

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE SAĞLIK
ALGISININ HASTA AKTİVASYONU VE YAŞAM DOYUMU
ÜZERİNE ETKİSİ**

Fatma ÇİFTÇİ KIRAC

DOKTORA TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Handan ERTAŞ

KONYA-2021

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE SAĞLIK
ALGISININ HASTA AKTİVASYONU VE YAŞAM DOYUMU
ÜZERİNE ETKİSİ**

Fatma ÇİFTÇİ KIRAC

DOKTORA TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Handan ERTAŞ

Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı Koordinatörlüğü tarafından 2018 - ÖYP – 050 proje numarası ile desteklenmiştir.

KONYA-2021

ÖNSÖZ

Doktora eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, destek ve katkısını her zaman hissettiren, bana yol gösteren ve her zaman yanımda olan değerli hocam ve tez danışmanım sayın Doç. Dr. Handan ERTAŞ'a teşekkür ederim.

Tez çalışmam boyunca değerli görüşleriyle ve bilimsel katkılarıyla desteklerini esirgemeyen hocalarım, Doç. Dr. Şükrü Anıl TOYGAR ve Dr. Öğr. Üyesi Fatma Özlem YILMAZ'a teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemde büyük rolü olan, beni her konuda destekleyen çok kıymetli annem Hatice ÇİFTÇİ ve babam Mustafa ÇİFTÇİ'ye teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan, sevinçlerime ve sıkıntılara ortak olan, desteğiyle beni cesaretlendiren, hoşgörüsünü ve pozitifliğini her zaman hissettiğim değerli eşim Arş. Gör. Dr. Ramazan KIRAC'a ve varlığıyla bana güç veren, mutluluk kaynağım kızım Gökçe KIRAC'a teşekkür ederim.

Bu araştırmanın bundan sonra yapılacak çalışmalara katkı sağlamasını dilerim.

Fatma ÇİFTÇİ KIRAC

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR	v
ÖZET	vi
SUMMARY	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Kavramı	3
1.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	3
1.2.1. Beslenme	5
1.2.2. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz	5
1.2.3. Manevi Gelişim.....	5
1.2.4. Kişiler Arası İlişkiler.....	6
1.2.5. Sağlık Sorumluluğu.....	6
1.2.6. Stres Yönetimi	6
1.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler.....	7
1.3.1. Demografik Faktörler	7
1.3.2. Durumsal Faktörler	8
1.3.3. Davranışsal Faktörler	9
1.4. Sağlık Algısı Kavramı.....	10
1.5. Sağlık Algısının Ölçülmesi	11
1.6. Sağlık Algısıyla İlişkili Faktörler	12
1.7. Sağlık Algısının Psikolojik Boyutu	12
1.7.1. Benlik Kimliği	13
1.7.2. Duygu Karmaşası.....	13
1.7.3. Kişilik	14

1.7.4. Geçmiş Davranışların Rolü	15
1.8. Hasta Aktivasyonu Kavramı.....	15
1.9. Hasta Aktivasyonunun Aşamaları	16
1.10. Hasta Aktivasyonunu Etkileyen Faktörler	19
1.11. Kronik Hastalıklarda Hasta Aktivasyonu.....	20
1.11.1. Diyabette Hasta Aktivasyonu	22
1.11.2. Kanserde Hasta Aktivasyonu	24
1.11.3. Kalp Yetersizliğinde Hasta Aktivasyonu	27
1.11.4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Hasta Aktivasyonu	28
1.12. Yaşam Doyumu Kavramı.....	29
1.13. Yaşam Doyumunu Etkileyen Faktörler.....	31
1.13.1. Kişilik	31
1.13.2. Cinsiyet.....	32
1.13.3. Gelir.....	33
1.13.4. Yaş.....	34
1.13.5. Eğitim	35
1.14. Yaşam Doyumu İle İlgili Kurumlar	35
1.14.1. Haz ve Acı Kuramı.....	36
1.14.2. Bir Noktaya Erişme (Ereksel/Telik) Kuramı	36
1.14.3. Aktivite Kuramı	36
1.14.4. Tavandan Tabana ve Tabandan Tavana Kuramı	37
1.14.5. Bağ Kurma Kuramı	37
1.14.6. Yargı Kuramı	38
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	39
2.1. Araştırmanın Amacı.....	39
2.2. Araştırmanın Önemi.....	39

2.3. Araştırmanın Tipi.....	41
2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	41
2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	41
2.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	41
2.7. Araştırma Verilerinin Toplanması	43
2.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	43
2.9. Araştırma Etiği.....	43
2.10. Araştırmanın Modeli	44
2.11. Araştırmanın Hipotezleri.....	44
3. BULGULAR	47
3.1. Demografik Verilere İlişkin Bulgular	47
3.2. Ölçekler ve Alt Boyutlarının Psikometrik Analizleri	49
3.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Demografik Verilere İlişkin Bulgular.....	51
3.4. Sağlıklı Algısı ve Demografik Verilere İlişkin Bulgular	63
3.5. Hasta Aktivasyonu ve Demografik Verilere İlişkin Bulgular	73
3.6. Yaşam Doyumu ve Demografik Verilere İlişkin Bulgular	75
3.7. Araştırmanın Ölçeklerine ve Alt Boyutlarının Etkilerine Ait Bulgular	78
3.8. Araştırmanın Hipotezlerine Ait Bulgular	84
4. TARTIŞMA	85
4.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Demografik Verilere İlişkin Tartışma.....	86
4.2. Sağlıklı Algısı ve Demografik Verilere İlişkin Tartışma	92
4.3. Hasta Aktivasyonu ve Demografik Verilere İlişkin Tartışma	96
4.4. Yaşam Doyumu ve Demografik Verilere İlişkin Tartışma	99
4.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Sağlık Algısı, Hasta Aktivasyonu ve Yaşam Doyumuna İlişkin Tartışma	103
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	111
5.1. Sonuçlar.....	111

5.2. Öneriler.....	116
6. KAYNAKLAR.....	119
7. EKLER.....	140
EK-A: Anket Formları	140
EK-B: Etik Kurul Onayı	146
EK-C: Araştırma İzni.....	147
EK-D: Turnitin Raporu	148
8. ÖZGEÇMİŞ.....	150



