilerlemesi ve tüm konservatif tedavilere rağmen iki ay süresince belirtilerin düzelmemesi durumunda tercih edilmektedir. Cerrahi girişimde sinir kökü üzerinde baskı yapan fitık çıkarılmaktadır.

Boyun fitığı için yapılan cerrahi tedavi boynu ön ya da arka tarafından girilerek yapılan fitığın çıkartılması işlemidir. Fitık çıkarılarak omurilik ve sinir köklerindeki bası kaldırılır. İçine hastanın kalçasından veya kemik bankasından alınan kemik greft, metal parçası ile birlikte bu mesafeye köprü gibi yerleştirilmektedir. Çok seviyeli önden yapılan füzyonlu fitık çıkarılması girişiminin uygulanabilirliği içerdiği disk sayısına bağlıdır

2.7.2.3. Geleneksel tamamlayıcı tıp tedavileri

Geleneksel tamamlayıcı tıp tedavileri, zihinsel-bedensel uygulamalarla hastalıklardan koruyucu ve iyileştirici, sağlıklı kalmayı sağlayan ve sağlığı geliştiren etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmış yöntemlerdir. Bu uygulamaların en yaygın kullanılanları; fitoterapi, akupunktur, meditasyon, yoga, hipnoz, dua, kupa, müzik ve sanat terapileridir (Çelik Yılmaz, 2017; Şahin, 2017; Karahancı vd., 2015).

2.7.2.4. Fizik tedavi ve rehabilitasyon ajanları

Fizik tedavi ve rehabilitasyon bası altındaki enflamasyon olmuş sinir kökünün neden olduğu kas gerilimini ve ağrıyı azaltmak için uygulanmaktadır. Boyun fitığında kullanılan FTR yöntemleri ise sıcak-soğuk paket uygulamaları, traksiyon, masaj, manipülasyon, mobilizasyon, elektroterapi, akupunktur ve enjeksiyonlardır.

2.7.2.5. Perkütan disk dekompresyonu

İnatçı boyun radikülopatilerde tercih edilen bir tedavi yöntemidir. Omurgalar arasındaki fitıktan kaynaklı baskının ortadan kaldırılması için lazer ve radyofrekans gibi termal ya da alkol, oksijen ve ozon gibi kimyasal kullanılmaktadır. Tek başına mekanik olarak baskının kaldırılması da bu yöntemler arasında bulunmaktadır (Buko, 2013; Dinçer, 2011; Nöroşirürji Derneği, 2010).

2.8. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Fizik tedavi ve rehabilitasyon, APTA (American Physical Therapy Association) tarafından ideal fiziksel fonksiyonların kazanılması için iyileştirici klinik uygulamalar olarak tanımlanmaktadır. Dünya Fizik Tedavi Konfederasyonu ise fizik tedaviyi; bireyin, gelişimi, bakımı ile yaşamı boyunca en üst düzeyde hareket ve işlevselliğini korumak, yeniden sağlamak için sağlık profesyonelleri tarafından uygulanan bilimsel ve tıbbi temeli olan bireylerin eğitimini de kapsayan müdahaleler olarak tanımlamaktadır (<http://www.kau.edu.sa>, 2019; https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT_Description_of_Physical_Therapy-Sep07-Rev_2.pdf, 2019).

Fizik tedavi ağrıyı azaltmak ya da tamamen geçirmek, kasları güçlendirmek, esnek hareketliği sağlamak, iyileşmeyi ve kan dolaşımını hızlandırmak amacıyla kullanılan bir tedavi yöntemidir. Lokal ya da tüm vücuda yapılan yapıcı bir müdahale şeklidir. Kullanılan fiziksel ajanlar; termal, mekanik ve elektromanyetik yöntemlerdir (Demirbağ Karayel & Yavuz, 2014).

FTR'de amaç bireylerin bağımsız yaşamalarını ve mümkün olduğunca üretken bir yaşam sürmelerini sağlamaktır (Demirbağ Karayel & Yavuz, 2014; Çetin, 2004). Bu çalışma fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak kombine bir uygulamadır. Dört şekilde uygulanmaktadır.

Tıbbi rehabilitasyon; sağlık merkezlerinde tedavi amaçlı uygulama yöntemleridir.

Fonksiyonel rehabilitasyon; hareket, ısı, masaj ve kaplıca uygulamalarıdır.

Mesleki rehabilitasyon; bireyin eski uğraşlarına dönebilecek yetenekleri kazanmasını sağlamaya yönelik özel uygulamalardır.

Toplumsal yardım ve rehabilitasyon; vakıflar, aşevleri, huzurevi ve çocuk esirgeme hizmetleri ve AMATEM gibi bireyin bağımlılık sürecinde destek olan kurumların olmasıdır. Ayrıca dil terapisi, işaret dilinin engelli kişi ve çevresi tarafından edinilmiş bir yetenek olmasını sağlamaktır.

Mekanik tedavi yöntemleri hücreler arası sıvı dengelerini, elektromanyetik ajanlar ise hücre fonksiyonlarını düzenlenmesini desteklemekte ve arttırmaktadır. Ayrıca sinirler üzerinde direkt etki yaparak ağrı eşiğini ve endorfin seviyesini yükseltmektedir. Kaslardaki gerilme durumunu etkileyerek ödem ve doku ölümünü azaltmaya yardımcı olmaktadır. Fiziksel ajanlar, gamma (kas içciklerine giden motor lifler) lif etkinliğini azaltarak ve/veya kaslardaki aşırı gerilimi engelleyen golgitendon organının uyarılmasını sağlayarak kas tonusunu azaltmaktadır. Bağ dokular ısıtıldıklarında dolaşım azalır, esneklik ve elastikiyet artar. Sıcak uygulama sinir iletisinin normalde olduğundan hızlı, soğuk uygulama yavaş olmasına neden olmaktadır. Gerilmiş olan kasa yapılan soğuk uygulama sinir iletisini yavaşlatmakta ve böylece kasılma azalmaktadır (Demirbağ Karayel & Yavuz, 2014; Çetin, 2004).

Uygulamalardan istenilen verimin alınabilmesi için tedavi ortamının uygunluğu, ekipman yeterliliği, sağlık çalışanı yeterliliği ve hasta sağlık çalışanı arasındaki iletişim önemlidir.

Fizik tedavi ve rehabilitasyon ekibini uzman hekim, psikolog, sosyal hizmet görevlisi, fizyoterapistler ve hemşireler oluşturmaktadır.

Tedavi süresi, şekli hastaya göre farklılık gösterebilmektedir. Ortalama seans sayısı 10-20'dir. Bir seans genelde 1 -1,5 saat sürmektedir.

Fizik tedavi, sıcak paketle, parafin, buz paketi, ultrason infrared ışınlar, lazer, traksiyon, tens, compex, interferans, galvanic akım, vakum, kısa dalga ve mikrodalga diatermi gibi fizik tedavi ajanları ile traksiyon, manuel terapi ve terapötik egzersizleri kapsamaktadır.

2.8.1. Ortezler

Sert ortezler özellikle akut boyun ağrısında boynu istenilen pozisyonda tutmakta kullanılmaktadır. Ancak kullanım süresinin iki haftayı aşmaması gerekmektedir. Ortez kullanımı süresince izometrik egzersizlerle kas gücünü korunmaya çalışmak gerekmektedir. Yumuşak ortezler duyu geribildirim yoluyla ani ve sert boyun hareketlerini önlemektedir. Ancak boyun hareketlerini kısıtlama gücü daha azdır.

2.8.2. Ultrason cihazı

Ultrason cihazı, dokulara yüksek frekanslı ses dalgaları gönderilmesiyle cilt altı dokularda sıcaklığın yükselmesi damarlarda genişlemeye neden olmakta ve kan dolaşımını artırıp iyileşmeyi kolaylaştırmaktadır. Hiperemi, yumuşak doku uzamasını kolaylaştırması, ağrı ve kas spazmını azaltması nedeniyle kullanılmaktadır.

2.8.3. Sıcak paketler

Sıcak paketler, içi silikondioksit doldurulmuş genelde su sızdırmaz kumaş torbalardır. Yüzeysel dokuların ısınmasını sağlar. İçinde su kaynayan kazanlar içinde 70-80 C° kadar ısıtılarak ve havluya sarılarak bölgesel uygulanan bir yöntemdir. Genişletici etkisiyle dolaşımı hızlandırarak doku beslenmesini destekler ve ağrıyı azaltır. Çeşitli boyutlarda bulunmaktadır.

2.8.4. Soğuk paketler

Soğuk paketler, içinde jel ya da buz bulunan naylon torbalardır. Bu uygulamada damarlardaki daralma yumuşak doku ve kemikte kan akımı azaltmaktadır. Bunun sonucu olarak kaslardaki kasılma ve sinir iletimi de yavaşladığı için ağrı azaltılmış olmaktadır. Ayrıca sindirim sisteminin hareketleri arttırılarak ağrı kesici etkisi sağlanmış olmaktadır.

Yumuşak dokuda dolaşımı etkileyerek, doku esnekliği ve yumuşaklığını, metabolik aktiviteyi, kas spazmını, spastisiteyi azaltmaktadır. Ayrıca sinir iletimini azaltıp, beta respötörlerini uyararak ağrı eşiğini yükseltir ve antienflamatuvar etkisiyle ağrıyı azaltmaktadır. Günde üç ile dört kez 15 dakika uygulanabilmektedir. Slika jel paketleri, soğuk kompres, buz paketleri, buz masajı veya soğutucu spreyleyler şeklinde kullanılabilir (Çelik Yılmaz, 2017; Shangguan vd., 2017; Zeybek, 2017).

Sıcak ve soğuk paketler kullanımı kolay, uzun süre dayanıklı ve tekrar kullanılabilen paketlerdir.

2.8.5. Işık ve lazer tedavisi

Işık ve lazer tedavisi, nöropatik, inflamatuvar ve yumuşak doku bozukluklarında lazer cihazlarıyla kızılötesi ışınları, ağrıyı azaltmak ve iyileşmeyi hızlandırmak için 30-150 -+Mw arasında kullanılmaktadır. Kızılötesi ışınlar yüzeysel ısı artışı ile kas gevşemesini sağlayarak ağrıyı azaltmaktadır.

2.8.6. Mikrodalga diatermi

Mikrodalga diatermi, elektromanyetik dalganın kullanıldığı yöntemdir. Vücuttaki su tarafından emilerek kasları ısıtmakta kullanılmaktadır. Hastanın yağ dokusunun kalınlığına göre dalga ayarlaması yapılmaktadır. 915 MHz derialtı yağ ısısı 10-12 derece arttığında kas ısısı 3-4 derece artmış olur. Kemoterapi ve radyo terapinin etkisini desteklemek için kullanılmaktadır. Diğer rahatsızlıklarda daha kısa dalgalar tercih edilmektedir. Kısa dalga olarak genelde 12-40 MHz belirlenmektedir.

2.8.7. Elektroterapi

Elektroterapi, Elektrik akımının belirlenen bölgeye elektrotlar aracılığıyla verildiği işlemdir. Yüksek yoğunlukta elektrik uyarımı ile kasları kuvvetlendirmede ve uyuşmayı gidermekte kullanılmaktadır. Az yoğunlukta etkisi ise ağrı kesmektedir. Genelde tens cihazı tercih edilmektedir.

2.8.8. Traksiyon

Traksiyon, boyun eklemlerinin gerdirilip, ayrılarak, dural kılıfta yapışıklıkların önlenmesi ya da gevşetilmesi, sinir kökü ve fitığa olan baskıyla tahribatın önlenmesi, böylece sinir kökü kanallarında dolaşımın düzeltilmesi, ağrı, enflamasyon ve kas spazmının azaltılmasını sağlamaktadır. Diskler arasında negatif basınç sağlanarak nükleer materyalin aralıktan omurga aralığına geçmesi için de kullanılmaktadır. Manuel veya mekanik, sürekli veya aralıklı olarak uygulanmaktadır. Ayakta ya da otururken, devamlı ya da ara verilerek çekim uygulanabilmektedir. Hasta başını dengelemek için yaklaşık 4,5 kg'lık ağırlık kullanılmaktadır. Süre iki dakika ile 24 saat arasında değişmektedir. Omurgaları ayırarak fitik boyutlarını azalttığı ifade edilmektedir. Amaç fitik üzerindeki baskıyı azaltmaktır (Çelik Yılmaz, 2017; Shangguan vd., 2017; Zeybek, 2017).

2.8.9. Parmak merdiveni

Parmak merdiveni, parmakların merdiven çıkıyor hareketi yaptırıldığı alet olup, eğimli ve düz olarak iki çeşidi bulunmaktadır.

2.8.10. Omuz çarkı

Omuz çarkı, daire şeklinde olup omuz hareketlerinde kullanılmaktadır.

2.8.11. Tilt-table

Tilt-table, yatakta uzun zaman geçirmiş hastaların yavaş hareketlerle yataktan kalkışını sağlamaktadır.

2.8.12. Duvar barı

Duvar barı, duruş ve yürüyüş çalışmalarında, destek olarak ve egzersiz amaçlı kullanılmaktadır.

2.8.13. Egzersiz bantları

Egzersiz bantları, bantlar latexten yapılmış olup, kuvvet, hareketlilik ve esnekliği geliştirmek amaçlı kullanılmaktadır.

2.8.14. Egzersiz tüpleri

Egzersiz tüpleri, yuvarlak ip halinde olup, direnç miktarları renklerine göre değişmektedir. Kuvvet, hareketlilik ve esnekliği geliştirmek amaçlı kullanılmaktadır.

2.8.15. Denge diski/tahtası

Denge diski/tahtası, üzerinde beden ağırlık merkezini değiştiren hareketlerin yapılıp, bedenin bu duruma uyum sağlamak için oluşturduğu kasılmalar sonrası dengenin geliştirildiği alettir.

2.8.16. Kurşun ağırlık

Kurşun ağırlık, lastik kumaştan yapılmakta, kurşun ağırlıkların çıkarılıp, takılmasını sağlayan, cırtlı cepleri bulunmakta, bu sistem rahat taşınabilirliğini ile aynı ağırlığın el bileği ve ayak bileği için kullanılabilmesini sağlamaktadır. Bir ve iki kg için 250 gr, üç-dört-beş kg için ise 500 gramlık kurşun plakalar kullanılmaktadır.

2.8.17. Kum torbası

Kum torbası, içinde demir talaşı olup, ağırlık ayarı bulunmamakta ve sabit ağırlıklar halinde bulunmaktadır. Cırtlı sistemi el ve ayak bileğine takılabilme kolaylığı sağlamaktadır.

2.8.18. Egzersiz topları

Egzersiz topları, rehabilitasyonda kas güçlendirme ve denge eğitimi amaçlı kullanılmaktadır. Sağlık merkezleri dışında da kullanılmaktadır. Çap standartları, 55-65-75-85 olmaktadır. Travmaya dayanıklı olup, patladığında hava boşalması yavaş olduğu için güvenlik yönünden tercih edilebilir. Kullanıcının boyu ve topun rengi uygun topun seçiminde belirleyicidir.

2.8.19. El hamuru

El hamuru, psikolojik gerilimi azaltmada ve kas güçlendirmesinde kullanılmaktadır. Rengi, kokusu yoktur ve allerjen özellik taşımamaktadır.

2.8.20. Silikon el egzersiz aleti

Silikon el egzersiz aleti, silikon yapıda, sağ ve sol olmak üzere iki taraflı olup standart ölçüsü bulunmaktadır.

2.8.21. Power web

Power web kuvvet ve esnekliği geliştirmekte, nöral blokajlarda tanı ve tedavi de kullanılmak üzere latexten üretilmekte olup, 36 cm çapındadır. El, bilek ve ön kol egzersizlerinde kullanılmaktadır.

2.8.22. Masaj

Masaj, yumuşak dokulara belli bir basınçta ve teknikte yapılan el hareketleridir. Bedensel ve zihinsel gevşeme, ödemin dağılması, kan akımının hızlanmasında yardımcı olarak kullanılmaktadır. Dairesel hareketlerle vurma, titreştirme ve bası yapma teknikleri ile masaj yapılmaktadır.

2.8.23. Manipülasyon

Manipülasyon, hareket açıklığını sağlamak için kullanılan yumuşak dokulara uygulanan pasif germe ve mikro travma olarak tanımlanmaktadır. Manipülasyon ve mobilizasyon diğer tedavi şekilleri ile birlikte kullanılmaktadır. Ağrıyı gidermede eklem açıklığını sağlaması için kullanılan yöntemlerdir. Bu yöntemler kısa ve uzun vadede bağ dokusunun uzunluğu, ağrı, motor ve sempatik sinir sistemi üzerinde etki göstermektedir. Yan etkileri olsa da düşük oranda olup tercih edilen yöntemler arasındadırlar. Tek başına ya da diğer tedavi yöntemleri ile birlikte kullanılmaktadırlar (Çelik Yılmaz, 2017; Shanguan vd., 2017; Zeybek, 2017).

2.8.24. Akupunktur

Akupunktur bir geleneksel ve tamamlayıcı tıp tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Belli standartta üretilmiş iğneler, manuel, elektrik uyarımı ya da ısı uyarımıyla kullanılmaktadır. Klinik etkilerinin kısa ama

önemli derecede etkin olduğu bilinmektedir. Vücutta belirli noktalara, belirli bir derinlikte batırılan iğneler, ağrı algısının kontrolünü ve fizyolojik fonksiyonları etkilemektedir.

2.8.25. Balneoterapi

Balneoterapi, termomineral sular, çamur ve gazlar kullanılarak uygulanan tedavi yöntemidir. Bu materyaller banyo, içme ve soluma yöntemleri ile kür tarzında tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Belirli bir sıcaklıktaki suyun altında olmak kasları gevşetmekte ve böylece eklemler rahatlamaktadır. Suda yer çekiminin daha az hissedilmesi bazı eklem hareketlerini kolaylaştırmakta ve bu şekilde hareket kısıtlılığını azaltmaktadır. Kas gruplarının incelenmesi ve tanıda kullanılmaktadır. Suyun kendisini çevreleyene karşı basıncı duyularda derin algıyı ve bedenin daha iyi kavramasını sağlamaktadır (Erdoğan, Mergen & Erdoğan, 2006).

2.8.26. İnjesiyon yöntemi

İnjesiyon yönteminde steroidler güçlü anti-enflamatuar ajanlardır. Omurga fitiğinde ya da epidural boşluğa yakın diğer omurga patolojileri nedeniyle oluşan sinir kökü iltihabını azaltmakda kullanılmaktadır (Lee, Ahn, Lee, 2016; Delisa, 2016).

Bir ya da daha fazla kas grubunda ağrı, batma, spazm, uyuşma, karıncalanma, çekilme ve sıkışma şikayetlerinin tedavisinde botoks kullanılmaktadır. Botoks enjesiyon yöntemi ile asetilkolin salgısının, nöronların snaps öncesi baskılanmasını sağlayarak ağrının iletimine engel olmaktadır. Ağrılı kasa bireye göre dozu ayarlanarak yapılmaktadır. Geri dönüşü olan şekilde ve uzun süreli kas gevşemesine neden olarak ağrı döngüsünü kırmaktadır.

FTR'de yeni bilimsel yöntemler keşfedilmeye devam etmektedir. Bunlardan biri de hastaların simülasyonla tedavisidir. Hareket ve konum belirtilerek tanıma ve analiz için özel algoritmalar kullanılmaktadır. Katılımcıların özel hazırlanmış bir oda da oturması ve kendilerini hazır hissettiklerinde istedikleri egzersiz yöntemini seçmeleri istenmektedir. Bu

sanal olarak oluşturulan yöntem sırasında sağlık profesyonelleri ihtiyaç halinde hastayı yönlendirmektedir. Değerlendirmeler yapılmakta ve bu değerlendirmeler üzerinden tedavi süreci planlanmaktadır (Navarro, Penichet, María Dolores & Lozano Pérez, 2014).

FTR'nin anlamlı bir şekilde ağrıyı azalttığı ya da ortadan kaldırdığı böylece bireylerin kişisel ihtiyaçlarını kendilerinin sağlayabilmesini, çalışabilmesini, kaliteli bir yaşam sürmesini sağladığı görülmektedir (Çetin & Özdemir, Haghari & Taşoğlu, 2012).

Boyun fitiğinde genelde masaj, stabilizasyon, traksiyon, elektroterapi kullanılmaktadır. Tercih edilen egzersizler; güçlendirme, stabilizasyon, mobilite, duruş, dinamik, koordinasyon egzersizleridir. Amaç ise, ağrıyı azaltmak, kas boyunun uzunluğu ve kuvvet dengesinin sağlanması, duruş ve boyun hareketlerinin eski yeteneklerini kazanması, kuvvet ve fonksiyonun düzeltilmesidir (Çetin, 2004; Delisa, 2016).

Kişisel egzersiz programı, davranışsal eğitim, doğru tanı, doğru ilaç kullanımı ve hastanın kendi ve hastalık algısı ile sosyal destek bireyin iyileşme sürecini pozitif yönde etkilemektedir (Whitney, 2011; Oğuz, Dursun & Dursun, 2004).

2.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etik Yaklaşım

2.9.1. Etik yaklaşım

Ahlâksal olanın araştırılması (Aydın, 2015) anlamına gelen etik, insanın toplumsal ölçekte gerçekleştirdiği ve başkalarını etkileyen sonuçları olan davranışları, eylemleri, yapıp etmeleri ve bunları biçimlendiren düşünme süreçleri ile ilgilidir (Mengüşoğlu, 2003). Etik ahlaki bir yaşamı sorgularken ve yorumlarken izlenen farklı yolların tümünü kapsayan genel bir terimdir (Beauchamp & Childress, 2017). Etik, ilişkin olduğu alan içerisinde eylemde bulunan kişilerin ortaya koyduğu, ahlakiliği ilgilendiren davranışları iyi-kötü, doğru-yanlış olup olmadığını temellendirerek ortaya koymaya çalışan felsefenin alt dalıdır. Ahlaklılık ve değer üzerine sistemli bir şekilde düşünme,

soruşturma, ahlaki hayata dair bir araştırma ve tartışmadır (Metin, 2010; Demirhan Erdemir, 2011; Aydın, 2012; Cevizci, 2015).

Etik, ahlâkîlik kavramını temellendiren insan pratiğini ve ahlak koşullarını araştıran disiplindir. Etik ahlak üretmez ama ahlak üzerine konuşur. Etik ahlaksal olanla ilintili bütün sorunları çok genel, ilkesel ve soyut düzlemde tartışır. Etik iyi olanı değil, bir şeyin iyi olduğu hükmüne nasıl varıldığını söyler. Etik, ahlâk kavramından hareket ederek eylemlere ve davranışlara anlam kazandırır (Pieper, 1999).

Etik, ahlâk konusunda, geçmiş, şu an ya da geleceğe ilişkin karar ve eylemlerin dikkatli ve sistematik bir biçimde değerlendirilmesi ve çözümlenmesi etkinliğidir (Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği El Kitabı, 2015).

Etik, insan davranışlarının değerli ya da doğru olduğu ile ilgilenmektedir ve birçok değer birbiri ile çatıştığı durumlarda en doğru, en olması gerekeni anlayıp gerçekleştirilmesini sağlamayı amaçlar. Çünkü alınan kararlar, varılan yargılarda nelerin belirleyici olduğu düşünsel süreç önemlidir (Koçak, 2015).

Seçim olanağıyla oluşan karar sonucu meydana gelen ahlâki davranışlar başkalarını etkilediği için önemlidir. Hak ve çıkar çatışmalarından doğan etik sorunların çözümünde insan eylemleri rastgele olmadığı için belirli standartlara dayandırılarak değerlendirilmeli ve açıklanmalıdır (Bilington, 2011; Mengüşoğlu, 2003).

Etik, ahlâk üzerine bilgiler ortaya koyarken, karar verme süreci ve davranışlar üzerinde etkili olabilen etik sorunları ele alış ve etiğin ilgi alanlarına bakış biçimlerini ifade eden etik yaklaşımları merkeze alır (Özateş, 2010).

Etik yaklaşımlar, etik sorunları değerlendirirken başlangıç, hareket noktası sağlayarak konuda bakılacak yerleri, hangi temel evrensel kabullerle değerlendirileceğini belirten bilgiye dayalı yaklaşımlardır (Oğuz, Tepe, Büken & Kırımsoy Kucur, 2005).

Etik yaklaşım kültürlerarası farklılığı gözetilen bir yöntemdir. İnsanların hayat tarzlarındaki farklılıklar, değer yargıları, bilgi birikimleri ve

bilgiyi kullanma biçimlerindeki farklılıklar kültürel çeşitliliğe işaret eder. (Özbudun, 2003).

Etik yaklaşımda doğru ve iyi olanı yapma amacı, ahlâki farkındalık, odaklanma ve yargı, karar verme sürecinde temeli oluşturmaktadır. Öz disiplin, erdemli karakter, bütüncül ve her durumu kendi sınırlarında değerlendirmek gerekmektedir. Etik yaklaşımda, açıklık, geniş kapsamlılık, basitlik, açıklama gücü, verimlilik, uygulanabilirlik, gerekçelendirme gücü, tarafsızlık, rasyonellik, tutarlılık ve tersinirlik ilkeleri doğrultusunda hareket edilmektedir (Beauchamp & Childress, 2017; Ekmekçi & Arda, 2015; Tepe Küçükoğlu, 2012; Dimmock & Fisher, 2017; Eldadak, 2017).

Etik yaklaşım, araştırma alanı olarak evrensel bir konuya dışarıdan bakış olarak ifade edilmekte ve etik yaklaşımın dört temel özelliğe sahip olduğu belirtilmektedir. Buna göre;

- a- Araştırmaya konu olan eylem sistemin dışından araştırılmakta,
- b-Araştırma sürecinde kültürler arasında karşılaştırmalar yapılmakta,
- c- Araştırma yapısı konuyu ele alan ve çözümlenmeyi yapan kişi tarafından kurulmakta,
- d- Süreçte kullanılacak ölçütlerin evrensel olarak kesin ölçütler olduğu kabul edilmektedir (Erkenekli, 2012).

Değerlendirmeyi yapan için belirli bir etik yaklaşımı temele alarak eylemi değerlendirmek güvenli bir yaklaşım olmaktadır. Bu şekilde olabildiğince öznellikten uzaklaşmak ve nesnelliği korumak mümkün olmaktadır.

Sorunları ele almada kendilerine dayanılan kabul ya da dayanak noktası olan etik yaklaşımlar, ele alınan konuya ilişkin olarak önemli noktaların neler olduğunu ve nereye bakılacağını belirler (Oğuz vd., 2005).

Belirli bir hareket noktası ya da genel kabulden türemiş olan etik yaklaşımlar en temel olarak ödev etiği, erdem etiği, haklar etiği, yarar etiği ve ilkecilik şeklinde ifade edilmektedir.

Erdem Etiği; karar veren, kararını eyleme geçiren bireyin karakterini temel alır. Doğru eylemde bulunabilmek için erdemli olmak gerekir. Erdem, doğru eylemde bulunmak için gerekli nitelik, yetenek ve beceridir. Bu doğrultuda erdem ahlâki bir anlamda mükemmelliğe odaklanmaktadır. Dürüstlük, doğruluk, sevecenlik, cömertlik, saflık vb. erdemlere sahip olan bireylerin iyi, doğru kararlar alarak bu kararları istendik şekilde uygulama olasılıklarının daha yüksek olduğu düşünölmektedir (Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği El Kitabı, 2015).

Haklar Etiği; bireylerin temel hak ve özgürlüklerinin olduğu ve bunların karar sürecinde mutlaka göz önünde bulundurulması gereken değişkenler olduğu düşüncesi temeline dayanır (Beauchamp & Childress, 2017; Ekmekçi & Arda, 2015).

Ödev Etiği; ahlâki eylemde bulunurken ahlâki karara temel oluşturan, iyiye odaklanan ve bu doğrultuda temellendirilmiş kurallar arayışı içindedir. Kurallar oluşturulduktan sonra özel durumlarda uygulanmalıdır (Beauchamp & Childress, 2017; Metin, 2010; Oğuz, 2005; Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği El Kitabı, 2015).

Yarar Etiği; ahlâki kararları verirken çeşitli eylem seçeneklerini göz önünde bulundurma ve bu seçeneklerin olası sonuçlarının çözümlenmesini temel alır. Doğru eylem, en iyi sonuca ulaştırandır. İyi sonuç konusunda her zaman anlaşma sağlanamayabilir. Sonuçsalcılığın en iyi bilinen şekli olan yararcılık da iynin ölçüsü yararadır ve yarar en fazla sayıda insan için en büyük iyi şeklinde tanımlanmaktadır (Beauchamp & Childress, 2017; Metin, 2010; Oğuz, 2005; Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği El Kitabı, 2015).

İlkecilik; ahlâki karar verme sürecinde etik ilkeleri temele almaktadır. Hem kuralları hem de sonuçları dikkate alarak doğru eylemi belirlemede ilkeleri özel durumlara uygular (Beauchamp & Childress, 2017; Metin, 2010; Oğuz, 2005; Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği El Kitabı, 2015).

Tıp etiği sorunlarının çözümünde güncel yaklaşım, temel ilkeler doğrultusunda her bir özgün olay için en uygun yaklaşımı belirleyip onu gerçekleştirmekten geçmektedir (Ersoy & Aydın, 1994; Elçioğlu Kırımlioğlu,

2003). İlkeler durağan bir hiyerarşi içinde bulunmamakta, mevcut durum ve koşula göre birine öncelik verilebilmekte, birbirini önceleyebilmekte, birbirleriyle çatıştığında hangisine öncelik tanınacağına ilişkin bağlayıcı bir kural da bulunmamaktadır (Namal, 2015). İlkeci etik yaklaşıma göre, zarar vermeme, yarar sağlama, adalet, özerklik ve özerkliğe saygı ilkesi olmak üzere dört temel ilke bulunmaktadır (Beauchamp & Childress, 2017; Demirhan Erdemir, 2005). Sağlık profesyonellerini yönlendiren bütün etik ilkeler hizmet sürecinin en az sorunla yaşanmasını desteklemektedir (Crowden, 2010).

Tıp etiği uygulamalı bir etik alanı olarak, tıp mesleğini gerçekleştirenlerin bilmesi ve uygulaması gereken en değerli ve en önemli bilgi olarak tanımlanmaktadır. Bu durumda meslek etiği olarak da nitelendirilebilen, hekimin hastayla olan ilişkileri üzerinden gelişen, hekimin hastasına karşı yükümlülükleri üzerinde yoğunlaşan tıp etiği, özünde hekimlere hastayla ilişkilerinde, tıbbi uygulamalarıyla verdikleri kararlarda yol gösterici bir işlev yerine getiren etik ilkeler tarafından belirlenir. Bu etik ilkeler, Hipokrates'e kadar geri götürülebileceği gibi, deontolojik bir yapıda olan tüm meslek etiklerinde olduğu gibi, esas olarak I.Kant'ın kategorik buyrukta insanın her zaman bir amaç olarak görülmesi gerektiğini belirten ifadesinde işaret ettiği pozitif ve negatif ödevlerden türetilebilirler (Cevizci, 2013) Etik ile ilgi sorular, ahlaki yargılarda bulunmayı ve bu yargılar arasında en değerli seçimi yapmayı sağlar. Kesin doğru ya da yanlış olarak tanımlanmaları mümkün olmasa da koşullar dahilinde etik ilkeler çerçevesinde ve yasalara uygun olarak en ideal kararların alınıp uygulanması esastır (Koçak, 2015).

Çalışmamız alanı içinde, kişinin eylemlerinde neyin belirleyici olduğu, doğrunun, iyinin ve olması gerekenin ne olduğu, nasıl eylemde bulunulacağı ya da bir eylemde bulunmak için nasıl karar alınacağına ilişkin sorulara yanıt aramak olan etik yaklaşımlardan (Özateş, 2010) ilkecilik yaklaşımı dikkate alınmıştır. Kaynağını ilkecilik yaklaşımı içerisinde yer alan temel etik ilkelere biri olan özerklik ve özerkliğe saygı ilkesinden alan ve temel bir hasta hakkı ve hekim yükümlülüğü olarak kabul edilen bilgilendirme

(Declaration of Lisbon, 1981; HHY, 2014; Dünya Tabipler Birliği El Kitabı, 2015) merkezi bir konumda yer almıştır.

2.9.2. Özerklik ve özerkliğe saygı ilkesi bağlamında hastaların bilgilendirilmesi

Özerklik; bireyin kendi başına düşünme, değerlendirme, kendi hakkında özgürce karar verme ve eylemde bulunabilme; kendi kendini yönetme yeterlik ve yetkinliği olarak tanımlanmaktadır (Elçioğlu, Kırmıloğlu, 2003; Metin, 2010). Özerklik, kişinin kendini belirlemesi, kendi kendini yönetmesi ve kendi kuralını kendisinin koymasdır. Bireyin özerk olması; özerk seçim yapabilmesi, eylemini bilinçli, amaçlı ve istekli olarak gerçekleştirebilmesidir (Elçioğlu, Kırmıloğlu, 2003; Devisch, 2011).

Özerk birey, yasal sınırlar içerisinde özgür ve herhangi bir dış baskı altında kalmadan, bağımsız olarak kendi başına düşünebilme, kendine dair karar verebilme ve bu karara dayanan bir eylemde bulunabilme yeterlik ve yetkinliği içerisinde (Elçioğlu Kırmıloğlu, 2003). Bu yeterlik ve yetkinlik doğrultusunda yapılan eylem ve seçimler; yani özerk eylem ve seçimler, çağdaş dünya insanında bulunması beklenen bireysel değerlerin ön koşullarından biri olarak kabul edilmektedir (Büken, 2017). Özerklik aynı zamanda yaşam için amaç ve idealler yaratabilme gücü olduğu kadar ahlaki bir içe bakış ve kendi öz yasalarını oluşturabilme yeterliğidir (Metin, 2010).

Dış baskı altında kalmadan serbest davranabilme yeteneği anlamına gelen yeterlik, kişinin kendisiyle ilgili konularda karar verebilme, kendi çıkarlarını fark edip koruyabilme kapasitesini işaret etmektedir. Yeterlikte algılama, düşünme, değerlendirme, karar verme ve aldığı kararları uygulama becerileri önemlidir (Beauchamp & Childress, 2017). Bu koşullardaki yeterli bireyin özerkliğinden söz edilebilir.

Bireyin özerkliğini gösteren eylemlerine, diğer bireylerin saygı duymasını ve özerk eylemde bulunan bireyin, diğer bireylerden özellikle hastalarla arasında güven bağı oluşturan sağlık profesyonellerinden saygı beklemesini ifade eden (Elçioğlu Kırmıloğlu, 2003) özerkliğe saygı ilkesi, kişiye özerk bir

birey olmasından kaynaklanan haklarını da kullanabilme olanağı tanımaktadır (Aydın, 2001).

Özerkliğe saygı ilkesinin (ÖSİ)

- Gerçeği söylemek,
- Gizli bilgileri açıklamamak,
- Başkalarının mahremiyetine saygı göstermek,
- Aydınlatılmış onamı doğru şekilde uygulamak,
- Önemli kararlar alınmasında başkalarına yardımcı olmak gibi prensipleri bulunmaktadır (Dive, 2017; Kious, 2016).

ÖSİ'nin içselleştirilip uygulanabilmesi, sağlık profesyonelinin başta gelen yükümlülüklerindedir. Bu ilke,

- Hastayı odaklanarak dinleme,
- Hastanın sorularını sade bir dille cevaplama,
- Hastalığa ilişkin bilgileri aktarma,
- Bu bilgiler ışığında hastanın kendi özerk seçim ve eylemine zemin hazırlamayı amaçlayan kılavuz niteliğindeki kurallar üretmektedir (Günay, Elçioğlu & Koç, 2000).

Bu kılavuz niteliğindeki kurallar, sağlık profesyonelinin uymakla yükümlü olduğu bir etik kod, bazen de hukuk kuralı olabilmektedir (Aydın, 2003).

Bu etik ilkenin sağlık profesyonelinde doğru şekilde uygulanması:

- Tıbbi müdahale sırasında hastanın bireysel haklarına dikkat edilmesini sağlayacak,
- Hastanın tıbbi müdahaleden doğabilecek zarar riskini azaltacak,
- Tıbbi karar verme sürecine hastanın katılımını artıracak,
- Hasta ve hekim ilişkisi içerisinde hasta haklarının temellendirilmesini sağlamış olacaktır (Ersoy & Aydın, 1994).

Beauchamp ve Childress özerkliği kişinin öz idare kapasitesine sahip olmasının yanında kişinin karşısındakinin de bu durumu kabul edebilme kapasitesinin bulunması üzerinde temellendirmiştir (Beauchamp & Childress, 2017). Bu bağlamda özerklik hem yetkinliğin hem de bilginin yeterli şekilde açıklanmasını ve bilginin anlaşıldığının onaylanmasını gerektirmektedir.

İnsan hakları düşüncesinin temeli doğal haklara dayanmaktadır. Bireylerin doğal ihtiyaçlarını gerçekleştirebilmesi için özerk birey olarak hareket edebilmeleri gerekmektedir (Tekke, 2019). Bireylerin bilgilendirilmesi, özerkliklerini ortaya koydukları eylemlerine saygı duyulması bireylerin belirli bir amaca ulaşma konusundaki istek ve kararlılıklarını teşvik etmektedir. Özerklik ihtiyacı engellendiğinde, insanlar dışsal durumlara ve içselleştirilmiş yargılara dayalı davranışlarını düzenleyen kontrollü odaklanmalar geliştirme eğiliminde olacaktırlar. Çeşitli alanlardan elde edilen kanıtlar, amaç arayışının altında yatan farklı motivasyonel düzenleyici süreçlerin davranışsal sonuçlarla ve refahla farklı şekilde ilişkili olduğu teorik önermesini desteklemektedir. Bilgilendirmeye özerklik ihtiyacının desteklenmesi zaman içinde yararlı davranışların edinilip, sürdürülmesini, zararlı davranışlardan kaçınılmasını ve sağlığı ile ilgili kendi geleceğini tayin edebilmesini, yaşam kalitesinin yükselmesini sağlar (Bracconi, Hervé & Pirnay, 2017; Chen, Chang, Tsai, & Hou, 2018).

Özerlik ve özeğe saygı ilkesi, hastaya sağlık durumu hakkında bilgi alma ve karar verme hakkı tanımaktadır (Elçioğlu Kırmınoğlu, 2003). Bu ilke hastaların mahremiyetini koruyarak, hastaların karar alma ve haklarının korunmasına katılımı, tedavide iyileşme, daha kısa hastanede yatma süresi, tedavi masraflarının azalması ve telafisi mümkün olmayan fiziksel ve duygusal zararların önlenmesi, kısmen de hastaların bakım yönetimine aktif olarak dahil oldukları tedavi yöntemlerine uyumun artmasına neden olmaktadır.

