Balkan Journal of Social Sciences

BJSS

Derginin ana sayfası: http://dergipark.gov.tr/bsbd

Araştırma Makalesi ● Research Article

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi: Klinik Sağlık Hizmeti Alan Hastalar Üzerinde Bir Araştırma

Evaluation of Healthy Lifestyle Behaviours: A Research on Hospitalized Patients

Cuma Sungur [a], Ahmet Kar [b,*], Şafak Kıran [c], Mustafa Macit [d]

[a] Arş.Gör.Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, 46100, Kahramanmaraş/Türkiye.
ORCID: 0000-0002-1992-0742
[b] Dr. Öğr. Üyesi, Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, 71300, Kırıkkale/Türkiye.
ORCID: 0000-0002-3734-497X
[c] Arş.Gör., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, 46100, Kahramanmaraş/Türkiye.
ORCID: 0000-0003-4805-0464
[d] Dr. Öğr. Üyesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, 46100, Kahramanmaraş/Türkiye.
ORCID: 0000-0002-5672-5161

MAKALE BİLGİSİ

Makale Geçmişi:
Başvuru tarihi: 21 Mayıs 2018
Düzeltme tarihi: 21 Kasım 2018
Kabul tarihi: 14 Aralık 2018

Anahtar Kelimeler:
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
Klinik Sağlık Hizmetleri
Mortalite
Morbidite

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, morbidite ve mortalite oranlarının daha yüksek olduğu klinik birimlerden sağlık hizmeti alan bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı (SYBD) alışkanlıklarını incelemek ve buna etki eden faktörleri ortaya koymaktır. Bu amaçla bir eğitim araştırma hastanesinin göğüs hastalıkları-göğüs cerrahisi, onkoloji-hematoloji, kalp-damar cerrahisi ve kardiyoloji klinikleri olmak üzere toplamda 4 farklı klinikte sağlık hizmeti alan 137 kişi üzerinde SYBD ölçeği uygulanmıştır. Anket verileri SPSS 21 paket programı ile analiz edilmiş, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır. Demografik özellikler ve hizmet alınan klinik açısından SYBD'nin gruplar arasında farklılık gösterdiği bulunmuştur. Bu bağlamda özellikle potansiyel sağlık riski olan 65 yaş üstü kişiler ile onkoloji ve kalp damar hastalık riski gruplarının SYBD açısından özendirilmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir.

ARTICLE INFO

Article history:
Received May 21, 2018
Received in revised form November 21, 2018
Accepted December 14, 2018

Keywords:
Healthy Lifestyle Behaviours
Clinical Health Services
Mortality
Morbidity

ABSTRACT

The aim of this study is to investigate the healthy lifestyle behaviours (HLB) of patients who received health care from clinical units with higher morbidity and mortality rates and to put forth the factors which affect the HLB. To this end, SYBD scale was applied to 137 people who received health services in 4 clinics, including thoracic diseases-thoracic surgery, oncology-haematology, cardiovascular surgery and cardiology clinics in a training and research hospital. The survey data analyzed with SPSS 21 package program, One-Way ANOVA and Kruskal Wallis tests were applied. It was found that SYBD varied between the groups in terms of demographic characteristics and clinical service. In this context, it is considered that especially those with 65 years of age who have potential health risks and the risk groups of oncology and cardiovascular disease should be encouraged with regard to HLB.

1. Giriş

Yaşam tarzı, bireylerin kontrolü altında olan ve bireylerin sağlık risklerini etkileyen tüm davranışlardır. Bütüncül (holistik) sağlık yaklaşımına göre sağlığı korumaya (risk azaltma ve önleme) ve sağlığın teşvikine yönelik davranışlar sağlıklı bir yaşam tarzının ayrılmaz bir parçasıdır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi toplumun genel sağlık statüsüsün

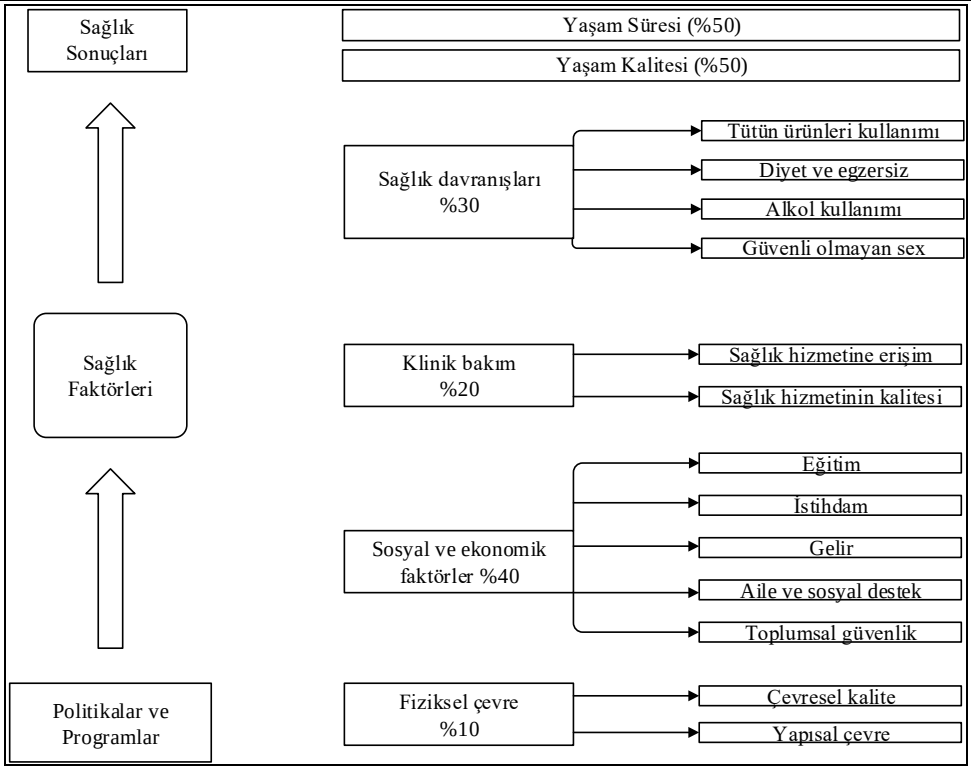
* *Sorumlu yazar/Corresponding author*.
e-posta: ahmetkar@kku.edu.tr

e-ISSN: 2149-4622. © 2019 Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi. TÜBİTAK ULAKBİM DergiPark ev sahipliğinde. Her hakkı saklıdır. [Hosting by TUBITAK ULAKBIM JournalPark. All rights reserved.]