SİMGELER VE KISALTMALAR

ANOVA: Tek Yönlü Varyans Analizi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

PAM: Hasta Aktivasyon Ölçeği

SS: Standart Sapma

SYBD: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

T. C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Algısının Hasta Aktivasyonu ve Yaşam Doyumu Üzerine Etkisi

Fatma ÇİFTÇİ KIRAÇ

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

DOKTORA TEZİ/KONYA-2021

Bu araştırmada, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık algısının, hasta aktivasyonu ve yaşam doyumu üzerine etkisi tespit edilmiş ve sonuçları çok yönlü olarak ele alınmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Konya’da bir üniversite hastanesinden ayaktan poliklinik hizmeti alan 700 hasta oluşturmaktadır. Çalışmada nicel araştırma deseni ve kolayda örneklem yöntemi kullanılmıştır. Bu araştırmada Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II. Ölçeği, Sağlık Algısı Ölçeği, Hasta Aktivite Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçeklerin Cronbach Alpha değerleri sırasıyla, 0.898, 0.638, 0.836 ve 0.868 olarak bulunmuştur.

Bireylerin genel sağlık durumunun iyi olması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, sağlık algısını ve yaşam doyumunu olumlu yönde etkilemektedir. Kronik hastalığı olan, sürekli ilaç kullanan ve ailesinde kronik hastalığı olan bireylerin sağlıklı olma konusunda kontrolü elinde tutabilme düzeyi ve sağlığına verdiği önem düzeyi yüksek bulunmuştur. Yaş ilerledikçe bireylerin, hasta aktivasyonu ve sağlık algı düzeyleri olumlu yönde, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam doyum düzeyleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Öğrenim düzeyi ve gelirin düşük olması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam doyumunu negatif etkilemektedir. Evli olan bireylerin sağlık sorumluluğu, sağlığına verdiği önem, sağlık algı düzeyi ve hasta aktivasyonu yüksek bulunmuştur.

Araştırma sonucunda sağlık sorumluluğunun yaşam doyumuna üzerine negatif, fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetiminin ise pozitif bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca manevi gelişim ve sağlık sorumluluğunun hasta aktivasyonu üzerine pozitif bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Bireylerin öz farkındalık düzeyleri yükseldikçe, yaşam doyumuna ve hasta aktivasyonu artmaktadır. Hasta aktivasyonu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir.

Anahtar Sözcükler: Hasta Aktivasyonu; Sağlık Algısı; Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları; Yaşam Doyumu

SUMMARY

REPUBLIC OF TURKEY
SELÇUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

The Effect of Healthy Lifestyle Behaviors and Perception of Health on Patient Activation and Life Satisfaction

Fatma ÇİFTÇİ KIRAÇ

Department of Health Management

PhD THESIS/KONYA-2021

In this study, the effects of healthy lifestyle behaviors and perception of health on patient activation and life satisfaction were determined and the results were discussed in a multifaceted way.

The sample of the study consists of 700 patients receiving outpatient clinic service from a university hospital in Konya. Quantitative research design and convenience sampling method were used in the study. Healthy Lifestyle Behaviors II. Scale, Perception of Health Scale, Patient Activity Scale and Life Satisfaction Scale were used. The Cronbach Alpha values of these scales were 0.898, 0.638, 0.836 and 0.868, respectively.

Good general health status of individuals positively affects their healthy lifestyle behaviors, health perception and life satisfaction. It was found that individuals who have a chronic disease, who use drugs regularly and who have a chronic disease in their family have a high level of control over their health and the level of importance they attach to their health. As the age progresses, individuals' patient activation and health perception levels are positively affected, and their healthy lifestyle behaviors and life satisfaction levels are negatively affected. Low level of education and income negatively affect healthy lifestyle behaviors and life satisfaction. Health responsibility, importance given to health, health perception level and patient activation of married individuals were found to be high.

As a result of the research, it was determined that health responsibility has a negative effect on life satisfaction, while physical activity, interpersonal relationships and stress management have a positive effect. In addition, it was found that spiritual development and health responsibility had a positive effect on patient activation. As the level of self-awareness of individuals increases, life satisfaction and patient activation increase. Patient activation positively affects life satisfaction.

Keywords: Patient Activation; Perception of Health; Healthy Lifestyle Behaviors; Life Satisfaction

1. GİRİŞ

Günümüzde hızla değişen teknolojiler ve tıptaki gelişmelere paralel olarak sağlık hizmeti sunum süreçleri değişmekte ve hasta merkezli hale gelmektedir. Hasta merkezli sağlık bakım sistemlerinde hastaların sağlık hizmetlerine katılmaları, pozitif sağlık davranışları sergileyebilmeleri, kendi sağlıklarından ve aldıkları sağlık hizmetlerinden daha fazla sorumlu olmaları, bilinçli olarak tedavi seçenekleri arasından seçim yapmaları ve sağlıklarını korumak için davranışlarını ayarlayabilmeleri beklenmektedir. Hastaların sağlık hizmetlerinde aktif rol alabilmesi ve kendi sağlıklarını yönetmede proaktif bir rol üstlenebilmesi kısacası aktif hastanın rolü günümüzde giderek önem kazanmaktadır. Bireylerin kendi sağlık durumunu kontrol edebilmesi dinamik ve etkileşimli bir süreçtir. Bu süreç içerisinde bireyler aile, toplum ve sağlık profesyonelleri ile birlikte sağlık koşullarının, semptomlarının, tedavilerinin ve yaşam tarzı değişikliklerinin takibini birlikte yönetirler. Bireylerin sağlık durumu üzerinde etkisi olabilecek davranışları kontrol altına alması ve günlük yaşam aktivitelerinde sağlık statüsünü yükseltmeye yönelik davranışlar sergilemesi sağlıklı yaşam biçimi olarak tanımlanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireylerin sağlıklı kalabilmeleri ve sağlıklarını kontrol edebilmelerinin en iyi yollarından biridir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, birçok hastalığın önlenmesinde önemli bir faktördür. Kişinin düzenli aralıklarda check-up yaptırması, riskli sağlık davranışlarından kaçınması, tıbbi kontrollerine özen göstermesi, gerekli durumlarda hekime başvurma, düzenli ve dengeli beslenmesi, kısaca aktif bir birey olması kaliteli ve sağlıklı bir yaşam sürebilmesine katkı sağlayacaktır. Sağlıklı bir yaşam tarzını devam ettirmeye istekli olan bireyin bu olumlu davranışları ise psikolojik iyilik haline yansıyacak ve bu durum da sağlık algısını olumlu yönde etkileyecektir. Sağlık algısı, bireyin kendi sağlığına dair kişisel değerlendirmesini içermektedir. Pozitif sağlık algısına sahip bireylerin, olumlu sağlık davranışları sergileme ve riskli davranışlarından uzak durma olasılığı daha yüksektir. Bireylerin yaşam tarzları ve sosyo-demografik özellikleri kendi kendine algılanan sağlık durumunun istatistiksel olarak önemli belirleyicileridir. Pozitif sağlık algısı yüksek aktivasyon seviyesinin de önemli bir yordayıcısıdır. Hasta aktivasyonu, hastaların sağlık hizmetlerindeki rollerini ne ölçüde anladıkları ve bu rolü yerine getirme konusunda ne kadar yetkin hissettikleriyle ilgilidir. Çok sayıda araştırma,