Etkin sağlık sistemi, sağlık hizmeti alıcılarının ve sağlayıcılarının aktif katılımını gerektirir. Hastalar ile hekimler ve diğer sağlık profesyonelleri arasındaki iş birliği, yeterli ve dürüst iletişim, kişisel ve mesleki değerlere

saygı ve farklılıklara duyarlılık, hasta bakımının kalitesi için vazgeçilmezdir. Uygun bir etkileşim halinde, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve alıcılarının karşılıklı olarak yükümlülüklerini ve haklarını bilmeleri ve kullanmaları mümkün olan en yüksek sağlık hizmeti seviyesine ulaşılmasına yardımcıdır.

2.9.3. Aydınlatılmış onam

Tıbbi girişim, uygulamaya yetkili hekim tarafından, doğrudan ya da dolaylı tedavi amacına yönelik olarak gerçekleştirilen her türlü eylem olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde teşhis, tedavi ve korumanın yanında kozmetik ve estetik girişimlerde tıbbi müdahale kapsamına girmektedir.

Bir tıbbi girişimin yasal kabul edilebilmesi için gerçekleştirilmesi gereken kurallar bulunmaktadır. Bunlar:

- a- Hukuki yönden yetkisi olan kişilerce yapılmalı,
- b- Tıp biliminde kabul görmüş olmalı,
- c- Hukuken öngörülen amaçlara yönelik olmalıdır (ağrıyı dindirmek, nüfus planlaması vb.),
- d- Bu üç şart yerine geldikten sonra hastaya yapılacak tıbbi girişim hakkında bilgi verilmesi ve onamının alınması gerekmektedir (Okyay, Akbaba & Kirkit, 2015).

Aydınlatılmış onam kişinin kendisine tıbbi bir tedavi uygulanmasına ya da kendisinin bir araştırmada gönüllü katılımcı olarak yer almasına özerk şekilde izin vermesidir. İkincisi diyagnostik, terapötik ya da araştırma prosedürlerine geçmeden önce hastalardan ya da gönüllü katılımcılardan yasal ya da kurumsal geçerlikte bir onam almayı gerektiren sosyal kurallara uymak anlamına gelmektedir (Beaucamp & Childress, 2017). İlk anlamda aydınlatılmış onam, hasta ya da gönüllü katılımcı, sağlık çalışanını belirli sınırlar içinde yetkilendirdiği için biyoetik ile ilgilidir. Çünkü biyoetik hangi değer sorunlarının tartışılması gerektiğini, bu tartışmaların nasıl yapılması gerektiğini ve ahlaki kararların nasıl verilmesi gerektiğini saptamakta ve bu çabalara temel oluşturacak kuram ve ilkeleri ortaya koymaktadır. Biyoetiğin alt kavramlarından olan tıp etiğinde hekim ve diğer sağlık çalışanları

hastaların sağlık durumları hakkında kararlar almak durumundadırlar. Hastaların sağlıyla ilgili ödev ve görevlerini yerine getirirken etik ilkeler çerçesinde hareket etmektedirler. Sağlık alışanlarının görev ve yükümlölüklerinden biri de hastadan aydınlatılmış onam almaktır (Oğuz, 2005; Ülman, 2010). İkinci anlamda aydınlatılmış onam, yasalar ve kurallar çerçevesinde, hukuksal geçerlik çerçevesinde ifade bulmaktadır. Bu nedenle gerekli bir durumda aydınlatılmış onamın sadece ikinci anlamda şeklen gerçekleştirilmesi etik açıdan uygun değildir. Aydınlatılmış onamın iki anlamının da göz önünde bulundurularak gerçekleştirilmesi gereklidir (Oğuz vd, 2005).

Aydınlatma ve onam alma süreci, özerklik ve özerliğe saygı ilkesinin tıp pratiğindeki en önemli yansımasıdır. Bu yaklaşımın düşünsel boyutunu ayrı bir temel ilke olarak ele almak da mümkündür. Bu ilke-yaklaşım doğrultusunda hastanın kendisine uygulanacak tanı ve tedavi yöntemlerinin kapsamı, süresi, biçimi, yararları, olası istenmeyen sonuçları, alternatifleri hakkında anlayış düzeyine uygun biçimde bilgilendirilmesi; bilgi aktarımının geribildirimle kontrolü, bu bilginin ışığında uygulama hakkındaki son kararı vermesi söz konusudur. Bunun için bireyin anlama ve karar verme yeterliğine sahip olması, zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü bir seçim yapması gereklidir. Bilgilendirme ve onam almanın, birinci işlevi hastayı korumak ve onun özerk seçimini mümkün kılmaktır (Elçioğlu Kırımlioğlu, 2003; Oral, 2011; Sert, Durmuş, Dinçer & Kıralp, 2009).

Beden bütünlüğu, vazgeçilemez ve devredilemez bir haktır. Kişi kendi bedeni üzerinde hak sahibidir. Tıbbi girişimlerden önce hekimin aydınlatılmış onam alma yükümlölüğu bulunmaktadır (Dünya Tabipler Birliği El Kitabı, 2015; HHY, 2014). Hekim bu yükümlölüğünü sözlü ve yazılı olarak hastasını bilgilendirerek yerine getirmektedir. Aydınlatılmış onam, hasta-hekim arasındaki dürüstlükten güç alarak güven ilişkisinin kurulmasını sağlamaktadır (Ersoy, Özcan şenses & Aydın Er, 2010).

2.9.3.1. Aydınlatılmış onamın bileşenleri

Hukuk, felsefe ve tıp literatüründe aydınlatılmış onamın beş temel bileşeni olduğu ifade edilmektedir. Bunlar:

a- Bilginin açıklanması; hastaya hastalığı, risk faktörleri, tedavi seçenekleri ve bu tedavilerin yararları ile ihtimal dahilinde bile olsa zararları hakkında bilgi verilmesi,

b- Bilginin kavranması; hastanın, psikolojisi ve eğitimi gibi faktörler göz önüne alınarak açık, anlaşılır ve sade dille kendisine verilen bilgileri kavrayabilmesi,

c- Yeterlik; hastanın yaş, zihinsel durum, bilinç açıklığı gibi yasal yeterliğinin olması,

d- Gönüllülük; hastanın herhangi bir şekilde baskı altında kalmadan ve yönlendirilme yapılmadan karar verebilmesi,

e- Onam; hastanın tıbbi girişimi kabul ya da reddetmesidir (Metin, 2010; Oğuz, 2005; Şaylıgil & Demirhan Erdemir, 2019).

Beaucamp ve Childress aydınlatılmış onamın evrensel olarak kabul görmüş beş bileşenden değil yedi bileşenden oluştuğunu belirtmişlerdir. Bunlar;

I. Aydınlatılmış onam için önkoşullar

- 1) Zihinsel yeterlik
- 2) Özgür irade

II. Bilgilendirmenin/bilgilendirilmenin bileşenleri

- 1) Bilgilerin paylaşılması
- 2) İzlenecek süreç
- 3) Bilgileri ve izlenecek süreci anlamak

III. Onamın bileşenleri

- 1) İzlenecek süreç doğrultusunda bir karar vermek

2) Kararın yaşama geçirilmesi için izin ve yetki vermek (Beauchamp & Childress, 2017).

2.9.3.2. Aydınlatmanın çeşitleri

Aydınlatmanın çeşitleri teşhis, tedavi, risk, koruma ve özel durum aydınlatmasıdır.

- Teşhis aydınlatması, hekimin bilgi, tecrübe, muayene, tahlil ve tetkiklerden elde ettiği bulgularla koyduğu tanıyı hastaya açıklamasını içerir.

- Tedavi aydınlatması, hekimin hangi tedaviyi neden seçtiğini, kapsamını, alternatif tedavileri ve komplikasyonları açıklamasını içerir.

- Süreç aydınlatması, tıbbi müdahale sürecinde oluşabilecek gelişmeleri ve aksaklıkları, tıbbi müdahalenin kim tarafından ve nerede yapılacağı konusundaki açıklamaları içerir.

- Riziko aydınlatması, hekimin tıbbi müdahaleye ilişkin tahmin edilemeyen yan etkiler ve gelişmeler konusunda yapmış olduğu açıklamaları içerir.

- Koruma aydınlatması, hekimin tedavi süreci sonucunda hastanın sakınması ve edinmesi gereken davranışlar konusundaki açıklamasını içerir.

- Özel aydınlatma türleri, sağlık hizmetinin mali boyutunun açıklandığı aydınlatmadır (Oral, 2011; Yaşar, 2019).

Hastanın psikolojik durumu, eğitim, kültür vb. sosyo-demografik özellikleri göz önünde bulundurularak, kendisine verilen bilgiyi anlama, kavrama ve karar verebilme kapasitesi doğrultusunda sağlığını olumsuz yönde etkilemeyecek şekilde açık ve anlaşılır bir dilde bilgilendirilme yapılmalıdır (Aydınlatılmış Onam Klavuzu, 2013; Kırılmaz, Fıçıcı & Şimşir, 2018).

Akut ya da kronik hastalıklar ve bunlar için uygulanan tanı ve tedavi yöntemleri değişmektedir. Her hastalık bireyler için zor süreçlere neden olmaktadır. Sağlığıyla ilgili kararlara aktif katılımın olduğu günümüzde bireyin ve ailesinin hastalığına olan algısı, bilgi ve farkındalığı bu süreci önemli ölçüde etkilemektedir (Zolnierek, 2011).

Aydınlatma tıbbi girişim öncesi yapılmalıdır ama kesin bir zaman çizelgesi bulunmamaktadır. Hastanın kendisinin ya da vasisinin verilen bilgileri kavrayıp, karar verebileceği makul bir süre hekim tarafından verilmektedir. Hastanın yapılan tedaviden vazgeçme hakkını kullanmak istediği takdirde yazılı ve imzalı beyan vermesi gerekmektedir.

Acil müdahalelerde aydınlatılmış onam alınamayabilir. Hasta tedavi hakkında bilgilendirilmeyi red edebilir ya da bilgilendirildiğini ifade edebilir. Bu durumlarda hastadan tedavi hakkında bilgilendirilme hakkının yerine getirilmesini istemediğini ifade eden bir belge imzalatılarak alınması gereklidir (Akyüz, Bulut & Karadağ, 2016).

Bireyin potansiyelini geliştirme ve sonuna kadar kullanmasını sağlamak adına, bireyin değer ve saygınlığını koruyarak, hasta haklarını gözeterek tutum ve eylemde bulunmak, özel sağlık gereksinimleri nedeniyle grubun kendi haklarını bilerek kendi sağlık sorumluluklarını alması konusunda desteklemek sağlık profesyonellerinin sorumluluğudur. Bunun yanında hastaların kendi haklarını bilerek tanı ve tedavi sürecinde sağlık profesyonelleri ile işbirliği içinde kendi tedavilerine katılımları hastaların özerkliği ve sağlık hizmetlerinin olumlu sonuçları açısından önemlidir.

Hastanın uygulamaların yönünü belirleyebilmesi ve kendisine sunulan bakım ve tedaviyi kabul edip uygulayabilmesi için doğru olarak bilgilendirilmeye ihtiyacı vardır. Bakımlarından sorumlu olan kişilere güvenen ve doğru bilgilendirilen hastalar tedavi isteme ve işbirliği içinde olma eğilimindedir.

2.9.4. Hastaların bilgilendirilmesi ve aydınlatılmış onam ile ilgili yasal düzenlemeler

Çağdaş tıp etkinliği içerisinde hekim ve hasta arasında kurulan ilişkide benimsenen karşılıklı katılım modeli hasta haklarının ortaya çıkması ve tıbbi uygulamalarda göz önünde bulundurulması gerekliliğini gündeme getirmiştir.

Bu doğrultuda dünya genelinde pek çok ülke kendi hukuk sistemleri içinde hasta hakları ile ilgili yasal düzenlemeler oluşturmuşlardır. Yasal düzenlemelerin temelinde hastaların tedavi sürecinde ve sağlık sisteminde

kendilerini daha güvende hissetmelerini sağlamak, karşılaşılabilecekleri her türlü problemi ele almanın bir yolunu bulmak, hastaları sağlıklı kalmak için aktif bir rol almaya teşvik etmek ve hastalarla sağlık hizmeti sunanlar arasında güçlü bir ilişkinin önemini ortaya koymak düşünceleri yer almıştır (İbrahim, Hassan, Hamouda & Abd Allah, 2017; Ghodsi & Hojatoleslami, 2012).

Ülkemizde 1998 yılında Hasta Hakları Yönetmeliği yürürlüğe girinceye kadar Anayasamız ve ulusal sağlık mevzuatımız içinde, uluslararası olarak ülkemizin imzaladığı sözleşmelerde hastaların bilgilendirilmesi ve onamının alınmasına ilişkin düzenlemeler yer almıştır.

Anayasa'nın 17. maddesinin 2. fıkrasına göre, *“tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.”*

Tababet ve Şuabatı Sanatları'nın Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928) 70. Maddesine göre *“Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatını alırlar. Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatin tahriri olması lazımdır. Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir”* (Tababet ve Şuabatı Sanatları'nın Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928).

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin (1960) 14. Maddesine göre *“Hastanın maneviyatı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhise göre alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi lazımdır. Ancak, hastalığın, vahim görülen akibet ve seyrinin saklanması uygundur. Meş'um bir prognostik hastanın kendisine çok büyük bir ihtiyatla ihdas edilebilir. Hasta tarafından, böyle bir prognostiğin ailesine açıklanmaması istenilmemiş veya açıklanacağı şahıs tayin olunmamış ise, durum ailesine bildirilir”* (Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, 1960).

Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkındaki Kanun'un (1979) 6. Maddesine göre *“Onsekiz yaşını doldurmuş ve mümeyyiz*

olan bir kişiden organ ve doku alınabilmesi için vericinin en az iki tanık huzurunda açık, bilinçli ve tesirden uzak olarak önceden verilmiş yazılı ve imzalı veya en az iki tanık önünde sözlü olarak beyan edip imzaladığı tutanağın bir hekim tarafından onaylanması zorunludur.”

7.Maddesine göre organ ve doku alacak hekimler:

a) Vericiye, uygun bir biçimde ve ayrıntıda organ ve doku alınmasının yaratabileceği tehlikeler ile, bunun tıbbi, psikolojik, ailevi ve sosyal sonuçları hakkında bilgi vermek,

b) Organ ve doku verenin, alıcıya sağlayacağı yararlar hakkında vericiyi aydınlatmak;

c) Akli ve ruhi durumu itibariyle kendiliğinden karar verebilecek durumda olmayan kişilerin vermek istedikleri organ ve dokuları almayı reddetmek;

d) Vericinin evli olması halinde birlikte yaşadığı eşinin, vericinin organ ve doku verme kararından haberi olup olmadığını araştırıp öğrenmek ve öğrendiğini bir tutanakla tespit etmek zorundadırlar” (Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkındaki Kanun, 1979).

Nüfus Planlaması Hakkında Kanun’un (1983) 4. Maddesine göre “Sterilizasyon ameliyatı, tıbbi sakınca olmadığı takdirde reşit kişinin isteği üzerine yapılır.”

5.Maddesine göre “Gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilir.”

6. Maddesine göre “5. maddede belirtilen müdahale, gebe kadının iznine, küçüklerde küçüğün rızası ile velinin iznine, vesayet altında bulunup da reşit veya mümeyyiz olmayan kişilerde reşit olmayan kişinin ve vasinin rızası ile birlikte sulh hakiminin izin vermesine bağlıdır. Ancak akıl maluliyeti nedeni ile şuur serbestisine sahip olmayan gebe kadın hakkında rahim tahliyesi için kendi rızası aranmaz. 4’üncü maddenin ikinci ve 5’inci maddenin birinci fıkralarında belirtilen ve rızaları aranılacak kişiler evli iseler, sterilizasyon

veya rahim tahliyesi için eşin de rızası gerekir” (Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 1983).

Hekimlik Mesleği Etik Kuralları'nın (1999) 26. Maddesine göre *“hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir” (Hekimlik Mesleği Etik Kuralları, 1999).*

Medeni Kanun'un (2001) 23. Maddesine göre *“kimse, hak ve fiil ehliyetlerinden kısmen de olsa vazgeçemez. Kimse özgürlüklerinden vazgeçemez veya onları hukuka ya da ahlâka aykırı olarak sınırlayamaz. Yazılı rıza üzerine insan kökenli biyolojik maddelerin alınması, aşılması ve nakli mümkündür” (Medeni Kanun, 2001).*

Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi 1997 'de Avrupa Konseyi tarafından imzaya sunulmuş ve ülkemizde 2003 yılında onaylanarak yürürlüğe girmiştir. Sözleşmenin 5.Maddesine göre *“Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir. İlgili kişi, muvafakatini her zaman, serbestçe geri alabilir.” (Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, 2003; Kök, 2018).*

İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (2013) 5. Maddesinin 1. fıkrasının h,1,i bendlerine göre

“h) Elde edilecek faydaların araştırmadan doğması muhtemel risklerden daha fazla olduğuna etik kurulca kanaat getirilmesi hâlinde, kişilik hakları gözetilerek, usûlüne uygun bir şekilde bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınması kaydıyla, etik kurulun onayı ve kurum izni alındıktan sonra araştırma başlatılabilir. Araştırma ancak bu şartların devamı hâlinde yürütülür.

ı) Araştırmaya iştirak etmek üzere gönüllü olmak isteyen kişi veya kanunî temsilcisi, araştırmaya başlanılmadan önce; araştırmanın amacı, metodolojisi, beklenen yararları, öngörülebilir riskleri, zorlukları, kişinin sağlığı ve şahsi özellikleri bakımından uygun olmayan yönleri ve araştırmanın yapılacağı, devam ettirileceği şartlar hakkında ve araştırmadan istediği anda çekilme hakkına sahip olduğu hususunda yeterince ve anlayabileceği şekilde araştırma konusuna hâkimiyeti olan araştırma ekibinden bir sorumlu araştırmacı veya hekim ya da dış hekimi olan bir araştırmacı tarafından bilgilendirilir.

i) Gönüllünün tamamen serbest iradesi ile araştırmaya dâhil edileceğine dair herhangi bir menfaat teminine bağlı bulunmayan rızası alınır ve bu durum (ı) bendinde yer alan bilgilendirmeye yönelik hususları kapsayan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile belgelenir” (İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, 2013).

Ülkemizde Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) 01.08.1998 tarihinde yürürlüğe girmiş olup, 2014 yılında yeniden düzenlenmiş sağlık hizmetlerinin insan onur ve itibarına uygun nitelik ve nicelikte verilmesini belirlemiştir (HHY, 1998, 2014).

HHY'nin 15. maddesinde *“Hastaya, hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği, tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, muhtemel yan etkileri, reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, sağlığı için kritik*

olan yaşam tarzı önerileri, gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği hususlarında bilgi verilir” ifadesi yer almaktadır (HHY, 2014).

HHY'nin 18. Maddesine göre “*hastaya bilginin, mümkün olduğunca sade şekilde, açık, anlaşılır ve net bir şekilde hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak verilmesi gerekir*” (HHY, 2014).

HHY'nin 22.Maddesine göre “*kanunda belirtilen haller dışında kişiye onamı dışında tıbbi müdahalelerde bulunulamaz.*”

HHY 31. Maddesine göre “*tıbbi müdahale öncesi kişi bilgilendirilip aydınlatılır ve tıbbi müdahalenin hastanın verdiği onamın sınırları içerisinde olması gerekir.*” (HHY, 2014).

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (2016) 21. Maddesine göre “*hekim ve hemşireler hasta eğitiminden, bilgilendirilmesinden sorumlu olup, aydınlatılmış onam almak hekimin görevidir*” (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 2016).

2.9.5. Boyun fitiği nedeniyle FTR hizmeti alan hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, bilgilendirme ve hasta eğitimi

Günümüz yaşam koşulları pek çok fiziksel, psikolojik, duygusal ve zihinsel uyaran ile sağlık için tehlikeli ortamlar oluşturmakta, bu nedenle kas-iskelet sistemi ile ilgili hastalıklara bunlar içinde de boyun fitiğine sık rastlanmaktadır. Boyun fitiğinde tedavi altta yatan nedenlere, semptomlara, hastaya göre değişmekle birlikte, uzun süren ve yüklü maliyet isteyen, farmakolojik tedavi, FTR, enjeksiyon yöntemleri ve cerrahi yöntemler kullanılmaktadır. Boyun fitiği sık rastlanan, çeşitli tedaviler sonrasında da tekrarlayabilen bir hastalık olup, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının edinilmesi ile hastalık oranının azalması sağlanıp, tekrarlama engellenebilmektedir.

FTR, yaşamın tüm alanlarında gerekli destek ve ortamın bireyler için olanaklar dahilinde yapılandırılması ve bu yapılandırma içinde bir bütün olarak eğitilmesini içermektedir. Amaç, bireylerin var olan potansiyellerini kullanarak maximum düzeyde fonksiyon ve bağımsız hareketliliklerini

arttırmaktır (Çetinkaya, 2012). FTR hizmetlerinin sunulduğu kliniklerdeki hasta-sağlık çalışanı arasındaki iletişim süresi, diğer kliniklerde olduğundan daha uzundur. Hastanın genelde aktif katılımını gerektiren tedavi programları uygulanmaktadır (Delisa, Gans & Walsh, 2016). Bu süreçte hastaların hasarların oluşmasını önlemek ya da oluştuktan sonra başa çıkmak için bireylerin yaşam şekli ve çalışma koşullarını içeren dışsal değişimlerle, içinde buldukları durumu ve bu durumla başa çıkmak için yapılacak eylemleri algılama, algıları davranış boyutuna taşımayı içeren içsel değişiklikleri yaşamlarına aktarması gerekir (Çetinkaya, 2012).

Kişiler sağlıkla ilgili konularda bilgi ve yeterlilik sahibi oldukları zaman sağlığı koruyucu, geliştirici, iyileştirici temel sağlık hizmetlerini, temel sağlık bilgilerini yorumlayıp anlayabilirler. Bu şekilde sağlık bilgilerini anlamak ve alacağı sağlık hizmetinin karar sürecinde aktif rol ve sorumluluk almak her bireyin hakkıdır. Bilgi dinleyip anlamayı, analitik ve karar verme yetkinliğine sahip olmayı ve bu yetkinliği sağlıkla ilgili durumlarda kullanabilmeyi içermektedir (Malatyalı & Biçer, 2018).

İnsanı bilmediği şey korkutur ve sağlıklı kararlar almasına engel olur. Bireyleri bilgilendirmek için önce bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilgili bildiklerini, bakış açısını, inançlarını, birkaç soruyla öğrenmek sonrasında ihtiyaçlar doğrultusunda bilgileri anlatmak gerekir. Hastanın yapılacak işlemlerin fayda ve risklerini biliyor olması, müdahalenin yapılmasına karar verebilmesini, haklarının farkında olmasını, bilinçli ve istemli seçim yapmasını sağlar (Vanstone vd., 2018). Sağlık profesyonellerinin rolü yalnızca işlemsel bir anlamda bilgi sağlamak değil, aynı zamanda bireyin tavsiye ve fikirleri kendi içinde anlama ve gönüllü olarak bütünleştirebilmelerini sağlamaktır (Delany, 2015). Sağlık çalışanlarının özerklik ilkesine uygun davranarak, psiko-sosyal durumuna, eğitimine uygun, açık, anlaşılır, bireye özgü bir şekilde yapılan bilgilendirme bireylerin kendi değerleri, fikirleri ve deneyimlerine göre, sağlıklarıyla ilgili karar almalarını ve uygun davranışlar sergilemelerini destekler, yaşam düzenini sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına göre kurmasına yardımcı olur (Vanstone vd., 2018).

Temel olarak sağlık hizmetlerinin tanınması, sağlıkla ilgili doğru bilgilerin yayılması, sağlık davranışlarının geliştirilmesi ve sağlık ile ilgili tutumların değiştirilmesi hedeflerini içeren sağlık iletişimde temel amaç bireyin sağlık davranışının sağlığını iyileştirecek/geliştirecek şekilde değiştirilmesi ile toplum sağlığının iyileştirilmesidir.

Temel bir hasta hakkı olarak kabul edilen bilgilendirilme, özün de benzerlikler içerse de her tıp disiplininde kendine özgü bazı farklılıklar da barındırmaktadır. Boyun fıtığı nedeniyle fizik tedavi ve rehabilitasyon tedavisi olan hastalarda hastalığın semptomlarının giderilmesi tek başına amaç değildir. Bilgilendirmeden beklenen, hastaları SYBD'na yönlendirmek ve tedaviye uyumunu, bağımsız kararlar alabilmesini, yaşam kalitesini iyileştirerek tekrarlı yatışları önlemek ve bu doğrultuda maliyetin azaltılmasını sağlamaktır (Uzun, 2007), hastalığın ve tedavinin neden olduğu sorunlar üzerinde kontrolü sağlamak, hastanın iletişimini geliştirmek ve hastalık öncesi aktivitelerini yeniden yapabilmesini sağlamak adına yardımcı olmaktır (Karadağ & Lafçı, 2015). Bu bakımdan fizik tedavi ve rehabilitasyon sürecinde bilgilendirme basitçe bilgilendirmekten çok davranış değişikliği yaratmayı hedefleyen dinamik bir süreçtir. Bilgilendirme yoluyla hasta eğitimi ve korunma tedaviden önce gelmektedir. Bu şekilde özerklikleri desteklenen bireyler kendi yaşamlarını olumsuz olarak etkileyen bir durumu süreç içinde olumlu duruma dönüştürmek adına eylemlerini gerçekleştirirler ve istedik sonuca ulaşabilirler.

Bilgi, kapasite ve özgürlük özerk kararın koşullarıdır. Ancak bu koşullar içinde, bilgi, özerk karar vermenin anahtarıdır (Modül 4 Patient Autonomy in Law anad Practice, 2013). Hastanın yeterli düzeyde bilgisinin olması, kendi bedeni ve sağlığı hakkında sorumluluk almasını sağlar, aksi durum özerk kararı zedeler (Öztek, 2019). Bilgi ve hasta eğitimi ile özerklik ve özerkliğe saygı ilkesi arasında koşut bir ilişki olduğu literatürde belirtilmektedir (Reach, 2014; Enzo, Okita & Asai, 2018).

Bireyin kendisi ile ilgili konularda karar alması ve söz sahibi olması, sorumluluk üstlenmesi ancak bilgiye sahip olması ve farkındalık yaşamasıyla

olanaklıdır (Maté, 2019). Özerklik, bilgilendirme ve hasta eğitimi ile uyumludur. Hasta eğitimi özerliği desteklemede önemli bir basamak olarak hastaya hekimi ve kendi tercihleri arasında seçim yapma imkânı tanımaktadır (Reach, 2014). Hasta eğitimi, hastaya, tedaviye ilişkin alternatiflerin olduğunu ve alternatifler konusunda düşünerek fikrini değiştirebilme olanağının olduğunu göstermektedir (Enzo vd., 2018).

Hasta eğitimi yalnızca teknik bir uygulama değildir. Aynı zamanda amaçlar ve değerler bütünüdür. Bu özellikleriyle eğitim bireyin haklarının giderek daha fazla önem kazandığı günümüz toplumu için etik ve yasal açılarından önemli bir konudur.

DSÖ'ne göre hasta eğitimi, hastaların hastalıkları ile yaşamlarını sürdürebilmeleri ve hastalıklarını yönetebilmek için kazanmaları gereken yeteneklere sahip olabilmelerine olanak tanıyıp bu konuda yardımcı olmak, bireyin içinde bulunduğu sağlık düzeyini bir üst basamağa taşımak ve doğru sağlık davranışlarının gelişmesini sağlamaktır.

Hasta eğitimi, öğrenmeye yönelik bilinçli olarak yapılandırılmış fırsatlardan oluşur. Bilginin artırılması ve birey ve toplum sağlığına yardımcı yaşam becerilerinin geliştirilmesi gibi sağlık okuryazarlığını iyileştirmek için tasarlanmış bir iletişim şeklini içermektedir. Hasta eğitimi yalnızca bilginin paylaşımı ile değil aynı zamanda sağlığı iyileştirmek için gerekli motivasyon, beceri ve güvenin (öz-fayda) teşvik edilmesi ile de ilgilidir. Hasta eğitimi, sağlığı etkileyen temel sosyal, ekonomik ve çevre koşullarına, bireysel risk faktörleri ve risk davranışlarına ve sağlık hizmetleri sisteminin kullanımına ilişkin bilginin paylaşılmasını içerir. Böylece, hasta eğitimi, sosyal, ekonomik ve çevresel sağlık belirleyicilerini ele alma şeklinin politik uygulanabilirliği ve organizasyonel olasılıklarını gösteren bilgi paylaşımı ve beceri gelişimini içerebilir (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011).

Hasta merkezli yaklaşım ilkesi hasta eğitiminin temelinde yer alır. Hasta merkezli yaklaşımda hastaya ait inanç, kültür, değerleri, beklenti, umut, düşünce, hastalık sebebi sağlık hizmetinin kapsamına alınır (Atıcı, 2007; Özkan, 2017).

Hasta eğitimiyle amaçlanan bilgilendirme, bilgilendirme konusuna ilişkin tutum sağlama ve istendik davranışa ulaşmaktır. Bireylerde sağlığı koruma ve geliştirme adına SYBD hakkında davranış değişikliği oluşturmak için uygun eğitim programlarının, modüllerinin oluşturulması ve tekrarlı eğitimlerin verilmesi önemlidir (Topbaş, 2017).

Hasta eğitimi hakkında bilgi ortaya konulup yararları belirtilirken önemle üzerinde durulan konulardan biri etkili iletişimdir. Hastalar, klinisyenlerinin talimatları, beklentileri ve önerileri açık ve samimi bir şekilde iletmek için onlara zaman tanıdıklarını hissettiklerinde daha iyi yanıt verme eğilimindedirler. Bunun yanında hastalar gerçekte duyulmak istediklerinden ve duymak istediklerinden aktif dinleme etkili iletişimin en önemli unsurlarından biri olarak hasta eğitiminde yerini alır. FTR'de SYBD hakkında davranış değişikliği oluşturulmasını amaçlayan hasta eğitimi;

- Egzersiz, diyet ve ilaç direktiflerine daha fazla bağlılık
- Hastanın durumunu daha iyi anlamak
- Daha verimli iletişim
- Özellikle zaman çizelgeleri ile ilgili gerçekçi hasta beklentileri
- Korkunun veya endişenin hafifletilmesi
- Daha güvenli bir terapi ortamı
- Tedavi planından memnuniyetin artması, daha fazla yönlendirme
- Soruları ve endişeleri tartışmak için açık bir ortam

Saygı ve güçlendirme ile karakterize edilen daha güçlü ilişkiler hastanın sağlığı ve refahında iyileştirilmiş sonuçlar elde edilmesini sağlar

2.10. Sağlık Okuryazarlığı

2.10.1. Sağlık okuryazarlığı tanımı ve etik olarak önemi

Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı (1986) sonunda yayınlanan Ottawa Sözleşmesi'nde sağlığı geliştirme çalışmalarının neler olması gerektiği ve nasıl yapılabileceği konu edilmiştir. Bu konuda iyi bir sonuç elde edebilmek için devlet ve birçok sektör ile bireylerin de sorumluluk alması, iş birliği içinde

çalışması gerekliliği ifade edilmiştir. İletişimin iki boyutu olduğu farkındalığıyla bilgilerin topluma anlaşılır dille ve ulaşılabilir araçlarla iletilmesi gerekmektedir. Toplum ve bireylerin bu bilgilere ulaşma, anlama, yorumlama yetenekleri ile bu bilgilerden hareketle uygun davranışları geliştirilmesi üzerinde durulmuştur. Bu nedenlerle “sağlık okur-yazarlığı” kavramı gündeme gelmiştir (Bilir, 2014).

Sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık ve sağlık kavramları temelinde değerlendirilmekte ve önemi her geçen gün artmaktadır (WHO, 2013). Okuryazarlık geleneksel olarak bireyin okuma ve yazma yeteneğini ifade eder. Ancak, okuma ve yazma yapabilmek, bireyin sağlıkla ilgili konularda okuryazar olduğu anlamına gelmez. Sağlık okuryazarlığı okuma ve yazma yeteneğinin ötesine geçmekte ve kavramsal bilgileri dinleme, konuşma ve çıkarsama yapabilme becerilerini kapsamaktadır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığının tanımı ve kavramsal çerçevenin pekiştirilmesi gerekmektedir (Kırgız, 2015; WHO, 2013).

Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlığını koruyucu, iyileştirici, geliştirici bilgileri edinmesi, anlaması ve kullanabilmesi ile sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Kickbucch & Ratzan, 2001; Zarkadoolas, Pleasant & Greer, 2003).

Sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili konuların kilit bir belirleyicisidir. Çevresel ve genetik faktörlerle birlikte, bireylerin sağlık davranışları, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Beaglehole vd., 2011). Hastalıkların yönetimi, tıbbi tedaviye uyum ve sağlıkla ilgili bilgiler gibi sağlıkla ilgili konuların erişilebilir araçlar kullanılarak basit, açık ve sade bir dille toplumla paylaşılması gerekmektedir. Ayrıca toplumun bu bilgilere erişebilmesi, anlayabilmesi ve yorumlayabilmesi ve uygun sağlık davranışları geliştirebilmesi gerekmektedir (WHO, 2013; Berkman, 2011).

Sağlık okuryazarlığı bireylerin en çok reçete, randevu kartları, tıbbi eğitim broşürleri, sağlık profesyonellerinin açıklamaları ve onam formlarını anlama ile sağlık sisteminden en iyi şekilde yararlanabilmelerine destek

olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık sisteminde karşılaştıkları tıbbi yazılı ve sözlü ifadeleri anlamaları sağlamanın yanında, analitik ve karar verici beceriyi geliştirerek kendi ve toplum sağlığı üzerinde etkili olmasını da sağlamaktadır. Bu nedenlerle bireylerin sağlık sorumluluğu kavramını anlamaları önemlidir (Demir Avcı, 2016; Uğurlu & Akgün, 2019).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık eğitiminin bir parçası olup, öğrenmeye yönelik bilinçli olarak yapılandırılmış fırsatlardan oluşmaktadır. Bilgi düzeyinin arttırılarak birey ve toplum sağlığına yardımcı yaşam becerilerinin geliştirilmesi için tasarlanmış bir iletişim şekli olarak ifade edilmektedir. Bilim ve teknoloji dünyasındaki gelişmeler sağlığı koruma tedavi etme ve geliştirmede etkili olmakta ve hastalar ile sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi etkilemektedir. Sağlık okur-yazarlığı yeteneği bireylerin ortak dil oluşturması, sağlık çalışanlarıyla daha rahat iletişim kurabilme, kendi sağlık durumları hakkındaki bilgilenme, doğru kararlar alabilmesine destek olmakta ve iletişimin kalitesini arttırmaktadır. Bireylerin sağlık sistemi içinde kendilerine sunulan görsel, işitsel, sözel, yazılı bilgilerden faydalanabilmeleri ve sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürmede ihtiyaç duydukları bilgilere ulaşabilmeleri, sağlık sisteminden en üst düzeyde faydalanabilmelerini sağlamaktadır. Bireylerin kendilerine verilen bilgileri doğru kavraması oluşabilecek zararların önlenmesinde büyük önem taşımaktadır.

Özerk bireyler sağlık durumları hakkında bilgilendirilme ve karar verme hakkına sahiptir. Bireylerin bilgi edinme şekillerinden biri olan sağlık okuryazarlığı yeteneğini oluşturup, geliştirmesi sağlığına karşı sorumluluğunu gerçekleştirme biçimlerinden biridir. Bireylerin sağlık durumları üzerinde daha çok kontrol sahibi olmalarını, sağlık hizmetlerinde eşitlik, ulaşılabilirlik ve sağlık hizmetlerinden faydalanma düzeyini arttırarak bireylerin özerkliğini desteklediği görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı yeteneği bireylerin, sağlıklı yaşam tarzı için ihtiyaçları olan güvenilir ve doğru bilgilere sağlık sistemi dışında da ulaşabilme ve bu bilgilerle davranışlarını değiştirme ve geliştirme imkânı sağlamaktadır. Sağlık okuryazarlık seviyesi yeterli olan bireylerin, öz bakım, öz yeterlilik, sağlığını geliştirmeye yönelik davranış sergilemede daha aktif oldukları, zararlı madde tüketimini azalttığı

ya da bıraktığı, özellikle beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarını geliştirdiği ifade edilmektedir (Sezer & Amarat, 2018; Aaby, Firiis, Christensen, Rowlands & Maindal, 2017; Chahardah, Gheibizadeh, Jahani & Cheraghian, 2018). Etik açıdan bireylerin kendi kaderini belirleyebilmesi için, ilgili konuda yetkin olmaları gerekir. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığı yeteneği gelişmemiş olan bireylerin sağlıkları hakkında rasyonel kararlar vermeleri mümkün değildir.

Sağlık okuryazarlığı bireylere sağlık açısından fırsat ve seçenekler sunarak pozitif yönde sağlık sonuçları için zemin hazırlamaktadır (Nutbeam, 2008). Bu doğrultuda sağlığın geliştirilmesi, SYBD'nin kazanılması ve erken tanı başta olmak üzere sağlık alanında olumlu kazanımlara neden olmaktadır (Taş & Akış, 2016).

2.10.2. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler

Her bireyin sağlık okuryazarlığı yeteneğinin derecesi sağlık sorumluluğu farkındalığı durumunu göstermektedir. Sağlık konusunda bir iletişim şekli olan sağlık okuryazarlığı, bir yetenek olmanın yanında bir süreci de ifade etmekte ve işlevsel, etkileşimli ve eleştirel olarak çeşitlenmektedir (Çınarlı, 2015). Bu sağlık okuryazarlığı düzeyleri, artan oranda otonomi ve bireysel güçlenmeye olanak sağlamaktadır.

İşlevsel sağlık okuryazarlığı ilk ve temel düzeyde olup, sağlık profesyonellerin verdiği eğitimle bireyin sağlık sisteminden en iyi şekilde faydalanabilmesi ile sağlığını koruyabilmesi için edindiği bilgileri kullanabildiği seviyedir (Demir Avcı, 2016). Bireyler bu aşamada olduklarında özerk eylem gerçekleştirme yeteneğinden yoksundurlar (Nutbeam, 2000).

Etkileşimli sağlık okuryazarlığı düzeyi bireylerin örgün eğitimle aldığı bilgilerle özerk davranabilme yeteneği kazanıp, bu bilgilerle kendisi ve toplum için faydalı olduğu seviyedir (Nutbeam, 2000; Demir Avcı, 2016).