geliştirilmesi ve temel bakım hizmetlerinin sağlanması için önemli stratejilerdir (Salari vd., 2017: 343). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı (SYBD), kişinin sağlığını etkileyen ve sağlığı üzerinde önemli etkisi olan faktörlere karşı kontrol edilebilen tüm davranışlardır (Walker vd., 1987: 78). SYBD'de birey "isteyerek" hastalıklardan korunma faaliyetlerinde bulunur. SYBD'ye örnek olarak sağlıklı kalmayı sürdürmek; dengeli yaşamak; spor yapmak; bilişsel, duygusal, psikolojik, fiziksel ya da ruhsal olarak iyi olma gayreti göstermek gibi istendik davranışlar gösterilebilir. Bireyin SYBD sergileyebilmesinde kişisel özellikleri ve deneyimleri önemli derecede belirleyici olabilmektedir. Bireyin kişisel özellikleri ve deneyimleri ise psikolojik, biyolojik, sosyo-kültürel faktörlerin bir yansımasıdır. Biyolojik faktörler; yaş, cinsiyet, güç, sportif kapasite, çeviklik, vücut kitle indeksi ve gelişim gibi değişkenleri kapsar. Psikolojik faktörler; bireyin benlik saygısı, motivasyonu, algılanan sağlık durumu ve sağlıklı bir yaşam tarzı gibi unsurlardan oluşur. Sosyo-kültürel faktörler ise bireyin kültürü, ırkı, etnik yapısı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi davranışları ile genel olarak eğitimi, sosyoekonomik durumu ve kültürel etkileşimle ilgili alt faktörleri içerir (Estrada, 2016: 5).

Günümüzde özellikle psikolojik faktörler bağlamında "akıllıca seçimler" yapan ve sorumluluk sahibi olan bireyler sağlıklı yaşamayı alışkanlık haline getirmekte, sağlıkları ile ilgili daha az endişe yaşamakta ve daha olumlu bir bakış açısı kazanmaktadır (Mohamadian vd., 2013: 43). SYBD'yi ölçmek hem sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesi hem de bu amaca yönelik planlanacak programların etkinliğinin değerlendirilmesi için yol gösterici olabilmektedir (Bahar vd., 2008: 2). Bu, sadece bireyin davranışlarını değerlendirmek için değil, ayrıca bireylerde süreklilik sağlayacak sağlıklı yaşam alışkanlıklarının ortaya çıkarılması açısından da önemlidir (Sousa vd., 2014: 55).

Şekil 1. Sağlık Sonuçlarını Etkileyen Faktörler



Kaynak: Balderas (2017)

Bireylerin sağlıklarını koruyucu ve geliştirici davranışlarda bulunması ileride karşılaşılabilecek olası hastalık, sakatlık veya prematüre ölümler üzerinde etkili olabilmektedir. Şekil 1'de de ifade edildiği üzere sağlık davranışlarının sağlık sonuçları üzerinde %30 gibi önemli bir belirleyiciliği bulunmaktadır.

Hastalar her zaman hastalığı önlemeye katkıda bulunabilecek SYBD'yi benimsemelidir. Birçok hastalık için en sık gözlenen risk faktörleri sigara içimi, vücut kitle indeksi (bunun 18,5 kg / m2'nin altında ve 25 kg / m2'nin üzerinde olması), gün içindeki aşırı stresler, aşırı egzersiz yapımı veya hiç egzersiz yapmama, alkol tüketimi, çok miktarda kafein tüketimidir (300 mg'dan fazla). Örneğin çok miktarda sigara kullanmak folikül gelişimi, yumurtlamayı ve döllenmeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Buna karşın SYBD benimsenerek bu faktörlerin doğurganlık üzerindeki olumsuz etkilerini azaltma konusundaki güncel bilgilere olan inanç giderek artmaktadır (Kaya vd., 2016: 109).

Koroner arter hastalığı olanlar mortalite ve morbidite açısından yüksek risk altındadır. Miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda tekrardan aynı hastalığa yakalanma riski %5 ile %8 arasındadır. Düzenli egzersiz, dengeli beslenme,

sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi gibi kalp üzerine geliştirilen rehabilitasyon programları koroner riski faktörlerini azaltmada etkilidir. Koroner arter hastalığı programlarında sağlığın teşviki davranışlarının potansiyel faydalarına rağmen, bu hastaların yaklaşık %80'inde istendik davranış alışkanlıklarının ortaya çıkmadığı tespit edilmiştir (Hamilton vd., 2003: 132). Aynı şekilde kanser hastaları arasında hastalığa özgü değişkenlerin analiz edilmesi, uygun reaksiyonların verilmesi alışkanlıklarının kazandırılması onların sağlıkları üzerinde olumlu etkiler oluşturduğu bilinmektedir (Frank-Stromborg vd., 1990: 1159).

DSÖ 2016 sağlık istatistiği raporuna göre dünya genelinde ölüm nedenlerinin %68'i bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Bu oran içerisinde kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle ölüm oranı %46'dır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2015 yılında her 6 kişiden 1'i kanserden öldüğünü, fakat sigara kullanımı, hareketsiz yaşam, obezite, enfeksiyon, çevre kirliliği ve radyasyon gibi korunabilir faktörlere hassasiyet gösterildiği taktirde kansere bağlı ölümlerin %30 ile %50 oranında önlenebileceğini açıklamıştır. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) 2016 verilerine göre ise ülkemizde ölüm nedenleri arasında ilk sırada %39,8 ile kardiyovasküler hastalıklar yer almaktadır. Oranın yüksek olmasına karşın kardiyovasküler hastalıklara neden olan temel risk faktörleri önlenebilir niteliktedir. Bu risk faktörleri genel olarak sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, obezite ve fiziksel aktivite yetersizliklerinden oluşmaktadır (Mohsenipouya vd., 2016: 2275).