hasta aktivasyonu ile çeşitli klinik göstergeler, sağlık sonuçları, sağlık davranışları ve kendi kendine yönetim arasında anlamlı ilişkiler bulmuştur. Dahası yüksek aktivasyon seviyesi, daha iyi genel yaşam doyumu ile ilişkilendirilmiştir. Yaşam doyumu, bireyin beklentilerinin gerçek durum ile karşılaştırılmasından sonra ortaya çıkan farkı açıklar. Bireyin arzuları ve başarıları arasındaki uyumsuzluk ne kadar az olursa, sahip olduğu yaşam doyumu da o kadar fazla olacaktır. Yaşam doyumu yüksek olan bireyler, sağlığını yönetme konusunda daha istekli, inançlı ve motivasyonu yüksek olacaktır. Kendi sağlık bakımında aktif rol üstlenen kişi, yaşadığı sağlık problemleri ile nasıl baş edebileceği konusunda farkındalık kazanacak bu durum ise yaşam doyum düzeyini yükseltecektir.

Bu araştırmada, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık algısının, hasta aktivasyonu ve yaşam doyumu üzerine etkisi incelenmiş ve sonuçları çok yönlü olarak ele alınmıştır. Araştırma sonucunda hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileme eğilimleri ortaya çıkacak, dahası katılımcıların sağlık algıları, kendi sağlığını ve sağlık bakımını yönetmek için bağımsız eylemlerde bulunma istek ve yetenekleri ve yaşam doyum düzeyleri belirlenecektir.

Araştırmanın birinci bölümünde, sağlıklı yaşam biçimi kavramı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler açıklanmıştır. Sağlık algısı kavramına ve sağlık algısını etkileyen faktörlere değinilmiştir. Ayrıca sağlık algısının psikolojik boyutları açıklanmıştır. Daha sonra, hasta aktivasyonu kavramına değinilerek, hasta aktivasyonunu etkileyen faktörler ele alınmıştır. Son olarak, yaşam doyumu kavramına değinilmiş ve yaşam doyumunu etkileyen faktörler ve yaşam doyumu ile ilgili kuramlar açıklanmıştır.

Araştırmanın bulgular bölümünde, öncelikle katılımcıların demografik özelliklerine yer verilmiştir. Daha sonra ölçekler ve alt boyutlarının psikometrik analizleri yapılmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık algısı ölçeğine ait tanımlayıcı istatistikler, ölçekler ve ölçeklerin alt boyutlarının demografik değişkenlere göre karşılaştırılması yapılmıştır. Hasta aktivasyonu ve yaşam doyumu ölçekleri ile demografik veriler arasında analizler yapılmıştır. Bulguların son bölümünde ise kullanılan dört ölçek ve bu ölçeklerin alt boyutlarına ait etkiyi gösteren regresyon ve ilişkiyi gösteren kolerasyon analizleri yapılmıştır.

1.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Kavramı

Yaşam biçimi, sağlık durumunun önemli bir belirleyicisi ve sağlığı etkileyen en önemli faktörlerden biridir (Bhuiyan ve ark 2017). DSÖ, bireyin yaşam kalitesinin %60'ının yaşam biçimine bağlı olduğunu belirtmiştir (Wang ve ark 2013). Yaşam biçimi, bireyler tarafından yapılan planlı bir çabadır ve kişinin sağlıklı bir yaşam sürdürmeye devam edebilmesi için kişiye sağlığını düzeltme ve kontrol edebilme imkânı verir (Paudel ve ark 2017). Bireyler, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sağlıklarını korumak için sağlıklı yaşam biçimi geliştirmelidirler (Bhuiyan ve ark 2017). Sağlıklı yaşam biçimi birçok hastalığın önlenmesinde önemli bir faktördür ve sağlığın geliştirilmesi bu davranışla doğrudan ilişkilidir. Kanser, yüksek tansiyon, diyabet ve kalp hastalıkları gibi kronik hastalıklar sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkilidir. Bu nedenle sağlıklı yaşam biçimi oluşturmak, sağlığı geri kazanmanın ya da korumanın en iyi yollarından biridir (Paudel ve ark 2017). Bireylerin sağlık durumu üzerinde etkisi olabilecek davranışları kontrol altına alması ve günlük yaşam aktivitelerinde sağlık statüsünü yükseltmeye yönelik davranışlar sergilemesi sağlıklı yaşam biçimi olarak tanımlanmıştır (Aksoy ve Hülya 2014). Bireyler günlük yaşamlarında sağlıklı yaşam biçimi geliştirmek için, sağlıklı beslenme alışkanlıkları, sağlık sorumluluğu, düzenli ve yeterli fiziksel aktivite, etkili stres yönetimi ve uygun kendini gerçekleştirme davranışları geliştirir, benimser ve uygular (Masina ve ark 2017). Kişilerin sağlık durumlarının iyileştirilmesi, kendi sağlıkları üzerinde kontrol güçlerinin artması bir süreçtir ve uygun beslenme, düzenli egzersiz, duyguların ve düşüncelerin kontrolü ve stresle başa çıkma gibi bazı davranışlar ile kazanılır (Hosseini ve ark 2017). Sağlıklı yaşam biçimi, sağlık sorunlarının yayılmasını azaltmak, sağlığı ve yaşam kalitesini iyileştirmek için değerli bir kaynaktır ve dünya çapında mortalite ve morbiditenin önde gelen nedeni olan bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların gelişimini önleyebilir niteliktedir (Masina ve ark 2017).