Bireylerin eleştirel sağlık okuryazarlık yeteneğinin sağlık ile ilgili eğitim verilirken iletişim, sağlık politikalarını anlama ve araştırma nitelikleri üzerinde de durularak geliştirilmiş olduğu seviyedir. Bu seviyedeki bireyler sağlığı etkileyen faktörlerin farkındalığıyla pozitif yönde değişim

sağlayabilmektedirler (Nutbeam, 2000; Demir Avcı, 2016). Tanı konulma aşamasından başlayarak hasta bireylerin edindikleri bilgilerin kendi içinde buldukları durum açısından uygunluğunu, geçerlik ve güvenilirliğini irdelemeleri ve sonrasında istendik düzeyde olduğunu belirledikleri bilgileri karar alma sürecinde kullanmaları eleştirel düzey içerisinde gerçekleşir (Nutbeam, 2000).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi birey ve yönetim kaynaklı faktörlerden etkilenmektedir. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri bunun içinde de genel okuryazarlık düzeyi, bilişsel becerileri, sağlık durumları, sağlık inançları, sağlık bakımı deneyimleri vb. bireysel faktörler olarak ifade edilmektedir. Bunların yanında sağlık çalışanlarının iletişim becerileri, sağlık sisteminin özellikleri, sağlık bilgilerinin niteliği (karmaşık, basit vb.) sisteme ait faktörler olarak belirtilmektedir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı açısından bireysel ve toplumsal fayda adına bireye ve sisteme ait faktörler belirlenerek sağlık iletişimi kapsamında bilgilerin bireylerle paylaşılması gereklidir.

Sağlık okuryazarlığının bireysel, toplumsal, ekonomik boyutlarıyla birlikte değerlendirilmesi gereken medya boyutu da bulunmaktadır. Medyada da çok abartılmış ya da basite indirgenmiş sağlık bilgileri bunun yanında yetkilendirilmemiş kişiler tarafından paylaşılan bilgiler konunun önemli kısmını oluşturmaktadır. Bu tür bilgiler bireylerin yanlış eylemler gerçekleştirmelerine sebep olmakta bazen hastalık belirtilerinin hafife alınarak önemsenmemesine ve tanıda gecikme durumlarıyla karşılaşılabilir. Bunun yanında basite indirgenmiş bilgilere sahip olan bireyler, bu bilgileri paylaşmakta ve diğer bireyleri yanlış yönlendirme gibi durumlar oluşmaktadır.

Bilgilerin basite indirgenmesi yanında abartılması durumunda bireylerin gerekmeyen durumlarda bile sağlık hizmeti almak adına eyleme geçmelerine sebep olmakta bu durum bireylerin gereksiz kaygılanmalarına yol açtığı gibi sınırlı kaynakların aktif kullanım açısından etik olarak sorunların doğmasına sebep olmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Katılımcıların hastalıkları, tedavileri, hastalıklarına ilişkin risk faktörleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları hazırlanan soru kâğıdıyla belirlenerek, etik yaklaşım açısından bilgilendirmenin boyun fıtığı tanısı alarak FTR sürecinde olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yansımaları değerlendirilecektir.

Bu amaçla planlanan çalışma Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi FTR bölümünde boyun fıtığı tanısıyla ayaktan ve yatarak FTR programına alınmış hastaların katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve 52 sorudan oluşan SYBDÖ II ve literatür taranarak özel olarak hazırlanan ve 45 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

1) Katılımcıların SYBDÖ II alt boyut puanları ile sosyo-demografik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki vardır

2) Katılımcıların SYBDÖ II alt boyut puanları ile hastalık nedenlerini bilmeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3) Katılımcıların SYBDÖ II alt boyut puanları ile hastalık risk faktörlerini bilmeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

4) Katılımcıların SYBDÖ II alt boyut puanları ile hekim tarafından hastalık hakkında bilgilendirilmeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

5) Katılımcıların SYBDÖ II alt boyut puanları ile hekim tarafından hastalık risk faktörleri hakkında bilgilendirilmeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

6) Katılımcıların SYBDÖ II genel ve alt boyut puanları ile SYBD hakkında bilgilendirilme durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.3. Araştırmanın Tipi

Gözlemsel araştırmalardan tanımlayıcı, kesitsel ve çözümsel olan çalışmamız yapılandırılmış anketler grubuna girmektedir.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi FTR bölümünde 01 Mayıs-30 Eylül 2019 tarihleri arasında ayaktan ve yatarak FTR hizmeti alan boyun fıtığı tanılı hastalarla yürütülmüştür.

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni olarak bir önceki yılın 01 Temmuz-31 Aralık 2018 tarihleri arasındaki altı aylık süreçte tedavi alan 523 hasta alınmış, örneklem 222 kişi olarak hesaplanmıştır. Hesaplama aşağıdaki formüle göre yapılmıştır. Örneklem grubunu rastgele seçilmiş gönüllü katılımcılar oluşturmuştur.

$$n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q$$

$$d^2 = (N-1) + t^2$$

$$N = 523 \text{ (evrendeki katılımcı sayısı)}$$

$$t = 1.96 \text{ (0.05 , \%95 güven aralığı için)}$$

$$p = 0.5 \text{ (olayın görülme sıklığı)}$$

$$q = 0.5 \text{ (olayın görülmemesi sıklığı)}$$

$$d = 0.05 \text{ (olayın görülme sıklığındaki istenen sapma)}$$

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Hazırlanan anket soruları 10 katılımcıya uygulanarak herhangi bir soru ya da sorun olup olmayacağı araştırılmış ve herhangi bir sorun tespit edilmemesi üzerine çalışmaya başlanmıştır.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Katılımcıların sosyo-demografik bilgilerine ait sorular ve çalışmanın konu ve amacı ile bağlantılı olan literatür taranarak hazırlanan sorular

çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır. SYBDÖ II ile ilgili sorular çalışmanın bağımlı değişkenleridir.

3.8. Verilerin Toplanması

Çalışmamızı gerçekleştirdiğimiz Yunusemre Devlet Hastanesi İki Eylül Ek Hizmet Binası; 2010-2016 yılları arasında istatistik bölümünde çalıştığım Eskişehir Hava Hastanesi 1948 yılında hizmete açılmıştır. Eskişehir Hava Hastanesi Ağustos 2016 tarihinde İki Eylül Ek Hizmet Binası olarak Yunusemre Devlet Hastanesi bünyesine hizmet vermeye başlamıştır. Ekim 2018 tarihinde Zübeyde Hanım Hastanesi'ndeki Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü Yunusemre Devlet hastanesine taşınmıştır.

Çalışmamız sürecinde YEDH İki Eylül Ek Hizmet Binası'nda 3 kat FTR servisi olarak kullanılmaktaydı. Yatan hastalar için beş adet tedavi odası olup, her odada günlük en az on hasta tedavi görmektedir. Poliklinik katında ise sekiz tedavi odası olup, her odada günlük 15-20 hasta tedavi görmektedir. Tedavide çoğunlukla sıcak-soğuk uygulamalar, tens ve ultrason cihazı ile traksiyon kullanılmaktaydı. FTR bölümünde en az hekim, serviste en az 20 hemşire ile tedavi bölümünde yaklaşık 20 hemşire ve sekiz fizyoterapist görev yapmaktaydı.

Veriler araştırmacı tarafından tedavi gören hastalarla, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Görüşme öncesinde katılımcılara çalışmanın amacı açıklanmış ve gönüllülük esasına dayalı olarak yürütülen çalışmada görüşmeler ortalama 10-20 dakika sürmüştür.

Çalışmamız sürecinde katılımcılar yapmış olduğumuz anket çalışmasını ilgiyle kabul ettiklerini ve memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Bir kısım gönüllü katılımcı soruları kendisi cevaplandırabilirken bir kısmı sorularda anlamadıkları noktaları danışarak cevaplandırmıştır. Çoğu katılımcıyla tedavisi sırasında görüşme gerçekleştiği için yüz yüze görüşme şeklinde sorular cevaplandırılmıştır. Katılımcılardan aynı odayı paylaşanlardan birbirinin tanısından haberdar olmayanlar olup, tanılarında haberdar olduktan sonra bilgi ve tecrübelerini paylaşmışlardır. Katılımcılar aydınlatılmış onamı bir kere imzalıktan sonra, her seans öncesi FTR takip

kartı imzalamaktadır. Çalışmamız sırasında katılımcılardan kendilerine verilen bilgileri unuttuklarını ifade edenler olmuştur. Katılımcıların bir kısmı bilgilendirme yapılana kadar fiziksel aktiviteyi, egzersiz yapmak olarak bildiklerini ifade etmişlerdir. Kendilerine verilen yapmaları önerilen egzersizleri içeren broşürleri okuyup, uyguladıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılar seanslar sırasında hastalar sağlık çalışanlarıyla uyumlu ve tedaviye adapte iken, sağlık çalışanları da çalışmamız süresince bizimle iş birliği içindeydiler.

Katılımcıların imzaladıklarını ifade ettikleri FTR aydınlatılmış onam formunda genel bilgiler ve işlemin yapılışı, işlemin ne olduğu ve nerede, kim tarafından yapılacağı, işlemde beklenen faydalar, işlemin uygulanmaması durumunda çıkacak sorunlar, işlemin tıbbi tedavi ve uygulama bakımından alternatifleri (medikal, cerrahi) varsa neler, işlemin komplikasyonları ve riskleri, işlemin tahmini süresi ve dikkat edilmesi gereken konular yer almaktaydı (EK-3 YEDH FTR aydınlatılmış onam formu)

3.9. Veri Toplama Araçları

Çalışmada SYBDÖ II ve hastaların sosyo-demografik bilgilerini içeren, altı adet açık uçlu soru bulunan, puanlaması olmayan, SYBD alt grupları ve hastalıkla ilişkili sorulardan oluşan, literatür taranarak özel olarak hazırlanan 45 soruluk anket formu kullanılmıştır.

SYBD II Ölçeği, Walker ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilmiş, 1996 yılında yine Walker ve arkadaşları tarafından revize edilmiş ve Nihal Esin tarafından Türkçeye uyarlanmıştı. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Bahar ve arkadaşları (Bahar vd., 2008) tarafından yapılan bu ölçeğin cronbach's alpha katsayısı 0.92'dir. Katılımcıların SYBD'nı değerlendiren ölçek, toplamda 52 maddeden oluşmakta ve altı alt grubu bulunmaktadır. Alt gruplar; sağlık sorumluluğu (9 madde; 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51), fiziksel aktivite (8 madde; 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46), beslenme (9 madde; 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50), manevi gelişim (9 madde; 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52), kişilerarası ilişkiler (9 madde; 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49) ve stres yönetimi (8 madde; 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47)' dir. Sağlık

sorumluluğu, bireyin kendi sağlığı ve iyilik hali için sorumluluk hissetmesidir. Fiziksel aktivite, düzenli olarak, hafif, orta ve ağır şiddette egzersizleri uygulamayı kapsamaktadır. Beslenme, katılımcının besin öğünlerini seçme, bu öğünleri düzenleme ve besin seçimindeki değerlerini ele almaktadır. Manevi gelişim, iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanmaktadır. Kişilerarası ilişkiler, bireylerin başka bireylerle olan ilişkileridir ve gereklilik durumları dışında iyi bir ilişki kurmada iletişimi kullanmayı gerektirmektedir. Stres yönetimi, gerilim durumunu azaltmak veya etkin olarak gerilimi kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve bu kaynakları kullanabilmesidir.

Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Ölçekten alınan genel puan SYBD puanını göstermektedir. Ölçek hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) şeklinde 4'lü likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en düşük puanı 52 iken en yüksek puan 208'dir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma boyun fıtığı tanısıyla YEDH FTR bölümünde FTR hizmeti alan, 18 yaşını doldurmuş, akli dengesi yerinde ve gönüllü katılımcılarla yapılmıştır. Bulgular sadece araştırmanın yapıldığı yer, zaman ve grup için geçerlidir. Tüm topluma genelleme yapılamaz.

3.11. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Araştırmadan elde edilen veriler, uygun istatistik paket programları kullanılarak %95 güven aralığında, $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Genel güvenilirlik için cronbach's alpha katsayısı hesaplanmıştır (Özdamar, 2015).

Frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı analizlerin yapıldığı araştırma verilerinin Merkezi Limit Teoremi'ne göre normal dağılıma uygunluğunu tespit etmek için örneklem hacmi $7 < n \leq 2000$ olduğundan Shapiro-Wilk Testi uygulanmıştır Katılımcıların SYBDÖ II ve alt boyutlarına yönelik puanların normallik dağılımı Shapiro Wilk testi ile

değerlendirildiğinde, veriler normal dağılım göstermemiştir ($p<0.05$). Ancak puanların normal dağılım göstermemesine rağmen normal dağılımın diğer varsayımları olan basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 2 arasında olması nedeniyle veriler normal dağılım olarak değerlendirilmiştir.

Bağımsız iki grup ortalaması arasındaki davranışları alt boyutlarına yönelik puanlara ait verilerin normal dağıldığı kabul edilmiştir. Bağımsız iki grup arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını tespit etmek için bağımsız örneklem t testinden yararlanılmıştır (George, D. & Mallery, M., 2010; Özdamar, 2015, s.251). Bağımsız ikiden fazla grup ortalaması arasındaki farkın anlamlılığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) kullanılmıştır (Özdamar, 2015, s.316-319). Araştırmak istediğimiz bağımsız ikiden fazla gruba ait veriler normal dağılım gösterdiğinden varyans analizi testi kullanılmıştır.

Değişkenler arasında var olan ilişkinin derecesi, yönü ve önemi Korelasyon Analizi ile ortaya konulmaktadır. Araştırma değişkenleri aralıklı veya oransal ölçekle elde edilmesine karşın normal dağılıma uygunluk gösterdiği için Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır (Özdamar 2015, s.425).

Ki-kare bağımsızlık testi, sayımla belirlenen verilerin beklenen sayısal değere uygunluğunu anlamakta kullanılmaktadır. Gözlenen frekanslar ile beklenen frekanslar arasındaki farkın istatistik olarak anlamlı olup olmadığı temeline dayanan Ki-kare bağımsızlık testinde, niteliksel olarak belirtilen veriler kullanılır. Araştırmanın değişkenleri arasında anlamlı fark olup olmadığını tespit etmek için kullanılmıştır (Kılıç, 2016).

3.12. Araştırmanın Etik Yönü

Bu tez çalışması 2013 yılında Brezilya'da güncellenmiş olan Helsinki Deklerasyonu kurallarına, Hasta Hakları Yönetmeliğine (2019) ve İyi Klinik Uygulamalar (2015) kurallarına uygun olarak planlanmıştır. Tez önerisi 05.05.2017 tarihinde kabul edilmiştir. Etik Kurul Kararı 19.02.2019 tarihinde çıkmış olup, Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma için izin 24.04.2019 tarihinde alınmıştır.

Bulgulara ait verilerin tablo sıralamasında ve açıklamasında anket soru sırası gözetilmiş olup, öncelikle elde edilen verilerin dağılımı ve literatür taranarak hazırlanan sorularla ölçek arasındaki ilişki analizleri yapılmıştır. Sıralama şu şekilde olmuştur:

- Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri,
- Katılımcıların SYBDÖ II'ye ait tanımlayıcı istatistikleri,
- Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve ölçek arasındaki ilişkiye dair bulgular,
- Katılımcıların tanı zamanı bakımından dağılımı ve tanı zamanı ile ölçek arasındaki ilişkiye dair bulgular,
- Katılımcıların hastalık nedeni ve risk faktörlerini bilme durumlarının dağılımı, hastalık nedenleri ve risk faktörlerini bilme ile ölçek arasındaki ilişkiye dair bulgular,
- Katılımcıların son 5 yılda boyun fıtığı tanısıyla FTR alma sayısı bakımından dağılımı ve son 5 yılda boyun fıtığı tanısıyla FTR alma sayısı ile ölçek arasındaki ilişkiye dair bulgular,
- Katılımcıların hastalıklarına ilişkin (risk faktörleri, tedavi şekli, tedavinin sonuçları vs.) bilgilendirilmeleri ve bu bilgileri davranışlarına yansıtma açısından dağılımları ve hastalıklarına ilişkin (risk faktörleri, tedavi şekli, tedavinin sonuçları vs.) bilgilendirilmeleri ve bu bilgileri davranışlarına yansıtma açısından dağılımları ölçekle arasındaki ilişkiye dair bulgular,
- Katılımcıların hastalık nedeni ve risk faktörleri hakkında hekim tarafından bilgilendirilmeleri ile ölçek arasındaki ilişkiye dair bulgular,
- Katılımcıların önemli buldukları SYBD'na dair verilerin dağılımı,
- Katılımcıların SYBD hakkında sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilmeleri ve bilgilendirilmenin davranışlarda etkili olma durumu ile ölçek arasındaki ilişkiye dair bulgular,

- Katılımcıların SYBD'na ilişkin düşünceleri ve düşüncelerini yaşamlarına yansıtılmaları açısından dağılımları

4. BULGULAR

Tablo 4-1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Bakımından Dağılımı

		$\bar{X} \pm SS.$	
Yaş ortalaması		45.7 \pm 2,38	
		n	%
Cinsiyet	Kadın	145	65.3
	Erkek	77	34.7
Yaş	34 yaş ve altı	31	14
	35-44	53	23.9
	45-54	43	19.4
	55-64	52	23.4
	65 yaş ve üstü	43	19.3
Medeni durum	Evli	175	78.8
	Bekar	47	21.2
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	179	80.6
	Hayır	43	19.4
Eğitim	İlkokul ve altı	72	32.3
	Ortaokul	20	9.0
	Lise ve dengi	53	24
	Yükseköğretim	77	34.7
Çalışma durumu	Çalışan grup (Yöneticiler, profesyonel meslek grupları, tekniknisyen, tekniker, yardımcı personel, büro hizmetinde çalışanlar, sanatkar ve ilgili işlerde çalışanlar, hizmet ve satış elemanı, nitelikli tarım ve su işlerinde çalışanlar, tesisi makine operatörleri montajcılar, nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar ve diğer).	88	39.6
	Çalışmayan grup (ev hanımı, emekli)	134	60.4
Mesleki statü durumu	Profesyonel meslek grupları	25	11.2
	Teknisyen, tekniker, yardımcı personel	14	6.3
	Büro hizmetinde çalışanlar	18	8.1
	Diğer	31	14
Gelir durumu	1800 TL ve altı	39	17.5
	1801-2800 TL	75	33.8
	2801-4300 TL	66	29.7
	4300 TL ve üzeri	42	19
Yaşanılan yer	Şehir merkezi	129	58.1
	İlçe merkezi	76	34.2
	Mahalle (köy)	17	7.7
Toplam		222	100,0

Yaş ortalaması 45,7 \pm 2,38 olan katılımcıların 145'i (%65,3) kadın ve 43'ü (%19,3) 65 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların 175'inin (%78.8) evli, 179'unun (%80,6) çocuk sahibi olduğu, 77'sinin (%34.7) yükseköğretim eğitilmiş oldukları görülmektedir. Katılımcıların 75'i (%33.8) 1801-2800 TL arasında gelire sahip

ve 129'u (%58,1) şehir merkezinde yaşamaktadır. Katılımcıların 125'i (%60,4) çalışmayan grubu oluştururken %39,6'sı çalışan grubu oluşturmaktadır (Tablo 4-1). Katılımcıların 89'u (%40,1) ev hanımı, 45'i (%20,3) emeklidir.

Tablo 4-2: SYBDÖ II ve Alt Boyutların Güvenilirlik Cronbach's Alpha Değerleri

	Cronbach's Alpha	Madde sayısı
SYBDÖ II	0,92	52
Sağlık sorumluluğu	0,74	9
Fiziksel aktivite	0,79	8
Beslenme	0,50	9
Manevi gelişim	0,74	9
Kişiler arası ilişkiler	0,77	9
Stres yönetimi	0,68	8

SYBDÖ II'ye ait tüm soruların güvenilirlik cronbach's alpha katsayısı=0,92 olup, anket çalışması güvenilirdir.

Tablo 4-3: Katılımcıların SYBDÖ II Genel ve Ölçek Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

	N	\bar{X}	SS	Minimum	Maksimum
Sağlık sorumluluğu	222	20,37	4,17	9	33
Fiziksel aktivite	222	16,19	4,36	8	31
Beslenme	222	21,96	3,36	13	31
Manevi gelişim	222	23,57	4,06	13	36
Kişiler arası ilişkiler	222	23,16	3,93	13	36
Stres yönetimi	222	18,29	3,48	8	28
SYBDÖ II toplam	222	123,55	18,54	75	184

*Bu tabloda minimum-maksimum değerleri verilerdeki puanlara göre değerlendirilmiştir.

Katılımcıların SYBDÖ II'den aldıkları en yüksek puan 184 ve en düşük puan 75'tir. Ölçeğin genel puan ortalaması $123,55 \pm 18,54$ olup, alt boyutlarında en yüksek puan ortalamasının $23,57 \pm 4,06$ ile manevi gelişime, en düşük puan ortalamasının ise $16,19 \pm 4,36$ ile fiziksel aktiviteye ait olduğu görülmektedir (Tablo 4-3).

Tablo 4-4: Katılımcıların SYBDÖ II İfadelerine İlişkin Katılım Düzeyi Dağılımları

	n	\bar{X}	ss
1.Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım	222	2,4	0,7
2.Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim	222	2,5	0,8
3.Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım	222	2,7	0,7
4.Düzenli bir egzersiz programı yaparım	222	2,1	0,8
5.Yeterince uyurum	222	2,6	0,8
6.Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim	222	2,4	0,8
7.İnsanları başarıları için takdir ederim	222	2,8	0,8
8.Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım	222	2,5	1,0
9.Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum	222	2,4	0,8
10.Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)	222	2,4	0,9
11.Her gün rahatlamak için zaman ayırırım	222	2,3	0,7
12.Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım	222	2,9	0,7
13.İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm	222	2,7	0,7
14.Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim	222	1,9	0,8
15.Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım	222	2,5	0,7
16.Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm)	222	2,3	0,8
17.Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim	222	2,5	0,8
18.Geleceğe umutla bakarım	222	2,6	0,8
19.Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım	222	2,7	0,7
20.Her gün 2-4 öğün meyve yerim	222	2,5	0,8
21.Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım	222	2,3	0,7
22.Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım	222	1,8	0,8
23.Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm	222	2,3	0,7
24.Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim	222	2,6	0,8
25.Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır	222	2,7	0,7
26.Her gün 3-5 öğün sebze yerim	222	2,4	0,7
27.Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım	222	2,5	0,8
28.Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım	222	1,8	0,9
29.Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım	222	2,1	0,7

Tablo 4.4: (Devam Ediyor)

	n	\bar{X}	ss
30.Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım	222	2,5	0,8
31.Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım	222	2,8	0,7
32.Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim	222	2,6	0,7
33.Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim	222	1,8	0,9
34.Günlük işler sırasında egzersiz yaparım	222	2,4	0,8
35.İş ve eğlence zamanımı dengelerim	222	2,4	0,8
36.Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum	222	1,9	0,7
37.Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım	222	2,3	0,8
38.Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu gıdalardan 3-4 porsiyon yerim	222	2,3	0,7
39.Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım	222	2,4	0,7
40.Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim	222	2,0	0,9
41.Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım	222	2,1	0,8
42.Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım	222	2,9	0,7
43.Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım	222	2,5	0,8
44.Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum	222	2,4	0,9
45.Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım	222	1,7	0,8
46.Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım	222	1,6	0,8
47.Yorulmaktan kendimi korurum	222	2,4	0,9
48.İlahi bir gücün varlığına inanırım	222	3,4	0,8
49.Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim	222	2,7	0,8
50.Kahvaltı yaparım	222	3,1	0,9
51.Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım	222	2,5	0,8
52.Yeni deneyimlere ve durumlara açığım	222	2,7	0,9

Katılımcıların SYBDÖ II maddelerine ilişkin dağılımı değerlendirildiğinde, en düşük ortalamaya sahip madde 1.6 ile “Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım”, ikinci düşük ortalamaya sahip madde 1.7

ile “Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırim” ve üçüncü en düşük ortalamaya sahip maddeler ise 1.8 ile “Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım” ile “Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım” ve “Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim” maddeleri olduğu görölmektedir (Tablo 4-4).

Bilgilendirilme ve davranış değişikliğine açık olduklarını ifade ettikleri halde en düşük 3 katılım ortalamasından birinin “bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırim “ sorusuna ait olması dikkat çekici bir çelişki oluşturmaktadır.

Tablo 4-5: Katılımcıların SYBDÖ II Alt Boyutlarının Aralarındaki İlişki

		Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişiler arası ilişkiler	Stres yönetimi
Sağlık sorumluluğu	r	1					
	p						
Fiziksel aktivite	r	,561**	1				
	p	,000					
Beslenme	r	,580**	,532**	1			
	p	,000	,000				
Manevi gelişim	r	,551**	,491**	,486**	1		
	p	,000	,000	,000			
Kişiler arası ilişkiler	r	,570**	,447**	,463**	,727**	1	
	p	,000	,000	,000	,000		
Stres yönetimi	r	,560**	,641**	,510**	,653**	,545**	1
	p	,000	,000	,000	,000	,000	

Pearson korelasyon, *(p<0,05), **(p<0,001), *** (p<0,0001)

Katılımcıların, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğu ile fiziksel aktivite (r:0,561), beslenme (r:0,580), manevi gelişim (r:0,551), kişiler arası ilişkiler (r:0,570) ve stres yönetimi (r:0,560) arasında pozitif yönlü, normal düzeyde ve anlamlı bir ilişki vardır (p≤0,01) (Tablo 4-5).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından fiziksel aktivite ile beslenme (r:0,532), manevi gelişim (r:0,491), kişiler arası ilişkiler (r:0,447) arasında pozitif yönlü, normal düzeyde ve stres yönetimi (r:0,641) arasında pozitif yönlü, güçlü düzeyde ve anlamlı bir ilişki vardır ($p \leq 0,01$).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme ile manevi gelişim (r:0,486), kişiler arası ilişkiler (r:0,463) ve stres yönetimi (r:0,510) arasında pozitif yönlü, normal düzeyde ve anlamlı bir ilişki vardır ($p \leq 0,01$).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından manevi gelişim ile kişiler arası ilişkiler (r:0,727) ve stres yönetimi (r:0,653) arasında pozitif yönlü, güçlü düzeyde ve anlamlı bir ilişki vardır ($p \leq 0,01$).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından kişiler arası ilişkiler ile stres yönetimi (r:0,545) arasında pozitif yönlü, normal düzeyde ve anlamlı bir ilişki vardır ($p \leq 0,01$).

Katılımcıların, SYBDÖ II tüm alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişki olduğu görülmektedir.

Katılımcıların SYBD'dan birini edinmelerinin diğer davranışları edinmelerinde etkili olduğu şeklinde ifade edilebilir.

Tablo 4-6: Katılımcıların SYBDÖ II Genel Ortalama Puanları İle Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki

		n	SYBDÖ II	
			$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)
Cinsiyet	Kadın	145	122,61 ± 18,00	t ¹
	Erkek	77	125,34 ± 19,51	-1,040 (0,300)
Yaş	34 yaş ve altı	31	135,57 ± 19,90	F² 5,121 (0,001**)
	35-44	53	126,08 ± 17,58	
	45-54	43	122,88 ± 16,75	
	55-64	52	120,12 ± 19,04	
	65 ve üzeri	43	117,93 ± 17,11	
Medeni durum	Evli	175	122,79 ± 18,41	t ¹
	Bekar	47	126,46 ± 18,94	-1,195 (0,233)
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	179	122,56 ± 18,37	t ¹
	Hayır	43	128,27 ± 18,83	-1,785 (0,076)
Eğitim	İlkokul ve altı	72	117,78 ± 15,81	F² 5,268 (0,002**)
	Ortaokul	20	119,20 ± 16,62	
	Lise	53	125,33 ± 18,59	
	Yükseköğretim	77	128,88 ± 19,81	
Çalışma Durumu	Çalışan grup (Yöneticiler, profesyonel meslek grupları, tekniknisyen, tekniker, yardımcı personel, büro hizmetinde çalışanlar, sanatkar ve ilgili işlerde çalışanlar, hizmet ve satış elemanı, nitelikli tarım ve su işlerinde çalışanlar, tesisi makine operatörleri montajcılar, nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar).	134	120,67 ± 18,21	t ¹
	Çalışmayan grup (ev hanımı, emekli)	88	127,27 ± 17,65	-2,266 (0,008**)
Mesleki statü durumu	Profesyonel meslek grupları	25	130,72 ± 14,19	F² 2,798 (0,018*)
	Teknisyen, tekniker, yardımcı personel	14	132,57 ± 17,14	
	Büro hizmetinde çalışanlar	18	118,39 ± 13,36	
	Diğer	31	127,26 ± 21,07	
Gelir durumu	1800 TL ve altı	39	125,16 ± 20,54	F² 9,995 (0,000***)
	1801-2800 TL	75	115,39 ± 12,51	
	2801-4300 TL	66	124,77 ± 17,89	
	4300 TL+	42	133,05 ± 19,52	
Yaşanılan yer	Şehir merkezi	129	120,47 ± 16,42	F²
	İlçe merkezi	76	128,41 ± 21,37	4,596
	Mahalle (köy)	17	125,47 ± 16,20	(0,011*)

t¹ Bağımsız örneklem t testi (t), **F²** Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi (F),
*(p<0,05), **(p<0,001), *** (p<0,0001)

Katılımcıların SYBDÖ II genel ortalama puanı ile yaş grupları, eğitim düzeyleri, meslek grupları, gelir durumu ve yaşanılan yer arasında anlamlı fark

vardır ($p<0,05$). Farkın yaş grupları açısından 34 yaş ve altında, eğitim düzeyi açısından yükseköğretim eğitimi olan, çalışmayan grupta olan, mesleki statü durumu açısından teknisyen/tekniker/yardımcı personel olarak çalışan, gelir düzeyi açısından 4300 TL ve üzerinde geliri olan ve yaşadıkları yer açısından ilçe merkezinde yaşayan katılımcılar lehine olduğu görülmektedir (Tablo 4-6).

Tablo 4-7: Katılımcıların SYBDÖ II Alt Boyut Puanları ile Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki

	n	Sağlık sorumluluğu		Fiziksel aktivite		Beslenme		Manevi gelişim		Kişiler arası ilişkiler		Stres yönetimi								
		$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)	$\bar{X} \pm S.S.$	t/F (p)							
Cinsiyet ¹	Kadın	145	20,36 ± 4,16	-0,061	15,58 ± 4,15	-2,951	22,01 ± 3,25	0,332	23,50 ± 4,06	-0,394	23,30 ± 3,91	0,758	17,86 ± 3,61	-2,582						
	Erkek	77	20,39 ± 4,21	(0,951)	17,37 ± 4,52	(0,004**)	21,86 ± 3,59	(0,740)	23,72 ± 4,09	(0,694)	22,88 ± 3,97	(0,449)	19,12 ± 3,07	(0,010*)						
Yaş ²	34 yaş ve altı	31	22,17 ± 4,38	2,085	19,23 ± 4,92	5,448	23,00 ± 3,57	1,603	26,20 ± 4,08	6,444	25,03 ± 4,00	3,057	19,93 ± 3,43	4,025						
	35-44	53	20,64 ± 4,14		16,54 ± 4,03		22,30 ± 3,70		24,28 ± 3,69		23,56 ± 3,91		18,76 ± 3,57							
	45-54	43	19,78 ± 3,88	(0,085)	15,61 ± 3,56	(0,000*)	21,37 ± 2,93	(0,175)	23,85 ± 4,26	(0,000***)	23,41 ± 3,96	(0,018*)	18,85 ± 3,31	(0,004**)						
	55-64	52	20,27 ± 4,55		15,88 ± 4,24		21,37 ± 3,52		22,69 ± 4,14		22,49 ± 3,92		17,41 ± 3,33							
	65 ve üzeri	43	19,57 ± 3,75		14,80 ± 4,44		22,18 ± 2,97		21,93 ± 3,36		22,16 ± 3,55		17,30 ± 3,41							
Medeni Durum ¹	Evli	175	20,34 ± 4,18	-0,196	15,83 ± 4,13	-2,425	22,10 ± 3,41	1,190	23,28 ± 3,96	-2,119	23,11 ± 4,01	-0,367	18,13 ± 3,46	-1,406						
	Bekar	47	20,48 ± 4,15	(0,845)	17,57 ± 4,93	(0,016*)	21,43 ± 3,15	(0,235)	24,70 ± 4,28	(0,035*)	23,35 ± 3,64	(0,714)	18,93 ± 3,52	(0,161)						
Çocuk sahibi olma Durumu ¹	Evet	179	20,35 ± 4,17	-0,188	15,76 ± 4,18	-3,191	21,91 ± 3,45	0,529	23,40 ± 3,94	-1,478	23,09 ± 3,95	-0,837	18,04 ± 3,43	-2,167						
	Hayır	43	20,49 ± 4,24		(0,851)		18,12 ± 4,66		(0,002**)		22,22 ± 3,04		(0,597)		24,44 ± 4,50	(0,141)	23,66 ± 3,58	(0,403)	19,34 ± 3,55	(0,031*)
Eğitim ²	İlkokul ve altı	72	20,31 ± 3,87	0,320	14,65 ± 4,18	6,730	21,51 ± 3,03	0,813	22,04 ± 3,34	8,485	22,08 ± 3,27	3,434	17,18 ± 2,87	7,755						
	Ortaokul	20	19,70 ± 3,74		15,80 ± 3,29		21,75 ± 3,21		22,55 ± 3,99		22,65 ± 4,23		16,75 ± 2,75							
	Lise	53	20,75 ± 4,41		(0,811)		16,21 ± 3,52		(0,000***)		22,40 ± 3,17		(0,488)		23,77 ± 3,71	(0,000*)	23,58 ± 4,59	(0,018*)	18,62 ± 3,63	(0,000*)
	Yükseköğretim	77	20,35 ± 4,41		17,73 ± 4,78		22,13 ± 3,81		25,14 ± 4,38		24,01 ± 3,74		19,52 ± 3,64							
Çalışma durumu ¹	Çalışmayan grup	134	20,36 ± 4,05	0,222	15,48 ± 4,10	-2,867	21,92 ± 3,32	-0,033	22,67 ± 4,01	-4,095	22,81 ± 4,01	-1,476	17,44 ± 3,36	-4,493						
	Çalışan grup	88	20,24 ± 4,16	(0,825)	17,15 ± 4,44	(0,005**)	21,93 ± 3,36	(0,974)	24,88 ± 3,78	(0,000***)	23,60 ± 3,73	(0,141)	19,48 ± 3,20	(0,000***)						
Mesleki statü durumu	Profesyonel meslek grupları	25	20,08 ± 3,37	1,033	17,56 ± 4,36	3,161	22,96 ± 3,49	1,132	25,52 ± 3,72	4,809	24,48 ± 2,29	1,708	20,12 ± 3,41	4,642						
	Tekniker, teknisyen, yardımcı personel	14	21,07 ± 4,05		(0,399)		19,00 ± 4,56		(0,009*)		21,86 ± 2,82		(0,345)		26,14 ± 4,07	(0,000*)	24,50 ± 3,59	(0,134)	20,00 ± 2,96	(0,000***)
	Büro hizmetinde çalışanlar	18	18,61 ± 3,60		15,33 ± 3,22		20,78 ± 3,21		23,06 ± 2,88		21,94 ± 3,54		18,67 ± 2,28							
	Diğer	31	20,94 ± 4,93		17,03 ± 4,82		21,81 ± 3,46		24,84 ± 3,93		23,45 ± 4,55		19,19 ± 3,57							
Gelir Durumu ²	1800 TL ve altı	39	21,53 ± 4,62	4,742	16,24 ± 4,41	5,836	21,95 ± 3,74	2,166	23,74 ± 3,98	9,286	23,05 ± 4,34	6,117	18,66 ± 3,74	12,634						
	1801-2800 TL	75	18,95 ± 3,38		(0,003*)		14,62 ± 3,24		(0,001*)		21,26 ± 2,79		(0,093)		21,93 ± 3,23	(0,000*)	21,95 ± 3,17	(0,001*)	16,69 ± 2,53	(0,000***)
	2801-4300 TL	66	20,54 ± 4,06		16,78 ± 4,15		22,06 ± 3,16		23,83 ± 4,41		23,20 ± 4,20		18,35 ± 3,16							
	4300 TL ve üzeri	42	21,07 ± 4,02		17,73 ± 5,24		22,85 ± 3,76		25,83 ± 3,80		25,10 ± 3,56		20,46 ± 3,78							
Yaşanılan Yer ²	Şehir merkezi	129	19,73 ± 3,47	4,792	15,36 ± 4,06	6,141	21,53 ± 3,19	3,514	23,26 ± 3,91	1,093	22,84 ± 3,68	1,672	17,75 ± 3,26	4,238						
	İlçe merkezi	76	20,99 ± 5,01	(0,009*)	17,48 ± 4,69	(0,003*)	22,79 ± 3,52	(0,031*)	24,13 ± 4,50	(0,337)	23,83 ± 4,38	(0,190)	19,20 ± 3,74	(0,016*)						
	Mahalle (köy)	17	22,53 ± 4,03		16,88 ± 3,60		21,53 ± 3,48		23,47 ± 3,00		22,65 ± 3,44		18,41 ± 3,24							

¹Bağımsız örneklem t testi, ²Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi, *(p<0,05) ***(p<0,001) *** (p<0,0001)

Katılımcıların sağlık sorumluluğu ortalama puanları ile gelir düzeyi ve yaşanılan yer arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Farkın 1800 TL ve altı geliri olan ve mahalle (köy) de yaşayan katılımcıların lehine olduğu görölmektedir (Tablo 4-7).

Katılımcıların fiziksel aktivite ortalama puanları ile cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim, çalışma durumu, mesleki statü durumu, gelir durumu ve yaşanılan yer arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Farkın erkek, 34 yaş ve altı, bekar, çocuk sahibi olmayan, yükseköğretim eğitimi olan, çalışmayan grupta olan, mesleki statü açısından teknisyen, tekniker ve yardımcı personel olan, geliri 4300 TL ve üzeri olan ve ilçe merkezinde yaşayan katılımcıların lehine olduğu görölmektedir (Tablo 4-7).

Katılımcıların beslenme puan ortalamaları ile yaşanılan yer arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Farkın ilçe merkezinde yaşayan katılımcılar lehine olduğu görölmektedir (Tablo 4-7).