Pender (1982) tarafından ortaya konulan, Walker vd. (1987) tarafından geliştirilen ve revize edilen (1996) SYBD modeli sağlıkla ilgili davranışlara bireylerin katılım düzeyini açıklayan kapsamlı bir çerçeve sunmaktadır. Bu bağlamda SYBD altı alt boyuttan oluşmaktadır: Manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi. Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlık sorunları hakkında bilgilendirilme ve gerektiğinde tıbbi yardım almak için aktif bir rol hissetmesidir (Bahar vd., 2008: 2; Roomaney vd., 2017: 390). Fiziksel aktivite; bireyin spor yapma, egzersiz yapma ya da eğlence aktiviteleri ile ilgili alışkanlıklarıdır. Fiziksel aktivite başlı başına sağlıklı yaşam biçimi davranışı olmamasına karşın, bu kavramın önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (Estrada, 2016: 16). Beslenme; bireyin yiyecek ve içecek seçiminde sağlıklı olanları seçmesi, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarıdır. Stres yönetimi; gerilimi azaltma ya da etkin bir şekilde kontrol edebilme için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir (Bahar vd., 2008: 3). Kişilerarası iletişim bir kişinin diğer insanlarla yakınlık duygusuyla düşünce ve duygularını paylaşmasıdır (Roomaney vd., 2017: 391). Ruhsal gelişim, kişinin kendinde ve çevresinde olan bitenleri anlaması, yeni deneyimler ve fırsatları yakalayabilmesi için kendi duygularını değerlendirme çabasıdır (Roomaney vd., 2017: 391; Bahar vd., 2008: 3).

SYBD ölçeğinin hastalar, sağlık çalışanları ve ileride sağlık çalışanı olacak sağlık bilimleri öğrencileri üzerinde uygulandığı çeşitli çalışmalar ulusal ve uluslararası literatürde sıklıkla yer almaktadır.

Özpulat ve Sivri (2013) birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 55 yaş ve üzeri kadınların sağlıklı yaşam biçimlerini değerlendirmiştir. Walker (1987) tarafından geliştirilmiş ölçeğin kullanıldığı çalışmada hastaların sağlıklı yaşam davranışlarının eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Özkaraman vd. (2016) hemodiyaliz yapılan kronik böbrek hastalarının sağlıklı yaşam davranışlarını değerlendirmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin kullanıldığı çalışmada hastaların toplam puan ortalaması 137,44 olarak bulunmuştur. En yüksek puana sahip alt boyut kişilerarası ilişkiler olurken, en düşük skora sahip alt boyut ise fiziksel aktivite olmuştur. Sosyo-demografik değişkenler açısından erkeklerin toplam puan ortalamaları kadınlara göre daha yüksek bulunurken, evlilere göre bekârların toplam puan ortalaması daha düşük bulunmuştur.

Şahin ve Biçer (2015) bir devlet ve bir araştırma hastanesinin kardiyoloji polikliniğine başvuran hipertansiyon tanılı hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmiştir. Ölçeğin genel ortalama puanı 108,25 olarak hesaplanırken, hastaların egzersiz konusunda bilinçlendirilmesi gerektiği vurgusu yapılmıştır. Benzer şekilde Çalık ve Kapucu (2017) kronik rahatsızlıklarda sağlıklı yaşam biçimi davranışının önemini vurgulamıştır. Diyabetli hastalarda hastanın diyabete uyum yönetiminde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının son derece etkili olduğunu ifade etmiştir.

Özarslan (2013) SYBD ölçeğini diyabetik koroner arter hastaları üzerinde uygulamıştır. Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışının düşük bulunduğu çalışmada yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslek ve gelir durumu değişkenleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Alt boyutlar incelendiğinde ise erkeklerin kendini gerçekleştirme, egzersiz, stres, sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Yaş değişkenine göre yapılan analizler neticesinde ise 65 yaş üzeri grubun tüm alt gruplar açısından en düşük sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olduğu bulunmuştur.

Küçükberber vd. (2011) de SYBD ölçeğini kalp hastalarına uygulamıştır. Ölçeğin genel puan ortalamasının 127,45 bulunduğu çalışmada genel olarak; erkek hastaların, 49-60 yaş grubundakilerin, evli olanların, lisans ve üstü mezunların, sosyo-ekonomik durumu iyi olanların, ek hastalığı olmayanların daha fazla sağlıklı yaşam davranışı sergilediği tespit edilmiştir.

SYBD sadece fiziksel sağlıkla ilişkilendirilmemiş aynı zamanda mental sağlık üzerine etkilere de incelenmiştir. Savaşan vd. (2013) koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ile umutsuzluk arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Hastaların SYBD genel puan ortalaması 128

olarak hesaplanırken, umutsuzluk ölçeği skoru arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. Benzer bir çalışmada Kılınç vd. (2016) de kalp yetmezliği bulunan hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile mutsuzluk arasındaki ilişkiyi incelmiştir. Hastaların genel puan ortalamasının 130,43 bulunduğu çalışmada hastaların sağlıklı yaşam biçimi sergilemeleri ile umutsuzlukları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmada ayrıca erkek hastalarda bayan hastalara göre, evlilerde bekârlara göre, eğitim düzeyi yüksek olanlarda düşük olanlara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışı daha yüksek bulunmuştur.