1.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık, yaşam boyunca sürekli değişen dinamik bir süreçtir ve bireylerin sağlığı, düzenli beslenme, fiziksel aktivite, sigara ve alkol tüketimi gibi yaşam tarzı davranışlarından etkilenir (Abu-Moghli ve ark 2010, Tagoe ve Dake 2011). Sağlıklı yaşam biçimi davranışı (SYBD), optimal sağlık elde etmek için insanların yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardımcı olan bilim ve sanat olarak kabul edilir (Paudel ve

ark 2017). Başka bir tanıma göre SYBD bireylerin sağlıklı kalmak ve kendilerini hastalıklardan korumak için uyguladıkları bütün eylemler ve inançlar olarak tanımlanmaktadır (Borle ve ark 2017). Walker ve ark (1987) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, bireylerin sağlık ve iyilik düzeylerini korumaya ve arttırmaya yarayan çok boyutlu, kendi kendine başlatılan eylemler ve algı kalıpları olarak tanımlamıştır. Bu davranışlar bireysel mutluluğu, değerleri ve refahı etkileyen günlük yaşam aktivitelerinin bir parçasıdır (Nassar ve Shaheen 2014). Riskli sağlık davranışları, dünyadaki artan engelli yaşama süresi için risk faktörleri arasındadır (Kushner ve Mechanick 2016). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemek sağlığın korunmasında önemli bir bileşendir ve bu davranışların kronik hastalık riskini azalttığına dair literatürde güçlü kanıtlar vardır (Nassar ve Shaheen 2014, Kushner ve Mechanick 2016).

2030 yılında, bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların dünya çapında 52 milyon ölüme neden olabileceği tahmin edilmektedir (Kushner ve Mechanick 2016). Yaş, cinsiyet ve genetik duyarlılık gibi faktörler değiştirilemezken, kronik hastalıklarla ilişkili risklerin çoğu değiştirilebilir. Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar yükündeki artış, daha uzun ortalama ömür, kentleşme, küreselleşme ve sağlıksız yaşam biçimi davranışları gibi çeşitli faktörlere bağlanmıştır (Tagoe ve Dake 2011). Sağlıksız yaşam biçimi davranışları, özellikle zayıf diyet uygulamaları, fiziksel hareketsizlik ve sigara kullanımı, obezite ve bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar için ana risk faktörleridir (Tagoe ve Dake 2011). DSÖ'nün, Avrupa sağlık raporunda kabul edilen yaşam tarzı ile ilgili risk faktörleri arasında sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik, tütün kullanımı, alkol ve uyuşturucu kullanımı yer almaktadır (Tirodimos ve ark 2009). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise birçok hastalığın önlenmesinde önemli bir faktördür ve sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi bu davranışla doğrudan ilişkilidir (Paudel ve ark 2017). Sağlıklı bir yaşam tarzı; kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, çeşitli kanserler, obezite gibi hastalıklar için koruyucu faktördür (Korn ve ark 2013). Parsons ve ark (2011) göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları; beslenme, fiziksel aktivite ve egzersiz, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi olmak üzere altı bileşenden oluşmaktadır.

1.2.1. Beslenme

Beslenme, bireylerin yaşamlarını devam ettirebilmek, sağlığını korumak ve yaşam kalitesini yükseltmek için bedenin ihtiyacı olan besinlerin alınması ve tüketilmesi olarak tanımlanmaktadır (Pekcan ve ark 2016). Günümüzde sağlıklı, yeterli, dengeli beslenme ve sağlıklı yaşam biçiminin oluşturulması büyük önem taşımaktadır. Yetersiz ve dengesiz beslenme alışkanlıkları obezite, diyabet, kanser, kalp ve damar hastalıkları gibi hastalıklara yakalanma riskini artırmaktadır (Sayan 1999). Günümüzde hızlı kentleşme ve insanların yaşam biçimindeki değişikliklerin etkisiyle beslenme alışkanlıkları da değişmiştir. Bireyler daha çok fast-food tüketirken, daha az lifli gıdalar tüketmekte ve daha az hareket etmektedir. Sağlıksız beslenen toplumlarda, enfeksiyon ve kronik hastalıkların görülme sıklığını artırmaktadır (Çelik 2018). Ülkeler, yaşam sürelerini ve hayat kalitelerini artırmak istiyorsa, o toplumda yaşayan tüm bireylerde beslenme bilinci artırılmalı ve hatta sağlıklı beslenme bir yaşam biçimine dönüştürülmelidir.

1.2.2. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz

Fiziksel aktivite, bireylerin kas ve eklemleri aracılığıyla, enerji kullanarak yaptığı bedensel hareketlerdir (Oral 2018). Egzersiz ise fiziksel uygunluğun birkaç ögesini geliştirmeyi hedef alan planlı, sürekli aktivitelerdir (Gençgün 2018). Fiziksel aktivite sadece spor faaliyetleri olarak algılanmamalı aksine yürüme, koşma, merdiven çıkma, yüzme gibi günlük hayatımız içerisinde sıkça tekrar ettiğimiz aktiviteleri de içerir. Bu aktiviteler sadece bedensel değil hem ruhsal hem de sosyal anlamda sağlıklı bir yaşamın devam ettirilmesinde büyük önem arz etmektedir (Erçin 2018). Fiziksel aktiviteyi bir hayat ritüeli haline getirmek, ölümcül kronik hastalıkları önler ve hastalananlarda sonuçlarını kontrol etmeye yardımcı olur (Abu-Moghli ve ark 2010).