Katılımcıların manevi gelişim alt boyut puanları ile yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, mesleki statü durumu ve gelir durumu arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Farkın 34 yaş ve altı, bekar, yükseköğretim eğitimi olan, teknisyen, tekniker ve yardımcı personel ve ilçe merkezinde yaşayan katılımcılar lehine olduğu görölmektedir (Tablo 4-7).

Katılımcıların kişiler arası ilişkiler ortalama puanları ile yaş, eğitim ve gelir düzeyi arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Farkın 34 yaş ve altı, yükseköğretim eğitimi olan ve 4300 TL ve üstü gelir sahibi katılımcıların lehine olduğu görölmektedir (Tablo 4-7).

Katılımcıların stres yönetimi ortalama puanları ile cinsiyet, yaş, çocuk sahibi olma durumu, eğitim, çalışma durumu, mesleki statü durumu, gelir durumu ve yaşanılan yer arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Farkın erkek, 34 yaş ve altı, çocuk sahibi olmayan, yükseköğretim eğitimi, çalışmayan grupta olan, profesyonel meslek gruplarından olan, 4300 TL ve üzeri gelir sahibi ve ilçe merkezinde yaşayan katılımcılar lehine olduğu görölmektedir (Tablo 4-7).

Hipotez 1: Katılımcıların SYBD II alt boyut puanları ile sosyo-demografik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki vardır (Tablo 4-7). Bu Hipotez kabul edilmiştir.

Yaşın genç olmasının, eğitim ve gelir seviyesinin yüksek olmasının, ilçede yaşamanın, teknisyen, tekniker ve yardımcı personel ve profesyonel meslek sahibi olmanın SYBD'nı gerçekleştirirde pozitif etkili faktörler olduğu görülmektedir (Tablo 4-7).

Katılımcıların %65'nin kadın, %78.8'nin evli, %80'nin çocuk sahibi olan, %40.1'nin ev hanımı ve %58.1'nin şehir merkezinde yaşayan katılımcılar olması risk faktörlerine en çok maruz kalan grubu göstermektedir. Diğer bir ifadeyle sosyo-demografik özellikler SYBD üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir (Tablo 4-7).

Tablo 4-8: Katılımcıların Boyun Fıtığı Tanısı Alma Zamanı Bakımından Dağılımı

	n	%
	77	34,6
	65	29,2
Boyun fıtığı tanısını alınan zaman	42	19
	19	8,6
	19	8,6

Katılımcıların 77'si (%34,6) 12 ay içinde, 65'i (%29,2) 13 ay-3 yıl, 42'si (%19) 4-7 yıl, 19'u (%8,6) 8-11 yıl arasında ve 19'u (%8,6) ise 12 yıldan daha uzun süre önce boyun fıtığı tanısı aldığını ifade etmişlerdir (Tablo 4-8).

Katılımcıların yaklaşık olarak 3'te 1'inin tanıyı aldıktan sonraki ilk 12 ay içinde FTR'ye başladıkları görülmektedir. Bu da bize katılımcıların konservatif tedavi ya da alternatif tedaviler sonrası FTR için çok beklemediklerini göstermektedir.

Tablo 4-9: Katılımcıların SYBDÖ II Genel ve Alt Boyut Puanları İle Boyun Fıtığı Tanısı Alma Zamanı Arasındaki İlişki

	Boyun fıtığı tanı süresi					F (p)
	1-12 ay (n=76)	13 ay-3 yıl (n=65)	4-7 yıl (n=42)	8-11 yıl (n=19)	12 yıl ve üzeri (n=19)	
	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	
Sağlık sorumluluğu	20,45 ± 4,39	21,40 ± 4,35	19,26 ± 3,99	20,58 ± 3,49	18,79 ± 2,59	2,504 (0,043*)
Fiziksel aktivite	16,92 ± 5,02	16,63 ± 3,77	14,88 ± 4,27	16,21 ± 4,25	14,68 ± 2,69	2,270 (0,063)
Beslenme	22,43 ± 3,32	22,25 ± 3,55	21 ± 3,25	22,16 ± 3,13	21,00 ± 3,02	1,779 (0,134)
Kişiler arası ilişkiler	24,42 ± 4,51	23,98 ± 3,99	22,50 ± 3,62	23,68 ± 3,42	21,05 ± 2,39	3,733 (0,006**)
Stres yönetimi	23,61 ± 4,43	23,45 ± 3,98	22,24 ± 2,77	23,68 ± 4,23	21,89 ± 3,11	1,501 (0,203)
SYBDÖ II	18,53 ± 3,92	18,94 ± 3,42	17,69 ± 3,45	18,26 ± 2,16	16,53 ± 2,14	2,233 (0,066)
Toplam	126,36 ± 20,89	126,65 ± 17,96	117,57 ± 16,41	124,58 ± 15,81	113,95 ± 11,07	3,414 (0,010*)

Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi, *(p<0,05) **(p<0,001) *** (p<0,0001)

Katılımcıların sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve ölçek genel ortalama puanları ile boyun fıtığı tanı süreleri arasında anlamlı bir fark vardır (p<0,05). Farkın sağlık sorumluluğunda boyun fıtığı tanı süresi 13 ay-3 yıl arasında olan katılımcılar, manevi gelişimde boyun fıtığı tanı süresi 1-12 ay arasında olan katılımcılar, ölçek genel ortalama puanında boyun fıtığı tanı süresi 13 ay-3 yıl arasında olan katılımcıların lehine olduğu görülmektedir (Tablo 4-9).

Katılımcıların sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve ölçek genel ortalama puanları ile boyun fıtığı tanı süreleri arasında anlamlı bir fark olması, sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim davranışları gelişmiş olanların erken tanı ve tedavi olanaklarından faydalanmayı tercih ettikleri şeklinde ifade edilebilir.

Tablo 4-10: Katılımcıların Hastalık Nedenleri ve Risk Faktörlerini Bilme Durumları Bakımından Dağılımı

Hastalık nedenini bilme	Evet	112	50,4
	Hayır	110	49,6
Yanlış hareketler*		48	43,2
Yanlış duruş*		41	36,9
Ağır iş*		26	23,4
Diğer (düşme, stres, yaşlılık, yorgunluk vb.)*		24	21,6
Boyun fıtığı risk faktörlerini bilme	Evet	90	40,5
	Hayır	132	59,5
Yanlış hareketler		46	51,7
Yanlış duruş		26	29,2
Travma		11	12,4
Diğer (felç, stres, yoğun iş, beslenme vb.)		22	24,7
Toplam		22	100,0

*Birden fazla seçenekli, açık uçlu soru

Katılımcıların %50,4'ü hastalık nedenlerini bildiklerini ve hastalık nedenlerini sırasıyla yanlış hareketler (%43,2), yanlış duruş (%36,9), ağır iş (%23,4) ve diğer sebepler (%21,6) olarak belirtmişlerdir (Tablo 4-10).

Katılımcıların %40,5'i boyun fıtığı risk faktörlerini bildiklerini ve risk faktörlerini sırasıyla yanlış hareketler (%51,7), yanlış duruş (%29,2), travma (%12,4) ve diğer (%24,7) sebepler olarak belirtmişlerdir (Tablo 4-10).

Katılımcıların hastalık nedeni ve risk faktörleri olarak en fazla yanlış hareketleri ve yanlış duruşu ifade ettikleri görülmektedir. Bilgilendirildikten sonra hala oranın düşük olması verilen bilgilerin yeterince anlaşılmadığını düşündürmektedir.

Tablo 4-11: Katılımcıların Hastalık Nedenlerini Bilme Durumu İle SYBDÖ II Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

	Hastalık nedenini bilme		t	p
	Evet (n=111)	Hayır (n=110)		
	$\bar{X} \pm SS.$	$\bar{X} \pm SS.$		
Sağlık sorumluluğu	20,27 ± 4,23	20,47 ± 4,12	-0,360	0,719
Fiziksel aktivite	16,41 ± 4,55	15,97 ± 4,16	0,753	0,452
Beslenme	22,45 ± 3,16	21,46 ± 3,51	2,200	0,029*
Manevi gelişim	24,13 ± 4,17	23,02 ± 3,90	2,041	0,042*
Kişiler arası ilişkiler	23,41 ± 3,80	22,90 ± 4,05	0,974	0,331
Stres yönetimi	18,59 ± 3,74	18,00 ± 3,19	1,252	0,212
Toplam	125,26 ± 18,79	121,83 ± 18,20	1,380	0,169

Bağımsız örneklem t testi, *(p<0,05), **(p<0,001), *** (p<0,0001)

Katılımcıların SYBDÖ II genel ve ölçek alt boyut puanları ile hastalık nedenini bilme durumu arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Farkın beslenme ve manevi gelişim alt boyutlarında hastalık nedenini bilen katılımcılar lehine olduğu görülmektedir (Tablo 4-11).

Hipotez 2: Katılımcıların SYBD II alt boyut puanları ile hastalık nedenlerini bilmeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Beslenme ve manevi gelişim alt boyutları açısından bu hipotez kabul edilmiştir.

Tablo 4-12: Katılımcıların SYBDÖ II Alt Boyut Puanlarının Hastalık Risk Faktörlerini Bilme Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Boyun fıtığı risk faktörlerini bilme		t	p
	Evete (n=89)	Hayır (n=132)		
	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$		
Sağlık sorumluluğu	20,58± 4,50	20,23± 3,94	0,624	0,533
Fiziksel aktivite	17,53± 4,65	15,30± 3,91	3,854	0,000***
Beslenme	22,71± 3,32	21,45± 3,31	2,757	0,006**
Manevi gelişim	24,21± 4,59	23,14± 3,62	1,931	0,055
Kişiler arası ilişkiler	23,75± 4,16	22,76± 3,73	1,858	0,064
Stres yönetimi	19,11± 4,04	17,74± 2,94	2,749	0,007**
Toplam	127,90± 20,75	120,62± 16,32	2,780	0,006**

Bağımsız örneklem t testi, *($p<0,05$), **($p<0,001$), *** ($p<0,0001$)

Katılımcıların SYBDÖ II genel ve alt boyut puanları ile hastalık risk faktörlerini bilme durumu arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Farkın fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt boyutları ve ölçek genel puan ortalamalarında boyun fıtığı risk faktörlerini bilen katılımcılar lehine olduğu görülmektedir (Tablo 4-12).

Hipotez 3: Katılımcıların SYBDÖ II alt boyut puanları ile hastalık risk faktörlerini bilmeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Bu hipotez kabul edilmiştir.

Katılımcıların, hastalık risk faktörlerini öğrenmelerinin, fiziksel aktivite, beslenme ve streslerini kontrol etmeleri gerekliliğine dikkatlerinin çekildiğini göstermektedir.

Katılımcıların, 134'ü (%60,5) son 5 yılda boyun fıtığı için FTR'yi 1 kez, 57'si (%26) 2 kez ve 31'i (%13,5) ise 3 ve daha fazla kez aldıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların, SYBDÖ II alt boyut ve ölçek genel ortalama puanları ile son 5 yılda FTR alma sayısı arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4-13: Katılımcıların Hastalıklarına İlişkin (risk faktörleri, tedavi şekli, tedavinin sonuçları vs.) Bilgilendirilmeleri ve Bu Bilgileri Davranışlarına Yansıtılmaları Açısından Dağılımları

	Evet		Hayır		Cevapsız (n)
	n (evet)	%	n (hayır)	%	
Hekim tarafından hastalığınız hakkında bilgilendirildiniz mi?	168	75,7	52	23,4	2
Evet ise bu bilgilendirme davranışlarınızı değiştirmenizde etkili oldu mu?	141	83,9	27	16,1	0
Hekim tarafından hastalığınızın riskleri hakkında bilgilendirildiniz mi?	118	53,2	98	44,1	6
Evet ise bu bilgilendirme davranışlarınızı değiştirmenizde etkili oldu mu?	103	87,3	15	12,7	0
Hekim tarafından FTR' nin alternatifi olan tıbbi tedaviler (cerrahi ve medikal) hakkında bilgilendirildiniz mi?	132	59,5	86	38,7	4
Evet ise bu bilgilendirme davranışlarınızı değiştirmenizde etkili oldu mu?	108	81,8	20	15,2	4
Hekim tarafından size yapılacak tedavinin türü, şekli, yöntemi, aciliyeti ve süresi hakkında bilgilendirildiniz mi?	151	68	70	31,5	1
Evet ise bu bilgilendirme davranışlarınızı değiştirmenizde etkili oldu mu?	135	89,4	16	10,6	0
Hekim tarafından FTR'nin başarı şansı, faydası, riskleri ve sonuçları hakkında bilgilendirildiniz mi?	144	65	76	34,1	2
Evet ise bu bilgilendirme davranışlarınızı değiştirmenizde etkili oldu mu?	127	88,2	17	11,8	0
Sağlık çalışanları tarafından hastalığın tekrarlamaması /ağırlaşmaması için tedavi süreci ve sonrasında almanız gereken önlemler ve dikkat etmeniz gereken davranış şekilleri konusunda bilgilendirildiniz mi?	162	73	56	25,2	4
Evet ise bu bilgilendirme davranışlarınızı değiştirmenizde etkili oldu mu?	147	90,7	15	9,3	0
Size verilen bilgiler açık ve anlaşılır mıydı?	184	82,9	30	13,5	8
FTR sürecinde yapılacak işlemlerle ilgili olarak izin alındı mı?	191	86	26	11,7	5

Katılımcıların 168'i (%75,7) hekim tarafından hastalık hakkında bilgilendirildiğini ve bilgilendirilenlerin 141'i (%83,9) hekim bilgilendirmesinin davranışlarında etkili olduğunu, 118'i (%53,2) hekim tarafından hastalık risk faktörleri hakkında bilgilendirildiğini ve bilgilendirilenlerin 103'ü (%87,3) hekimin risk faktörleri hakkında bilgilendirmesinin davranışlarında etkili olduğunu, 132'si (%59,5) hekim tarafından fizik tedavi ve rehabilitasyonun alternatifi olan (medikal, cerrahi) tıbbi tedaviler hakkında bilgilendirildiğini ve 108'i (%81,8) ise bu bilgilendirmenin davranışlarında etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcıların 151'i (%68) hekim tarafından tedavinin türü, şekli, yöntemi, aciliyeti, süresi vb. konularda bilgilendirildiğini ve bilgilendirilenlerin 135'i (%89,4) bilgilendirmenin davranışlarında etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların 144'ü (%65) hekim tarafından fizik tedavi ve rehabilitasyonun başarı şansı, faydası, riskleri ve sonuçları konusunda bilgilendirildiğini ve bilgilendirilenlerin 127'si (%88,2) hekimin bilgilendirmesinin davranışları üzerinde etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların 162'si (%73) sağlık çalışanları tarafından hastalığın tekrarlamaması/ağırlaşmaması için tedavi süreci ve sonrasında alınması gereken önlemler ve dikkat edilmesi gereken davranış şekilleri konusunda bilgilendirildiklerini, 147'si (%90,7) sağlık çalışanlarının bilgilendirmesinin davranışlarında etkili olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 4-13).

Katılımcıların 184'ü (%82,9) kendilerine verilen bilgilerin açık ve anlaşılır olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcıların 191'i (%86) FTR sürecinde yapılacak işlemlerle ilgili olarak kendilerinden izin alındığını ifade etmişlerdir (Tablo 4-13).

Katılımcıların 39'u (%17,6) sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında eğitim aldıklarını, 171'i (%77) ise sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında eğitim almanın sağlıklı yaşam sürmede faydalı olacağına inandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4-13).

Tablo 4-14: Katılımcıların Hastalıklarına İlişkin (risk faktörleri, tedavi şekli, tedavinin sonuçları vs.) Bilgilendirilmeleri ve Bu Bilgileri Davranışlarına Yansıtılmaları Arasındaki İlişki

Hekim Tarafından Hastalığınız Hakkında Bilgilendirildiniz mi?	Evet		Hayır	Chi-Sq	p
	168		52	57,453	0,000***
Bu Bilgi Davranışlarınızı Değiştirmenize Etkili Oldu mu?	Evet	Hayır			
	141	27			
Hekim Tarafından Hastalığınızın riskleri Hakkında Bilgilendirildiniz mi?	Evet		Hayır	Chi-Sq	P
	118		98	103,092	0,000***
Bu Bilgi Davranışlarınızı Değiştirmenize Etkili Oldu mu?	Evet	Hayır			
	103	15			
Hekim Tarafından fizik tedavi ve rehabilitasyonun alternatifi olan tedaviler Hakkında Bilgilendirildiniz mi?	Evet		Hayır	Chi-Sq	P
	132		86	9,982	0,002***
Bu Bilgi Davranışlarınızı Değiştirmenize Etkili Oldu mu?	Evet	Hayır			
	108	20			
Hekim tarafından size yapılacak tedavinin türü, yöntemi hakkında bilgilendirildiniz mi?	Evet		Hayır	Chi-Sq	P
	151		70	29,812	0,000***
Bu Bilgi Davranışlarınızı Değiştirmenize Etkili Oldu mu?	Evet	Hayır			
	135	16			
Hekim tarafından fizik tedavi ve rehabilitasyonun başarı şansı, faydası, riskleri ve sonuçları hakkında bilgilendirildiniz mi?	Evet		Hayır	Chi-Sq	P
	144		76	21,012	0,000***
Bu Bilgi Davranışlarınızı Değiştirmenize Etkili Oldu mu?	Evet	Hayır			
	127	17			
Sağlık çalışanları tarafından hastalığınızın tekrarlamaması yada ağırlaşmaması için tedavi süreci ve sonrasında almanız gereken önlemler hakkında bilgilendirildiniz mi?	Evet		Hayır	Chi-Sq	P
	162		56	51,172	0,000***
Bu Bilgi Davranışlarınızı Değiştirmenize Etkili Oldu mu?	Evet	Hayır			
	147	15			

Ki-Kare Testi, *(p<0,05), **(p<0,001), *** (p<0,0001)

Ki-Kare Bağımsızlık Testi, *(p<0,05), **(p<0,001), *** (p<0,0001)

Katılımcıların hekim tarafından hastalıkları, hastalığın risk faktörleri, FTR'nin alternatifi olan (medikal ve cerrahi) tıbbi tedaviler, tıbbi uygulamalar, yapılacak işlemlerin türü, yöntemi, FTR' in başarı şansı, faydası, riskleri ve sonuçları, sağlık çalışanları tarafından hastalığın tekrarlamaması ya da ağırlaşmaması için tedavi süreci ve sonrasında almaları gereken önlemler hakkında bilgilendirilmeleri ve bu bilgileri davranışlarına yansıtılmaları arasında anlamlı bir fark vardır (p<0.05). Hekim ve diğer sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilen katılımcıların bu bilgileri davranışlarına yansıttıkları görülmektedir (Tablo 4-14).

Tablo 4-15: Katılımcıların SYBDÖ II Genel ve Alt Boyut Puanları İle Hekim Tarafından Hastalık Hakkında Bilgilendirilme Durumları Arasındaki İlişki

	Hekim tarafından hastalık hakkında bilgilendirilme		t	p
	Evet (n=168)	Hayır (n=52)		
	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$		
Sağlık sorumluluğu	20,70 ± 4,37	19,35 ± 3,32	2,338	0,021*
Fiziksel aktivite	16,60 ± 4,52	14,75 ± 3,49	2,697	0,008**
Beslenme	22,38 ± 3,20	20,59 ± 3,60	3,388	0,001**
Manevi gelişim	23,94 ± 4,15	22,41 ± 3,62	2,369	0,019*
Kişiler arası ilişkiler	23,50 ± 3,96	21,96 ± 3,64	2,475	0,014*
Stres yönetimi	18,73 ± 3,55	16,92 ± 2,90	3,309	0,001**
Toplam	125,84 ± 19,02	115,98 ± 15,05	3,840	0,000***

Bağımsız örneklem t testi, *(p<0,05), **(p<0,001), *** (p<0,0001)

Katılımcıların SYBDÖ II ölçek genel puanı ve alt boyut puanları ile hekim tarafından hastalık hakkında bilgilendirilmeleri arasında anlamlı bir fark vardır (p<0,05). Farkın hekim tarafından hastalık hakkında bilgilendirilenlerin lehine olduğu görülmektedir (Tablo 4-15).

Katılımcıların SYBDÖ II alt boyut puanlarına bakıldığında hekim tarafından hastalık hakkında bilgilendirilmenin SYBD'nı edinmelerini pozitif yönde etkilediği görülmektedir.

Hipotez 4: Katılımcıların SYBDÖ II alt boyut puanları ile hastalık hakkında bilgilendirilmeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Bu hipotez kabul edilmiştir.

Tablo 4-16: Katılımcıların SYBDÖ II Genel ve Alt Boyut Puanları İle Hastalık Risk Faktörleri Hakkında Bilgilendirilme Durumları Arasındaki İlişki

	Hekim tarafından hastalık risk faktörleri hakkında bilgilendirilme		t	p
	Evet (n=118)	Hayır (n=98)		
	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$		
Sağlık sorumluluğu	20,89 ± 4,32	19,79 ± 3,96	1,948	0,050*
Fiziksel aktivite	17,08 ± 4,40	15,23 ± 4,06	3,210	0,002**
Beslenme	22,46 ± 3,37	21,44 ± 3,28	2,264	0,025*
Manevi gelişim	24,10 ± 4,27	22,98 ± 3,78	2,043	0,042*
Kişiler arası ilişkiler	23,70 ± 4,01	22,49 ± 3,76	2,306	0,022*
Stres yönetimi	19,10 ± 3,66	17,42 ± 3,03	3,673	0,000***
Toplam	127,33 ± 19,64	119,34 ± 16,33	3,289	0,001**

Bağımsız örneklem t testi, *(p<0,05), **(p<0,001), *** (p<0,0001)

Katılımcıların SYBDÖ II ölçek genel puanı ve alt boyut puanları ile hekim tarafından hastalık risk faktörleri hakkında bilgilendirilmeleri arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Farkın hekim tarafından hastalık risk faktörleri hakkında bilgilendirilenlerin lehine olduğu görülmektedir (Tablo 4-16).

Katılımcıların SYBDÖ II alt boyut puanları ile hastalık risk faktörleri hakkında bilgilendirilmelerinin SYBD'nı edinmelerini pozitif yönde etkilediği görülmektedir.

Hipotez 5: Katılımcıların SYBDÖ II alt boyut puanları ile hastalık risk faktörleri hakkında bilgilendirilmeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Bu hipotez kabul edilmiştir.

Tablo 4-17: Katılımcıların Önemli Buldukları SYBD'na Dair Verilerin Dağılımı

	n	%
Fiziksel aktivite	108	48,9
Beslenme	105	47,5
Stres yönetimi	100	45,2
Sağlık sorumluluğu	79	35,7
Manevi gelişim	73	33,0
Kişilerarası ilişkiler	68	30,8
Hepsi	127	57,5
Hiçbiri	4	1,9

*Birden fazla seçenekli soru

Katılımcıların 108'i (%48.9) fiziksel aktiviteyi, 105'i (%47.5) beslenmeyi, 100'ü (%45.2) stres yönetimini, 79'u (%35.7) sağlık sorumluluğunu, 73'ü (%33) manevi gelişimi, 68'i (%30,8) kişiler arası ilişkileri ve 127'si (%57.5) ise hepsini SYBD olarak önemli gördüklerini belirtmişlerdir (Tablo 4-17).

Katılımcıların 127'sinin (%57.5) SYBD'nın hepsini önemli bulma oranının en yüksek olması, katılımcıların tüm SYBD hakkında bilgilendirildiklerini ve konuya olan ilgilerini göstermektedir.

Katılımcıların 4'ü (%1.9) SYBD hakkında bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmektedir. Bu durum katılımcıların konuya ilgisizlikleri, bilgilendirilmemeleri

ya da verilen bilgilerin katılımcılara ulaşmadığı ya da bilgilerin uygulanmadığından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Katılımcıların 77'si (%34,7) SYBD konusunda sağlık çalışanları tarafından bilgilendirildiklerini ve bilgilendirilenlerin 65'i (%84,5) davranış değişikliği gerçekleştirdiğini ifade etmişlerdir.

Tablo 4-18: Katılımcıların SYBDÖ II Genel ve Alt Boyut Puanları İle SYBD Yönünden Bilgilendirilme Durumları Arasındaki İlişki

	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları konusunda sağlık çalışanları tarafından bilgilendirildiniz mi?		t	p
	Evet (n=77)	Hayır (n=141)		
	$\bar{X} \pm SS.$	$\bar{X} \pm SS.$		
Sağlık sorumluluğu	22,39 ± 4,40	19,32 ± 3,62	5,230	0,000***
Fiziksel aktivite	17,96 ± 4,94	15,24 ± 3,57	4,260	0,000***
Beslenme	22,81 ± 3,70	21,52 ± 3,09	2,587	0,011*
Manevi gelişim	25,13 ± 4,40	22,79 ± 3,55	4,272	0,000***
Kişiler arası ilişkiler	24,68 ± 4,18	22,30 ± 3,52	4,445	0,000***
Stres yönetimi	19,74 ± 3,66	17,60 ± 3,03	4,386	0,000***
SYBDÖ II toplam	132,70 ± 20,71	118,77 ± 14,86	5,214	0,000***

Bağımsız örneklem t testi, *(p<0,05), **(p<0,001), *** (p<0,0001)

Katılımcıların SYBD konusunda bilgilendirilme durumu ile SYBDÖ II alt boyutları arasında anlamlı bir fark vardır (p<0,05). Farkın tüm alt boyut puanlarının ve genel ortalama puanın SYBD konusunda bilgilendirilen katılımcıların lehine olduğu görülmektedir (Tablo 4-18).

Hipotez 6. Katılımcıların SYBDÖ II genel ve alt boyut puanları ile SYBD yönünden bilgilendirilme durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Bu Hipotez kabul edilmiştir.

Sağlık çalışanları tarafından SYBD hakkında katılımcıların bilgilendirilmesinin SYBD edinmeleri üzerinde pozitif etkisi olduğu görülmektedir.

Tablo 4-19: Katılımcıların SYBDÖ II Genel ve Alt Boyut Puanları ile SYBD Yönünden Bilgilendirilmelerinin Davranışları Değiştirmede Etkili Olma Durumu Arasındaki İlişki

	Sağlık çalışanlarının SYBD hakkında bilgilendirmenin davranışlarda etkili oldu mu?		t	p
	Evet (n=65)	Hayır (n=12)		
	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$		
Sağlık sorumluluğu	22,55± 4,42	21,61 ± 3,20	0,942	0,349
Fiziksel aktivite	18,46± 4,73	15,87 ± 3,29	2,443	0,016*
Beslenme	23,18± 3,44	22,13 ± 3,65	1,257	0,212
Manevi gelişim	25,68± 4,29	22,13 ± 3,06	4,339	0,000***
Kişiler arası ilişkiler	25,13± 4,15	21,48 ± 3,03	3,891	0,000***
Stres yönetimi	20,23± 3,55	17,35 ± 2,59	3,585	0,001**
SYBDÖ II toplam	135,23± 19,88	120,57 ± 13,35	4,017	0,000***

Bağımsız örneklem t testi, *(p<0,05), **(p<0,001), *** (p<0,0001)

Katılımcıların SYBD konusunda bilgilendirilmelerinin davranışlarında etkili olma durumu ile SYBDÖ II genel ve ölçek alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark vardır (p<0,05). Farkın fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları ve ölçek genel ortalama puanlarında sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilmenin davranışlar üzerinde etkili olduğunu belirten katılımcılar lehine olduğu görülmektedir (Tablo 4-19).

Katılımcıların, SYBDÖ II arasındaki ilişkiye bakıldığında, katılımcıların kendilerine verilen bilgilerin doğruluğuna inandıklarında davranış değişikliğine açık oldukları görülmektedir.

Tablo 4-20: Katılımcıların SYBD'na İlişkin Düşünceleri ve Düşüncelerini Yaşamlarına Yansıtımları Açısından Dağılımları

	n (evet)	%	n (hayır)	%	Cevapsız
Sağlığı korumak için hayatı planlamanın önemli görülmesi	199	89.6	21	9.5	2
Planlamanın davranışlarda etkili olma durumu	126	63,3	73	36,7	0
Doğru fiziksel aktivitelerin hastalığı önleme ve tedavi sürecinde etkili görülmesi	198	89.2	20	9	4
Fiziksel aktivitelere başlama durumu	159	80.3	39	19.7	0
Beslenme şeklinin hastalığı önleme ve tedavi sürecinde etkili görülmesi	161	72,5	60	27	1
Beslenmeyi değiştirme durumu	127	78,9	34	21.1	0
Kendinizi güçlü hissetme hastalığın sürecini ve sonucunu etkileme durumu	189	85,1	31	14	2
Kendini güçte hissedebilmek için davranışların değiştirilme durumu	152	80.4	37	19.6	0
Aileye, arkadaşlara, sevdiklere vs. vakit ayırmanın sağlığa etkili olduğunu düşünme	166	74.8	54	24,3	2
Vakit ayırmak adına davranışların değiştirilme durumu	132	79.5	34	20.5	0
Kişinin içinde bulunduğu durum ve koşullar sağlığı üzerinde etkili görülme durumu	205	92.3	15	6,8	2
Durum ve koşullarda davranışları değiştirme durumu	147	71,7	58	28.3	0

Katılımcıların 199'u (%89.6) sağlığı korumak için hayatı planlamanın önemli olduğunu ve önemli görenlerin 126'sı (%63.3) bu planlamayı yaparak davranışlarını değiştirdiğini ifade etmişlerdir. Katılımcıların 198'i (%89.2) doğru fiziksel aktivitelerin hastalığı önleme ve tedavi sürecinde etkili olduğunu ve etkili görenlerin 159'u (%80.3) fiziksel aktivitelere başladığını belirtmişlerdir. Katılımcıların 161'i (%72.5) beslenme şeklinin hastalığı önleme ve tedavi sürecinde etkili olduğunu ve etkili görenlerin 127'si (%78.9) beslenmelerini değiştirdiğini ifade etmişlerdir. Katılımcıların 189'u (%85.1) kendilerini güçlü hissetmenin hastalığın sürecini ve sonucunu etkilediğini, böyle düşünenlerin 152'si (%80.4) ise kendilerini güçlü hissedebilmek için davranışlarını değiştirdiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların 166'sı (%74.8) ailesine, arkadaşlarına, sevdiklerine vs. vakit ayırmanın sağlığa etkisi olduğunu, böyle düşünenlerin 132'si (%79.5) vakit ayırmak adına davranışlarını değiştirdiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların 205'i (%92.3) içinde buldukları durum ve koşulların sağlıkları üzerinde etkili olduğunu, böyle düşünenlerin 147'si (%71.7) davranışlarını değiştirdiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4-20).

Tablo 4-21: Katılımcıların SYBDÖ II Genel ve Alt Boyut Puanları İle SYBD'na İlişkin Düşünceleri Arasındaki İlişki

	Sağlığı korumak için hayatı planlamının davranışlarda etkili olma durumu		t	p
	Evet (n=126)	Hayır (n=73)		
Sağlık sorumluluğu	20,83± 4,18	19,47 ± 3,87	2,286	0,023*
Fiziksel aktivite	17,04± 4,55	15,03 ± 3,55	3,248	0,001*
Beslenme	22,21± 3,13	21,52 ± 3,58	1,428	0,155
Manevi gelişim	24,50± 4,29	22,47 ± 3,25	3,773	0,000***
Kişiler arası ilişkiler	24,07± 4,08	22,01 ± 3,20	3,944	0,000***
Stres yönetimi	19,15± 3,58	17,01 ± 2,92	4,570	0,000***
Toplam	127,81± 19,06	117,51 ± 14,99	4,220	0,000***
	Doğru fiziksel aktivitelerin hastalığı önleme ve tedavi sürecinde etkili görülmesi		t	p
	Evet (n=159)	Hayır (n=49)		
Sağlık sorumluluğu	20,53± 4,02	19,5 ± 4,56	1,079	0,282
Fiziksel aktivite	16,38± 4,42	14,35± 3,47	1,990	0,048*
Beslenme	22,18± 3,28	20,35± 3,48	2,363	0,019*
Manevi gelişim	23,86± 3,97	21,00± 3,66	3,094	0,002**
Kişiler arası ilişkiler	23,43± 3,92	20,85± 3,27	2,850	0,005**
Stres yönetimi	18,48± 3,46	16,85± 2,91	2,033	0,043*
Toplam	124,86± 18,09	112,9 ± 17,36	2,828	0,005**
	Fiziksel aktivitelere başlama durumu		t	p
	Evet (n=159)	Hayır (n=49)		
Sağlık sorumluluğu	20,74± 3,98	19,51± 4,59	1,826	0,069
Fiziksel aktivite	16,84± 4,39	14,43± 3,81	3,466	0,001**
Beslenme	22,43± 3,18	20,88± 3,52	2,920	0,004**
Manevi gelişim	24,26± 3,93	21,86± 3,90	3,755	0,000***
Kişiler arası ilişkiler	23,65± 3,93	22,08± 3,50	2,503	0,013*
Stres yönetimi	18,79± 3,42	17,18± 3,43	2,870	0,005**
Toplam	126,72± 18,03	115,94± 17,34	3,692	0,000***
	Beslenme şeklinin hastalığı önleme ve tedavi sürecinde etkili görülmesi		t	p
	Evet (n=161)	Hayır (n=60)		
Sağlık sorumluluğu	20,38± 4,00	20,35± 4,62	0,046	0,964
Fiziksel aktivite	16,58± 4,39	15,17± 4,13	2,160	0,032*
Beslenme	22,12± 3,10	21,53± 3,99	1,027	0,307
Manevi gelişim	23,87± 4,17	22,78± 3,69	1,776	0,077
Kişiler arası ilişkiler	23,58± 4,03	22,03± 3,41	2,635	0,009**
Stres yönetimi	18,67± 3,53	17,28± 3,14	2,673	0,008**
Toplam	125,19± 18,34	119,15± 18,49	2,173	0,031*

Tablo 4.21: (Devam Ediyor) Katılımcıların SYBDÖ II Genel ve Alt Boyut Puanları İle SYBD'na İlişkin Düşünceleri Arasındaki İlişki

	Beslenmeyi değiştirme durumu		t	p
	Evet (n=127)	Hayır (n=51)		
Sağlık sorumluluğu	20,61± 4,08	19,69± 4,35	1,336	0,183
Fiziksel aktivite	17,14± 4,40	15,08± 3,62	2,969	0,003**
Beslenme	22,58± 3,06	21,18± 3,60	2,633	0,009**
Manevi gelişim	24,29± 4,17	21,96± 3,72	3,476	0,001**
Kişiler arası ilişkiler	23,88± 4,07	21,82± 3,37	3,197	0,002**
Stres yönetimi	19,09± 3,46	17,18± 3,26	3,383	0,001**
Toplam	127,59± 18,42	116,9± 16,69	3,593	0,000***
	Kendinizi güçlü hissetme hastalığın sürecini ve sonucunu etkileme durumu		t	p
	Evet (n=189)	Hayır (n=31)		
Sağlık sorumluluğu	20,49± 4,01	19,68± 5,11	1,000	0,318
Fiziksel aktivite	16,23± 4,35	15,74± 4,28	0,577	0,564
Beslenme	22,17± 3,15	20,58± 4,29	1,977	0,056
Manevi gelişim	23,79± 4,07	22,13± 3,77	2,129	0,034*
Kişiler arası ilişkiler	23,42± 3,94	21,35± 3,24	2,766	0,006**
Stres yönetimi	18,41± 3,52	17,58± 3,25	1,225	0,222
Toplam	124,5± 18,06	117,06± 20,26	2,088	0,038*
	Kendini güçte hissedebilmek için davranışların değiştirilme durumu		t	p
	Evet (n=152)	Hayır (n=42)		
Sağlık sorumluluğu	20,73± 4,10	19,29± 4,19	2,013	0,046*
Fiziksel aktivite	16,80± 4,43	14,17± 3,16	4,349	0,000***
Beslenme	22,33± 3,20	21,10± 3,27	2,201	0,029*
Manevi gelişim	24,22± 4,07	21,86± 3,63	3,409	0,000***
Kişiler arası ilişkiler	23,72± 3,97	21,83± 3,26	2,832	0,005*
Stres yönetimi	18,89± 3,53	16,40± 2,90	4,691	0,000***
Toplam	126,7± 18,48	114,64± 14,85	4,406	0,000***
	Aileye, arkadaşlara, sevdiklere vs. vakit ayırmanın sağlığa etkili olduğunu düşünme		t	p
	Evet (n=166)	Hayır (n=54)		
Sağlık sorumluluğu	20,6± 3,97	19,76± 4,69	1,296	0,196
Fiziksel aktivite	16,35± 4,47	15,74± 4,02	0,890	0,375
Beslenme	22,13± 3,18	21,46± 3,87	1,150	0,254
Manevi gelişim	23,75± 4,13	23,11± 3,82	1,009	0,314
Kişiler arası ilişkiler	23,54± 3,92	22,11± 3,74	2,348	0,020*
Stres yönetimi	18,46± 3,63	17,81± 2,95	1,190	0,235
Toplam	124,84± 18,42	120± 18,53	1,674	0,095

Tablo 4.21: (Devam Ediyor) Katılımcıların SYBDÖ II Genel ve Alt Boyut Puanları İle SYBD'na İlişkin Düşünceleri Arasındaki İlişki

	Vakit ayırmak adına davranışların değiştirilme durumu		t	p
	Evet (n=132)	Hayır (n=40)		
Sağlık sorumluluğu	20,84± 4,08	19,47± 4,22	1,840	0,068
Fiziksel aktivite	16,90± 4,60	14,75± 3,32	3,259	0,002**
Beslenme	22,45± 3,20	20,83± 3,36	2,778	0,006**
Manevi gelişim	24,06± 4,26	22,15± 3,64	2,565	0,011*
Kişiler arası ilişkiler	23,81± 3,94	22,15± 3,44	2,401	0,017*
Stres yönetimi	18,85± 3,64	17,15± 3,43	2,622	0,010*
Toplam	126,91± 19,02	116,5± 16,08	3,137	0,002**

	Durum ve koşullarda davranışları değiştirme durumu		t	p
	Evet (n=147)	Hayır (n=61)		
Sağlık sorumluluğu	20,76± 4,22	19,41± 4,14	2,104	0,037*
Fiziksel aktivite	16,52± 4,5	15,25± 4,09	1,903	0,058
Beslenme	22,26± 3,13	21,46± 3,78	1,577	0,116
Manevi gelişim	23,99± 4,15	22,66± 3,76	2,161	0,032*
Kişiler arası ilişkiler	23,59± 4,02	22,28± 3,55	2,216	0,028*
Stres yönetimi	18,80± 3,48	17,31± 3,21	2,863	0,005**
Toplam	125,9± 18,65	118,36± 17,59	2,699	0,008*

Bağımsız örneklem t testi, *(p<0,05), **(p<0,001), *** (p<0,0001)

Katılımcıların SYBDÖ II alt boyutları ve genel ölçek puanı ile sağlığı korumak için hayatı planlamanın önemli görülme durumu arasında anlamlı fark yoktur (p>0,05) (Tablo 4-21).