Alcan vd. (2017) elektif koroner arter baypas greft cerrahisi yapılmış hastalarla gerçekleştirdiği çalışmada hastaların ameliyat sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öncesine kıyasla anlamlı derecede arttığı sonucuna varmıştır. Çalışmada koroner arter bypass işleminin hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği, ameliyat sonrası hastaların kendini gerçekleştirme ve yakın çevresi ile olan iletişiminde artış yaşandığı sonucu vurgulanmıştır.

Gülcivan (2017) meme kanserli hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitesini değerlendirmiştir. Çalışmada hastaların sağlıklı yaşam davranış skoru genel ortalaması 154,2 olarak hesaplanmış, sosyo-demografik özelliklerin yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam davranışları üzerinde anlamlı farklılıklar yarattığı ifade edilmiştir.

Yanık ve Noğay (2017) sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışını değerlendirmiştir. Çalışma neticesinde çalışanların sağlıklı davranış puanlarında aldıkları en yüksek puan ortalaması manevi gelişim ve en düşük puan ortalaması ise fiziksel aktivite davranışı boyutunda olmuştur. Çalışanların yaş, medeni durum, unvan, çalışılan birim, gelir, egzersiz durumu gibi değişkenler ile sağlıklı davranış puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Yalçınkaya vd. (2007) de sağlık çalışanlarında sybd değerlendirmiştir. Sağlık çalışanlarının yaş grupları, cinsiyetleri, öğrenim durumu, çalışma yılı, çalıştığı bölüm, düzenli beslenme durumu, sporla ilgilenme, sigara ve alkol kullanma durumu ve çalışılan hastane ile sağlıklı yaşam davranış biçimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Bostan ve Beşer (2017), bir eğitim araştırma hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamasını 125,62 olarak bulmuştur. Demografik değişkenler açısından alt boyutların anlamlı farklılıklar gösterdiği çalışmada en yüksek puan ortalaması manevi gelişim boyutunda tespit edilirken, en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite boyutunda gerçekleşmiştir.

Özyazıcıoğlu vd. (2011) hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışlarını değerlendirmiştir. HLSB-II ölçeğinin kullanıldığı çalışmada genel puan ortalaması 128,97 olarak bulunmuştur. Alt boyutlar açısından en yüksek puana sağlık sorumluluğu sahip olurken, en düşük puana ise literatürdeki birçok çalışmada olduğu gibi fiziksel aktivite boyutu sahip olmuştur.

2. Yöntem

2.1. Amaç

Bu çalışmanın amacı, mortalite ve morbidite oranı yüksek hastalıklardan ötürü klinik sağlık hizmeti alanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı (SYBD) alışkanlıklarını incelemek ve buna etki eden faktörleri ortaya koymaktır.

2.2. Örneklem

Bu çalışmanın evrenini Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Eğitim ve Uygulama Hastanesi'nde seçili kliniklerde sağlık hizmeti alan kişiler oluşturmaktadır. Çalışmanın verileri 22.01.2017-15.03.2018 tarihleri arasında toplamıştır.

2.3. Etik Hususlar

Bu çalışma, 2017/730.08.03 sayılı karar ile Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği tarafından onaylanmıştır. Potansiyel katılımcılara katılımın gönüllü olduğu ve toplanan verilerin sadece bilimsel amaçlarla kullanılacağı açıklanmıştır.

2.4. Veri Toplama Aracı

Walker vd. (1987) tarafından geliştirilen ve sonrasında revize edilen (1996) ölçeğin Türkiye'de geçerliliği Bahar vd. (2008) tarafından yapılmıştır. Buna göre 52 sorudan oluşan ve 6 boyut altında toplanan SYBD'nin alt boyutları şunlardır: Manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. SYBD ile ilgili tüm sorular hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) şeklinde dörtlü likert tipi ölçek ile ağırlıklandırılmaktadır.

2.5. Verilerin Analizi

Tüm istatistiksel analizler SPSS programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizinde verilerin dağılımına ve grup sayısına göre grupları karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Kruskal Wallis ve Student t Testi kullanılmıştır. Farklılığa neden olan grubu ortaya koymak için ise Tukey HSD ve Tamhane T2 testlerinden yararlanılmıştır.

3. Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin %87'si evli, %51'i 40-65 yaş kategorisinde, %53'ü kadın ve %64'ü ilkokul mezunudur. Katılımcıların ayrıca %64'ü yaşamının büyük bir kısmını kentte sürdürmektedir. Kalp-damar kliniğinde sağlık hizmeti alan kişiler %43'lük bir oranla en yüksek oranda katılım sağlanan hasta grubunu oluşturmaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların Tanımlayıcı İstatistik Verileri

Değişkenler	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Yaş		
39 Yaş ve Altı	28	20,4
40-65 Yaş	70	51,1
66 Yaş ve Üstü	39	28,5
Cinsiyet		
Kadın	64	46,7
Erkek	73	53,3
Medeni Durum		
Bekar	7	5,1
Evli	120	87,6
Boşanmış	10	7,3
Öğrenim Durumu		
İlkokul	64	46,7
Ortaokul	17	12,4
Lise	14	10,2
Lisans	14	10,2
Okur-Yazar Değil	28	20,4
Klinik Birimi		
Göğüs	27	19,7
Onkoloji	23	16,8
Kalpdamar	59	43,1
Kardiyoloji	28	20,4
En Uzun Yaşanılan Yer		
Köy	26	19,0
Kasaba	23	16,8
Şehir	88	64,2

3.1. SYBD'nin Yaş Açısından Karşılaştırması

SYBD'nın yaş gruplarına göre dağılımı ve karşılaştırması Tablo 2'de sunulmuştur. Yaş grupları açısından SYBD'nin farklılık gösterip göstermediği ise normal dağılım gösterme durumuna göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ya da Kruskal Wallis Testi ortaya konulmuştur. SYBD'nin "sağlık sorumluluğu" ve "beslenme" boyutu parametrik test koşullarını sağladığı için bunlar için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), diğer boyutlar için ise Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır.