1.2.3. Manevi Gelişim

Manevi gelişim kişinin hem bedenini hem de ruhunu etkileyen varoluşun ötesindeki güçtür (On 2016). Sağlığın manevi boyutu, bireyin ölümü kabullenmesi, hayata bir anlam yüklemesi, hayatın manasını idrak etmesi ve üstün bir güce güven duyma ihtiyacını ifade eder (Yalçın 2018). Kişilerin maneviyatı hastalık ve sağlık durumlarında önemli hale gelmektedir. Çünkü maneviyat bireyin vücut bütünlüğünde

bir bozulma durumu olduğunda kişinin rahatlamasını sağlayabilecek bir olgudur (Emeksiz 2018). Yapılan çalışmalarda kişilerin hastalık ve sağlık davranışları sergilemesinde, yeniden iyileşme umudu bulmasında maneviyatın olumlu etkisi ortaya çıkarılmıştır (Bozhüyük ve ark 2012).

1.2.4. Kişiler Arası İlişkiler

Kişiler arası ilişkiler, kişilerin yaşamları boyunca mutlu ve kaliteli bir yaşam sürmesinde büyük rol oynamaktadır. İletişim; kişilerin kendini ifade edebilmesi, anlaşılabilmesi, benliğini var edebilmesi, başkalarıyla sağlıklı bir ilişki yürütebilmesine olanak sağlar ve toplumları bir arada tutan faktördür (Topuz 2018). Kişiler arasındaki sosyal ilişkiler sayesinde bireyler yakın çevresinden sosyal ve psikolojik olarak destek almaktadır. Yapılan araştırmalarda, bu desteğin bireyin iyi oluş haline pozitif yönde etki ettiğine dair kanıtlar bulunmuştur (Ezer 2018).

1.2.5. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, kişinin sağlığını korumak, geliştirmek ve olası hastalıkları önleyebilmek adına koruyucu önlemler alması davranış ve tutumlarını bu yönde düzenlemesidir (Alataş Demirtaş 2018). Kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmede başarılı olan kişiler kaliteli ve sağlıklı bir yaşam sürebilir. Kişinin düzenli aralıklarda check-up yaptırması, vücudunu tanıması, tıbbi kontrollerine özen göstermesi, gerekli durumlarda hekime başvurması, verilen ilaçları düzenli kullanması, aktif bir hasta olup öz-yeterliliğinin yüksek olması sağlık sorumluluğunun göstergelerindendir. Bireyler sağlıklı olma halini sürdürebilme ve iyilik halini yükseltebilme adına, kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmelidir. Sağlık sorumluluğunu üstlenen bireyler riskli sağlık davranışları (alkol, sigara kullanımı, sağlıksız beslenme v.b) kaçınırlar ve sağlıklı bir yaşam biçimi davranışları sergilemeye özen gösterirler.

1.2.6. Stres Yönetimi

Stres, kişinin vücut dengesini bozabilecek etkenlerin tümü olarak tanımlanmaktadır (Balcıoğlu 2005). Günümüzde kişiler gerek iş yaşamında gerekse günlük yaşamlarında stresli durumlarla sürekli karşı karşıya kalmaktadır. Günlük hayatta maruz kalınan stres bireyin duygusal, fiziksel, duygusal ve ruhsal sorunlar

yaşamasına, kalıcı bir hastalığa yakalanmasına sebep olabilmektedir (Yasemin ve Karabulut 2018). Stres yönetiminin amacı; stresi kontrol etmek, stresli durumlarla başa çıkmayı öğrenip stresin etkisini olumlu düzeyde tutabilmektir (Öz 2018). Stres durumu ile karşı karşıya kalan kişiler sağlık durumuna özen göstermezler ve sağlığı tehlikeye düşürebilecek davranışlar sergileyebilir (Şahin 2018). Bu sebepten stresin kontrol altına alınması sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı bir yaşamın devamı için önemlidir.

1.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bireylerin yaşı, cinsiyeti, fiziksel ve davranışsal özellikleri, medeni durumu, eğitim durumu, boyu, kilosu gibi birçok faktörden etkilenir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörleri üç grupta toplayabiliriz bunlar; demografik, durumsal ve davranışsal faktörlerdir (Kayapınar 2012).

1.3.1. Demografik Faktörler

Kişinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, gelir durumu, eğitim durumu gibi demografik özellikleri sağlıklı ya da sağlıksız bir yaşam biçimi sürdürmesine etki eden önemli faktörlerdendir. Bireylerin yaşının sağlıklı yaşam biçimine önemli etkisi vardır. Yapılan araştırmalarda özellikle üniversite öğrencilerinin önemli bir kısmının sağlıksız bir yaşam tarzı (tütün kullanımı, alkol kullanımı, fast-food tüketimi, yanlış beslenme alışkanlıkları v.b) sergiledikleri sonucuna ulaşılmıştır (Wang ve ark 2013, Al-Nakeeb ve ark 2015). Kişilerin yaşlarının artmasına bağlı olarak daha düzenli ve dengeli beslenme ve kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmesi beklenmektedir. Yapılan literatür incelenmesinde, genel olarak kadınların daha sağlıklı yaşam biçimi sergiledikleri ve daha sağlıklı beslendikleri sonuçlarına ulaşılmıştır (Vural ve Bakır 2015, Bostan ve Beşer 2017, Özenoğlu ve ark 2018). Bu durum geleneksel olarak kadına yüklenen yemek yapma, çocuk bakımı ve beslenmesi gibi sorumlulukların bir sonucu olduğu söylenebilir. Kişilerin gelirleri ile sağlık durumları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Gelir düzeyi yükselen bireyler hem beslenmesine hem de sağlığına daha çok dikkat edecektir. Ayrıca, bireylerin eğitim durumu arttıkça buna bağlı olarak sağlık okuryazarlık düzeyi, öz-yeterliliği daha fazla artacak ve kişi kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmeye daha fazla istekli olacaktır.