Katılımcıların SYBDÖ II alt boyutları ve ölçek genel puanları ile sağlığı korumak için hayatı planlamanın davranışlarda etkili olduğunu düşünerek davranış değiştirmeleri arasında anlamlı bir fark vardır (p<0,05). Farkın sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve ölçek genel ortalama puanlarında sağlığı korumak için hayatı planlayan ve planlamanın davranışlarında etkili olduğunu düşünen katılımcıların lehine olduğu görülmektedir (Tablo 4-21).

Katılımcıların SYBDÖ II alt boyutları ve ölçek genel puanları ile doğru fiziksel aktivitelerin hastalığı önleme ve tedavi sürecinde etkili olduğunu düşünme arasında anlamlı bir fark vardır (p<0,05). Farkın fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve ölçek genel

ortalama puanlarında doğru fiziksel aktivitelerin hastalığı önleme ve tedavi sürecinde anlamlı olarak etkili olduğunu düşünen katılımcıların lehine olduğu görülmektedir (Tablo 4-21).

Katılımcıların SYBDÖ II ve alt boyutları ve ölçek genel puanları ile doğru fiziksel aktivitelerin hastalığı önleme ve tedavi sürecinde etkili görme ve fiziksel aktivitelere başlama arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Farkın fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve ölçek genel ortalama puanlarında doğru fiziksel aktivitelerin hastalığı önleme ve tedavi sürecinde etkili olduğunu düşünerek fiziksel aktivitelere başlayan katılımcıların lehine olduğu görülmektedir (Tablo 4-21).

Katılımcıların SYBDÖ II ve alt boyutları ve ölçek genel puanları ile doğru beslenme şeklinin hastalığı önleme ve tedavi sürecinde etkili görme arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Farkın fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve ölçek genel ortalama puanlarında doğru beslenme şeklinin hastalığı önleme ve tedavi sürecinde etkili olduğunu düşünen katılımcılar lehine olduğu görülmektedir (Tablo 4-21).

Katılımcıların SYBDÖ II ve alt boyutları ve ölçek genel puanları ile doğru beslenme şeklinin hastalığı önleme ve tedavi sürecinde etkili görme ve beslenme şeklini değiştirme arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Farkın fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve ölçek genel ortalama puanlarının doğru beslenme şeklinin hastalığı önleme ve tedavi sürecinde etkili olduğunu düşünerek davranışlarını değiştiren katılımcıların lehine olduğu görülmektedir (Tablo 4-21).

Katılımcıların SYBDÖ II ve alt boyutları ve ölçek genel ortalama puanları ile kendilerini güçlü hissetmenin hastalığın sürecini ve sonucunu etkilediğini düşünme arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Farkın manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve ölçek genel ortalama puanlarında kendilerini güçlü hissetmenin hastalığın sürecini ve sonucunu etkilediğini düşünen katılımcıların lehine olduğu görülmektedir (Tablo 4-21).

Katılımcıların SYBDÖ II ve alt boyutları ve ölçek genel ortalama puanları ile kendisini güçlü hissetmenin hastalığın sürecini ve sonucunu etkilediğini düşünerek kendini güçlü hissetmek için davranışlarını değiştirme arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Farkın sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve ölçek genel ortalama puanlarında kendisini güçlü hissetmenin hastalığın sürecini ve sonucunu etkilediğini düşünerek davranışlarını değiştiren katılımcılar lehine olduğu görülmektedir (Tablo 4-21).

Katılımcıların SYBDÖ II alt boyutları ve ölçek genel ortalama puanları ile ailelerine, arkadaşlarına, sevdiklerine vs. vakit ayırmanın sağlığa etkili olduğunu düşünme arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Farkın kişiler arası ilişkiler ve ölçek genel ortalama puanlarında ailelerine, arkadaşlarına, sevdiklerine vs. vakit ayırmanın sağlığa etkili olduğunu düşünen katılımcıların lehine olduğu görülmektedir (Tablo 4-21).

Katılımcıların SYBDÖ II alt boyutları ve ölçek genel ortalama puanları ile aile, arkadaş ve sevdiklere vakit ayırmanın sağlığa etkili olduğunu düşünerek davranış değiştirme arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Farkın fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve ölçek genel ortalama puanlarında ailelerine, arkadaşlarına, sevdiklerine vs. vakit ayırmanın sağlığa etkili olduğunu belirten ve vakit ayırmak adına davranışlarını değiştiren katılımcıların lehine olduğu görülmektedir (Tablo 4-21).

Katılımcıların SYBDÖ II alt boyutları ve ölçek genel ortalama puanı ile kişinin içinde bulunduğu durum ve koşulların sağlık üzerinde etkili olduğunu düşünme arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 4-21).

Katılımcıların SYBDÖ II alt boyutları ve ölçek genel ortalama puanları ile kişinin içinde bulunduğu durum ve koşulların sağlık üzerinde etkili olduğunu düşünerek davranış değişikliği gerçekleştirme arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Farkın sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişiler arası

ilişkiler, stres yönetimi ve ölçek genel ortalama puanlarında içinde bulunduğu durum ve koşulların sağlıkları üzerinde etkili olduğunu ve içinde buldukları durum ve koşullarla ilgili davranışlarını değiştiren katılımcılar lehine olduğu görülmektedir (Tablo 4-21).

Katılımcıların SYBDÖ II alt boyutları ve ölçek genel puanları SYBD'na ilişkin düşünceleri arasındaki ilişkiye bakıldığında davranış değişikliğine açık oldukları görülmektedir.

5. TARTIŞMA

5.1. Sosyo-Demografik Verilerin Tartışılması

Güncel literatürde sağlığın amaçtan daha çok, iyi, mutlu ve kaliteli bir yaşam sürmek için bir kaynak olarak görüldüğü belirtilmektedir. Bireyin sağlık durumunun yaşam tarzının kaynağı olduğu ve davranışlarının, sosyo-demografik özelliklerinin bireyin sağlığının belirleyicisi olarak merkezde yer aldığını ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (Al-Amari & Al-Khamees, 2015; Tagoe & Dake, 2011; Kolet-Kounari, Tzavara & Tountas, 2011; Díez Ulla & Pêrez-Fortez, 2009). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını bilimsel ve tıbbi verilerle standardize etmek ve bireye göre uygulamak WHO'nun gündemini oluşturmaktadır (<https://www.who.int/whr2008>).

Sabry ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların yaş ortalamaları 39.86 ± 10.28 , %29.8'i kadın ve %70.2'si erkek (Sabry vd., 2018), Yeşil Bayülgen ve Altınok'un çalışmasında katılımcıların yaş ortalamaları 59.00 ± 11.1 , %40'ı kadın ve %60'ı erkek (Yeşil Bayülgen & Altınok, 2017), Türkmenoğlu'nun çalışmasında katılımcıların yaş ortalamaları 48.29 ± 07 , %56.8'i kadın ve %42.8'i erkek (Türkmenoğlu, 2019), Özkaraman ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların yaş ortalamaları 58.24 ± 13.43 , %43.2'si kadın, %56.8'i erkektir (Özkaraman, Balcı Alparslan, Gökçe, Babadağ, Gölgeli, Derin & Bigin, 2016).

Çalışmamızdaki katılımcıların yaş ortalaması 45.7 ± 2.38 olup, %65.3'ü kadın, %34.7'si erkektir. Çalışmamızdaki katılımcıların yaş ortalamasının oranı Sabry ve arkadaşlarının çalışmasından daha yüksek, diğer çalışmalardaki yaş ortalamalarından daha düşük olduğu ve çalışmamızdaki kadın katılımcı oranının diğer çalışmalardaki kadın katılımcı oranından yüksek olduğu görülmektedir.

Çelik'in çalışmasında katılımcıların %82.1'i (Çelik, 2018), Gülcivan'ın çalışmasında %79.3'ü (Gülcivan, 2017), Türkmenoğlu'nun çalışmasında ise %76.4'ü evlidir (Türkmenoğlu, 2019). Çalışmamızdaki katılımcıların %78.8'i

evli olup, medeni durum bakımından diğer çalışmalarla benzer olarak değerlendirilmiştir.

Akgün Şahin ve Biçer'in çalışmasında katılımcıların %72'si (Akgün Şahin & Biçer, 2015), Bostan ve Beşer'in çalışmasında %60.1'i (Bostan & Beşer, 2016), Karakoç Kumsar'ın çalışmasında ise %86.2'si çocuk sahibidir (Karakoç Kumsar, 2015). Çalışmamızdaki katılımcıların %80.6'sı çocuk sahibi olup, çocuk sahibi olma durumu, Akgün Şahin ve Biçer ile Karakoç Kumsar'ın çalışmasıyla benzer, Bostan ve Beşer'in çalışmasından daha yüksek orana sahip olduğu için farklı olarak değerlendirilmiştir.

Sabry ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların eğitim durumunun %16.3'nün ilkokul ve altı, %63.5'nin ortaokul ve lise, %20.2'sinin lisans düzeyinde olduğu ifade edilmektedir (Sabry vd., 2018).

Annaç'ın çalışmasında katılımcıların eğitim durumunun %68.3'nün ilkokul ve altı, %26.2'sinin ortaöğretim, %5.4'ünün yükseköğretim düzeyinde olduğu belirtilmektedir (Annaç, 2018).

Kaçan Softa ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların eğitim durumunun %43.8'inin ilkokul ve altı, %27.5'inin ortaokul, %23.5'inin lise, %5.2'sinin lisans düzeyinde olduğu ifade edilmektedir (Kaçan Softa, Bayraktar & Ceren, 2016).

Çalışmamızdaki katılımcıların eğitim durumunun %32.3'ünün ilkokul ve altı, %9'unun ortaokul, %24'nün lise ve dengi, %34.7'sinin Yükseköğretim düzeyinde olduğu görülmektedir. Çalışmamız ilkokul ve altı eğitim düzeyi oranının yüksek oluşu nedeniyle Sabry ve arkadaşlarının çalışmasından farklı ve diğer çalışmalarla benzer, Yükseköğretim eğitim durumu diğer çalışmalardan daha yüksek orana sahip olduğu için farklı olarak değerlendirilmiştir.

Başarır ve Çınar Pakyüz'ün çalışmasında katılımcıların, %10.7'si gelir getiren bir işte aktif olarak çalışırken, %89.3'ü gelir getiren bir işte aktif olarak çalışmamaktadır (Başarır & Çınar Pakyüz, 2015).

Akgün Şahin ve Biçer'in çalışmasında katılımcıların, %56.4'ü gelir getiren bir işte aktif olarak çalışırken, %43.6'sı gelir getiren bir işte aktif olarak çalışmamaktadır (Akgün Şahin & Biçer, 2015).

Taşbilek Yoncalık ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %26.8'i gelir getiren bir işte aktif olarak çalışırken, %73.2'si gelir getiren bir işte aktif olarak çalışmamaktadır (Taşbilek Yoncalık, Aslan & Kaya, 2017).

Çalışmamızdaki katılımcıların %39.6'sı gelir getiren bir işte aktif olarak çalışırken, %60.4'ü gelir getiren bir işte aktif olarak çalışmamaktadır. Çalışmamız gelir getiren bir işte aktif olarak çalışmama oranı daha yüksek oluşu nedeniyle Akgün Şahin ve Biçer'in çalışmasından farklılık, diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Başarır ve Çınar Pakyüz'ün çalışmasında katılımcıların %45.5'nin emekli, %4.1'i memur, %0.5'nin işçi, %8.8'nin serbest meslek sahibi, %43.8'nin ev hanımı olduğu görülmektedir (Başarır ve Çınar Pakyüz, 2015).

Bayrak Özarslan'nın çalışmasında katılımcıların %41.1'inin emekli, %36.5'nin ev hanımı, %9.6'sının serbest meslek sahibi, %5.1'nin işçi ve %7.7'sinin memur olduğu ifade edilmektedir (Bayrak Özarslan, 2013).

Çalışmamızdaki katılımcıların %40.1'inin ev hanımı, %20.3'ünün emekli, %11.2'sinin profesyonel meslek grupları, %6.3'ünün teknisyen, tekniker ve yardımcı personel grupları, %8.1'nin büro hizmetinde çalışanlar ve %14'ü diğer grup olduğu görülmektedir. Çalışmamızdaki katılımcıların ev hanımı olma ve emekli katılımcı oranlarının düşük olması açısından diğer çalışmalardan farklılık göstermektedir.

TÜİK 2015 verilerine göre fert yoksulluk oranları %0,06, %1.58 ve gayri safi yurtiçi hasıla oranı %4.4 olup toplam gider 165.234 milyon TL'dir (TÜİK, 2015, http://www.tuik.gov.tr/VeriTabanlari.do?vt_id=28&ust_id=null). Türkiye genelin de TÜİK 2018 verilerine göre sağlık giderleri ise %2.2 olup (TÜİK, 2018, http://www.tuik.gov.tr/VeriTabanlari.do?vt_id=28&ust_id=null), kaynakların doğru ve faydalı kullanımını açısından da SYBD gündeme gelmektedir.

Sağlığın geliştirilmesinde bireylerin gelir durumları demografik değişken olarak ele alınmakta ve bireylerin bu konudaki algılarını etkileyerek sağlık davranışları üzerindeki etkisi vurgulanmaktadır (Koçoğlu & Akın, 2009).

Çelik'in çalışmasında katılımcıların gelir düzeyinin %32.9'unun düşük, %56.4'ünün orta, %10.7'sinin yüksek olduğu ifade edilmektedir (Çelik, 2018).

Aksoy ve Uçar'ın çalışmasında katılımcıların gelir düzeyinin %38.4'nün düşük, %42.3'ünün orta ve %19.3'nün yüksek olduğu görülmektedir (Aksoy & Uçar, 2014).

Çalışmamızdaki katılımcıların %17.5'nin 0-1800 ve altı TL, %33.8'nin 1801-2800 TL, %29.7'sinin 2801-4300 TL, %19'nun 4300 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Çalışmamız orta düzey gelir durumu oranının yüksek oluşu nedeniyle diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Annaç'ın çalışmasında katılımcıların %85.2'si şehirde, %6.42'ü ilçede, %8.4'ü köyde (Annaç, 2018), Aksu ve Gürkan'ın çalışmasında katılımcıların %75.6'sı şehirde, %21.4'ü kasaba/ilçede ve %3.1'i mahalle (köy) de (Aksu & Gürkan, 2010), Sungur ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %64.2'si şehirde, %16.8'i kasaba/ilçede, %19'u mahalle (köy) de yaşamaktadır (Sungur, Kar, Kıran & Macit, 2019).

Çalışmamızdaki katılımcıların %58.1'nin şehir merkezinde, %34.2'sinin kasaba/ilçede, %7.7'si mahalle (köy) de yaşadığı görülmektedir. Katılımcıların en çok yaşadıkları yer şehir olması açısından çalışmamız diğer çalışmalarla benzer özellikler göstermektedir.

5.2. Katılımcıların SYBDÖ II ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı Verilerin Tartışılması

SYBDÖ II'nin cronbach's alpha güvenirlik katsayısı, Annaç'ın çalışmasında 0.83, Besleyici'nin çalışmasında 0.94, İlhan ve arkadaşlarının çalışmasında 0.89, Malkoç'un çalışmasında 0.85, Bahar ve arkadaşların çalışmasında 0.92'dir (Annaç, 2018; Besleyici, 2019; İlhan vd., 2010; Malkoç, 2019; Bahar vd., 2008). Çalışmamızdaki SYBDÖ II cronbach's alpha güvenirlik katsayısı 0.92 olup, Bahar ve Besleyici'nin çalışması ile benzer, Annaç, İlhan

ve arkadaşları ve Malkoç'un çalışmasından daha yüksek güvenilirliğe sahip oluşu nedeniyle farklılık göstermektedir.

Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında yüksek bir güvenilirliğe sahip olan ölçeğin alt boyutlarının cronbach's alpha katsayıları, sağlık sorumluluğunda 0.77, fiziksel aktivitede 0.79, beslenmede 0.68, manevi gelişimde 0.79, kişiler arası ilişkilerde 0.80, stres yönetiminde 0.64'tür (Bahar vd., 2008).

Çalışmamızdaki yüksek bir güvenilirliğe sahip olan ölçeğin alt boyutlarının cronbach's alpha katsayıları sağlık sorumluluğunda 0.74, fiziksel aktivitede 0.79, beslenmede 0.50, manevi gelişimde 0.74, kişilerarası ilişkilerde 0.77 ve stres yönetiminde 0.68 olduğu görülmektedir. Çalışmamız Bahar ve arkadaşlarının çalışmasıyla cronbach's alpha değeri açısından fiziksel aktivitede aynı, stres yönetiminde daha yüksek ve sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ile kişiler arası ilişkilerde daha düşük değere sahiptir.

SYBDÖ II genel puan ortalaması Savaşan ve arkadaşlarının çalışmasında 128.00 ± 22.00 , Kılınç ve arkadaşlarının çalışmasında 130.43 ± 24.73 , Başarır ve Pakyüz'ün çalışmasında 156.72 ± 15.53 'tür (Savaşan, Mine & Ergene, 2013; Kılınç, Yıldız & Kavak, 2016; Başarır & Çınar Pakyüz, 2015). Çalışmamızdaki SYBDÖ II genel puan ortalaması 123.55 ± 18.54 olup Başarır ve Pakyüz'ün çalışmasından düşük, diğer çalışmalarla benzer olarak değerlendirilmiştir.

Sağlıklı yaşam tarzı, Pender'in sağlığını geliştirme modeline göre bireyin sağlığını etkileyebilecek tüm davranışları kontrol etmesini, kendi sağlık durumuna uygun davranışı seçmesini, uzun ve sağlıklı bir yaşam elde etmek için kendi sağlığıyla ilgili koruyucu, önleyici ve sağlığı geliştirme davranışları açısından kendi sorumluluğunu üstlenmesini gerektirmektedir (Akgül Gündoğdu & Güler, 2016). Bireyler bu doğrultuda fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası iletişim ve stres yönetimini dengeli bir şekilde gerçekleştirebilmelidirler.

Sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamasının Kaçan Softa ve arkadaşlarının çalışmasında 24.03 ± 5.29 (Kaçan Softa vd., 2014), Kılınç ve

arkadaşlarının çalışmasında 22.21 ± 5.27 (Kılınç, Yıldız & Kavak, 2016), Savaşan ve arkadaşlarının çalışmasında 21.00 ± 5.00 (Savaşan, Ayten & Ergene, 2013), Başarır ve arkadaşlarının çalışmasında 27.18 ± 4.22 olduğu ifade edilmektedir (Başarır & Çınar Pakyüz, 2015). Çalışmamızdaki sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 20.37 ± 4.17 olup, diğer çalışmalardaki puan ortalamasından düşüktür. Çalışmamız diğer çalışmalardan farklılık göstermektedir. Çalışmamızdaki katılımcılarının sağlık sorumluluğu davranışlarının diğer çalışmalardaki katılımcıların sağlık sorumluluğu davranışları kadar hassasiyetle gerçekleştirilmediği görülmektedir.

Fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamasının Kaçan Softa ve arkadaşlarının çalışmasında 8.13 ± 2.99 (Kaçan Softa vd, 2014), Kılınç ve arkadaşlarının çalışmasında 14.50 ± 5.27 (Kılınç vd., 2016), Savaşan ve arkadaşlarının çalışmasında 14.00 ± 5.00 (Savaşan vd, 2013), Başarır ve arkadaşlarının çalışmasında 13.39 ± 4.63 (Başarır & Çınar Pakyüz, 2015) olduğu ifade edilmektedir. Çalışmamızdaki fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması 16.19 ± 4.36 olup, diğer çalışmalardaki puan ortalamalarından daha yüksektir. Çalışmamızdaki katılımcıların fiziksel aktivite davranışlarının diğer çalışmalardaki katılımcıların fiziksel aktivite davranışlarından daha az hassasiyetle gerçekleştirildiği görülmektedir.

Beslenme alt boyutu puan ortalamasının Kaçan Softa ve arkadaşlarının çalışmasında 19.04 ± 3.85 (Kaçan Softa vd., 2014) Kılınç ve arkadaşlarının çalışmasında 22.73 ± 4.47 (Kılınç, Yıldız & Kavak, 2016), Savaşan ve arkadaşlarının çalışmasında 22.00 ± 5.00 (Savaşan vd., 2013), Başarır ve Çınar Pakyüz'ün çalışmasında 25.50 ± 3.43 (Başarır & Çınar Pakyüz, 2015) olduğu ifade edilmektedir. Çalışmamızdaki beslenme alt boyut puan ortalaması 21.96 ± 3.36 olup, Kaçan Softa ve arkadaşlarının çalışmasındanki puan ortalamasından daha yüksek, diğer çalışmalardan daha düşük puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir. Çalışmamız diğer çalışmalardan farklılık göstermektedir. Çalışmamızdaki katılımcıların beslenme davranışını Kaçan Softa ve arkadaşlarının çalışmasındaki katılımcıların beslenme davranışlarından daha az hassasiyetle gerçekleştirdikleri görülmektedir.

Manevi gelişim alt boyutunun puan ortalamasının Kaçan Softa ve arkadaşlarının çalışmasında 41.31 ± 5.84 (Kaçan Softa vd., 2014), Kılınç ve arkadaşlarının çalışmasında 25.05 ± 5.49 (Kılınç vd., 2016), Savaşan ve arkadaşlarının çalışmasında 26.00 ± 5.00 (Savaşan vd., 2013), Başarır ve arkadaşlarının çalışmasında 31.92 ± 3.68 (Başarır & Çınar Pakyüz, 2015) olduğu ifade edilmektedir. Çalışmamızdaki manevi gelişim alt boyutu puan ortalaması 23.57 ± 4.06 olup, diğer çalışmaların puan ortalamalarından düşüktür. Çalışmamız diğer çalışmalardan farklılık göstermektedir. Çalışmamızdaki katılımcıların manevi gelişim davranışını diğer çalışmalardakilerden daha az hassasiyetle gerçekleştirmiş oldukları görülmektedir.

Kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalamasının Kaçan Softa ve arkadaşlarının çalışmasında 24.78 ± 3.82 (Kaçan Softa vd., 2014), Kılınç ve arkadaşlarının çalışmasında 26.39 ± 13.74 (Kılınç vd., 2016), Savaşan ve arkadaşlarının çalışmasında 27.00 ± 5.00 (Savaşan vd., 2013), Başarır ve Pakyüz çalışmasında 31.37 ± 3.87 (Başarır & Çınar Pakyüz, 2015) olduğu ifade edilmektedir. Çalışmamızdaki kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalaması 23.16 ± 3.93 olup, diğer çalışmalardaki puan ortalamalarından düşüktür. Çalışmamızdaki katılımcıların kişilerarası ilişkiler davranışlarını diğer çalışmalardaki katılımcıların kişilerarası ilişkiler davranışlarından daha az hassasiyetle gerçekleştirmiş oldukları görülmektedir.

Stres Yönetimi alt boyut puan ortalamasının Kaçan Softa ve arkadaşlarının çalışmasında 17.75 ± 3.44 (Kaçan Softa vd., 2014), Kılınç ve arkadaşlarının çalışmasında 19.52 ± 4.45 (Kılınç vd., 2016), Savaşan ve arkadaşlarının çalışmasında 19.00 ± 4.00 (Savaşan vd., 2013), Başarır ve arkadaşlarının çalışmasında 27.38 ± 3.63 (Başarır & Çınar Pakyüz, 2015) olduğu ifade edilmektedir. Çalışmamızdaki stres yönetimi alt boyutunun puan ortalaması 18.29 ± 3.48 olup, Kaçan Softa ve arkadaşlarının çalışmasındaki puan ortalamasından yüksek, diğer çalışmalardaki puan ortalamasından düşüktür. Çalışmamız diğer çalışmalardan farklılık göstermektedir. Çalışmamızdaki katılımcıların stres yönetimi davranışlarını Kaçan Softa ve arkadaşlarının çalışmasındaki katılımcıların stres yönetimi davranışlarından daha az hassasiyetle gerçekleştirmiş oldukları görülmektedir.

Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında ölçek maddelerine katılım puan ortalaması en yüksek 3.3 ± 0.97 ve en düşük 1.5 ± 0.79 'dur. Çalışmamızda ise ölçek maddelerine katılım puan ortalaması en yüksek 3.4 ± 0.08 ve en düşük 1.6 ± 0.8 olup Bahar ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzer değerlendirilmiştir.

Annaç'ın çalışmasında hastaların çoğunluğunun fiziksel aktivite uygulamalarını (düzenli bir egzersiz programı yapma, haftada en az 3 kez 20 dakika egzersiz yapma, boş zamanlarında eğlendirici fizik aktivitelerde bulunma, haftada en az 3 kez kas güçlendirme egzersizleri yapma) yapmadığı ifade edilmektedir. Bunun dışında hastaların %61,3'ünün bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılmadığı belirtilmektedir (Annaç, 2018). Çalışmamızdaki SYBDÖ II maddelerine ilişkin dağılım değerlendirildiğinde, en düşük ortalamaya sahip madde 1.6 ile "Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım", ikinci düşük ortalamaya sahip madde 1.7 ile "Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım" ve üçüncü en düşük ortalamaya sahip maddeler ise 1.8 ile "Boş zamanlarımda yüzmeye, dans etmeye, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım" ile "Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım" ve "Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim" maddeleri olduğu görülmektedir. Çalışmamız Annaç'ın çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

5.3. Katılımcıların SYBDÖ II Genel ve Alt Boyut Puanları ile Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkiye Ait Verilerin Tartışılması

Sosyo-demografik özelliklerin SYBD'nı etkilediğini ortaya koyan birçok çalışma bulunmaktadır (Çalık & Kapucu, 2017; Arslan & Ceviz, 2007; Akgün Şahin & Biçer, 2015). Sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim, gelir vb.), SYBD'nı etkileyen faktörler arasında olup, yaşam standardı ve sağlıklı bir yaşam tarzı üzerinde önemli rol oynamaktadır (Zaybak ve Fadiloğlu, 2004; Millio, 2005).

Annaç'ın çalışmasında SYBDÖ II ile yaş grupları, cinsiyet, eğitim, çalışma durumu, gelir durumu arasında anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$).

Şimşekoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında SYBDÖ II genel puan ortalaması ile yaş, medeni durum, eğitim, çocuk sahibi olma durumu, yaşanılan yer, gelir durumu arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Şimşekoğlu vd., 2016).

Kılınç ve arkadaşlarının çalışmasında SYBDÖ II genel puan ortalaması ile meslek, cinsiyet, medeni durum, eğitim ile anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). SYBDÖ II genel puan ortalaması ile gelir düzeyi ve çalışma durumu arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Kılınç vd., 2016).

Başarır ve Çınar Pakyüz'ün çalışmasında SYBDÖ II genel puan ortalaması ile cinsiyet, eğitim ve yaş arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). SYBDÖ II genel puan ortalaması ile medeni durum arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Başarır & Çınar Pakyüz, 2015).

Kaçan Softa ve arkadaşlarının çalışmasında SYBDÖ II ile cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu ve eğitim arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Kaçan Softa vd., 2016).

Çalışmamızdaki SYBDÖ II genel puan ortalaması ile yaş, eğitim, çalışma durumu, mesleki statü durumu, gelir durumu ve yaşanılan yer arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). SYBDÖ genel puan ortalaması ile cinsiyet, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Çalışmamız SYBDÖ II ile yaş, medeni durum, eğitim, çocuk sahibi olma durumu, yaşanılan yer, gelir durumu arasındaki fark açısından Şimşekoğlu ve arkadaşlarının çalışmasından farklı, meslek ile SYBDÖ II arasındaki fark açısından Kılınç ve arkadaşlarının çalışması, eğitim ve yaş ile SYBDÖ II arasındaki fark açısından Başarır ve Çınar Pakyüz'ün çalışması ile eğitim açısından Kılınç ve arkadaşları'nın çalışmasıyla, çalışma durumu açısından Annaç ile Kaçan Softa ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzer olup, Kaçan Softa ve arkadaşlarının çalışmasından farklılık göstermektedir.

Çalışmamızdaki SYBD'nı gerçekleştirenlerin daha çok ilçede yaşayan katılımcılar olması SYBD gerçekleştirebilmekte ilçe koşullarının daha uygun olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızdaki sosyo-demografik veriler katılımcıların, evli, çocuk sahibi olmaları ve şehirde yaşamalarının kronik

hastalıklar ve SYBD gerçekleştirme ve kaliteli bir yaşam sürmelerinde olumsuz bir etkisi olduğu düşündürmektedir.

Bireylerin sağlık konularında bilgi, farkındalık ve yeteneklerinin desteklenip, geliştirilmesi ve yerleştirilmesi ile bireyler tarafından sağlık sorumluluğu bilincinin anlaşılması ve benimsenmesi sağlanabilmektedir. Bilgilendirme yapmak sağlık profesyonellerinin etik sorumluluklarından biridir. Bireyler de sağlık durumlarından ahlâken sorumludurlar (Erdem, 1999; Resnik, 2007).

Başarır ve Çınar Pakyüz'ün çalışmasında sağlık sorumluluğu alt boyutu ile eğitim arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Sağlık sorumluluğu alt boyutu ile cinsiyet, yaş, medeni durum arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Başarır & Çınar Pakyüz, 2015).

Yalçinkaya ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık sorumluluğu alt boyutu ile cinsiyet ve eğitim arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Sağlık sorumluluğu alt boyutu ile yaş arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Yalçinkaya, Gök Özer & Karamanoğlu, 2007)

Bayrak Özarıslan'ın çalışmasında sağlık sorumluluğu alt boyutu ile cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, yaş, eğitim, çalışma durumu, mesleki statü durumu, yaşanılan yer, gelir durumu arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$) (Bayrak Özarıslan, 2013).

Çalışmamızdaki sağlık sorumluluğu alt boyutu ile gelir durumu ve yaşanılan yer arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Çalışmamızdaki, sağlık sorumluluğu alt boyutu ile cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim, çalışma durumu, ve mesleki statü durumu arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Çalışmamız sağlık sorumluluğu alt boyutu ile eğitim arasındaki fark açısından Başarır ve Çınar Pakyüz'ün çalışmasından farklı, sağlık sorumluluğu ile yaşanılan yer ve gelir durumu arasındaki fark açısından Bayrak Özarıslan'ın çalışmasıyla, sağlık sorumluluğu ile yaş arasındaki fark açısından Yalçinkaya ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

Egzersiz, daha iyi nefes alma, artmış kas gücü, esneklik denge ve diğer SYBD ile birlikte fiziksel fonksiyonlara yararları nedeniyle kronik hastalığı olan bireylerde ve risk faktörlerini önlemede uygulanması gerekliliği çalışmalar tarafından ortaya konmaktadır (Steltenpohl, Shuster, Peis, Pham & Mikels, 2019; Lök & Lök, 2016). Fiziksel yönden aktif bir yaşam biçimini sürdürmek, yaşam kalitesini arttırırken bireyin kendine verdiği değerin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Koponen, Simonsen & Suominen, 2017).

Başarır ve Çınar Pakyüz'ün çalışmasında fiziksel aktivite alt boyutu ile medeni durum, yaş, cinsiyet ve eğitim arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$) (Başarır & Çınar Pakyüz, 2015).

Yalçinkaya ve arkadaşlarının çalışmasında fiziksel aktivite alt boyutu ile cinsiyet, yaş ve eğitim arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Yalçinkaya, Gök Özer & Karamanoğlu, 2007).

Bayrak Özarıslan'ın çalışmasında fiziksel aktivite alt boyutu ile cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, yaş, eğitim, çalışma durumu, meslek, yaşanılan yer, gelir durumu arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Fiziksel aktivite alt boyutu ile medeni durum arasında anlamlı bir fark yoktur ($p<0.05$) (Bayrak Özarıslan, 2013).

TÜİK 2016 verilerine göre, fiziksel aktivite oranları düşük, hafif ve yüksek derecede yapılış oranlarına göre, erkeklerde yüksek ve düşük derecede %51.5 ve %19.5 oranlarıyla 70 yaş ve üzeri gruba aittir. Kadınlarda ise yine 70 yaş ve üzeri yüksek ve hafif fiziksel aktivite oranları %84.9 ve 4.3'tür (TÜİK, 2016).

Çalışmamızdaki fiziksel aktivite alt boyutu ile cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, yaş, eğitim, çalışma durumu, mesleki statü durumu, gelir durumu, yaşanılan yer arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Çalışmamız fiziksel aktivite alt boyutu ile cinsiyet, yaş ve eğitim arasındaki fark açısından Yalçinkaya ve arkadaşlarının çalışmasından farklı, fiziksel aktivite boyutu ile yaş, cinsiyet, eğitim arasındaki fark açısından Başarır ve arkadaşları ile Bayrak Özarıslan'nın çalışmasıyla, çalışma durumu açısından Bayrak Özarıslan'nın çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

İnsanların kendi sağlıklarını iyileştirme ve kontrol etmede yeterlilik kazanmalarını sağlamayı amaçlayan sağlığı geliştirme faaliyetleri, sağlıklı beslenmeyi, normal vücut ağırlığının korunmasını ve baş etme kabiliyetini kapsayan sağlıklı bir yaşam tarzını içselleştirerek daha uzun ve daha kaliteli bir yaşam sürmelerine olanak sağlamaktadır (Akgül Gündoğdu & Güler, 2016).

Beslenme, kemik sağlığının korunmasında baskın bir rol oynamaktadır. Çalışmalar, en yüksek kemik kütlesine ulaşma kabiliyetindeki farkın, etnik köken, cinsiyet ve aile öyküsü gibi genetik faktörler tarafından %60-80 oranında belirlendiğini, %20 ile %40'ının yaşam tarzı ile ilintili olduğunu ortaya koymaktadır (Karpouzou, Diamantis, Farmaki, Savvanis, & Troupis, 2017; Price, Langford & Liporace, 2012).

Başarır ve Çınar Pakyüz'ün çalışmasında beslenme alt boyutu ile medeni durum, eğitim ve cinsiyet arasında anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Beslenme alt boyutu ile yaş arasında anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$) (Başarır & Çınar Pakyüz 2015).

Yalçınkaya ve arkadaşlarının çalışmasında beslenme alt boyutu ile cinsiyet, yaş ve eğitim arasında anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$) (Yalçınkaya, Gök Özer & Karamanoğlu, 2007).

Bayrak Özarıslan'ın çalışmasında, beslenme alt boyutu ile eğitim, yaşanan yer, çocuk sahibi olma durumu, medeni durum ve gelir arasında anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Beslenme alt boyutu ile çalışma durumu, meslek, yaş ve cinsiyet arasında anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$) (Bayrak Özarıslan, 2013).

Çalışmamızdaki beslenme alt boyutu ile yaşanan yer arasında anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Beslenme alt boyutu ile cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim, çalışma durumu, mesleki statü durumu ve gelir durumu arasında anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$). Çalışmamız beslenme alt boyutu ile medeni durum, cinsiyet arasındaki fark açısından Başarır ve Çınar Pakyüz'ün çalışması ile cinsiyet, yaş ve eğitim arasındaki fark açısından

Yalçinkaya ve arkadaşlarının çalışmasından farklı, yaşanılan yer arasındaki fark açısından Bayrak Özarıslan'ın çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

Bireylerin sağlık durumlarının tedavi edilerek düzenlenmesinde öncelikle biyomedikal tedavi yaklaşımı tercih edilse de psiko-sosyal destek, kendi manevi kaynaklarının farkında olup kullanabilme yeteneklerinin de desteklenip geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlık profesyonellerinin manevi gereksinimler konusundaki görevlerinin kesin sınırları henüz çizilmemiş olsa da özellikle kronik hastalıklar ve palyatif bakım hastalarının manevi gereksinimlerinin sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmesi gerektiği çalışmalarla ortaya konulmaktadır (Karpouzou vd., 2015; Epstein-Peterson, Sullivan & Enzinger, 2016).

Başarır ve Çınar Pakyüz'ün çalışmasında manevi gelişim alt boyutu ile cinsiyet, eğitim ve yaş arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Manevi gelişim alt boyutu ile medeni durum arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Başarır & Çınar Pakyüz, 2015).

Yalçinkaya ve arkadaşlarının çalışmasında manevi gelişim alt boyutu ile eğitim arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Manevi gelişim alt boyutu ile cinsiyet ve yaş arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Yalçinkaya, Gök Özer & Karamanoğlu, 2007).

Bayrak Özarıslan'ın çalışmasında manevi gelişim alt boyutu ile cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, mesleki statü durumu, yaşanılan yer, çocuk sahibi olma ve gelir durumu arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$) (Bayrak Özarıslan, 2013).

Çalışmamızdaki manevi gelişim alt boyutu ile yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, mesleki statü durumu ve gelir durumu arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Manevi gelişim alt boyutu ile cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, yaşanılan yer arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Çalışmamız manevi gelişim alt boyutu ile cinsiyet arasındaki fark açısından Başarır ve Çınar Pakyüz ile Bayrak Özarıslan'ın çalışmasından farklı, eğitim arasındaki fark açısından diğer çalışmalarla ve çalışma durumu açısından Bayrak Özarıslan'ın çalışmasıyla benzer olarak değerlendirilmiştir

Gönderilen ve alınan mesajları paylaşarak insanların birbirleriyle etkileşime girme yolları olan iletişim, yalnızca hem gönderen hem de alıcı mesajı anladığında etkilidir. Sağlık çalışanları ve hastalar arasında etkili iletişim oluştuğunda hastaların problemlerle başa çıkmalarına, bir başkasıyla ilişki kurmalarına, değiştirilemeyen şeylere uyum sağlamalarına yarar sağlamaktadır (Domesceno, Souza Teixeira, Carvalho & Moura Araujo, 2012). Sağlık hizmetlerinde sağlık profesyonelleri ile hasta arasındaki ilişkide ilk adım her iki tarafın kendini tanıtmasıdır. Hastalarla geçirilen zaman sürecinde sağlık profesyonelleri eğitim ve bakım rollerini yerine getirmektedirler. Sağlık profesyonelleri hastaları yönlendirici, önyargısız ve olumlu geri bildirim olan bir şekilde dinleyerek terapötik iletişimi kurabilmektedirler. En son aşamada günlük yaşamda sağlık durumlarına faydalı olacak bilgilendirme yapılmaktadır (Hagerty, Norcini-Pala, Samuels & Gigliotti, 2017).