Genel olarak 40-65 yaş grubu kişiler SYBD konusunda 39 yaş ve altında daha duyarlı olduğu, 39 yaş ve altı kişiler ise 65 yaş ve üstü kişilerden daha duyarlı olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda SYBD konusunda 66 yaş ve üstü klinik hastaların diğer yaş gruplarına göre yetersiz olduğu görülmüştür. Klinik hastalar SYBD boyutlarından manevi gelişim ve kişilerarası ilişki boyut skorlarının yüksek, özellikle de fiziksel aktivite boyut skorunun düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 2. SYBD'nin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırması

Boyutlar	Gruplar	N	Ortalama	Standart Sapma	F/x²	p
Sağlık Sorumluluğu**	39 yaş ve altı	28	2,7302	,58360	5,588	,005*
	40-65 yaş arası	70	2,7492	,55044		
	66 yaş ve üstü	39	2,3846	,58786		
	Toplam	137	2,6415	,58686		
Fiziksel Aktivite	39 yaş ve altı	28	1,8884	,64759	7,902	,019*
	40-65 yaş arası	70	1,9179	,71122		
	66 yaş ve üstü	39	1,5801	,64027		
	Toplam	137	1,8157	,69051		
Beslenme**	39 yaş ve altı	28	2,5198	,62347	,600	,550
	40-65 yaş arası	70	2,6254	,45721		
	66 yaş ve üstü	39	2,5470	,43512		
	Toplam	137	2,5815	,48811		
Manevi Gelişim	39 yaş ve altı	28	3,2540	,54840	6,678	,035*
	40-65 yaş arası	70	3,2698	,45265		
	66 yaş ve üstü	39	2,9829	,57257		
	Toplam	137	3,1849	,52121		
Kişilerarası İlişkiler	39 yaş ve altı	28	3,1310	,55188	6,738	,034*
	40-65 yaş arası	70	3,2603	,53635		
	66 yaş ve üstü	39	2,9288	,65312		
	Toplam	137	3,1395	,58810		
Stres Yönetimi	39 yaş ve altı	28	2,7143	,63634	14,044	,001*
	40-65 yaş arası	70	2,7482	,58919		
	66 yaş ve üstü	39	2,3237	,50549		
	Toplam	137	2,6204	,60281		

* p<0,05; ** Tek Yönlü Varyans Analizi; *** Kruskal Wallis Testi

Tablo 3. SYBD'nin Yaş Açısından Çoklu Karşılaştırması

SYBD Boyutları	Yaş (I)	Yaş (J)	Ortalama Fark (I-J)	p	Farklılığa Neden Olan Grup
Sağlık Sorumluluğu**	39 yaş ve altı	40-65 yaş arası	-,01905	,988	66 yaş ve üstü
		66 yaş ve üstü	,34554*	,040	
	40-65 yaş arası	66 yaş ve üstü	,36459*	,005	
Fiziksel Aktivite***	39 yaş ve altı	40-65 yaş arası	-,02946	,996	66 yaş ve üstü
		66 yaş ve üstü	,30826	,165	
	40-65 yaş arası	66 yaş ve üstü	,33773	,039	
Manevi Gelişim***	39 yaş ve altı	40-65 yaş arası	-,01587	,999	66 yaş ve üstü
		66 yaş ve üstü	,27106	,156	
	40-65 yaş arası	66 yaş ve üstü	,28694	,027	
Kişilerarası İlişkiler***	39 yaş ve altı	40-65 yaş arası	-,12937	,651	66 yaş ve üstü
		66 yaş ve üstü	,20218	,440	
	40-65 yaş arası	66 yaş ve üstü	,33154	,026	
Stres Yönetimi***	39 yaş ve altı	40-65 yaş arası	-,03393	,993	66 yaş ve üstü
		66 yaş ve üstü	,39057	,029	
	40-65 yaş arası	66 yaş ve üstü	,42450	,000	

* p<0,05; ** Tukey HSD (Parametrik Test); *** Tamhane T2 (Parametrik Olmayan Test)

Tablo 3'te katılımcıların yaşına göre SYBD boyutlarının çoklu karşılaştırma (Post Hoc) analizi sonuçları sunulmuştur. Bu bağlamda 40-65 yaş ile 66 yaş ve üstü kişiler arasında sağlık sorumluluğu boyutundaki 0,364'lük fark, fiziksel aktivite boyutundaki 0,337'lik fark, manevi gelişim boyutundaki 0,286'lık, kişilerarası ilişkiler boyutundaki 0,331'lik ve stres yönetimi boyutundaki 0,424'lük fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yaş gruplarına göre grup ortalamaları incelendiğinde 66 yaş ve üstü kişilerin genel olarak SYBD skorları diğer yaş gruplarınkinden düşük olması nedeniyle farklılığa neden olan grubun 66 yaş ve üstü kişiler olduğu ifade edilebilir.

3.2. SYBD'nin Klinik Birim Açısından Karşılaştırması

SYBD'nin örneklem grubunun sağlık hizmeti aldığı kliniğe göre dağılımı ve karşılaştırması Tablo 4'te sunulmuştur. Sağlık hizmetinden faydalanılan kliniğe göre SYBD'nin farklılık gösterip göstermediği ise Kruskal Wallis Testi ortaya konulmuştur.

Yapılan analiz neticesinde fiziksel aktivite(x^2=13,502, p<0,05), manevi gelişim (x^2=8,832, p<0,05) ve stres yönetimi (x^2=10,136, p<0,05) boyutları sağlık hizmeti alınan klinik türüne göre farklılık gösterirken; sağlık sorumluluğu (x^2=6,860, p>0,05), beslenme (x^2=3,970, p>0,05) ve kişilerarası ilişki (x^2=1,678, p>0,05) boyutları sağlık hizmeti alınan klinik türüne göre farklılık göstermediği ortaya konulmuştur.