Literatürde demografik faktörler ve sağlıklı yaşam biçimi arasında yapılan araştırmalarda bulunan sonuçlar şunlardır. Johnson (2005) yaptığı araştırmada kadınların erkeklere göre daha sağlıklı yaşam biçimlerinin olduğu, Ulla Diez ve Perez-Fortis (2010) Meksikalı üniversite öğrencileri arasında yaptığı çalışmasından elde edilen bulgulara göre ise, erkek öğrencilerin stres yönetimi ve egzersiz konusunda kız öğrencilere göre daha iyi oldukları ve genel sağlık profilinin daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur. Dake ve ark (2011) Gana’da yaptığı araştırmalarda obezite prevalansının özellikle kadınlar arasında arttığı, von Bothmer ve Fridlund (2005) çalışmalarında kız öğrencilerin beslenmeyle ilgili daha sağlıklı alışkanlıklara sahip oldukları ancak erkeklere oranla daha fazla stres yaşadıkları sonucu bulunmuştur. Abu-Moghli ve ark (2010) çalışmasında ise, erkek öğrenciler kız öğrencilere göre sağlığı artırıcı faaliyetlerle daha az ilgilenmişlerdir. Hacıhasanoglu ve ark (2011), Can ve ark (2008) yaptıkları araştırmalarda yüksek ekonomik statüye sahip öğrencilerin düşük ekonomik statüye sahip olanlardan daha çok sağlığına dikkat ettikleri sonucu ortaya çıkmıştır. Yapılan araştırmalarda, cinsiyete ve doğum yılına göre ayarlama yapıldıktan sonra, sosyoekonomik konumu en düşük olanların sosyoekonomik konumu en yüksek olanlara göre tüm nedenlerden ölüm riski 1,60 kat daha yüksek bulunmuştur (Kushner ve Mechanick 2016).

1.3.2. Durumsal Faktörler

Kişinin yaşadığı çevrenin sağlıklı bir yaşam biçimi sergilemesini etkilediği yadsınamaz bir gerçektir. Buna ek olarak bireyin sağlık algısı, geleceğe dair beklenti ve inançları, yaşam alışkanlıkları ve kişilik özellikleri de kişinin sağlığını etkilemektedir (Kılıç 2017). Özellikle bireyin kendi sağlığını iyi olarak algılaması SYBD etkilemektedir. Açıksöz ve ark (2013) ile Şimşek ve ark (2012) çalışmalarında, kişilerin sağlık algısı arttıkça, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca Kolaç ve ark (2018) ile Tuğut ve Bekar (2008) araştırmalarında, alkol kullanan kişilerin kullanmaya göre sağlık algısı puanları daha düşük çıkmıştır. Zaybak ve Fadiloglu (2004) ise gelecekte sağlığını kontrol edebilme inancı ile SYBD doğru orantılı olduğunu bulmuşlardır. Avrupalı genç yetişkinler arasında yapılan bir çalışmada, Steptoe ve ark (1994) SYBD ile dışa dönüklük arasında pozitif, nörotisizm ve psikotizm ile negatif ilişkili olduğunu bulunmuştur. Vingerhoets ve ark (1990) ise nevrotik insanların daha az egzersiz

yapma, daha az uyuma, daha fazla sigara içme ve daha az kahvaltı yapma eğiliminde olduğunu bulmuştur. Görüldüğü gibi kişilik özellikleri de SYBD önemli ölçüde etkilemektedir. Çevresinden sosyal anlamda destek olan bireyler, hasta olduklarında iyileşme süreçleri daha hızlı ve sağlıklarına gösterdikleri önem de daha çoktur. Maglione ve Hayman (2009) üniversite öğrencileri arasında yaptıkları araştırmada, sosyal destek ve öz yeterlilik ile fiziksel aktiviteye katılma arasında pozitif bir ilişki bulmuşlardır. Yüksek sosyal destek düzeyine ve öz yeterliliğe sahip olanların daha yüksek fiziksel aktivite performansı bildirdikleri görülmüştür.

1.3.3. Davranışsal Faktörler

Sağlıklı yaşam biçimini önemli ölçüde etkileyen davranışsal faktörler sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı, fiziksel aktivite, riskli cinsel davranışlar ve düzenli sağlık taramalarıdır. Sigara ve alkol gibi zararlı alışkanlıklar, günümüzde önlenabilir hastalıkların ve ölümlerin önde gelen nedeni olmaya devam etmektedir. Özellikle akciğer, gırtlak, kolon, göğüs ve karaciğer kanserleri ve kalp rahatsızlıkları başta olmak üzere sigara ve alkole bağlı hastalıklardan her yıl binlerce insan ölmektedir. Sigara içmeyen biri ile karşılaştırıldığında, sigara içen kişinin akciğer kanserine yakalanma olasılığının dokuz ila on kat, aşırı sigara içen kişinin ise en az yirmi kat olduğu tahmin edilmektedir (Spring ve ark 2015). Uyuşturucu madde, bireylerin sinir sistemini etkileyerek vücut fonksiyonlarına zarar vermektedir. Bu maddeler başlangıçta keyif vererek alışkanlık oluşturmakta daha sonrasında ise bireyi bağımlı hale getirerek bireysel ve ailesel yıkımlara yol açmaktadır (Bahar 2018). Bu tür zararlı alışkanlıklardan uzak durmak başta kanser olmak üzere ölümcül hastalıklara yakalanma riskini azaltır. Sağlık sorumluluğu yüksek olan bireylerin olumlu sağlık davranışları sergileme olasılıkları yüksektir ve sağlığa zararlı davranışlardan uzak durur.