Başarır ve Çınar Pakyüz'ün çalışmasında kişilerarası ilişkiler alt boyutu eğitim ve yaş arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Kişiler arası ilişkiler alt boyutu ile medeni durum ve cinsiyet arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Başarır & Çınar Pakyüz, 2015).

Yalçınkaya ve arkadaşlarının çalışmasında kişiler arası ilişkiler alt boyutu ile eğitim arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Kişiler arası ilişkiler alt boyutu ile cinsiyet ve yaş arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Yalçınkaya vd., 2007).

Bayrak Özarıslan'ın çalışmasında kişilerarası ilişkiler alt boyutu ile gelir durumu, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu, mesleki statü durumu, eğitim, yaş, cinsiyet, medeni durum arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Kişiler arası ilişkiler alt boyutu ile yaşanan yer arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Bayrak Özarıslan, 2013).

Çalışmamızdaki kişiler arası ilişkiler ile yaş, eğitim, gelir durumu arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Kişiler arası ilişkiler alt boyutu ile cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu, mesleki statü durumu ve yaşanan yer arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Çalışmamız kişiler arası ilişkiler alt boyutu ile eğitim arasındaki fark açısından diğer çalışmalarla benzerlik, çalışma durumu, yaşanılan yer arasındaki fark açısından Bayrak Özarısları'nın çalışmasından farklılık göstermektedir.

Stres yönetiminde öncelikle amaç, stres kaynağını ve stres faktörlerini, bireyin fayda görmediğı ya da strese neden olan tepkilerini özgün faydalı davranış değişikliği sağlayarak ortadan kaldırılabilmektedir. Diğer bir ifadeyle stres kaynağı ortadan kaldırılamıyorsa stres faktörlerinin neden olduğu duygusal gerilimi azaltmak, yok etmek ya da bu gerilime dayanmak amacıyla gösterilen davranış ve duygusal tepkileri güçlendirmek gerekmektedir (Demirci, Engin, İhsan Bakay & Yakut, 2013; Özmen & Önen, 2005).

Başarıır ve Çınar Pakyüz çalışmasında stres yönetimi alt boyutu ile cinsiyet ve eğitim durumu arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Stres yönetimi alt boyutu ile medeni durum ve yaş arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Başarıır & Çınar Pakyüz, 2015).

Yalçınkaya ve arkadaşlarının çalışmasında stres yönetimi alt boyutu ile eğitim durumu arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Stres yönetimi alt boyutu ile cinsiyet ve yaş arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Yalçınkaya, Gök Özer & Karamanoğlu, 2007).

Bayrak Özarısları'nın çalışmasında stres yönetimi alt boyutu ile cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, mesleki statü durumu, yaşanılan yer, çocuk sahibi olma durumu ve gelir düzeyi arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$) (Bayrak Özarısları, 2013).

Çalışmamızdaki stres yönetimi alt boyutu ile cinsiyet, yaş, çocuk sahibi olma durumu, eğitim, çalışma durumu, mesleki statü durumu, gelir durumu ve yaşanılan yer arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Stres yönetimi alt boyutu ile medeni durum arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Çalışmamız stres yönetimi alt boyutu ile eğitim durumu arasındaki fark açısından diğer çalışmalarla benzerlik, medeni durum arasındaki fark açısından Bayrak Özarısları'nın çalışmasından farklılık göstermektedir.

5.4. Katılımcıların Tanı Alma Zamanı ile SYBD Arasındaki İlişkiye Ait Verilerin Tartışılması

Gök Uğur & Aydın Avcı'nın çalışmasında SYBDÖ II ile erken tanı bilgisi edinmeyi önemli bulan katılımcıların ortalama puanı yüksek olup, SYBDÖ II ile arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.5$). Erken tanı uygulamaları ile SYBDÖ II arasında anlamlı fark vardır ($p<0.5$) (Gök Uğur & Aydın Avcı, 2015). Farkın erken tanı amaçlı yapılan uygulamaları kullanan katılımcılar lehine olduğu görülmektedir.

Taşkın Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında SYBDÖ II ile tanı süresi arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$) (Taşkın Yılmaz, Karakoç Kumsar & Çelik, 2018). Farkın risk faktörlerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında bilgilen katılımcılar lehine olduğu ifade edilmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve ölçek genel ortalama puanları ile boyun fitiği tanı süreleri arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Farkın sağlık sorumluluğunda boyun fitiği tanı süresi 13 ay-3 yıl arasında olan katılımcılar, manevi gelişimde boyun fitiği tanı süresi 1-12 ay arasında olan katılımcılar, ölçek genel ortalama puanında boyun fitiği tanı süresi 13 ay-3 yıl arasında olan katılımcıların lehine olduğu görülmektedir. Çalışmamız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

5.5. Katılımcıların SYBDÖ II Alt Boyut Puanlarının Hastalık Nedenini ve Risk Faktörlerini Bilme Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Verilerin Tartışılması

Gür ve Sunal'ın çalışmasında hastalıkla ilgili bilgi düzeyi ile SYBDÖ II arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$) (Gür & Sunal, 2019). Farkın bilgi düzeyi yeterli olan katılımcılar lehine olduğu ifade edilmektedir.

Gezer ve Ulusan'nın çalışmasında SYBD'in daha çok benimsenmesi yaşam kalitesinin artışıyla ilişkili iken hastalık bilgi düzeyi artışının ise sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesindeki artışla anlamlı bir şekilde ilişkilidir

($p < 0.05$) (Gezer & Uluşan, 2020). Hastalık bilgi düzeyi artışının SYBD'nı gerçekleştiren katılımcılar lehine olduğu ifade edilmektedir.

Çalışmamızdaki katılımcıların SYBDÖ II genel ve ölçek alt boyut puanları ile hastalık nedenini bilme durumu arasında anlamlı bir fark vardır ($p < 0,05$). Farkın beslenme ve manevi gelişim alt boyutlarında hastalık nedenini bilen katılımcılar lehine olduğu görülmektedir. Çalışmamız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Taşkın Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ile SYBDÖ II puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ($p < 0.05$) (Taşkın Yılmaz vd., 2018). Farkın hastalık risk faktörleri hakkında aldığı bilgiyi yeterli bulan katılımcılar lehine olduğu ifade edilmektedir.

Çürük ve arkadaşlarının çalışmasında hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ile SYBDÖ II arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p > 0.5$) (Çürük, Bayındır & Oğuzhan, 2018).

Çalışmamızdaki hastalık nedeni ve risk faktörlerini bilme durumu ile SYBDÖ II arasında anlamlı fark vardır ($p < 0.05$). Farkın hastalık nedeni ve risk faktörlerini bilen katılımcılar lehine olduğu görülmektedir. Çalışmamız diğer çalışmalarla benzer olarak değerlendirilmiştir.

5.6. Katılımcıların Hastalıklarına İlişkin (risk faktörleri, tedavi şekli, tedavinin sonuçları vs.) Bilgilendirilmeleri ve Bu Bilgileri Davranışlarına Yansıtma ve Ait Verilerin Tartışılması

Kronik hastalıklar üzerinde, yüksek ölüm oranları, yüksek maliyeti ve kaliteli yaşama engel oluşları nedeniyle uluslararası, yerel kurum ve kuruluşlar tarafından yoğun bir şekilde çalışmalar yapılmaktadır. Bireylerin hastalıklardan korunabilmesi, hastalandığında sağlık ekibine doğru bilgi aktarımı yapabilmesi ve kaliteli bir yaşam sürebilmesi için, kronik rahatsızlıkların nedenleri ve risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olmaları ve sağlık sorumluluklarını üstlenmeleri gerekmektedir (Akpınar & Ceran, 2019; Durusu Tanrıöver, Yıldırım, Demiray Ready, Çakır, & Akalın, 2014).

Hekim için hukuki bir yükümlülük olan hastayı aydınlatma, hasta-hekim arasındaki güvene dayalı ilişkiyi sağlamaktadır. Aydınlatmada amaç, hastanın tıbbi müdahaleyi kabul ya da reddine sebep olacak her bilgiye sahip olmasını sağlamaktır. Hastaya konulan tanı, seçilen tedavi yöntemi ve neden bu tedavi yöntemini seçtiğini, fayda ile zararlarını, alternatif tedavileri ve bu tedavileri tercih etmeyişi sebeplerini, tıbbi müdahalenin risk ve zararları, ilaçların yan etkileri ve tedavi sürecinin işleyişi konusunda hastayı bilgilendirerek, hastanın doğru ve kendi çıkarlarına uygun davranışı gerçekleştirmesini ve onamını almak sağlık çalışanlarının görevidir. Tıbbi müdahalenin maliyetinin hastaya bildirilmesi de bu kapsamda değerlendirilmektedir (Oral, 2011; Akyüz, Bulut & Karadağ, 2016).

Akgül ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların sağlık çalışanlarından bilgi, iletişim ve duygusal destek alma beklenti oranları %89.2 ile %56.7 arasında değişmektedir. Hastaların sağlıkla ilgili bilgileri sağlık çalışanlarından almak istedikleri ve bu bilgi aktarımını yeterli buldukları görülmektedir. Hastaların sağlık çalışanlarından beklentileri öncelik sırasına göre tedavi hakkında bilgi, hastalık hakkında bilgi ve duygusal destektir. Bu da hastaların tedavileri hakkında doğru karar verebilmeye ve tıbbi müdahaleler sırasında edindikleri bilgi ile güvende olmaya öncelik tanıdıkları ifade etmektedir (Akgül Başkale, Serçekuş & Partlak Günüşen, 2015).

Özkan Tuncay ve Kars Fertelli'nin çalışmasında hastalık hakkında bilgi sahibi olmanın karar verme puanının daha yüksek olmasını sağladığı ve amaç belirleme ile problem çözme üzerinde etkili olduğu ifade edilmektedir (Özkan Tuncay & Kars Fertelli, 2019).

Üstünova ve Nahcivan'ın çalışmasında katılımcıların hastalığa ilişkin bilgi alma durumlarının %49.3 oranında olduğu ifade edilmektedir (Üstünova & Nahcivan, 2015).

Kişioğlu ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların sağlık çalışanları tarafından %69.7'si yapılan testler ve verilen ilaçlarla ilgili sorularına tatmin edici cevaplar aldığını, %29.8'i verilen ilaçlar ve yan etkileri, %34.2'si yapılan ilaç değişiklikleri, %58.3'ü yapılacak işlemler, %53.1'i

ameliyat, %52.5'i ameliyat sonrası dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi verildiğini ifade etmişlerdir (Kişioğlu, Tüfekçi, Uskun & Bakır, 2001).

Zdanowska ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların yaklaşık %50'sinin tedavileri hakkında uygun bilgi almadığı, ne doktorlar tarafından hazırlanan yazılı bilgi ne de verilen sözlü bilginin katılımcıların için spesifik sorunları için yeterli olmadığı ifade edilmektedir (Zdanowska, 2010).

Çalışmamızdaki katılımcıların 168'i (%75,7) hekim tarafından hastalık hakkında bilgilendirildiğini ve bilgilendirilenlerin 141'i (%83,9) hekim bilgilendirmesinin davranışlarında etkili olduğunu, 118'i (%53,2) hekim tarafından hastalık risk faktörleri hakkında bilgilendirildiğini ve bilgilendirilenlerin 103'ü (%87,3) hekimin risk faktörleri hakkında bilgilendirmesinin davranışlarında etkili olduğunu, 132'si (%59,5) hekim tarafından fizik tedavi ve rehabilitasyonun alternatifi olan tedaviler hakkında bilgilendirildiğini ve 108'i (%81,8) ise bu bilgilendirmenin davranışlarında etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcıların 151'i (%68) hekim tarafından tedavinin türü, şekli, yöntemi, aciliyeti, süresi vb. konularda bilgilendirildiğini ve bilgilendirilenlerin 135'i (%89,4) bilgilendirmenin davranışlarında etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların 144'ü (%65) hekim tarafından fizik tedavi ve rehabilitasyonun başarı şansı, faydası, riskleri ve sonuçları konusunda bilgilendirildiğini ve bilgilendirilenlerin 127'si (%88,2) hekimin bilgilendirmesinin davranışları üzerinde etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların 162'si (%73) sağlık çalışanları tarafından hastalığın tekrarlanmaması/ağırlaşmaması için tedavi süreci ve sonrasında alınması gereken önlemler ve dikkat edilmesi gereken davranış şekilleri konusunda bilgilendirildiklerini, 147'si (%90,7) sağlık çalışanlarının bilgilendirmesinin davranışlarında etkili olduğunu ifade etmişlerdir.

Çalışmamızdaki katılımcıların hastalıkları, tedavileri, alternatif tedavileri ve risk faktörleri hakkında bilgilendirme oranları %53.2 ile %75.7 arasında ve bilgilendirilme sonrası davranış değişikliği oranları %81.8 ile %90.7 arasındadır. Çalışmamız Akgül ve arkadaşları, Özkan Tuncay ve arkadaşları ile Kişioğlu ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzer, bilgilendirilme

oranının yüksek oluşu nedeniyle Üstünova ve Nahcivan ile Zdanowska ve arkadaşlarının çalışmasından farklılık göstermektedir.

Çalışmamızdaki hastaların hastalıkları, tedavileri, alternatif tedavileri ve risk faktörleri hakkında bilgilendirmeleri ile davranışlarına yansımaları arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Bilgilendirme yapılan katılımcıların davranış değişikliği gerçekleştirdiği görülmektedir.

Joolae ve arkadaşlarının çalışmasında aydınlatılmış onamın ortalama edinim kalitesi puanı 35 üzerinden 17.13 olarak bulunmuş ve uygun olmayan düzeyde değerlendirilmiştir. Sonuçlar aydınlatılmış onam formunu imzalayanların %48'inin formu imzalamadan önce okumadıklarını göstermektedir. Onam formunu okuyanların %52'si, onay formunun değişen derecelerinde anlaşılma derecelerinden bahsederken, %94,2'si anlaşılma teknik, tıbbi ve yasal kelime bilgisinin varlığından bahsetmiştir. Aydınlatılmış onam oranlarının kadınlarda, genç hastalarda, yükseköğrenim gören hastalarda ve özel ameliyatları olanlarda daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Joolae, Faghanipour & Hajibabae, 2017).

Çalışmamızdaki katılımcıların 184'ü (%82.9) kendilerine verilen bilgilerin açık ve anlaşılır olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışmamızdaki katılımcıların bilgilendirilmeyi açık ve anlaşılır bulma oranının yüksek oluşu nedeniyle Joolae ve arkadaşlarının çalışmasından farklı olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızdaki katılımcıların 191'i (%86) FTR sürecinde yapılacak işlemlerle ilgili olarak kendilerinden izin alındığını ifade etmişlerdir.

Katılımcıların imzaladıklarını ifade ettikleri FTR aydınlatılmış onam formunda genel bilgiler ve işlemin yapılışı, işlemin ne olduğu ve nerede, kim tarafından yapılacağı, işlemde beklenen faydalar, işlemin uygulanmaması durumunda çıkacak sorunlar, işlemin tıbbi alternatifleri varsa neler, işlemin komplikasyonları ve riskleri, işlemin tahmini süresi ve dikkat edilmesi gereken konular hakkında bilgiler yer almaktadır (Kaynak ek-3 YEDH FTR aydınlatılmış onam formu). İmzalandığı ifade edilen formda bu sorular olmasına rağmen hastalıklarına ilişkin (risk faktörleri, tedavi şekli, tedavinin sonuçları vs.) bilgilendirildiğini ifade edenlerin oranlarının düşük ve

bilgilendirmeye davranış değişikliği gerçekleştirenlerin oranlarının yüksek olması bilgilendirmenin yeterliği, ulaşılabilirliği ve uygulanabilirliği üzerinde sosyo-demografik özellikler ile birlikte düşünülmesi gerektiğini göstermektedir.

5.7. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Hakkında Bilgilendirilmeleri ve Bu Konuda Aldıkları Eğitim ile İlgili Verilerin Tartışılması

Bireylerin sağlıklı yaşam tarzlarını eğitimin iyileştirebileceği bilinen bir gerçektir. Bireyin kültür, ırk ve sosyo-demografik özellikleri, eğitimin olumlu sonuçlarına ciddi bir engel teşkil etmemektedir (Yeşilfidan, Adana 2017).

Akpınar ve Ceran'nın çalışmasında bireylerin yaşam tarzı, sosyo-demografik ve fizyolojik özellikleri belirlenerek, çeşitli yöntemlerle risk faktörlerine dair eğitim verilmiştir. Bu eğitimden iki ay sonra takipteki bireylerin davranış değişikliğinde bulunduğu görülmüştür. Bunun sonucu olarak kronik rahatsızlıklara neden olan risk faktörlerinde azalma olduğu ifade edilmektedir (Akpınar & Ceran, 2019).

z Alkan'nın çalışmasında hastalık ve risk faktörleri hakkında eğitim verilmesi sonrası hastaneye yatışlarda ve komplikasyonlarda azalma olduğu ifade edilmektedir (z Alkan, 2016).

Kommiri ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim sonrası hastalarda iyileşme ve tekrarlı yatışlar arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$) (Kommiri, Johnson & Kolling, 2012). Farkın eğitim alan katılımcılar lehine olduğu grlmektedir.

Anderson ve arkadaşlarının çalışmasında, SYBD'na ilişkin etki alanı puanları eğitimden sonra daha yüksek olmasına rağmen, tüm alanlarda tutarlı bir üstünlük kanıtı bulunmadığı ifade edilmektedir (Anderson, Brown, Clark, Dalal, Rossau, Köprüleri & Taylor, 2017).

Çalışmamızdaki katılımcıların 39'u (%17,6) sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında eğitim aldıklarını, 171'i (%77) ise sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında eğitim almanın sağlıklı yaşam sürmede faydalı

olacağına inandıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların düşük oranda SYBD eğitimi almış olmaları nedeniyle çalışmamız diğer çalışmalardan farklı olarak değerlendirilmiştir.

Büyükturan ve arkadaşlarının çalışmasında hem servikal stabilite eğitimi hem de çekirdek stabilite eğitimi ile kombinasyonu, servikal disk herniasyonu olan hastalarda boyun ağrısı ve boyun kas dayanıklılığı üzerinde anlamlı ve benzer şekilde etkili olduğu ifade edilmektedir (Büyükturan, Gündüz, Büyükturan, Dadli, Bilgin & Bilgin, 2017)

Skillgate ve arkadaşlarının çalışmasında SYBD hakkında bilgilendirildikten sonra dört yıl takip edilen süreçte hastaların boyun ağrısında olumlu sonuç alındığı özellikle kadınlarda prognozun daha iyi düzeyde olduğu ifade edilmektedir (Skillgate vd., 2017).

Sabry ve arkadaşlarının çalışmasında, katılımcıların sağlık çalışanları tarafından SYBD hakkında bilgilendirilmeleri ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$) (Sabry vd., 2018). Farkın bilgilendirilen katılımcılar lehine olduğu ifade edilmektedir.

Kayser ve arkadaşlarının çalışmasında, hekim ve diğer sağlık çalışanları tarafından hastaların özerkliğini destekleyici davranışlarının SYBD'ni geliştirmelerini sağladığı ifade edilmektedir (Kayser, Cossette & Alderson, 2014).

Çalışmamızdaki katılımcıların sağlık çalışanları tarafından SYBD hakkında bilgilendirilmeleri ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Farkın bilgilendirilen katılımcılar lehine olduğu görülmektedir.

Bilgilendirmenin hastaların özerkliğini desteklediği ve SYBD'ni olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Çalışmamız diğer çalışmalarla benzer özellik göstermektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

1) Yaşın genç olmasının, eğitim ve gelir seviyesinin yüksek olmasının, ilçede yaşamının, teknisyen, tekniker ve yardımcı personel ve profesyonel meslek sahibi olmanın SYBD'nı gerçekleştirmede pozitif etkili faktörler olduğu görülmektedir. Katılımcıların %65'nin kadın, %78.8'nin evli, %80'nin çocuk sahibi olma durumu, %40.1'nin ev hanımı ve %58.1'nin şehir merkezinde yaşayan katılımcılar olması risk faktörlerine en çok maruz kalan grubu göstermektedir. Diğer bir ifadeyle sosyo-demografik özellikler SYBD'nı etkilemektedir.

2) Katılımcıların bilgilendirilme ve davranış değişikliğine açık olduklarını belirtmelerine rağmen en düşük 3 katılım ortalamasından birinin "bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlara katılım" sorusuna ait olması dikkat çekicidir. Ancak çalışmanın bütünü değerlendirildiğinde çalışmamızın yapıldığı yer olan Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesinde boyun fıtığı tanımlı hastalara poliklinikte muayene esnasında, ayaktan ve yatarak verilen tedavi sırasında hastalığı ile SYBD hakkında bilgilendirme yapılmakta fakat sistemli bir eğitim verilmediği gerçeği nedeniyle bu durumun kaçınılmaz olduğu görülmektedir. Bilgilendirmenin kalıcı olabilmesi için güncellenerek tekrarlanması faydalı olacaktır.

3) Katılımcıların SYBD'dan birini edinmelerinin diğer davranışları edinmelerinde etkili olduğu görülmektedir.

4) Katılımcıların yaklaşık olarak 3'te 1'inin tanıyı aldıktan sonraki ilk 12 ay içinde FTR'ye başladıkları görülmektedir. Bu gruptaki katılımcıların konservatif tedavi ya da alternatif tedaviler sonrası FTR hizmeti alma konusunda sağlık sorumluluklarını yerine getirmek adına eyleme geçtikleri düşünülebilir.

5) Katılımcıların 127'sinin (%57.5) SYBD'nın hepsini önemli bulma oranının en yüksek olması, katılımcıların tüm SYBD ile bilgilendirildiklerini ve konuya olan ilgilerini göstermektedir.

6) Katılımcıların son beş yılda FTR alma sayıları ile ölçek genel ve alt boyut puanlarına bakıldığında anlamlı bir fark yoktur. Bu durum katılımcıların SYBD hakkında sistemli ve düzenli bir şekilde yeterince bilgilendirilmediklerini veya bilgilendirmenin bu süreç içerisinde katılımcılar tarafından anlaşılmadığı ya da uygulanmadığını düşündürmektedir.

7) Katılımcıların sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve ölçek genel ortalama puanları ile boyun fıtığı tanı süreleri arasında anlamlı bir fark olması sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımda sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim puan ortalamalarının yüksek olan grup lehine olduğunu göstermektedir.

8) Katılımcıların imzaladıklarını ifade ettikleri FTR aydınlatılmış onam formunda genel bilgiler ve işlemin yapılışı, işlemin ne olduğu ve nerede, kim tarafından yapılacağı, işlemde beklenen faydalar, işlemin uygulanmaması durumunda çıkacak sorunlar, işlemin tıbbi alternatifleri varsa neler, işlemin komplikasyonları ve riskleri, işlemin tahmini süresi ve dikkat edilmesi gereken konular yer almaktadır. İmzalandığı ifade edilen formda bu konular olmasına rağmen hastalıklarına ilişkin (risk faktörleri, tedavi şekli, tedavinin sonuçları vs.) bilgilendirildiğini ifade edenlerin oranlarının düşük, bilgilendirmeye davranış değişikliği gerçekleştirenlerin oranlarının yüksek olması bilgilendirmenin yeterliği, ulaşılabilirliği ve uygulanabilirliği üzerinde düşünülmesi gerektiğini göstermektedir.

9) Katılımcıların SYBD hakkında yeterince bilgilendirilmedikleri ve yapılan bilgilendirmeler sonrası da en ön önemli SYBD olarak fiziksel aktiviteyi ifade ettikleri görülmektedir. Sağlık hizmeti sırasında bilgilendirmenin en çok fiziksel aktiviteye ilişkin olması bu durumun nedeni olarak düşünülmektedir.

10) Katılımcıların kendilerine verilen bilgileri dikkate alıp, eylemlerinde gerçekleştirmeye çalıştıkları, SYBD hakkında bilgi edinmeye istekli ve davranış değişikliğine açık oldukları ve bu konuda eğitim almak istedikleri görülmektedir.

11) Bireylerin sağlığı korumak için hayatı planlamanın önemi hakkında farkındalıkları bilgilendirme sonrası davranış değişikliği gerçekleştirmeleriyle ortaya konmaktadır.

12) Katılımcılar tarafından doğru fiziksel aktivitelerin, doğru beslenme şeklinin, kendini güçlü hissetmenin, aile, arkadaş ve sevdiklere vakit ayırmanın hastalığı nleme ve tedavi sürecinde etkili olduğunu düşünen ve davranış değişikliği gösteren grup lehine olduğu grlmektedir.

13) Bireylerin içinde buldukları durum ve koşulların sağlık durumları üzerinde etkili olduğu konusunda kendilerine yapılan bilgilendirme sonrası davranış değişikliği gerçekleştikleri grlmektedir.

zerk bireyler SYBD hakkında gerekli eğitimi alıp, ihtiyaçları olan bilgilere sahip olarak, bu bilgileri davranışlarına yansıtıtlarında hastalıklar ve hastalıkların tekrarlama olasılıkları önlenebilir, hastalık olasılıklarına rağmen kaliteli ve iyi bir yaşam srdrlebilirler. Böylece kaynakların kullanımı ve maliyet azaltılarak sağlıklı bireylerden oluşan bir topluma ulaşabiliriz.

6.2. neriler

Bireyin kendisi ile ilgili konularda karar alması ve söz sahibi olması, sorumluluk üstlenmesi ancak bilgiye sahip olması ve farkındalık yaşamasıyla olanaklıdır. Sağlık okur-yazarlığı yeteneği de bireylerin kendilerine verilen bilgileri doğru anlayıp kendileri için en doğru seçimleri yapmalarını, seçimlerini ifade edebilmelerini, diğer bir deyişle özerk birey davranışını desteklediğinden sağlık durumları üzerinde kontrol sahibi olmalarını sağlamaktadır. Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı ve SYBD ile ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yeni çalışmalar yapılarak sonuçları karşılaştırılmalıdır.

KAYNAKLAR DİZİNİ

- Aaby, A., Friis, K. Cristensen, B., Rowlands, G. & Maindal, H.T. (2017). *Health literacy is associated with health behavior and self-reported health: A large population based-study in individuals with cardiovascular disease*. European Journal of Preventive Cardiology, SAGE Journals, doi.org/10.1177/2047487317729538.
- Akdeniz, M.& Kavukçu, E. (2017). *Dördüncül koruma: zarar verme*. Derleme, Türk Aile Hekimleri Dergisi, 21(2):74-81, doi: 10.15511/tahd.17.00274.
- Akgül Başkale, H., Serçekuş, P. & Partlak Günüşen, N. (2015) *Kanser hastalarının bilgi kaynakları, bilgi gereksinimleri ve sağlık person elinden beklentilerinin incelenmesi*. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 6(2):65-70, doi: 10.5505/phd.2015.49091.
- Akgül Gündoğdu, N. & Güler, G. (2016). *Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkinlik düzeyleri*. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 18(1): 14-27, ISSN: 1307- 9549.
- Akgün Şahin, Z.& Biçer, N. (2015). *Hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları*. MN Kardiyoloji, 22(4):180-184.
- Akpınar, N.B. & Ceran, M.A. (2019). *Kronik hastalıklar ve rehabilitasyon hemşireliği*. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3(2):140-142.
- Aksoy, T. & Uçar, H. (2014). *Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları*. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1(2):53-67.
- Aksu, T. & Gürkan, A. (2010). *Öğretmenlerin sağlıklı yaşam davranışlarının incelenmesi*. Sağlık ve Toplum Dergisi, 20(2):23-30.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Akyol, A. Bilgiç, P. & Ersoy, G. (2008). *Fiziksel aktivite, beslenme ve yaşam*. 2. Baskı, Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite, Diyabet ve metabolik hastalıklar daire başkanlığı, ISBN:978-975-590-245-6.
- Akyüz, E., Bulut, M. & Karadağ, H.D. (2016). *Aydınlatılmış onamda hemşirenin rolü ve sorumlulukları*. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 8(4):348-353.
- A-Amari, H.G., & Al-Khamees, N. (2015). *The perception of college students about a healthy lifestyle and its effect on their health*. Journal of Nutrition & Food Sciences, 5(6): 1-4, doi:10.4172/2155-9600.1000437.
- Anderson, L.J., Brown, J.P. & Taylor, R. (2017). *Patient edication in the mangement of coronary heart disease*. doi:[10.1002/14651858.CD008895.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008895.pub3), Corpus ID: 205197179
- Annaç, S. (2018). *Koroner hastalığı olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Arslan, C. & Ceviz, D. (2007). *Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevelansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi*. Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 21(5):211-220.
- Atıcı, E. (2007). *Hasta hekim ilişkisini etkileyen unsurlar*. Uludağ Tıp Fakültesi Dergisi, 33(2):91-96.
- Aydın, E.(2001). *Tıp etiğinde temel ilkeler*, I. Ulusal Uygulamalı Etik Kongresi Kitabı, 12-13 Kasım, ODTÜ, Ankara.
- Aydın, E.(2003). *Tıp etiğinde özerkliğe saygı ilkesi*, Erciyes Tıp Dergisi, 25(2):92-97.
- Aydın, K. (2019). *Yaşam koşulları ve sağlık, hastalık algıları*. Sosyoloji Araştırma Dergisi, 22(1):32-68.
- Aydın, M. (2012). *Etik nedir?* Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 18 (34):171-177.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Aydın, N.(2019). *Sağlığın Teşviki ve geliştirilmesi*, Black Sea Journal of Health Science, 2(1):21-29, Aydınlatılmış Onam Klavuzu. (2013). Genel Çerçeve.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F. & Kıssal, A. (2008). *Sağlıklı yaşam biçimi ölçeği u'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1):1-13.
- Bahar, Z. & Açıl, D. (2014). *Sağlığı geliştirme modeli: Kavramsal yapı*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7(1):59-67.
- Bakırcıoğlu, R. (2012). *Eğitim ve psikoloji sözlüğü*, s:754, Baskı:1, Anı Yayınevi, Ankara.
- Balcı, A. (2014). *Çalışanlarda stres kaynakları, stresle başa çıkma yöntemleri ve sağlık sektörü*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi ABD Hastane ve Sağlık Kurumu Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
- Başarı, S. & Çınar Pakyüz, S. (2015). *Hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi*. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 10(1):19-31.
- Bayrak Özarıslan, B. (2013). *Diyabetik koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R., Adams, C., Alleyne, G. & Asaria, P. (2011). *Priority actions for the non-communicable disease crisis*. The Lancet, 377:1438-1447, doi:10.1016/S140-6736(11)60393-0.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2017). *Biyomedikal etik prensipleri*. (Çev.).Temel K. s: 3-5, 154-214, 461, 7. baskı, Pınarbaş Matbaacılık, Betim Kitapevi, İstanbul.
- Bergner, R.M. (2010). *What is behavior*. New Ideas in Psychology, 29(2):147-155, doi: 10.1016/j.newideapsych.2010.08 .001.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donauhe, K.E., Halpern, J.D. & Crotty, K. (2011). *Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review*. *Ann Intern Med*, 155(2):97-107.
- Besleyici, N. (2019). Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin öz etkililik algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa.
- Beyazova, M. & Kutsal, G.Y. (2016). *Fiziksel tıp ve rehabilitasyon*. 1.cilt, Güneş Kitapevleri.
- Bhui, K., Diones, S., Galant-Miecznikowska, M. De Jongh, B. & Stansfeld, S. (2016). *Perception of work stress causes and effective intervention in employees working in public private an non-govermental organizations: aqualitative study*. *B.J. Psych Bulletin*, 40(6):318-325.
- Biçer, İ. & Yalçın Balçık, P. (2019). *Geleneksel tamamlayıcı tıp: Türkiye ve seçilen ülkelerinin incelenmesi*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1):245-257.
- Bilir, N. (2014). *Sağlık okuryazarlığı*. *Halk Sağlığı Dergisi*, 12(1):61-68, doi:10.20518/thsd.46492.
- Bilington, R. (2011). *Felsefeyi yaşamak. Ahlak düşüncesine giriş*. (Çev.) Yılmaz, A., ISBN 975-539-187-8, Sertifika No.: 10704, Ayrıntı Yayınları.
- Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi. Tarih: 03.12.2003, no:5013.
www.tbmm.gov.tr.
- Bolsoy, N. & Sevil, Ü. (2006). *Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi*. Atatürk Üniversitesi Yüksekokulu Dergisi, 9(3):78-87.
- Bostan, N. & Beşer, A. (2016). *Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler*. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(1):38-44.
- Bozhüyük, A, Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçi, E. & Bozdemir, N. (2012). *Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği*. *TJFMPC*, 6(1):13-21.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Bozhüyük, A. (2010). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği ABD, Adana.
- Boztilki, M. & Ardıç, E. (2017). *Maneviyat ve sağlık*. Jaren/ Hemşirelik ve Akademik Araştırma Dergisi, 3(1):39-45.
- Bracconi, M., Hervé, C. & Pirnay, P. (2018). *Ethical reflection on the principle of patient autonomy*. Eastern Mediterranean Health Journal, 23(12):845-849.
- Brown, R.C.H. (2013). *Moral responsibility for (un) healthy behavior*. Journal of Medical Ethics. doi:10.1136/medethics-2012-100774.
- Buko, H.Ş. (2013). Servikal disk hernisine bağlı akut boyun ağrısında düşük doz lazer tedavisinin etkinliği. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Adana.
- Bulduk, S., Yurt, S., Dinçer, Y. & Ardıç, E. (2015). *Sağlık davranış modelleri*. Journal of Düzce University Health Sciences Institute, 5(1):28-34, ISSN: 2146-443X.
- Büyükturan, B., Guclu-Gunduz, A., Büyükturan, O., Dadali, Y., Bilgin, S., & Kurt, E.E. (2017). *Servikal stability training with and without core stability training for patients with cervical disc herniation: A Randomized, single-blind study*. European Journal of Pain, 21(10):1678-1687.
- Byux, A.M. (2008). *Personel responsibility for health as a rationing criterion : Why we don't like it and why maybe should*. Europe PMC, 34(12):871-874, doi: 10.1136 / jme.2007.024059.
- Büken, N.Ö. (2017). *Etik, biyoetik, biyoteknoloji: Tıp etiği ile ilgili temel kavramlar, Türkiye'deki genel durum*. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik ABD, Asistan Etik Eğitimi, www.hacettepe.edu.tr.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Can, S., Arslan, E.& Ersöz, G. (2014). *Güneş bakış açısı fiziksel aktivite*. Ankara Üniversitesi Spor Bil.Fak.Derg., 12(1):1-10.
- Cevizci, A. (2013). Uygulamalı etik, s:185-187, Baskı: 2, Say Yayınları, İstanbul.
- Cevizci, A. (2015). Felsefeye giriş. sf:221, Baskı:4, Say Yayınları, İstanbul.
- Chahardah,- Cherik, S., Gheibizadeh, M., Jahani, S. & Cheraghian, B. (2018). *The relationship between health literacy and health promoting behaviors in patients with type tip 2 diabetes*. Int J Community Based Nurs. Midwifery, 6(1):65-75.
- Chen, M.F., Chang, R.E., Tsai, H.B. & Hou, Y.H. (2018). *Effects of percieved autonomy support and basic need satisfaction on quality in life in hemodialysis patients*. Annals of Internal Medicine, doi: 10.1007/s11136-017-1714-2.
- Cherick SC. Gheibizadeh M. & Jahani S. et al. *The Relationship between Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes*, IJCBNM 2018, 6(1): 65-75.
- Chmitorza, A., Kunzlera, A., Hemreicha, I, Tüscehera, O., Kalischa, R., Kubiaka, T., Wessaat, M. & Lieba, K. (2018). *İntervention stuies to foster resilience framework in future interventions stuies to foster resilience, A-systematic review and proposal*, Clinical Pyschology Review, 59:78-100, doi: 10.1016/j.cpr.2017.11.002.
- Civelek, F., Nacı, B., & Erdem, H.R. (2017). *Servikal omurganın sensorimotor kontroldeki önemi bozukluklarının klinik değerlendirme yöntemleri*. JPMPR Science, 20(1):37.
- Colley, J.M., Harris, M., Hellyer, P. & Radford, D.R. (2018). *Teaching stress management in undergraduate education: Are we doing?*. BDJ, 224: 525-407.
- Coşkun, T. (2005). *Fonksiyonel besinlerin sağlığımız üzerine etkileri*. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 48(1): 69-84.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Cox, C.L. (1982). *An interaction model of client health behavior theoretical prescription for nursing*. *Advences in Nursing Science*, 5(1):41-56.
- Crowden, A. (2010). *Virtue ethics and rural professional healthcare roles*. *Rural Society*, 20(1); 64–75, <https://doi.org/10.5172/rsj.20.1.64>.
- Çalık, A. & Kapucu, S. (2017). *Diyabetli hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme: Penderin Sağlığı Geliştirme Modeli*. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2):62-75.
- Çayır, M. (2013). *Myocartenfarktüsü geçiren bireylerde yaşam doyumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Erzurum.
- Çelik Yılmaz, A. (2017). *Bel ve boyun fıtığı olan hastaların ameliyat öncesi ağrı gidermede kullandıkları tamamlayıcı yaklaşımlar*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Çelik, A. (2018). *Hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Çetin, F., D. (2004). *Fizik tedavi ve rehabilitasyon ünitelerinde kullanıcı gereksinimlerinin değerlendirilmesinin kullanıcı verimliliği üzerine etkileri*. *Dicle Tıp Dergisi*, 31(1):4-12.
- Çetin, A., Özdemir, O., Haghari, F., S. & Taşoğlu, Ö.(2012). *Fizik tedavi programlarının ağrı ve hayat kalitesi üzerine etkisi*. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 58(2): 99-102, doi: 10.4274/tftr.18199.
- Çetinkaya, H. (2012). *Fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetleri*. In. *özürlüler ve yerel hizmet rehberi İSÖM modeli*. İBB Basımevi, İstanbul, s.254-274.
- Çevik Akyıl, R., Adıbelli, D., Erdem, N., Kırağ, N., Aktaş, B. & Karadakovan, A. (2018). *Huzurevinde ve evde kalan yaşlılarda yalnızlık ve algılanan sosyal destek ile mutluluk düzeyleri arasındaki ilişki*. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(1):33-41.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Çınarlı, İ. (2015). *Kitle iletişimi ve eleştirel sağlık okuryazarlığı*. (Ed.) Yıldırım, F., Keser, Ankara Üniversitesi Yayınevi no:455, Sağlık Bilimleri yayın no:3, ISBN: 978-605-136-178-9.
- Çürük, G., Bayındır & S., Oğuzhan, A. (2018). *Kardiyovasküler hastalığı olan hasta ve hasta yakınlarında kardiyovasküler hastalık risk düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları*. Sağlık Bilimleri Dergisi, 27(1):40-47.
- Damasceno, M., M., C., Teixeira, C., R., D., S., Emilia Carvalho, E. & Araújo, M., F., M., (2012). *Therapeutic communication between health workers and patients concerning diabetes mellitus care*. Revisto Latino-Americana de Enfarmegem, 20(4):685-92, doi: 10.1590/s0104-11692012000400008.
- Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/10.10.2017>.
- Delany, C.,Fryer, C. & Kessel, G., Y. (2015). *An ethical approach to health promotion in physiotherapy practice*. Health Promotion Journal Of Australia, 26(3):255–262, doi: 10.1071/HE15052.
- Delisa, J.A., Gans, B. M. & Walsh, N., E. (2007). *Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ilkeler ve uygulamalar*. cilt 1:251-435, cilt 2:653-675,(Çev.Ed.) Arasıl, T., Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara.
- Demir Avcı, Y. (2016). *Personal health responsibility*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(3):259-266.
- Demirbağ Karayel, D. & Yavuz, S. (2014). *Fizik tedavi ajanlarına haksızlık mı ediliyor?* Türk Fiz. Tıp Rehab. Derg., 60:155-61, doi:10.5152/tftrd.2014. 29567.
- Demirci, N., Engin, A.O. & Bakay,İ., Yakut, Ö. (2013). *Stres ve stresi ortaya çıkaran durumların öğrenci üzerindeki etkisi*. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi, 2(3): 288-296, ISSN: 2146-9199.
- Demirel, H., Kayıhan., H., Özmert, E., N. & Doğan, A., (2014). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, 2. Baskı, Ankara, Kuban Matbaacılık.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Demirhan Erdemir, A., (2005). *Etik ve tıp etiği ilkeleri ve hasta hekim ilişkilerinde etiğin yeri*. Erdem 15(44): 27-72.
- Demirsoy, N. (2017). *Holistic care philosophy for patient-centered approaches and spirituality*. In. Patient Centered Medicine, Intechopen, Rijeka, Croatia, pp. 119-138.
- Desmond, O. & Copeland, L.R.M.D. (2002). *Measuring and improving patient satisfaction*. The Journal for Healthcare Quality (JHQ), 24(2): 49.
- Devisch, I. (2011). *Progress in medicine: autonomy, 'oughtonomy' and nudging*. Journal of Evaluation in Clinical Practice, ISSN 1365-2753.
- Díez, Ulla S. & Pérez-Fortez, A. (2009). *Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college student*. Health Promot Int., 25(1):85-93, doi: 10.1093/heapro/dap047. Epub 2009 Oct 2.
- Dikmen, D.& Pekcan, G. (2014). *Bireylerin besin tüketiminin dünya sağlık örgütü toplumsal hedefleri ile karşılaştırılması*. Bes Diy Derg., 42(3):220-227.
- Dimmoc, M. & Fisher, A. (2017). *Ethics for a-level. For AQA Philosophy and OCR Religious studies*. s:3-116, Open Books Publesers. doi: 10.11647/OBP.0125.
- Dinçer, G. (2011). *Kronik boyun ağrılı hastalarda boyun okulu programının etkinliğinin değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Dive, L. (2017). *Autonomy, information, and paternalism in clinical communication*. The American Journal of Bioethics. 17(1)1: 50-52, doi: 10.1080/ 15265161.2017.1378769.
- Durusu Tanrıöver M, Yıldırım H H , Demiray-Ready F.N & et al. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*.(2014). Baskı:1, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Yayınları 25, Altan Özyurt Matbaacılık.
- <http://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/8dcec50aa18c21cdf86a2b33001a409.pdf>.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği El Kitabı (2015). (Çev.) Civaner, M. Baskı:3
https://www.ttb.org.tr/kutuphane/tip_etigi_2017.pdf.
- Ekmekçi, P.E. & Arda, B. (2015). *Temel etik kuramlar açısından adalet ve sağlık hakkı kavramlarının değerlendirilmesi*. Turk Klin Tıp Etiği Hukuku Tarihi, 23(1):6-21.
- Elçioğlu, Ö & Kırımlioğlu N. (2003). *Tıp etiği ilkeleri*. In: *Çağdaş tıp etiği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s: 26-41.
- Eldadak, S.E. (2017). *A structural approach to ethical reasoning: the integration of moral philosophy*. Academy of Strategic Management Journal, 16(1). 81-113.
<https://www.abacademies.org/articles/a-structural-approach-to-ethical-reasoning-the-integration-of-moral-philosophy-1939-6104-16-1-106.pdf>.
- Enzo, A., Okita, T., & Asai, A. (2018). *What deserves our respect? Reexamination of respect for autonomy in the context of the management of chronic Conditions*. Medicine Health Care and Philosophy, 22:85–94 doi: 10.1007/s11019-018-9844-z.
- Epstein-Peterson, D.Z., Sulliva, A.J. & Enzinger, A.C. (2016). *Examining forms of spirutual care provided in the advanced cancer setting*. American Journal of Hospice and Palliative Medicine. doi.org/10.1177/1049909114540318
- Erginöz, E. (2008). *Halk sağlığı ve mental hastalıklar. Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyum dizisi*. 62: 31-40, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri.
- Erkenekli, M. (2012). *Kültürel değer çalışmalarında yöntem ve sosyolojik araştırmalar için bir model önerisi*. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 33:221-230.
- Ersoy, N. & Aydın, E. (1994). *Tıbbi etikte özerklik ve özerkliğe saygı ilkesi*, T Klin. Tıbbi Etik, 2(2):71-74.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Ersoy, N, Özcan Şenses, M. & Aydın Er, N. (2010). *Acil tıpta aydınlatılmış onam*. Ulusal travma acil cerrahi dergisi, 16(1):1-8.
- Friedman, H.S., Reynolds, C. & Kern, M.L. (2010). *Personality and health, subjective well being, and longevity*. Journal of Personalty, 78(1):179-216, doi.org./10.1111//j.1467-6494.2009.00613.x.
- Gencer, N. (2018). *Öznel iyi oluş: genel bir bakış*. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11(3):2621-2638, doi: 10.17218/hititsosbil.457382.
- George, D. & Mallery, M.(2010). SPSS for Windows step by step: A simple guide and referance, 17.0 update (10a ed.) Boston:Pearson.
- Gezer, C. & Uluşan, D. (2020). *Tip 2 diyabetli bireylerde hastalık bilgi düzeyi, sağlıklı yaşam biçimi ve yaşam kalitesi ilişkili mi?* Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi, 77(2):155-166, doi: 10.5505/turkhijyen.2019.65037.
- Ghebrehewet, S. (2017). *Health protection: Principles and practice*. International Journal of Epidemiology, 46(5): 1722–1723, doi: 10.1093/ije/dyx094.
- Ghodsi Z. & Hojjatoleslami, S. (2012). *Knowledge of students about patient rights and its relationship with some factors in Iran*. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 31: 345 – 348, doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.12.065.
- Gochman, D.S. (ed.) (1988). Health behavior emerging resarch percpectives, s:132, <https://books.google.com.tr/books?id=iNIFCAAQBAJ&pg=PA439&lpg>.
- Gökuğur, H. & Aydın Avcı, İ. (2015). *Kanser tarama testine başvuran kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erken tanı bilgi ve uygulamalarına etkisi*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(2):244-258.
- Gökkaya, D. & Erdem, R. (2017). *Sağlık hizmetlerinin kullanımına etki eden faktörlerin hastalık şiddeti algısıyla değerlendirilmesi*. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1(26):149-184.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Gözlü, K. (2020). *Sağlığın sosyal bir belirleyicisi: Sağlık okuryazarlığı*. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 27(1):137-144, doi.org/10.17343/sdutfd.569301.
- Gözüm, S. & Çapık, C. (2014). *Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: Sağlık inanç modeli*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(3):230-236.
- Gumus F, Baran G. & Zengin L. (2014). *Spiritual care and nursing*. International Journal of Basic and Clinical Studies (IJBCS), 3(1): 102-106, ISSN:2147-1428.
- Gupta, S., Ada, E.K. & Mac Dade, T.W. (2012). *Objective versus Subjective Measures of Health: Systematic differences, determinants and biases*. IN 46202-5147.
https://pdfs.semanticscholar.org/7174/b7014941dc2bab59_c1125b2ab41_83c8b658c.pdf.
- Gülcivan, G. (2017). Meme kanserli hastaların yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Tekirdağ.
- Günay, Y., Elçioğlu, Ö. & Koç, S. (2000). *Hasta ve hekim hakları açısından hasta rızası*, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi, 8(1):46-50.
- Gür, G. & Sunal, N. (2019). *Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi*. HSP, 6(2):209-19.
- Gür, O. & Ay, Y. (2018). *Din ve manevi oluş*. Uluslararası sosyal araştırmalar dergisi, 11(61):1175-1190, doi.org/10.17719/jisr.2018.3007.
- Hasta Hakları Yönetmeliği (1998), 01.08.1998 Tarih ve 23420 Sayılı Resmi Gazete
- Hasta Hakları Yönetmeliği (2014), 8/5/2014 Tarih ve 28993 Sayılı Resmi Gazete