Tablo 4. SYBD'nin Klinik Birime Göre Karşılaştırması

Boyutlar	Gruplar	N	Ortalama	Standart Sapma	x^2**	p*
Sağlık Sorumluluğu	Göğüs	27	2,6831	,50609	6,860	,076
	Onkoloji	23	2,5749	,52614		
	Kalpdamar	59	2,5443	,60214		
	Kardiyoloji	28	2,8611	,63837		
	Total	137	2,6415	,58686		
Fiziksel Aktivite	Göğüs	27	1,9769	,54930	13,502	,004
	Onkoloji	23	1,6630	,56336		
	Kalpdamar	59	1,6525	,70255		
	Kardiyoloji	28	2,1295	,76564		
	Total	137	1,8157	,69051		
Beslenme	Göğüs	27	2,6214	,37013	3,970	,265
	Onkoloji	23	2,4686	,51242		
	Kalpdamar	59	2,5518	,52114		
	Kardiyoloji	28	2,6984	,49215		
	Total	137	2,5815	,48811		
Manevi Gelişim	Göğüs	27	3,3292	,35470	8,832	,032
	Onkoloji	23	2,9324	,52730		
	Kalpdamar	59	3,1469	,55764		
	Kardiyoloji	28	3,3333	,50148		
	Total	137	3,1849	,52121		
Kişilerarası İlişkiler	Göğüs	27	3,2634	,50931	1,678	,642
	Onkoloji	23	3,0000	,68412		
	Kalpdamar	59	3,1394	,58051		
	Kardiyoloji	28	3,1349	,59595		
	Total	137	3,1395	,58810		
Stres Yönetimi	Göğüs	27	2,7685	,53226	10,136	,017
	Onkoloji	23	2,4239	,51365		
	Kalpdamar	59	2,5297	,62601		
	Kardiyoloji	28	2,8304	,61822		
	Total	137	2,6204	,60281		

p<0,05 **Kruskal Wallis Testi

Tablo 5. SYBD'nin Klinik Birim Açısından Tamhane T2 Çoklu Karşılaştırma Analiz Sonucu

SYBD Boyutları	Klinik (I)	Klinik (J)	Ortalama Fark (I-J)	p	Farklılığa Neden Olan Grup
Fiziksel Aktivite	Göğüs	Onkoloji	,31381	,279	Kardiyoloji
		Kalpdamar	,32431	,133	
		Kardiyoloji	-,15261	,953	
	Onkoloji	Kalpdamar	,01050	1,000	
		Kardiyoloji	-,46642	,091	
	Kalpdamar	Kardiyoloji	-,47692	,044*	
Manevi Gelişim	Göğüs	Onkoloji	,39685	,024*	Kardiyoloji
		Kalpdamar	,18233	,358	
		Kardiyoloji	-,00412	1,000	
	Onkoloji	Kalpdamar	-,21453	,506	
		Kardiyoloji	-,40097	,048*	
	Kalpdamar	Kardiyoloji	-,18644	,547	
Stres Yönetimi	Göğüs	Onkoloji	,34461	,138	Kardiyoloji
		Kalpdamar	,23886	,366	
		Kardiyoloji	-,06184	,999	
	Onkoloji	Kalpdamar	-,10575	,968	
		Kardiyoloji	-,40644	,078	
	Kalpdamar	Kardiyoloji	-,30070	,215	

Tablo 5'te katılımcıların sağlık hizmeti aldığı klinik türüne göre SYBD boyutlarının çoklu karşılaştırma (Post Hoc) analizi sonuçları sunulmuştur. Yapılan ikili karşılaştırma analiz sonuçlarına göre kardiyoloji kliniğinde sağlık hizmeti alan kişilerin diğer kliniklerden sağlık hizmeti alanlardan fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi boyutları açısından farklılık gösterdiği görülmüştür. Bu bağlamda boyut skorları incelendiğinde ise kardiyoloji kliniğinde sağlık hizmeti alanların SYBD konusunda daha yüksek skorlara sahip olduğu ve dolayısıyla daha yüksek oranda SYBD gösterdiği görülmüştür.

3.3. SYBD'nin En Uzun Yaşanılan Yerleşim Yeri Türü Açısından Karşılaştırması

SYBD'nın kişilerin en uzun süreli yaşadıkları yerleşim yeri türüne (köy, kasaba, şehir) göre dağılımı ve karşılaştırması Tablo 6'da sunulmuştur. SYBD'nin en uzun süreli yaşanılan yerleşim yeri türüne göre farklılık gösterip göstermediği ise Kruskal Wallis Testi ortaya konulmuştur.

Yapılan analiz neticesinde sağlık sorumluluğu (x^2=13,502, p<0,05), fiziksel aktivite (x^2=6,465, p<0,05), manevi gelişim (x^2=15,286, p<0,05), kişilerarası ilişki (x^2=10,479, p<0,05) ve stres yönetimi (x^2=12,004, p<0,05) boyutlarının yerleşim yeri türüne göre farklılık gösterdiği; beslenme (x^2=4,762, p>0,05) boyutunun ise farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Tablo 6. SYBD'nin En uzun Süreli Yaşadıkları Yerleşim Yerine Göre Karşılaştırması

Boyutlar	Gruplar	N	Ort.	Standart Sapma	x^2**	p
Sağlık Sorumluluğu	Köy	26	2,6239	,51263	11,805	,003*
	Kasaba	23	2,2512	,64721		
	Şehir	88	2,7487	,55222		
	Toplam	137	2,6415	,58686		
Fiziksel Aktivite	Köy	26	1,5865	,57093	6,465	,039*
	Kasaba	23	1,6902	,70898		
	Şehir	88	1,9162	,70322		
	Toplam	137	1,8157	,69051		
Beslenme	Köy	26	2,5342	,40857	4,762	,092
	Kasaba	23	2,4348	,54218		
	Şehir	88	2,6338	,49092		
	Toplam	137	2,5815	,48811		
Manevi Gelişim	Köy	26	3,0641	,39898	15,286	,000*
	Kasaba	23	2,8454	,57904		
	Şehir	88	3,3093	,49359		
	Toplam	137	3,1849	,52121		
Kişilerarası İlişkiler	Köy	26	3,1154	,51876	10,479	,005*
	Kasaba	23	2,7729	,64308		
	Şehir	88	3,2424	,55888		
	Toplam	137	3,1395	,58810		
Stres Yönetimi	Köy	26	2,3654	,55669	12,004	,002*
	Kasaba	23	2,4185	,58096		
	Şehir	88	2,7486	,58890		
	Toplam	137	2,6204	,60281		