Yeterli koruma araçları olmadan ve uygunsuz bir partnerle cinsel ilişkiye girmek riskli cinsel davranış olarak kabul edilir (Spring ve ark 2015). Bu riskli davranışlar başta AIDS olmak üzere ölümcül hastalıklara sebep olmaktadır. Yapılan araştırmalarda, sigara içme, riskli cinsel davranışlar, birden fazla cinsel partnere sahip olma gibi durumlar olumsuz sağlık davranışlarıyla ilişkilendirilmiştir (Von Ah ve ark 2004). Kockanat ve Bekar (2018) cinsel ilişki durumu ile sağlık sorumluluğu arasında anlamlı bir fark bulmuştur. Uitenbroek (1994) sigara, alkol kullanımı ve

fiziksel aktivite gibi sağlıklı yaşam biçimi göstergeleri açısından cinsel açıdan daha aktif ve cinsel açıdan daha az aktif katılımcılar arasında önemli ve tutarlı farklılıklar bulmuştur. Düşük fiziksel aktivite başta obezite olmak üzere bireyin sağlığını olumsuz etkileyen birçok hastalığa yol açmaktadır. Düzenli fiziksel aktivite kalp ritmini düzenler, kasları kuvvetlendirir ve vücut postürünün korunmasına katkı sağlar. Saldıran ve ark (2019) sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile fiziksel aktivite arasında pozitif bir ilişki tespit etmiştir. Hareketsiz insanlarla karşılaştırıldığında, haftada üç ila dört saat fiziksel aktivite yapanların meme kanseri riskinde % 20 ila % 40 ve kolon kanseri riskinde % 30 azalma vardır. Düzenli sağlık taramaları, bireyin vücudunda var olan bir hastalığın erken aşamada tespit edilip, tedavi başarısının artmasına katkı sağlar. DSÖ, kalp hastalığı, felç ve diyabetten erken ölümlerin %80'inin davranışsal müdahalelerle önlenebileceğini vurgulamaktadır (Tagoe ve Dake 2011). Görüldüğü üzere bireyin olumlu sağlık davranışları hem hastalıkların önlenmesinde hem de sağlığın korunmasına önemli bir rol oynar.

1.4. Sağlık Algısı Kavramı

Sağlık algısı kavramı, bireyin kendi sağlık duruma yönelik kişisel duygu, düşünce ve beklentilerinin toplamıdır (Yanmış 2016). Bireylerin sağlık algısı sübjektif ve objektif boyutları içine alır. Sübjektif sağlık algısı, hastalık ve fonksiyonel durumla ilişkilidir ve aynı zamanda zihinsel sağlıkla durumunu da içine alır (Araujo ve ark 2018). Sübjektif sağlık algısı kişinin ruhsal, fiziksel ve sosyal açıdan kendi sağlık durumunu algılaması halidir (Şengel 2016). Objektif sağlık algısı ise bireyin sağlıklı olup olmadığının uzman muayenesi ve tanı testleriyle belirlenmesidir (Ulutürk 2015). Bu tanımlara göre bir kişinin sağlıklı olarak addedilmesi için, bireyin kendisini sübjektif olarak sağlıklı hissetmesi ve aynı zamanda da objektif olarak da sağlıklı olması gerekir (Çapık 2006). Çeşitli çalışmalar cinsiyete, yaş grubuna, mesleğe, etnik kökene, hane halkı gelirine, farklı kronik koşullara ve kişilik özelliklerine göre yaşam tarzı ile algılanan sağlık durumu arasında bir ilişki olduğunu bildirmiştir (Noguchi ve ark 2015). Epidemiyolojik veriler, yüksek eğitim seviyesi, yüksek gelir, sigara içmeme durumu, rekreasyonel fiziksel aktivite, erkek olma, psikolojik iyi oluş ve yüksek özgüven ile sağlık algısı arasında ilişki bulmuştur (Kaleta ve ark 2009). Düşük algılanan sağlık durumu değerine sahip bireyler, sağlık hizmetlerini daha sık kullanırlar (Kraja ve ark 2013).

Sağlıklarını mükemmel olarak algılayan bireyler kötü olarak algılayanlara göre 1,5 ila 3 kat daha fazla yaşarlar (Menec ve ark 1999).

1.5. Sağlık Algısının Ölçülmesi

Halkın genel sağlık düzeyini ölçmek için bireylerin sübjektif sağlık algıları yerine objektif olarak belirlenen anne ölüm hızı, bebek ölüm hızı, doğumda beklenen yaşam süresi gibi ölçütler kullanılır (Kaya 2014). Sağlık araştırmalarında ise genellikle, ölüm hızı, yaşam beklentisi, morbidite, doğum ağırlığı, kendi kendine algılanan sağlık durumu ve yaşam kalitesi gibi sağlık durumu göstergeleri ve ölçümleri kullanılmıştır (Leung ve ark 2007). Bu objektif ölçütlerin yeterli olmadığı durumlarda ise algılanan sağlık durumu sıklıkla kullanılan bir ölçüttür (Erengin ve Dedeoğlu 1997). Algılanan sağlık durumunu değerlendirmek için araçlar, likert tipi (kötü sağlık durumundan mükemmel sağlık durumuna kadar) veya sayısal tipte ölçekler (örneğin, 0-100 arasında) kullanmıştır (Leung ve ark 2007). Bireylerin sağlık algılarını ölçmek için tercih edilen ölçekler üç kategoride toplanır. Bunlar (Şenol 2006);

- Birinci kategori, genel sağlık değerlendirilmesi
- İkinci kategori, vücuttaki bir fonksiyonun yeterliliğini tanımlamaya yönelik sorular
- Üçüncü kategori ise bir hastalık durumundaki işlevlere yönelik sorulardır.

Kullanılan bu ölçekler vasıtasıyla kişi sağlık algısını çok iyi, iyi, orta ve kötü olarak değerlendirmeye tabii tutmaktadır (Çimen 2015). Algılanan sağlık durumu, bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonelliğinin değerlendirilmesini yansıtır (Kaya 2014). Algılanan sağlık durumu bunlara ek olarak kişilerin öznel değerlendirmeleridir ayrıca morbidite ve mortalite ile de ilişkilidir (Koraltan 2017). Yapılan araştırmalarda fiziksel koşulların sağlık algıları ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu bildirilmiş olsa da, bazı yaşam tarzı faktörleri, sosyo-ekonomik özellikler ve psikososyal faktörlerin de kendi kendini algılanan sağlık durumunun istatistiksel olarak önemli belirleyicileri olduğu gösterilmiştir (Kraja ve ark 2013).