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

Hagerty, T.A., Samuels, W., Norcini-Pala, A. & Gigliotti, E. (2017). Peplau's *theory of inter personal relations: An alternate factor structure for patient experience data?* Nurs. Sci Q., 30(2): 160–167. , doi:10.1177/0894318417693286.

Hamzaoğlu, O. (2010). *Sağlık nedir nasıl tanımlanır?* Toplum ve Hekim, 25(6):404-407.

Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Yayın tarihi: 01.02.1999, güncelleme tarihi: 12.01.2005, güncellenme tarihi: 26.08.2015. https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=65:hekl-meslek-etkurallari&catid=4:t&Itemid=31.

Hospice Friendly Hospitals. (2013). *Modül 4 patient autonomy in law and practice.* s:166-168.

<http://hospicefoundation.ie/wp-content/uploads/2013/10/Module-4-Patient-Autonomy-in-Law-and-Practice.pdf>.

Huber, M., Horst, H.E.V.D., Green, L.W. & Jadad, A. (2011). *How should we define health.* BMJ, 26:343:d4163, doi: 10.1136/bmj.d4163.

Ibrahim, S.A., Hassan, M.A., Hamouda, S.I. & Abd Allah, N.M. (2017). *Effect of patients' rights training sessions for nurses on perceptions of nurses and patients.* Nursing Ethics, 24(7): 856–867, doi: 10.1177/0969733015625365.

İlhan N, Batmaz M, Akhan. L.U. (2010). *Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları.* Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3(3): 34-44.

İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik R.G. tarih: 13.04.2013 ve sayı:28617.

https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=1032:2015-09-14-05-44-11&catid=2:ymelik&Itemid=33.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. R.G. tarihi: 6.04.1949, sayı: 9119, Bakanlar kurulu kararı: R.G. tarih: 27.05.1949, sayı:7217.
- Jansen, S.J.T. (2011). *Lifestyle method*. The Measurement and Analysis of Housing Preference and choice (pp.177-202), doi 10.1007/978-90-481-8894-9_8.
- Jensen, M. (2008). *Defining lifestyle*. Environmental Sciences, 4(2): 63-73, doi:10.1080/15693430701472747.
- Joolae, S., Faghanipour, S. & Hajibabae, F. (2017). *The quality of obtaining surgical informed consent*. Nursing Ethics, 24(2):167-176.
- Kaçan Softa, H., Bayraktar, T. & Uğuz, C. (2016). *Yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler*. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 9(1):1-12, ISSN:1308-5816.
- Kaçan Softa, H., Kaya, D., Boduryeri, G. & Kara, B. (2014). *Bir FTR merkezindeki hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi*. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi, 2(3):21-32.
- Karadağ, G., Lafcı, D. (2015). *Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sigara içme durumları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları*. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3(1):1-15.
- Karahancı,O.N., Öztoprak, Ü.Y., Eroy, M., Ünsal Çağrı, Z., Hayırlıdağ, M. & Büken, N.Ö. (2015). *Geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamaları tıp yönetmeliği ile yönetmelik taslağının karşılaştırılması*. Türkiye Biyoetik Dergisi, 2(2): 117-26.
- Karpouzou, A., Diamantis, E., Farmaki, P., Savvanis, S. & Troupis, T. (2017). *Nutritional aspects of bone health and fracture healing*. Journal of Osteoporosis, ID 4218472, 10 pages, doi.org /10.1155/2017/4218472.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Kaya, A., Tutar Güvenç, Ş. & İşler Dalgıç, A. (2017). *Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğilimin Türkiye'deki hemşirelik eğitim ve araştırmalarında kullanımı*. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 15(3):195-201.
- Kayser, J., W., Cossette, S. & Alderson, M. (2014). *Autonomy-supportive intervention: An evolutionary concept analysis*. Journal of Advanced Nursing, 70 (6): 1254–1266. doi: 10.1111/jan.12292.
- Kennedy, L. & Parker, S., H. (2019). *Biofeedback as a Tool: a systematic review*. Cognition, Technology & Work, 21(2): 161–190.
- Khaghanyrab, E. (2014). İki farklı ülkede cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri, Cerrahi ABD, Ankara.
- Kılıç, S. (2016). *Chi-sgaure. Journal of Mood Disorders*. 6(3):180-2, doi: 10.5455/jmood.20160803110534.
- Kılınç, G., Yıldız, E. & Kavak, F. (2016). *Relationship between healthy lifestyle behaviors and hopelessness in patients with failure*, Journal of Cardiovascular Nursing August, 7(13): 114-126 doi: 10.5543 /khd. 2016.96158.
- Kırılmaz, H., Fıçıcı, Y. & Şimşir, İ. (2018). *Hasta haklarına yönelik bir çalışma*. Sosyal Politika Çalışma Dergisi, 18(41):233-258, ISSN: 2148-9424.
- Kırgız, A.C. (2015). *The key rol of media literacy in the forming of critical health literacy*. The case of the social media in Turkey. Journal of Social and administrative Sciences, 2(1):18-27.
- Kickbucch, İ. & Ratzan, S.C. (2001). *Health Literacy. Making a difference in the USA*, Journal of Health Communication, 6(2):87-88, doi.org/ 10.1080/ 10810730120278.
- Kious, B.M. (2016). *Respect for autonomy: deciding what is good for oneself*. J Med Ethics, 42:769–775, doi:10.1136/medethics-2015-103340.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Kişioğlu, A.N., Tüfekçi, F., Uskun, E. & Bakır, B. (2001). *Bir devlet hastanesinde yatan hastaların ve aydınlatılmış onam durumunun değerlendirilmesi*. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics Law and History, 9(2):98-101.
- Koca, T., T. (2015). *İki seviyede torakal disk hernisi ile sirigomiyolisi olan olgu sunumu*. Journal of Case Reports Turkiye Klinikleri J Case Rep, 23(4)455-60, doi: 10.5336/caserep.2014-41866.
- Koçak, D.Y. (2015). *Prenatal tanı yöntemlerinde etik yaklaşım*. jaren; 1(2):86-90.
- Koçoğlu, D.& Akın, B.(2009). *Sosyo-ekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2(4), 145-154.
- Koletsis-Kounari, H., Tzavara, C. & Tountas, Y. (2011). *Health related lifesytle behaviors, socio-demographic characteristics and use of dental health services in Greek adults*. Toplum Dış Sağlığı, 28(1):47-52.
- Kommiri, N.V, Johnson, M.L. & Koelling, T.M. (2012). *Relationship between improvements in heart failure patient disease specific knowlodge and clinical events as part of arandomized controlled trial*. Patient education and counseling, 86(2):233-238, doi: 10.1016/j.pec.2011.05.019.
- Koponen, A.M.,Simonsen, N.& Suominen, S. (2017). *Determinants of physical activity among patients with type 2 dibetes; the role of perceived autonomy support, autonomous motivation and self-care competence*. Phychology, Haelth & Medicine, 22(3): 332-334. doi: 10.1080/13548506.2016.1154 179.
- Krijger, K., Schoofs, J., Marchal,Y., Van De Vijver,E., Borgermans, I. & D. Devroey, D. (2014). *Association of objectif health factors with self-reported health*. JPMH, 55(3): 101-107.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Kumar, K. (2017). *Importance of healthy life style in healthy living*. European Journal of Public Health, 2(5):1-3, doi: 10.19080/jojph.2017.02.555596.
- Kumar, S. & Preetha, G.S. (2012). *Health promotion: an effective tool for global health*. Indian Community Med., 37(1):5-12, doi: 10.4103/0970-0218.94009.
- Kutsal, Y.G. & Beyazova, M. (2016). *Fiziksel tıp ve rehabilitasyon 1*. Cilt, Güneş Kitabevi, 3.Baskı, İstanbul. s:781-1179,1295.
- Küçüköğlü, M.T.(2012). *Etik değerler ve etiğin kurumsallaşması*. Hukuk ve İktisat Araştırmaları Dergisi, 4(1):177-185.
- Lazzeri, F. (2014). *On defining behavior: Some notes*. Behavior and Philosophy, 42: 65-82. <https://www.behavior.org/resources/866.pdf>.
- Lee, D.G., Ahn, S.H. & Lee, J. (2016). *Disk hernisi nedeniyle radiküler ağrıda pulse radyofrekans ve transforaminal steroid enjeksiyonunun karşılaştırmalı etkinlikleri: Prospektif randomize bir çalışma*. Journal Koreli Medical Sciences, 31(8):1324-1330.
- Lee, S., Jirásek, I., Veselský, P. & Jirásková, M. (2018). *Gender and age differences in spiritual development among early adolescents*. European, 16(6):680-696, doi: 10.1080/17405629.2018.1493990.
- Levy, N. (2019). *Taking responsibility for responsibility*. Public Health Ethics, 12(2):103–113, doi: 10.1093/phe/phz001.
- Lök, S. & Lök, N. (2016). *Kronik Psikiyatri hastalarına uygulanan fiziksel egzersiz programlarının etkinliği*. Sistemik Derleme. Psikiyatride güncel yaklaşımlar- Dergipark, 8(4):354-366, doi.org/10.18863/pgy.253440.
- Malkoç, N. (2019). Kocaeli anne şehir projesine katılan annelere uygulanan fiziksel aktivitelerin sağlıklı yaşam davranışlarına etkisinin araştırılması (kocaeli ili örneği). Bilim Uzmanlığı Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Malatyalı, İ. & Biçer, E.B. (2018). *Sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği*. ASHD, 17(2):16-27.
- Maté, G. (2019). *Vücudunuz hayır diyorsa duygusal stresin bedelleri*. (çev) Orhun, D., Baskı: 8, ISBN:978-9750510328, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Mengüşoğlu, T. (2003). *Felsefeye giriş*. Baskı:8, s:262-287, Remzi Kitapevi, İstanbul.
- Mergen, H., Erdoğan Mergen, B. & Erdoğan, A.B. (2006). *Jeotermal enerji ve balneoterapi uygulamaları*. FTR Bil. Derg. JPMR Scie, 9(3):108-113.
- Metin, S. (2010). *Biyo-tıp etiği ve hukuk*, I. Baskı, İstanbul: On İki Levha Yayıncılık.
- Moore, S.E.H. (2010). *Is the healthy body gendered? toward a feminist critique of the new paradigm of health*. *Body & Society*, 16(2):95–118, Permissions.nav, doi.org/10.1177%2F1357034X10364765.
- Mullen, P. (2014). *Education for moral and spiritual development*. Doctoral Dissertations 1896, University of Massachusetts Amherst ScholarWorks @ UMass Amherst, Massachusetts.
- Namal, A. (2015). *Etik teorileri ışığında tıpta etik ikilemler ve etik karar verme süreci*. <https://docplayer.biz.tr/59552570-Etik-teorileri-isiginda-tipta-etik-ikilemler-ve-etik-karar-verme-sureci.html>
- Navarro, J.E.G., Penichet, Maria, D. & Lozano, P. (2014). *Movement-based interaction applied to physical rehabilitation therapies*. *J Med Internet Res*, 16(12):281, doi: 10.2196/jmir.3154.
- Ngamaba, K.H., Panagioti, M. & Armitag, J.C. (2017). *How strongly related are health status and subjective well-being? systematic review and meta-analys*, *The European Journal of Public Health*, 27(5): 879–885, doi.org/10.1093/eurpub/ckx081.
- Nöroşirürji Derneği. (2010). *Temel Nöroşirürji*, cilt:2, s:1349-1390, Buluş Matbaa, Ankara.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. Tarih: 27.05.1983, numara: 2827 sayı: 18059, tertip:5, cilt:22, 352. <https://www.tjod.org/2827-sayili-nufus-planlamasi-hakkinda-kanun-2/>.
- Nutbeam, D. (2008). *The evolving concept of health literacy*. Social Science & Medicine, 67(12):2072-2078.
- Nutbeam, D. (2000). *Health literacy as public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21 t century*. Health Promotion International, 15(3):259-267, doi.org/10.1093/heapro/15.3.259.
- Oğuz, H., Dursun, E. & Dursun, N. (2004). Tıbbi Rehabilitasyon s: 535, 2. Baskı, Nobel Kitabevleri, Ankara.
- Oğuz, Y.N., Tepe, H., Büken, N.Ö. & Kırimsoy Kucur, D. (2005). Biyoetik terimleri sözlüğü, Türkiye Felsefe Kurumu, Ankara, sf:89.
- Okyay, R.O., Akbaba, M. & Kirkit, E. (2015). Aydınlatılmış onam ve aşılama. Turk J Public Health, 12(2):155-159.
- Oral, T. (2011). *Hekimin hastayı aydınlatma ve hastanın rızasını alma yükümü*. Ankara Barosu Dergisi, 2:185. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/397838>.
- Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun. R.G. tarih: 29.05.197, numaralı: 2238, sayı: 16655, tertip:5, cilt:18, s:10. www.mevzuat.gov.tr.
- Owen, F.K., Demirbaş Çelik, N. (2018). *Lifelong healthy lifestyle and wellness*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 10(4): 440-453, doi:10.18863/pgy.364108.
- Öz Alkan, H. (2016). *Hasta eğitimi ve davranış değişikliği geliştirme*. Journal of Cardiovascular Nursing, 7(2):41-47.
- Özateş, Ö., S. (2010). *Sosyal hizmet etiğinin felsefi temelleri*, Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, 21(1):85-97.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Özbaşaran F, Çakmakçı Çetinkaya A. & Güngör N. (2004). *Celal Bayar Üniversitesi sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlık davranışları*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(3): 43-55.
- Özbudun, S. (2003). *Kültür halleri, geçmişte, otellerde, günümüzde*. Ankara. Ütopya Yayınevleri.
- Özdamar, K. (2015) *Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi*, 9. Baskı, 2. Cilt, Eskişehir: Nisan Kitapevi.
- Özkan Tuncay, F. & Kars Fertelli, T. (2019). *Nörolojik hastalığı olan bireylerin kronik hastalık bakımına ilişkin değerlendirmeleri*. Bozok Tıp Derg., 9(1):14-21, doi: 10.16919/bozoktip.440601.
- Özkan, O. (2017). *Sağlık hizmetlerinde hasta odaklı yaklaşım: Hasta katılımı*, Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 10(2):1759-1770.
- Özkaraman, A., Balcı Alparslan, G., Gökçe, S., Babadağ, B., Gölgeli, H., Derin, Ö. & Bilgin, M. (2016). *Hemodiyaliz yapılan kronik böbrek hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi*. Osmangazi Tıp Dergisi, 38(2): 51-61, doi: 10.20515/otd.54752.
- Özmen, M., Önen, B. (2005). *Stresle başa çıkma yolları*. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi No: 47: 171-180.
- Öztek, Z. (2019). *Halk sağlığı etiği. Çağdaş klinik etik (21. yüzyılda olgu örnekleriyle)*, s: 347-358. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Özvarış, B.,Ş. (2012). *Sağlığı geliştirme ve destekleyici sağlık çevreleri*. Uluslararası sağlığın geliştirilmesi ve iletişimi sempozyumu bildirileri kitabı, Erek Ofset, Ankara, s.28-34.
- Patricia, O. (2015). *Improving interpersonal relationship in work places*. IOSR Journal Of Research & Method İn Education, 5(6):115-125, e-ISSN: 2320–7388, p-ISSN: 2320–737X.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Pieper, A. (1999). *Etiğe giriş*. (çev.) Atayman, V., Sezer, G. Ayrıntı yayınları, İstanbul.
- Piercy, K., L., Troiano, R., P., Ballard, R., M., Fulton, J., E., Galuska, D., A. & Pfohl, S., Y. (2018). *The physical activity guidelines for americans*, JAMA, 320(19):2020-2028, doi: 10.1001/jama.2018.1485.
- Price, C.T., Langford, J.R. & Liporace, F.A. (2012). *Essential Nutrients for bone health and a review of their availability in the average north american diet*. The Open Orthopedic Journal, doi: 10.2174/1874325001206010143.
- Ramachandran, H., J., Wu, V., X., He, H., G., Jiang, Y. & Wang, W. (2016). *Awareness, knowledge, healthy lifestyle behaviors and their correlates to coronary heart disease among working women in singapore*. Heart & Lung, 45(4): 341-349, doi: 10.1016/j.hrtlng.2016.05.034.
- Rapoport, M. (2019). *Life satisfaction in older adults in spain: beyond subjective health*. Int Psychogeriatr, 31(2);167-168, doi: 10.1017/s1041610218002132.
- Reach, G. (2014). *Patient autonomy in chronic care solving a paradox*. Patient Preference and Adherence Dovepress, 8:15-24, doi.org/10.2147%2FPPA.S55022.
- Reich, T.C. & Herscovis, M.S. (2011). *Interpersonal relationships at work*. APA PsycNet, 3:223-248, doi: 10.1037 / 12171-006.
- Resnik, D.B. (2007). *Responsibility for health: personal, social, and environmental*. Journal of Medical Ethics, 33(8): 444-445, doi: 10.1136/jme.2006.017574.
- Roomaney, R., van Eeden, S., & Kagee, A. (2017). *The factor structure of the health-promoting lifestyle profile II among a South African student sample*. South African Journal of Psychology, 47(3): 389-400.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Sabry, S.S., Mosbah, S.K. & Ali, M.M. (2018). *Effect of educational program for health promoting lifestyle among patients with hypertens*. IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS), 7(3):60-69, e- ISSN: 2320–1959.p- ISSN: 2320–1940, doi: 10.9790/1959-0703086069.
- Sagar, D. (2016). *Strange fire: an exploration of psychospiritual development aided by Jungian analysis and Vedanta*. The Journal Of Analytical Psychology, 61(5): 625–646, doi: 10.1111/1468-5922.12260.
- Sağlık Bakanlığı. (2008). *Fiziksel aktivite ve sağlığımız*. Yayın No:730, 1. Basım, Ankara, ISBN: 978-975-590-246-3.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). *Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü*. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü Bakanlık Yayın No:814, ISBN:978-975-590-361-31.
- Samancı, U. (2014). *Uluslararası Sağlık Tüzüğü (2005) ve Hukuki Niteliği*. DEÜ Hukuk Fakültesi Dergisi, 12(2):113-169.
- Savaşan, A., Mine, A. & Ergene, O. (2013). *Koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk*. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4(1):1-6.
- Sayım, F. (2011). *Etik ve iş etiği kavramları*. s:43-50, Sağlık Piyasası ve Etik, Bursa.
- Sebire, S.J, Toumpakari, Z., Turner, K.M., Cooper, A.R., Page, A.S., Malpass, A. & Andrew.R.C. (2018). *I've made this my lifestyle now: A prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus*. BMC Public Health, 18:204. doi 10.1186/s12889-018-5114-5.
- Sert, E.Ç.G., Durmuş, O., Dinçer, Ü. & Kıralp, M.Z. (2009). *Aydınlatılmış onamın günümüzdeki yeri. Fiziksel tıp ve rehabilitasyon pratiğindeki sık uygulamalar eşliğinde*. FTR.Bilimleri Dergisi, 12:140-50.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Sevinç, S. (2016). *Miyokart infarktüsü geçirmiş bireylerde yaşam şekli değişikliği: Pender' in Sağlığı Geliştirme Modeli*. Journal of Cardiovascular Nursing, 7(14):147-152. doi: 10.5543/khd.2016.93064.
- Sezer, C. & Amarat, M. (2018). *Sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi ilişkisi üzerine bir çalışma*. 2.Ululararası 12.Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 11-13 Ekim 2018.
- Sezgin, D. (2010). Sağlık iletişimi paradigmaları ve Türkiye: Medyada sağlık haberlerinin analizi. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Shangguan, L., Ning, G.Z., Tang, Y., Wang, Z., Luo, Z.J & Zhou, Y. (2017). *Discover cervical disc arthroplasty versus anterior cervical discectomy and fusion in symptomatic cervical disc diseases: A meta- analysis*. PloS One, 12(3): doi: 10.1371/journal.pone.0174822.
- Sharifi N, Sharifi F., Jamali, J. & Khajeh Z. (2019). *The impact of education on modification of lifestyle personality dimensions associated with osteoporosis in female students*. Journal of Midwifery and Reproductive Health, 7(4): 1888-1895. doi: 10.22038/jmrh.2019.33974.1371.
- Skillgate, E., Pico-Espinosa,O.J., Hallgvist,J., Bohman, T. & Holm, L.W. (2017). *Healthy lifestyle behavior and risk of long duration troublesome neck pain or low back pain among men and women: results from the Stocholm Public Hearth Cohort*. Clin Epidemiol, 9: 491–500, doi: 10.2147/CLEP. S145264.
- Skinner, B.F., (2014). Science and human behaviour. Library of congress catalog and number: 53-7045, <http://www.bfskinner.org/newtestsite/wp-content/uploads/2014/02/ScienceHumanBehavior.pdf>.
- Steinbrook R. (2006). *Healthcare reform in Massachusetts a work in progress*. The New England Journal of Medicine, 18; 354(20):2095-8., doi: 10.1056/NEJMp068097.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Steltenpohl, C., N., Shuster, M., Peist, E., Pham, A., & Mikels, J., A. (2019). *Me time or we time? Age differences in motivation for exercise.* Gerontologist, 59(4): 709-717, 1–9 doi: 10.1093/geront/gny038.
- Sungur, C., Kar, A., Kıran, Ş. & Macit, M. (2019) *Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi: Klinik sağlık hizmeti alan hastalar üzerinde bir araştırma.* Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, 8(15): 43–52.
- Svalastog, A.L., Donev, D., Kristoffersen, N.J. & Gajovic, S. (2017). *Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society.* Croatian Medical Journal, 58(6):431-435, doi: 10.3325/cmj. 2017.58.431.
- Şahin,S. (2017). *Geleneksel tamamlayıcı, alternatif tıp uygulamalarına genel bakış.* Türk Aile Hekimliği Dergisi, 21(4):159-162.
- Şaylıgil, Ö. & Demirhan Erdemir, A. (2019). *Klinik uygulamalarda temel bir yükümlülük. İnsan onurunun korunması aydınlatılmış onam ilişkisi.* In Çağdaş Klinik Etik (21. Yüzyılda Olgu Örnekleriyle), s:139-151, Nobel Kitapevleri, İstanbul.
- Şimşekoğlu, N., Mayda, A. S. (2016). *Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri.* Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6(1): 19-29, ISSN:2146-443X.
- Şimşekoğlu, N. (2013). Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygı düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı ABD, Düzce.
- Tababet ve Şuabatı Sanatları'nın Tarzı İcrasına Dair Kanun. Tarih:14.04.1928, numara: 1219 ve sayı: 863 www.ttb.gov.tr.
- Tabak R.H. (2006). *Sağlık İletişimi.* 3.Baskı, İstanbul, Literatür Yayınları.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Tagoe, H.A., Dake, F.A.a. (2011). *Healthy lifestyle behavior among Ghanaian adults in the phase of a health policy change*. Globalization and Health, 7(7), doi: [10.1186/1744-8603-7-7](https://doi.org/10.1186/1744-8603-7-7)
- Taş, T.A & Akış, N. (2016). *Sağlık okuryazarlığı*. STED, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 25(3):119-124.
- Taşbilek Yoncalık, M., Aslan, E. & Kaya, M. (2017). *Fizik tedavi ve rehabilitasyon alan hastaların fiziksel aktivite düzeyleri ile sağlıklı yaşam davranışı biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi, 2(3): 57-68, ISSN:2536-5339.
- Taşkın Yılmaz, F., Karakoç Kumsar, A. & Çelik, S. (2018). *Tip 2 diyabetli bireylerde kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki*. Koç Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Dergisi, 15(2): 63-70, doi: [10.5222/HEAD.2018.063](https://doi.org/10.5222/HEAD.2018.063).
- Tekke, M. (2019). *Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinin en son düzeyleri. Kendini gerçekleştirme ve kendini aşmışlık*. Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi. 7(4):1704-1712, ORCID: 0000-0003-0412-4353.
- Tepe Küçükoğlu, M. (2012). *Etik değerler ve etiğin kurumsallaşması*. Hukuk ve Araştırma Dergisi, 4(1):177-185, ISSN:2146-0817.
- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. Bakanlar Kurulu Kararı: Tarih: 13.01.1960, no: 4/1257, Dayandığı Kanunun Tarihi: 23.01.1953, no: 6023, Yayımlandığı R.G. tarihi:19.02.1960, no:10436, tertip:3, cilt:41, s:164, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.3.412578.pdf>.
- Topbaş, E. (2017). *Diyaliz hastalarının beslenmesinde davranış değişikliği*. Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 1(12):29-35.
- TÜİK, (2016). http://www.tuik.gov.tr/VeriTabanlari.do?vt_id=28&ust_id= null.
- Türk Medeni Kanunu. Kabul tarihi: 22.11.2001, numarası : 4721:22/11/2001, yayımlandığı, R.G. : Tarih : 8/12/2001 Sayı : 24607, Yayımlandığı Düstur : tertip: 5, cilt: 41 <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721.pdf>.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Türkmenoğlu, A. (2019). Tıp II diyabet tanısı konulmuş bireylerin sağlığı geliştiren davranışlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrah Paşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Türkol, E. (2012). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ruhsal sağlık durumu. Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Malatya.
- Uğurlu, Z. & Akgün, S.H. (2019). *Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi*. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(1): 96-106, doi:10.26559/mersinsbd. 449973.
- Urban & Fisher, F. Paulsen, J. Waschke (2001). *Sobotto İnsan Anatomisi Atlası*. cilt:2, s:2-25, baskı:5, Beta Basım Yayın Dağıtım, A.Ş., İstanbul.
- Urgan, S., Sevim. Ş. (2019). *Uluslararası sağlık kuruluşlarında sosyal sermaye ve pozitif psikolojik sermaye etkileşiminde kültürel zekâ*. s:19, T.C Turizm ve Kültür Bakanlığı, sertifika no:14824, Dizgi Ofset Matbaacılık, Konya.
- Uzun, M. (2007). *Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitimi ve egzersiz*. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 7:298-304.
- Üstünova, E. & Nahcivan, N. (2015). *Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin kronik hastalık yönetimine ilişkin değerlendirmeleri ve ilişkili faktörler*. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 23(1):11-12.
- Ülman, Y.I. (2010). *Etik, Biyoetik, Hukuk: Temel kavramlar ve yaklaşımlar*, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1): 1-4.
- Vanstone, M., Cernat, A., Nisker, J. & Schwartz, L. (2018). *Women's perspectives on the ethical implications of non-invasive prenatal testing: A qualitative analysis to inform health policy decisions*. BMC Medical Ethics, 19: 27. doi:10.1186/s12910-018-0267-4.
- Veal, A. (1993). *The concept of lifestyle: A review*. Leisure Studies, 12(4):233-252, doi: 10.1080/02614369300390231.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Weaver, CM. (2016). *Nutrition and bone health*. Wiley Online Library, Oral Disease, 23:412-415, doi: 10.1111/odi.12515.
- Whitney, S.L. (2011). *Physical therapy principles in rehabilitation*. PMC, 29(2):157–166, doi: 10.3233/nre-2011-0690.
- WHO, (1984). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107835>.
- WHO, (2013). Literacy health literacy solid facts, World Health Organization Regional Office of Europe Copenhagen WHO Publication. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf?ua=1.
- WHO, (2017). *The Bangkok charter for health promotion in a globalized world*. https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf?ua=1.
- WHO, (2018). *HEARTS Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: healthy-lifestyle counselling*; Geneva: World Health Organization, Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260422>.
- Yalçınkaya, M., Özer, F.G. & Karamanoğlu, A.,Y. (2007). *Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi*. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6): 409-420.
- Yaşar, N. (2019). Tıbbi müdahalelerde kabul ve rıza. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Bilgi Yönetimi ABD Hukuku, İzmir.
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. Bakanlar Kurulu kararı tarihi: 10.9.1982, no: 8/5319, R.G.: 13.01.1983, no: 17927 Mük., yayımlandığı düsturun tertibi: 5, cilt: 22, s. 2889. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10518/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeligi-son-degisiklerle-beraber.html>.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Yeşilfidan, D. & Adana, A. (2017). *The impact of health behaviours development training on healthy lifestyle behaviours amongst adolescents with obesity risk: A school example in a city in western Turkey*. JPMA, 67(11): 1698-1703.
- Yeşil Bayülgen, M. & Altıok, M. (2017). *Perkütan translüminal koroner anjioplasti uygulanan hastaların sağlıklı yaşam şekli davranışları ve etkileyen faktörler*. Journal of Cardiovascular Nursing, 8(16):45-54.
- Ying, Z.X., Li, H.Y., Chao, G., Lei, Z., Yue, Q. & Gong, C. (2014). *Progress in research of nutrition and life*. Expectancy Biomedical and Environmental Sciences, 27(3): 155-161, doi: 10.3967/bes2014.036.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A.F. & Greer, D.S. (2007). *Advancing health literacy: A framework for understanding and action*. New England Journal of Medicine, 356(7): 757-758.
- Zaybak, A., Fadiloğlu, Ç. (2004). *Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 20(1):77-95.
- Zdanowska, J., Stangierski, A., Sowinski, J., Glowacka, M.D., Warmuz Stangierska, I., Czarnywojtek, A., Ruchala, M., Kowaleski, C. & Stangierski, R. (2010). *Subclinical hyperthyroid patients' knowledge about radioiodine therapy-the key role of medical information*. Neuro Endocrinol Lett., 31(6): 775-81.
- Zeybek, A. (2017). *Servikal intervertebral disk morfolojisinin manyetik rezonans görüntüleme ile incelenmesi*. Eurasian Journal of Pulmonology, doi:10.5152/jarem.2017.1358, Corpus ID: 79445708.
- Zolnierek, C. (2011). *The importance knowing the patient*. Issues in Mental Health Nursing, 32:392-393, doi: 10.3109/01612840.2011.565543.
- <https://www.turkishfamilyphysician.com/wp-content/uploads/2016/08.C5-S52-stresle-bas-etmede-psikiyatrik-yaklasim.pdf>.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

https://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf).