* p<0,05; ** Kruskal Wallis Testi

Tablo 7. SYBD'nin En uzun Süreli Yaşadıkları Yerleşim Yerine Göre Tamhane T2 Çoklu Karşılaştırma Analiz Sonucu

SYBD Boyutları	Yaşanılan Yer (I)	Yaşanılan Yer (J)	Ortalama Fark (I-J)	p	Farklılığa Neden Olan Grup
Sağlık Sorumluluğu	Köy	Kasaba	,37272	,094	Şehir
		Şehir	-,12481	,642	
	Kasaba	Şehir	-,49753*	,006*	
Fiziksel Aktivite	Köy	Kasaba	-,10368	,925	Şehir
		Şehir	-,32965	,053	
	Kasaba	Şehir	-,22598	,452	
Manevi Gelişim	Köy	Kasaba	,21869	,357	Şehir
		Şehir	-,24524*	,036*	
	Kasaba	Şehir	-,46393*	,004*	
Kişilerarası İlişkiler	Köy	Kasaba	,34244	,138	Şehir
		Şehir	-,12704	,638	
	Kasaba	Şehir	-,46948*	,009*	
Stres Yönetimi	Köy	Kasaba	-,05309	,984	Şehir
		Şehir	-,38319*	,012*	
	Kasaba	Şehir	-,33010	,061	

*p<0,05

Tablo 7'de katılımcıların kişilerin en fazla yaşadığı yerleşim yeri türüne göre SYBD boyutlarının çoklu karşılaştırma (Post Hoc) analizi sonuçları sunulmuştur. Yapılan ikili karşılaştırma analiz sonuçlarına göre daha kentsel bölgede yaşayan kişilerin köy veya kasabadan yaşayanlara göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişki ve stres yönetimi konusunda daha başarılı olduğu tespit edilmiştir.

3.4. SYBD'nin Cinsiyet Açısından Karşılaştırması

SYBD'nin cinsiyete göre dağılımı ve karşılaştırması Tablo 8'de sunulmuştur. Bu bağlamda gerekli karşılaştırmalar "Student t Testi" ile ortaya konulmuştur.

Tablo 8. SYBD'nin Cinsiyete Göre Karşılaştırması

Boyutlar	Gruplar	N	Ort.	Standart Sapma	t**	p
Sağlık Sorumluluğu	Kadın	64	2,6861	,56110	,763	,447
	Erkek	73	2,6088	,61170		
Fiziksel Aktivite	Kadın	64	1,7877	,62243	-,533	,595
	Erkek	73	1,8510	,74555		
Beslenme	Kadın	64	2,6138	,48713	134	,525
	Erkek	73	2,5601	,49116		
Manevi Gelişim	Kadın	64	3,0952	,50598	-2,007	,047*
	Erkek	73	3,2725	,51985		
Kişilerarası İlişkiler	Kadın	64	3,1675	,57315	,436	,663
	Erkek	73	3,1233	,60393		
Stres Yönetimi	Kadın	64	2,5714	,55025	-,945	,346
	Erkek	73	2,6695	,64629		

* p<0,05; ** Student t Testi

Yapılan analize göre erkekler ile kadınlar arasında istatistiksel olarak tek anlamlı farklılık manevi gelişim boyutunda (t=-2,007; p<0,005) bulunmuştur. Bu boyut açısından erkekler kadınlara göre daha çok SYBD gösterirken, diğer boyut skorlarının erkekler ve kadınlar arasında benzerlik gösterdiği görülmüştür.

4. Sonuç ve Değerlendirme

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sağlığın belirleyicileri arasında önemli bir yere sahiptir. 1987 yılında Walker tarafından sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek üzere 48 sorudan oluşan bir ölçek hazırlanmış ve ölçek 1996 yılında revize edilerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır. O tarihten itibaren sağlıklı yaşam biçimi davranışları birçok örneklem üzerinden farklı kavramlarla ilişkilendirilerek incelenmiştir. Yaşlı nüfusun ve beraberinde kronik rahatsızlıkların artması ile sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışların önemi artmış sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha sık incelenen konular arasına girmiştir.

Bu çalışmada katılımcıların yaşına, aldığı klinik hizmetin türüne, cinsiyetine ve ait olduğu coğrafi bölgenin niteliğine göre SYBD'ları karşılaştırılmıştır. Yaşa ilişkin gruplar arasında beslenme boyutu hariç diğer boyutlar açısından anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada 40-65 yaş aralığındaki bireylerin SYBD açısından diğer yaş gruplarına oranla daha yüksek ortalamaya sahip olduğu, en düşük SYBD' nın ise 66 yaş üstü bireylerde görüldüğü tespit edilmiştir. Literatürde buna benzer bulgular yer almaktadır. Özarslan vd. (2013) tarafından hastalar üzerine yapılan çalışmada en düşük SYBD ortalaması 65 yaş üstü bireylerde görülmüştür. Bununla birlikte Küçükberber vd. (2011) tarafından yapılan çalışmada SYBD ortalaması en yüksek yaş grubunun 49-60 yaş aralığındaki bireylerden oluştuğu bulgusuna erişilmiştir.

Bu çalışmada cinsiyet grupları arasında SYBD alt boyutlarından manevi gelişim boyutu açısından anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Yapılan incelemede manevi gelişim ortalaması erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek çıkmıştır. Bu durum literatürde elde edilen bulgularla benzerlik göstermektedir. Kılınç vd. (2016), Özkaraman vd. (2016) ve Küçükberber vd. (2011) tarafından yapılan çalışmalarda da erkeklerin kadınlara

oranla daha yüksek SYBD davranışı sergilediği bulgusuna erişilmiştir.