<https://www.edperspectives.org.uk/page.cfm?pageid=edp-npsd>.

<https://www.fao.org/3a-i4175e.pdf>.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/107835>.

<https://www.dictionary.cambridge.org>.

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/hastalıklarda-beslenme.html>.

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/yeterli-ve-dengeli-beslenme-nedir.html>.

<https://iris.peabody.vanderbilt.edu/wp-content/uploads/2013/05/ICS-015.pdf>.

[https://sozluk.gov.tr/\(TDK\)](https://sozluk.gov.tr/(TDK)).

<https://www.etymonline.com>

<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com>.

<https://www.uregina.ca/student/counselling/assets/docs/pdf/what-is-stress.pdf>.

<https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/file>.

<https://www.etimolojiturkce.com>.

7. EKLER DİZİNİ

Ek-1: Etik Kurul Onayı Sayfa-1



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : 25403353-050.99-E.27763
Konu : 2018 - 131 Karar

05/03/2019

Sayın Doç.Dr.Nurdan KIRIMLIOĞLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Sorumlu Araştırmacısı olduğunuz **"Boyun Fıtığı Nedeniyle Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmeti Alan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etik Yaklaşımın Değerlendirilmesi"** başlıklı çalışma hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL
Kurul Başkanı

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre elektronik olarak imzalanmıştır. Evrak doğrulama adresi:
<https://ebysnetm.ogu.edu.tr/Home/Doğrulama/e4bd1a66-9751-42b1-9cc0-69c4f6c67b8f>

Adres	: Meselik Kampüsü PK 26480 Osmangazi	Ayrıntılı Bilgi	: Aysun SIKTTAŞ - Bilgisayar İyilestirmesi
Telefon	: 0222 2392979-4698	Faks	: 222 239 37 32
E-Posta	: asettas@ogu.edu.tr	Elektronik Ad	: http://girisimselolmayanetikkurul.ogu.edu.tr/
		KEP Adresi	: etik.osmangaziuniv.tr@b01.kap.tr

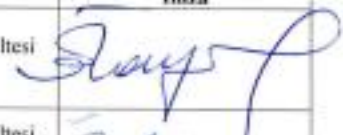







Ek-1: Etik Kurul Onayı Sayfa-2

 ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI	
KARAR FORMU	
<p>Prof.Dr.Ömer ŞAYLIGİL (Başkan) Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı</p> <p>Doç.Dr.Ömer KILIÇ (Başkan Yardımcısı) Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı / Çocuk Enfeksiyon Hast. Bilim Dalı</p> <p>Doç.Dr.Özlem ÖRSAL (Raportör) Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağ. Hıyerarşisi Anabilim Dalı</p> <p>Doç.Dr. Uğur BİLGE Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı</p> <p>Prof.Dr. Setenay DİNCER ÖNER Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı</p> <p>Prof.Dr. Hilmi ÖZDEN Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı</p> <p>Prof.Dr. Vural ŞAHİNTÜRK Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı</p> <p>Prof.Dr. Tunçtin KAŞIHOĞLU Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı / Romatoloji Bilim Dalı</p> <p>Doç.Dr. Betül Can YAMAN Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı</p> <p>Prof.Dr. Bekir YAŞAR Genel Cerrahi Uzmanı</p> <p>Av. Önder CAN Avukat</p> <p>Etik Kurul Sekreteriği Ayşın SERTTAŞ Tel: 0 222 239 29 79 / 4690</p>	<p>Başvuru Tarihi: 08.05.2018</p> <p>Çalışmanın Başlığı: YENİ ADI: "Boyun Fıtığı Nedeniyle Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmeti Alan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etik Yaklaşımın Değerlendirilmesi" ESKİ ADI: "Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etik Yaklaşım"</p> <p>Çalışmacılar: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı – Doç.Dr.Nurdan KIRIMLIOĞLU (Yüksek Lisans Tez Danışmanı), Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı - Yüksek Lisans Öğrencisi Nuran ÜNALER (Yüksek Lisans Tez Sahibi)</p> <p>Çalışmanın değerlendirildiği ilk toplantı tarihi: 15.05.2018</p> <p>Sonuç:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Araştırmanın başlığı "Boyun Fıtığı Nedeniyle Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmeti Alan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etik Yaklaşımın Değerlendirilmesi" olarak değiştirilmesi önerilmektedir.2. Etik yaklaşımın ne olduğu tanımlanmalıdır.3. Aydınlatılmış Onam Formunda araştırmanın adı değiştirilmelidir.4. Araştırmanın yapılacağı hastaneden çalışmaya katılacak bekim belirlenmelidir. <p>Çalışmacılardan gelen düzeltme metni tarihi: 05.11.2018</p> <p>Dr.Öğr.Üy.Nurdan KIRIMLIOĞLU'nun yazısı Araştırmanın başlığı "Boyun Fıtığı Nedeniyle Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmeti Alan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etik Yaklaşımın Değerlendirilmesi" olarak değiştirilmiştir. Yapılan değişiklikler ve düzeltmeler ekte sunulmuştur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.</p>

Ek-1: Etik Kurul Onayı Sayfa-3

Çalışmanın değerlendirildiği ikinci toplantı tarihi: 06.11.2018	Sonuç: 1. "Boyun Fıtığı Nedeniyle Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmeti Alan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etik Yaklaşımın Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmaya ilişkin olarak Etik Kurulumuz Etik Yaklaşımın ne olduğunun kavramsal olarak açıklığa kavuşturulmasına gereksinim duymuştur.
Çalışmacılardan gelen düzeltme metni tarihi: 21.12.2018	Dr.Öğr.Üy.Nurdan KIRIMLIOĞLU'nun yazısı "Boyun Fıtığı Nedeniyle Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmeti Alan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etik Yaklaşımın Değerlendirilmesi" başlıklı proje ile ilgili olarak istenen değişiklikler ve açıklamalar yazımız ekinde sunulmuştur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.
Çalışmanın değerlendirildiği üçüncü toplantı tarihi: 25.12.2018	Sonuç: 1. Araştırmaya ait veri toplama formunda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili sorulara yer verilmediği görülmüştür. Konuya odaklı soruların veri toplama formuna ilavesi önerilmektedir.
Çalışmacılardan gelen düzeltme metni tarihi: 15.02.2019	Doç.Dr.Nurdan KIRIMLIOĞLU'nun yazısı "Boyun Fıtığı Nedeniyle Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmeti Alan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etik Yaklaşımın Değerlendirilmesi" başlıklı proje ile ilgili olarak istenen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına ilişkin sorular eklenerek yazımız ekinde sunulmuştur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.
Çalışmanın değerlendirildiği dördüncü toplantı tarihi: 19.02.2019	Sonuç: 1. Hasta haklarına uyum zorunludur. 2. Bilgi gizliliğinin sağlanması gereken en önemli durumlardan biri görüşmeler esnasındaki gizliliklerdir. 3. Gönüllünün sağlığına ve diğer kişilik haklarına zarar verilmemesi için gereken bütün tedbirler alınmalıdır. 4. Gönüllülerin kimliği ile ilgili kayıtlar ilgili mevzuat hükümlerine göre özel hayat ve gizlilik kurallarına saygı gösterecek şekilde korunmalıdır. 5. Araştırmacılar İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (2015), Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi (2013)'ni imzalamış bu imza ile sorumluluğu kabul ettiklerini beyan etmişlerdir. 6. Araştırmacıların yetkin ve bu araştırma için yeterli oldukları anlaşılmaktadır.
Karar Tarihi: 19.02.2019 Karar No: 04	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Doç.Dr.Nurdan KIRIMLIOĞLU (Yüksek Lisans Tez Danışmanı) sorumluluğunda yürütülen "Boyun Fıtığı Nedeniyle Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmeti Alan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etik Yaklaşımın Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmanın yapılmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir. Araştırmacılara başarılar dileriz.

Ek-1: Etik Kurul Onayı Sayfa-4

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
Unvanı/Adı/Soyadı	Kurumu	İmza
1 Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL (Başkan)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
2 Doç. Dr. Ömer KILIÇ (Başkan Yardımcısı)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı/ Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı	
3 Doç. Dr. Özlem ÖRSAL (Raportör)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	
4 Doç. Dr. Uğur BİLGE	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
5 Prof. Dr. Setenay DİNÇER ÖNER	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyostatistik Anabilim Dalı	
6 Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı	
7 Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	
8 Prof. Dr. Timuçin KAŞIHOĞLU	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı / Romatoloji Bilim Dalı	
9 Doç. Dr. Batu Can YAMAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı	
10 Prof. Dr. Bekir YAŞAR	Genel Cerrahi Uzmanı	
11 Av. Önder CAN	Hukuk	

Ek-2: Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü İzni Sayfa-1



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ESKİŞEHİR
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İLE
BİLİMSEL ARAŞTIRMA SAHİBİ ARASINDA YAPILAN
BİLİMSEL ARAŞTIRMANIN YÜRÜTÜLMESİNE İLİŞKİN PROTOKOL

24. / 04 / 2019

Ek-2: Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü İzni Sayfa-2

ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İLE BİLİMSEL ARAŞTIRMA SAHİBİ ARASINDA ARAŞTIRMANIN YÜRÜTÜLMESİNE İLİŞKİN PROTOKOL

AMAC

MADDE 1- Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü ve bağlı sağlık tesislerinde gerçekleştirilmek istenen bütün bilimsel araştırmalara ait çalışmaların yürütülmesi ile ilgili iş ve işleyişi belirlemek amacıyla iş bu protokol hazırlanmıştır.

KAPSAM

MADDE 2- Bilimsel araştırmaya ait çalışmanın yapılacağı sağlık tesisinden ön izni alınmış olan ve Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü Başvuru İnceleme Komisyonunda onaylanmış olan bilimsel araştırmaları içine alan bu protokolün kapsamı, araştırma sahibinin gerek araştırma süresince gerekse araştırma sonunda yerine getireceği hususlardan oluşmaktadır.

DAYANAK

MADDE 3- Bu protokol belgesi, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Destek ve İdari Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığının,

- 02/03/2016 tarihli ve 41304669/604.02.99/798/00020138316 sayılı yazısı,
- 29/06/2015 tarihli ve 41304669/774.99/1788/00011535738 sayılı yazısı,
- Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu Hasta Deneyimi HHD08 standardı,
- Sağlık Bakanlığı Makamının 20/02/2013 tarihli ve 1488 sayılı Onayına ilişkin Yönergeye dayanılarak hazırlanmıştır.

TANIMLAR

MADDE 3- Bu protokolda geçen,

İl Sağlık Müdürlüğü: Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğünü

Sağlık Tesisi: İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini veren hastane/merkez ve bağlı birimlerini ve 112 acil istasyonlarını

Araştırmacı: Bilimsel araştırmanın sahibi ya da yürütücüsünü

Araştırma Yürütücüsü: Araştırma yöntemini uygulayan kişiyi (anketör, gözlemci, mülakatı yapan v.b)

Araştırma Sahibi: Araştırma yürütücüsünün danışmanı olan kişi ya da kurumu.

Çalışma: Araştırma sahibinin/yürütücüsünün bilimsel araştırmasıyla ilgili İl Sağlık Müdürlüğü veya bağlı sağlık tesislerinde uygulamaya geçireceği araştırma yöntemini ifade eder.

TARAFLAR

MADDE 4- Bu protokolün tarafları Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü ile Araştırmacı Nuran ÜNALER

Tarafların tebligat ve haberleşme bilgileri aşağıdaki gibidir.

a) Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü:

Adres: Kızıltoprak Mah. Atatürk Cad. No: 59 Odunpazarı/ESKİŞEHİR

Tel: (0222) 3201012 Fax: (0222) 3351540 E-posta adresi: eskisehir@sağlık.gov.tr

Araştırmacı kişi/kurum: Nuran ÜNALER

b) Adres: Yenibağlar Mahallesi Armağanlı Caddesi No: 18 Konya/Ereğli

Tel: 0555 457 35 84 E-posta adresi: Anadolu_anatolyas@hotmail.com

Ek-2: Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü İzni Sayfa-3

YÜKÜMLÜLÜKLER

MADDE 5- Araştırmacı, çalışması ile ilgili etik kurul ve diğer izinlerin gerekip gerekmediğini kendisi araştırır ve izinlerin sorumluluğunu üstlenir.

MADDE 6- Çalışmayı gerçekleştiren araştırmacı kişi/kurum, protokolda imzası bulunan kişi/kurum ile aynı kişi/kurum olacaktır.

MADDE 7- Çalışma yürütülürken İl Sağlık Müdürlüğü Başvuru İnceleme Komisyonunca izin verilen kapsamın dışına çıkılmayacaktır.

- Kapsam dışı bölüm ya da birimlerde çalışma yapılmayacaktır
- Çalışmanın evrenine kapsam dışı örneklem dahil edilmeyecektir
- Kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

MADDE 8- Hastanın araştırma ve deneysel çalışmalara katılımı ile hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hastanın kendisi ya da yasal vasisinden aydınlatılmış onam formu alınacak ayrıca hasta mahremiyetine özen gösterilecektir.

MADDE 9- Çalışmanın süresi sağlık tesisi ön izin formunda ve İl Sağlık Müdürlüğü Başvuru İnceleme Komisyonu kararında belirtilen tarih aralığı ile sınırlıdır.

MADDE 10- Çalışmaya katılımda gönüllülük esas alınacak, gönüllü katılımı olumsuz etkileyecek ve fiziksel/ruhsal sağlığı tehdit edecek soru, durum ve tutumlardan kaçınılacaktır.

MADDE 11- Çalışma içeriğinde katılımcıya ait kişisel bilgilere yer verilmeyecek (ad-soyad, telefon, adres v.b), özel hayatın korunmasına özen gösterilecektir.

MADDE 12- Çalışma kurumun esas faaliyetini aksatmayacak şekilde yürütülecektir.

MADDE 13- Çalışmanın yapıldığı alanda, araştırmacıdan/çalışmadan kaynaklanabilecek fiziki zararlar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

MADDE 14- Çalışma İl Sağlık Müdürlüğü tarafından onaylanmasına/protokol imzalanmasına rağmen başlatılmadığında, her hangi bir sebeple yarıda bırakıldığında veya araştırmacı değişikliğine gidildiğinde, araştırmacı durumu Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğüne yazılı olarak beyan etmekle yükümlüdür.

MADDE 15- Araştırma sonucunun teslimi ile ilgili olarak.

- Klinik araştırmalarda, araştırma sona erdikten en geç otuz gün içerisinde, sorumlu araştırmacı hazırlayacağı ayrıntılı sonuç raporunu İl Sağlık Müdürlüğüne vermekle mükelleftir. Uzun süreli klinik araştırmalarda, sonuç raporu dışında, altışar aylık dönemlerde ara rapor da vermesi gereklidir.
- Klinik araştırmalar dışındaki araştırmalarda, İl Sağlık Müdürlüğü ya da sağlık tesisi tarafından istendiği takdirde, araştırma sona erdikten en geç otuz gün içerisinde araştırma sonucunun bir örneği araştırmacı tarafından isteyen kuruma teslim edilecektir.

MADDE 16- Araştırmanın sonucu Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü'nün bilgisi/izni dışında yayınlanmayacak/ilan edilmeyecektir.

Ek-2: Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü İzni Sayfa-4

MADDE 17- Destekleyici ile yürütülecek araştırmalarda Sağlık Bakanlığı Makamının 20/02/2013 tarihli ve 1488 sayılı Onayı ile yürürlüğe giren "Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalarla İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge" hükümleri geçerlidir.

a) Sağlık Bakanlığı tarafından bütçe bedeli belirlenen çalışmalarda, çalışmanın gerçekleştirildiği kuruma yapılan ödeme belgeleri, çalışmanın bitimini takiben, araştırma tarafından İl Sağlık Müdürlüğüne ibraz edilecektir.

b) Bu protokolün tüm hükümleri destekleyici ile yürütülecek araştırmalarda da geçerlidir.

MADDE 18- Gerekli gördüğünde, tarafların mutabakatı ile protokol belgesinde değişikliğe gidilebilir.

MADDE 19- Yapılacak olan çalışma Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü ve sağlık tesisine herhangi bir maddi yükümlülük getirmeyecektir.

MADDE 20- Protokol hükümlerine aykırı hareket edildiğinin tespiti halinde Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü bu protokolü tek taraflı fesih hakkına sahiptir.

MADDE 21- Bu protokolden kaynaklanacak sorunların çözümünde, idari olarak Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü, adli hususlarda ise Eskişehir Mahkemeleri yetkilidir.

MADDE 22- Bu protokol 22 (yirmi iki) madde ve 3 (üç) sayfadan ibaret olup hükümleri taraflarca okunmuş ve uygulanmak üzere 24/04/2019 tarihinde iki nüsha olarak imzalanarak yürürlüğe girmiştir.


Doç.Dr. Uğur BİLGE
İl Sağlık Müdürü
İmza Mühürü

Nuran ÜNALER

Bilimsel Araştırma

İmza

Ek-3: Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi Hasta Bilgilendirme Onam Formu Sayfa-1

	ESKİŞEHİR YUNUS EMRE DEVLET HASTANESİ FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON KLİNİĞİ HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU			
Doküman Kodu: HD.RB.04.01	Yayın Tarihi: 06.12.2017	Rev. No: 1	Rev. Tarihi: 24.04.2019	Sayfa: 1 / 2



Sayın Hasta/Hasta Yakını,

Bu belgeyi lütfen dikkatlice okuyunuz. Bu onam formu size/hastanıza önerilen tıbbi tanı/tedaviye yönelik işlem hakkında sizi ayrıntılı olarak bilgilendirmek ve sağlığınızla ilgili konularda sizi daha bilinçli bir şekilde karara ortak etmek amacıyla hazırlanmıştır. Bu formu okuyup, imzaladığınızda önerilen tıbbi tanı/tedavinin yararları ve olası riskleri konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına rıza gösterdiğinizi beyan etmiş olacaksınız. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu size ait olacak şekilde uygulanması planlanan bu işlemi reddedebilir veya rızanızı geri çekebilirsiniz.

1. GENEL BİLGİLER ve İŞLEMİN YAPILIŞI:

Mevcut hastalığınızın tedavisine destek için size/hastanıza fizik tedavi ve/veya rehabilitasyon programı uygulanacaktır. Fizik tedavi, insanların daha aktif, bağımsız ve ağrısız olmaları için yapılan ve vücuda dıştan uygulanan bir tedavidir. Hastalığınızın durumuna göre size/hastanıza uygun fizik tedavi ve rehabilitasyon programı doktorunuz tarafından planlanmıştır. Bu tedavi programı ilaç, fizik tedavi ajanları, terapötik egzersizlerden birini veya bir kaçını içerebilir. Size uygulanacak fizik tedavi; soğuk tatbiki, yüzeysel ısı (infraruj, sıcak paket, parafin, girdap banyosu), derin ısı (ultrason, kısa dalga diatermi, radar), Elektroterapi (TENS, diadinami elektrostimülasyon, vakum-enterferans, galvanik-faradik akım), Mekanoterapi (mobilizasyon ve manipülasyon, traksiyon, pnömatik kompresyon, splint, brens, korse, banda), baston v.s. destekleri), Magnetoterapi, Şok Dalga Tedavisi [ESWT (Extracorporeal Shockwave Therapy)] ve tedavi edici egzersiz uygulamaları gibi fizik tedavi yöntemlerinden bir veya bir kaçını içerebilir.

2. İŞLEM KİM TARAFINDAN ve NEREDE YAPILACAK?

Fiziksel tıp ve rehabilitasyon uygulamaları tedavi ünitemizde Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanı gözetiminde fizyoterapist, fizik tedavi teknikeri ve/veya fizik tedavi hemşireleri tarafından uygulanacaktır.

3. İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR NELERDİR?

Fiziksel tıp ve rehabilitasyon uygulamaları tıbbi ve cerrahi yöntemlerle tedavi edilemeyen bir çok hastalıkta, kronik ağrı durumlarında, fonksiyonel kısıtlılıkta etkili bir tedaviye olanak sağlar. Tedavi uygulamalarının sonucunda tam ya da kısmi iyileşme garantisinin olmayacağı bilinmelidir.

4. İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILACAK SORUNLAR NELERDİR?

Önerilen tedavi yönteminin kabul edilmediği durumlarda uygun tedavi yapılamamasına bağlı sağlığınızdaki bozukluğun, ağrının ve fonksiyon kayıplarının devam etmesi veya ilerlemesi söz konusu olabilir.

5. İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ VARSA NELERDİR?

Bu hastalığınızın tedavisi için çeşitli ilaç tedavilerinin, bazı durumlarda cerrahi yaklaşımların tedaviye alternatif oluşturması söz konusudur. Bu hastalıkların tamamı multidisipliner (bir çok kliniği ilgilendiren) hastalıklardır. Tanı, tedavi ve takipleri sırasında gerekli görüldüğünde diğer ilgili servislerden de tıbbi destek alınmaktadır.

6. İŞLEMİN RİSKLERİ-KOMPLİKASYONLARI NELERDİR?

İlaç, fizik tedavi ve rehabilitasyon, egzersiz, bantlama, enjeksiyon ve yardımcı cihaz girişimleriyle ilgili olarak yapılması planlanan tıbbi uygulamalar sırasında ve sonrasında cilt kızarıklıkları, hassasiyet, cilt yanıkları, yanıcı-batıcı ağrı, kalp ritim bozuklukları, ciltte aşırı duyarlılık, kan basıncı değişiklikleri, eklemler kısıtlılıklarının açılması sırasında yumuşak doku, bağ-kas-tendon kemik hasarlanması-kopması, kırık, alerjik deri reaksiyonları, elektrik çarpması, düşme, ağrıda artış, altta yatan hastalıkta kötüleşme, nörolojik durumda bozulma, tedaviden fayda görememe, enjeksiyon ve basınç yararı ve diğer yaralanmalar, idrar ve dışkı kontrolünün kaybı, alerjik yan etkiler, ilaç yan etkileri, bilinç kaybı, cinsel işlev bozukluğu, uyku bozukluğu, solunum yetmezliği, kalp yetmezliği, ölüm gibi risk ve tehlikeli durumlar ortaya çıkabilir.

Bu komplikasyonlar fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarına göre hastalarda literatür bilgisi olarak seyrekte olsa görülebilen komplikasyonlar ve sorunlar olarak nitelendirilmektedir.

7. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ NE KADARDIR?

Uygulama süresi tahmini olarak 60 dakikadır.

8. DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR?

Ateşli hastalıkları, alevli dönemde iltihabi romatizmal hastalıkları ve ağır kansızlığı olanlar, ağır kalp, karaciğer, akciğer hastalıkları, kanser ve habis hastalıkları olanlar ve kanamalı ve kanamaya meyilli hastalıkları olan kadınların yoğun adet dönemleri, gebelik ve doğum sonrası ilk dönemlerinde bulunanlar, koroner arter hastalığı, kalp krizi öyküsü ve yakın zamanda kalp anjini-spazmı geçirmiş olanlar ile kalp pili olanlar, önyak hipertansiyonu veya kan basıncı sürekli 150/90 mm/Hg üzerindeki hastalar, yaygın varisleri, iltihabi ve tıkaçıcı damar hastalıkları bulunanlar, kontrol altına alınmamış insüline bağımlı şeker hastaları akut veya kronik idrar yolları hastalıkları ve bağırsak tıkanıklıkları, açık yaraları, kanaması ve bulaşıcı hastalığı olanlar, ayrıca 6-12 aydan beri kan sulandırıcı ilaç kullanan yüksek risk faktörüne sahip serebrovasküler hastalığı olan yarım felçli, epilepsi ve benzeri nöbet geçiren hastalar ile akıl hastaları ve diğer psikolojik rahatsızlıkları bulunanlar işlem öncesi hekimini bilgilendirmelidir.

Ek-3: Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi Hasta Bilgilendirme Onam Formu Sayfa-2

	ESKİŞEHİR YUNUS EMRE DEVLET HASTANESİ FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON KLİNİĞİ HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU			
Doküman Kodu: HD.RH.04.01	Yayın Tarihi: 06.12.2017	Rev. No: 1	Rev. Tarihi: 24.04.2019	Sayfa: 2 / 2

Tedavi öncesi sürekli kullanım gerektiren ilaçları olanlar hekimine söylemeli ve/veya göstermelidir. Hekimin bilgisi dışında ilaç alınmamalıdır.

Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma hekiminize veya hekiminizin branşındaki diğer hekimlerin polikliniklerine başvurarak ulaşabilirsiniz.

BU BÖLÜM HASTANIN HEKİMİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR:

Bu belgede yazılı olan konuları hastanın/hasta yakınının anlayacağı dilde anlattım. İşlemin risk ve komplikasyonlarından bahsettim. Özellikle kaygı duyduğu konularda soru sormasını sağladım.

	AD-SOYAD-ÜNVAN	TARİH -SAAT	İMZA
HEKİM			

BU BÖLÜM HASTA/HASTA YAKINI TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR:

Sayın hasta/hasta yakını "Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hasta Bilgilendirme ve Onam Formu" ile ilgili aşağıdaki kutuya kendi el yazınızla "Okudum, Anladım Ve Onay Veriyorum. Bu Belgenin Bir Nüshasını Teslim Aldım" yazınız. (Hastanın okuma yazma bilmediği, görme engelli olduğu ya da herhangi bir nedenle elini kullanamadığı durumda bilgilendirmenin sözlü olarak yapıldığı bilgisi ya da durumu ilgili açıklama şahit tarafından bu alana yazılı olarak belirtilmelidir)

	AD-SOYAD	YAKINLIK DERECESİ	TARİH -SAAT	İMZA
Hasta/Hasta Yakını*				
Şahit				

BU BÖLÜM İŞLEMİ/TEDAVİYİ REDDETME DURUMUNDA HASTA/HASTA YAKINI TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR:

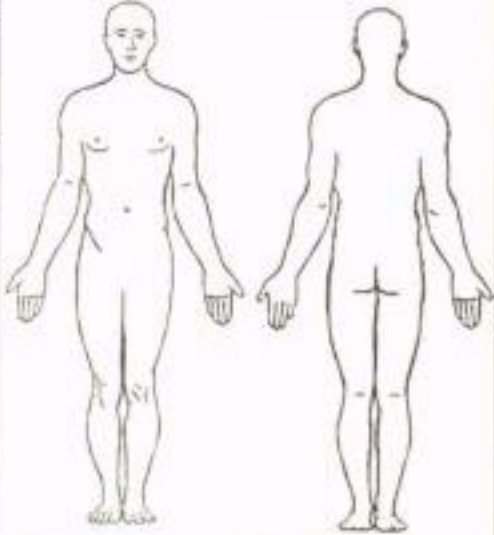
Önerilen işlemi/girişimi/tedaviyi reddediyorsanız aşağıdaki kutuya kendi el yazınızla "Bu İşlem Uygulanmadığında Doğabilecek Tüm Sonuçlar Bana Anlatıldığı Halde İşlemin Uygulanmasına Onay Vermiyorum" yazınız.

	AD-SOYAD	YAKINLIK DERECESİ	TARİH -SAAT	İMZA
Hasta/Hasta Yakını*				
Şahit				

*Hasta Yakını: Regit olmayanlar için anne-baba, vesayet altındakiler için yasal temsilci (vasi), bunların bulunmadığı durumda birinci derece kanuni mirasçılardır.

NOT: Bu form iki nüsha düzenlenir ve bir nüshası hastaya/hasta yakını(*)'na verilir.

Ek-3: Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi Hasta Bilgilendirme Onam Formu Sayfa-4

YÜZEYSEL SICAK SOĞUK		REHABİLİTASYON UYGULAMALARI	
<input type="checkbox"/>	COLDPACK	<input type="checkbox"/>	PROGRESİF DİRENÇLİ EGZERSİZ
<input type="checkbox"/>	HOTPACK	<input type="checkbox"/>	GERME EGZERSİZLERİ
<input type="checkbox"/>	ENFRARUJ	<input type="checkbox"/>	EKLEM HAREKET AÇIKLIĞI EGZERSİZİ
<input type="checkbox"/>	PARAFİN	<input type="checkbox"/>	GEVŞEME EGZERSİZLERİ
<input type="checkbox"/>	BAKER	<input type="checkbox"/>	MEKANİK EGZERSİZ İSTASYONU
HİDROTERAPİ		<input type="checkbox"/>	NÖROFİZYOLOJİK EGZERSİZ
<input type="checkbox"/>	WHIRPOOL	<input type="checkbox"/>	EMG BİOFEEDBACK
ELEKTROTERAPİ		<input type="checkbox"/>	CPM
<input type="checkbox"/>	TENS	<input type="checkbox"/>	İŞ-ÜĞRAŞI TEDAVİSİ
<input type="checkbox"/>	KISA DALGA DİATERMİ	<input type="checkbox"/>	DENGE-KOORDİNASYON EĞİTİMİ
<input type="checkbox"/>	DİYADİNAMİK AKIM	<input type="checkbox"/>	SKOLYOZ EGZERSİZLERİ
<input type="checkbox"/>	İNTERFERANSİYEL AKIM	<input type="checkbox"/>	SOLUNUM EGZERSİZLERİ
<input type="checkbox"/>	TERAPÖTİK ELEKTRİK STİM.	<input type="checkbox"/>	YÜRÜME EGZERSİZLERİ
<input type="checkbox"/>	GALVANİK AKIM	<input type="checkbox"/>	POSTURAL DRENAJ
<input type="checkbox"/>	FARADİK AKIM	<input type="checkbox"/>	PNF
		<input type="checkbox"/>	LÖKOMAT (YÜRÜME ROBOTU)
		<input type="checkbox"/>	DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ
		<input type="checkbox"/>	ARMEO (ÜST EXTREMİTE ROBOTU)
<input type="checkbox"/>	ULTRASON		
<input type="checkbox"/>	TRAKSİYON		
<input type="checkbox"/>	ESWT		
<input type="checkbox"/>	LASER		
<input type="checkbox"/>	PNÖMATİK KOMPRESYON		
DİKKATİ:			

Ek-4: Anket Soru Formu

Bu araştırma Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümünde Boyun Fıtığı Nedeniyle Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmeti Alan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etik Yaklaşımın Değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Yanlış ya da doğru cevap bulunmamaktadır. Tamamen gönüllülük esasına dayalı katılımınız ve samimi görüşleriniz için teşekkür ederiz.

1.Cinsiyetiniz?

Kadın Erkek

2.Yaşınız? (Belirtiniz)

.....

3.Medeni durumunuz?

Evli Bekâr

4.Çocuğunuz var mı?

Evet Hayır

5. Eğitim durumunuz?

Okur-yazar değil

Okur-yazar

İlkokul

Ortaokul

Lise ve Dengi

Lisans (Fakülte, Yüksekokul)

Lisansüstü

6. . Mesleğiniz?

Ev hanımı

Emekli

Yöneticiler

Profesyonel meslek mensupları

Teknisyen, tekniker, yardımcı profesyoneller

Büro hizmetinde çalışanlar

Sanatkar ve ilgili işlerde çalışanlar

Hizmet ve satış elemanı nitelikli tarım, orman ve su işlerinde çalışanlar

Tesis, makine operatörleri ve montajcılar

Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar

Diğer belirtiniz.....

7.Gelir durumunuz?

0-1800 TL 1801-2800 TL 2801-4300 TL 4301+ TL

8.Yaşadığınız yer?

Şehir merkezi İlçe merkezi Mahalle (Köy)

9.Botun fıtığı tanısını ne zaman aldınız?

.....

10.Hastalığınızın nedenini biliyor musunuz?

Evet Hayır (cevabınız hayır ise 12. soruya geçiniz)

11. Yanıtınız evet ise nedenlerini yazınız.

.....

12.Boyun fitiği risk faktörlerini biliyor musunuz?

Evet Hayır (cevabınız hayır ise 14.soruya geçiniz)

13. Yanıtınız evet ise nedenlerini yazınız..

.....

14-Son 5 yılda boyun fitiği için kaç defa fizik tedavi ve rehabilitasyon almanız gerekti?

1 2 3 4 5

15-Hekim tarafından hastalığınız hakkında bilgilendirildiniz mi?

Evet Hayır (cevabınız hayır ise 17. soruya geçiniz)

16-Evet ise bu bilgilendirme davranışlarınızı değiştirmenizde etkili oldu mu?

Evet Hayır

17-Hekim tarafından hastalık risk faktörleri hakkında bilgilendirildiniz mi?

Evet Hayır (cevabınız hayır ise 19. soruya geçiniz)

18-Evet ise bu bilgilendirme davranışlarınızı değiştirmenizde etkili oldu mu?

Evet Hayır

19- Hekim tarafından fizik tedavi ve rehabilitasyonun alternatifi (medikal ve cerrahi)olan tedaviler hakkında bilgilendirildiniz mi?

Evet Hayır (cevabınız hayır ise 21.soruya geçiniz)

20-Evet ise bu bilgilendirme davranışlarınızı değiştirmenizde etkili oldu mu?

Evet Hayır

21- Hekim tarafından size yapılacak tedavinin türü, şekli, yöntemi, aciliyeti, süresi vb. konularda bilgilendirildiniz mi?

Evet Hayır (cevabınız hayır ise 23. soruya geçiniz)

22-Evet ise bu bilgilendirme davranışlarınızı değiştirmenizde etkili oldu mu?

Evet Hayır

23- Hekim tarafından fizik tedavi ve rehabilitasyonun başarı şansı, faydası, riskleri ve sonuçları konusunda bilgilendirildiniz mi?

Evet Hayır (cevabınız hayır ise 25. soruya geçiniz)

24-Evet ise bu bilgilendirme davranışlarınızı değiştirmenizde etkili oldu mu?

Evet Hayır

25- Sağlık çalışanları tarafından hastalığınızın tekrarlamaması ya da ağırlaşmaması için tedavi süreci ve sonrasında almanız gereken önlemler ve dikkat etmeniz gereken davranış şekilleri konusunda bilgilendirildiniz mi?

Evet Hayır (cevabınız hayır ise 27. soruya geçiniz)

26-Evet ise bu bilgilendirme davranışlarınızı değiştirmenizde etkili oldu mu?

Evet Hayır

27-Size verilen bilgiler açık ve anlaşılır mıydı?

Evet Hayır

28-Fizik tedavi ve rehabilitasyon sürecinde yapılacak işlemlerle ilgili olarak sizden izin alındı mı?

Evet Hayır

29-Aşağıdaki davranışlardan hangisi sağlıklı yaşam için hangisi önemlidir? (Bir ya da birden fazlasını işaretleyebilirsiniz)

- Sağlık sorumluluğu
 Fiziksel aktivite
 Beslenme
 Manevi gelişim
 Kişilerarası ilişkiler
 Stres yönetimi
 Hepsi
 Hiçbiri
 Diğer (belirtiniz).....

30-Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları konusunda sağlık çalışanları tarafından bilgilendirildiniz mi?

Evet Hayır (cevabınız hayır ise 32. soruya geçiniz)

31-Evet ise bu bilgilendirme davranışlarınızı değiştirmede etkili oldu mu?

Evet Hayır

32-Sağlığını korumak için hayatınızı planlamak önemli midir ?

Evet Hayır (cevabınız hayır ise 34. soruya geçiniz)

33-Evet ise bu planlamayı yaparak davranışlarınızı değiştirdiniz mi?

Evet Hayır

34-Doğru fiziksel aktiviteler hastalığınızı önleme ve tedavi sürecinde etkili midir?

Evet Hayır (cevabınız hayır ise 36. soruya geçiniz)

35-Evet ise fiziksel aktivitelere başladınız mı?

Evet Hayır

36-Beslenme şekli hastalığınızı önleme ve tedavi sürecinde etkili midir?

Evet Hayır (cevabınız hayır ise 38. soruya geçiniz)

37-Evet ise beslenmenizi değiştirdiniz mi?

Evet Hayır

38- Kendinizi güçlü hissetmek hastalığınızın sürecini ve sonucunu etkiler mi?

Evet Hayır (cevabınız hayır ise 40. soruya geçiniz)

39-Evet ise kendinizi bu güçte hissedebilmek için davranışlarınızı değiştirdiniz mi?

Evet Hayır

40-Ailenize, arkadaşlarınıza, sevdiklerinize vs. vakit ayırmak sağlığınızı etkiler mi?

Evet Hayır (cevabınız hayır ise 42. soruya geçiniz)

41-Evet ise vakit ayırmak adına davranışlarınızı değiştirdiniz mi?

Evet Hayır

42-Kişinin içinde bulunduğu durum ve koşullar sağlığı üzerinde etkili midir?

Evet Hayır (cevabınız hayır ise 44. soruya geçiniz)

43-Evet ise bu durum ve koşullarda davranışlarınızı değiştirdiniz mi?

Evet Hayır

44-Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları hakkında herhangi bir eğitim aldınız mı?

Evet Hayır

45-Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları hakkında eğitim almanın sağlıklı yaşam sürmenize faydalı olacağına inanıyor musunuz?

Evet Hayır

Ek-5: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Aşağıdaki sorularda su anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Soruları eksiksiz ve kendi hayatınızdaki doğruluğunu düşünerek yanıtlamanız çok önemlidir. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği işaretleyerek (X) belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 puan şeklinde değerlendirilmektedir. Yardımcı olduğunuz için şimdiden teşekkür ederiz.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm)				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzmeye, dans etmeye, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

8. ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-soyadı Nuran ÜNALER
Doğum Yeri ve Doğum tarihi Ereğli/Konya 07.01.1977

Uyruğu Türkiye Cumhuriyeti

Medeni durumu Bekâr

İletişim adresleri +90 5554573584
Ereğli Devlet Hastanesi
Toros mah. Şehit Metin Düzgün Cad.
anadolu_anatolyas@hotmail.com

Eğitim Durumu

İlköğretim Yavuz Selim İlköğretim Okulu

Ortaöğretim Karapınar Lisesi

Lise GATA SML(1995)

Lisans Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi(2012)

Önlisans Anadolu Üniversitesi,Açıköğretim Fakültesi
Hemşirelik(

Yüksek lisans Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp
Tarihi ve Etik (2016-2020)

Yabancı diller İngilizce (Orta)

Mesleki Deneyim

Hemşire GATA/ANKARA (1995-1996)

Hemşire İskenderun Deniz Hastanesi (1996-2000)

Hemşire Gölcük Deniz Hastanesi (2000-2010)

De.Me. Eskişehir Hava Hastanesi(2010-2016)

De.Me. Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi(2016-2017)

De.Me. Ereğli Devlet Hastanesi (2017-devam ediyor)

Üye Olunan Bilimsel
Kuruluşlar

Bilimsel Etkinlikler

Yayınlar

Kurslar ve Eğitim
Programları