Çalışmada tüm katılımcılar arasında fiziksel aktivite boyutu skorları diğer boyut skorlarına göre düşük olmakla birlikte, onkoloji ve kalp damar kliniklerinde sağlık hizmeti alanların göğüs ve kardiyoloji kliniğinde alanlara göre fiziksel aktivite açısından daha yetersiz olduğu dikkat çekmiştir. Ayrıca kişilerin en uzun süre ile yaşadığı bölgeye göre SYBD'nın (beslenme alışkanlığı boyutu hariç) istatistiksel olarak farklılık gösterdiği ve daha çok kentsel bölgede yaşayanların kırsal bölgede yaşayanlara göre SYBD açısından daha iyi olduğu görülmüştür. Eğitim durumu açısından hastaların SYBD'nin hiçbir boyutunda farklılık tespit edilmemesine karşın yine de genel olarak eğitim seviyesi arttıkça SYBD boyut skorlarının da arttığı tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, özellikle ileri yaş grubu potansiyel sağlık riski grubu olan 65 yaş üstü kişiler ile onkoloji ve kalp damar hastalık riski gruplarının SYBD açısından özendirilmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir.

Kaynakça

Alcan, A. O., Korkmaz, D. F., & Çakmakçı, H. (2017). Koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, *25*(1), 45-51.

Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., & Kıssal, A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, *12*(1), 1-13.

Balderas, K. (2017). Social determinants of health, Los Angeles County Department of Public Health. (Accessed on 10.04.2018), http://www.countyhealthrankings.org/our-approach

Baygi, F., Jensen, O. C., Mohammadi-Nasrabadi, F., Qorbani, M., Mansourian, M., Mirkazemi, R., ... & Shidfar, F. (2017). Factors affecting health-promoting lifestyle profile in Iranian male seafarers working on tankers. *International maritime health*, *68*(1), 1-6.

Bostan, N., & Beşer, A. (2017). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, *14*(1), 38-44.

Çimen, Z., & Bayık Temel, A. (2015). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. İçinde: *I.Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi* 17-19 Haziran, İzmir.

Estrada, M. (2016). *University Students' Involvement in a Health Promoting Lifestyle: Influencing Factors of the Health Promotion Model.* Master Thesis, Kansas: Pittsburg State University.

Frank-Stromborg, M., Pender, N. J., Walker, S. N., & Sechrist, K. R. (1990). Determinants of health-promoting lifestyle in ambulatory cancer patients. *Social Science & Medicine*, *31*(10), 1159-1168.

Gülcivan, G. (2017). *Meme Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi.* Yüksek Lisans Tezi. Tekirdağ: Namık Kemal Üniversitesi.

Hamilton, J. M., Kives, K. D., Micevski, V., & Grace, S. L. (2003). Time perspective and health-promoting behavior in a cardiac rehabilitation population. *Behavioral Medicine*, *28*(4), 132-139.

Kaya, Y., Beji, N. K., Aydin, Y., & Hassa, H. (2016). The effect of health-promoting lifestyle education on the treatment of unexplained female infertility. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *207*, 109-114.

Kılınç, G., Yıldız, E., & Kavak, F. (2016). Kalp yetersizliği hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk arasındaki ilişki. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, *7*(13), 114-126.

Küçükberber, N., Özdilli, K., & Yorulmaz, H. (2011). Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyol Derg*, *11*, 619-626.

Mohamadian, H., Ghannaee, M., Kortdzanganeh, J., & Meihan, L. (2013). Reliability and construct validity of the Iranian version of health-promoting lifestyle profile in a female adolescent population. *International journal of preventive medicine*, *4*(1), 42-49.

Mohsenipouya, H., Majlessi, F., Shojaeizadeh, D., Foroushani, A. R., Ghafari, R., Habibi, V., & Makrani, A. S. (2016). Health-related variables and predictors of Health-promoting Lifestyle in cardiovascular disease patients. *Electronic physician*, *8*(4), 2274–2280.

Özyazıcıoğlu, N., Kılıç, M., Erdem, N., Yavuz, C., & Afacan, S. (2011). Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, *8*(2), 277-289.

Pender, N.J. (1982). *Health Promotion In Nursing Practice*. Norwalk, CT:Appleton-Century-Crofts.

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.

Şahin, Z.A., & Biçer, N. (2015). *Hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları*. MN Kardiyoloji, 22(4),80-85

Salari, S., Pilevarzadeh, M., Daneshi, F., & Ahmadidarrehsima, S. (2017). Examining the Health-Promoting Lifestyle and its Related Factors among the

Nursing Students of Jiroft University of Medical Sciences. *Executive Editor*, 8(1), 342-346.

Savaşan, A., Ayten, M., & Ergene, O. (2013). Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. *Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, *4*(1), 1-6.

Sousa, P., Gaspar, P., Vaz, D. C., Gonzaga, S., & Dixe, M. A. (2015). Measuring Health-Promoting Behaviors: Cross-Cultural Validation of the H ealth-P romoting L ifestyle P rofile-II. *International journal of nursing knowledge*, *26*(2), 54-61.

Toci, E., Burazeri, G., Jerliu, N., Sørensen, K., Ramadani, N., Hysa, B., & Brand, H. (2014). Health literacy, self-perceived health and self-reported chronic morbidity among older people in Kosovo. *Health promotion international*, *30*(3), 667-674.

Walker, S. N., & Hill-Polerecky, D. M. (1996). Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. *Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center*, 120-26.

Walker, S.N., Sechrist, K.R., & Pender, N.J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-80.

WHO (2016). *World health statistics 2016*. Switzerland: World Health Organization Press. (Accessed on 15.03.2018), http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206498/1/9789241565264_eng.pdf

WHO (2018). *Cancer*. (Accessed on 15.03.2018), http://www.who.int/cancer/en/

Yalçınkaya, M., Özer, F. G., & Karamanoğlu, A. Y. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, *6*(6), 409-420.

Yanık, A., & Noğay, N.H. (2017). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 22(4),167-176.