1.6. Sağlık Algısıyla İlişkili Faktörler

Yapılan araştırmalara göre bireylerin sağlık algısı etkileyen faktörler incelendiğinde; erkekler kadınlara göre, bekar olan kişiler ise evli olan kişilere göre daha olumlu sağlık algısına sahiptirler (Fillenbaum 1979, Ahmad ve ark 2005, Kraja ve ark 2013, Gür ve Sunal 2017, Karakoyunlu Şen 2019). Filiz (2015) ve Çimen (2015) çalışmalarında, sağlık algısı yüksek olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin de yüksek olduğunu bulmuşlardır. Yapılan araştırmalarda, eğitim düzeyi arttıkça sağlık algısının da arttığı (Özdemir 2018, Karakoyunlu Şen 2019), ayrıca yaş artıkça sağlık algısının da azaldığı sonuçlarına ulaşılmıştır (Zonderman ve ark 1986, Erengin ve Dedeoğlu 1997, Al-Windi 2005, Çimen 2015, Karakoyunlu Şen 2019). Sigara kullanan bireylerin kullanmayanlara göre, beden kitle endeksi yüksek olan kişilerin ise olmayanlara göre sağlık algı düzeyi düşüktür (Al-Windi 2005, Yıldız 2016, Gür ve Sunal 2017, Deniz ve ark 2018, Karakoyunlu Şen 2019). Literatür incelendiğinde, kronik hastalığı olmayan bireylerin olanlara göre sağlık algısı daha yüksektir (Tuğut ve Bekar 2008, Kaleta ve ark 2009, Cho ve ark 2011, Çimen 2015, Gür ve Sunal 2017). Aydın Dinçer (2019), Gür ve Sunal (2017) ve Sertçelik (1999)'in çalışmalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça sağlık algısının da arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

1.7. Sağlık Algısının Psikolojik Boyutu

Sağlık algısı, bireyin kendi sağlığının dair kişisel değerlendirmesini içermektedir. Bu bağlamda, kişi kronik bir hastalıktan muzdarip olsa bile kendini sağlıklı olarak algılayabilir ya da tam tersi herhangi bir hastalık olmadan kendini hasta olarak algılayabilir (Leite ve ark 2019). Bu nedenle, bireyin sağlık algısı özellikle psikolojik iyilikle ilgilidir. Yapılan araştırmalar psikolojik iyi oluşun daha yüksek kişisel sağlık puanları ile ilişkili olduğunu ortaya çıkmıştır. Bireylerin hayata dair tutumları, motivasyonları, inançları hastalık ve sakatlık algılarını etkilediğinden, sübjektif sağlıktaki bireysel farklılıklar sonraki yaşamda psikolojik iyi oluş için önemli bir rol oynayabilir (Cho ve ark 2011). Günümüzde sağlık artık sadece hastalık ya da fiziksel yetersizlik yokluğundan ziyade, psikolojik anlamda da tam bir iyilik hali olarak görülmektedir. Literatürde pozitif psikolojik işlevsellik ile sağlığın birçok yönü arasında mortalite (Chida ve Steptoe 2008) kardiyovasküler hastalık (Boehm ve Kubzansky 2012), hastalık için biyolojik risk faktörleri (Friedman ve ark 2005,

Tsenkova ve ark 2008), bulaşıcı hastalık (Cohen ve ark 2006) arasında ilişki bulunmuştur.

1.7.1. Benlik Kimliği

Benlik kişinin kendisini nasıl gördüğü, hangi değeri biçtiği, hangi konumda kabul ettiğiyle ilgili özel bir tespittir (Tural 1991). Benlik kimliği ise bireyin varlık sebebi, kim olduğu ve kendisi hakkında verdiği cevapların toplamıdır (Özdemir 2018). Kişinin hayatta karşılaştığı yeni durumlar, değişimler bireyin benlik algısını kolayca etkileyebilir bu bağlamda kişinin benlik algısı sosyal, biyolojik ve gelişimsel süreçlerle etkileşim içindedir (Yıldız 2016). Bireylerin kendileri hakkında olumlu bir benlik değerlendirmesi var ise bu doğrultuda kendi için kötü olarak gördüğü davranışları yapmayacak, sağlığı ve hayatı için doğru olan davranışlara yönelecektir. Yapılan araştırmalara göre kişinin benlik algısı bireyin sağlığını, insanlarla olan ilişkilerini ve akademik başarılarını etkilemektedir (Adana ve ark 2012). Adana ve ark (2012) çalışmasında sağlığını iyi olarak algılayan öğrencilerin benlik algısının daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir.

1.7.2. Duygu Karmaşası

Duygu, olay ve nesnelerin insanın iç dünyasında uyandırdığı izlenim olarak tanımlanmaktadır (Bozkurt 2014). Duygu durumu, sürekli değişiklik gösterebildiği için ölçülmesi ve belirlenmesi zor olup, kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler. Duygusal durumu karmaşık olan bireylerin sağlığı algılama biçimi de farklılaşmaktadır. Duygusal yönden karmaşa içinde olan kişiler, herhangi bir hastalık durumunda bu süreci sağlıklı bir şekilde ele alıp değerlendirememekte ve rasyonel kararlar alıp uygulayamamaktadır. Bu duygu karmaşası halinde birey, hasta olduğu halde kendini sağlıklı olarak değerlendirebilir ya da tam tersi sağlıklı olduğu halde kendini hasta olarak atfedebilir. Duygu kontrolü yüksek olan birey, hastalık halinde yapıcı hal ve tavırlar içerisinde olacak ve tedavi sürecine katkı sağlayacaktır (Özdemir 2018). Duygu karmaşası içinde olan bireyler ise sağlığı ile ilgili proaktif hareket edemeyip içinde bulunduğu durumu yönetemeyecektir. Bireyin karşılaştığı problemleri sağlıklı bir şekilde çözebilmesi duygu kontrolünü ile mümkündür (Bozkurt Yükü 2017).

1.7.3. Kişilik

Kişilik bireyin içinde bulunduğu fiziksel, çevresel faktörler ve aynı zamanda kalıtsal özelliklerle etkileşim içinde olan, bireyin kendisi ve dış dünya ile ilişkisinde düşüncelerini, davranışlarını ve hislerini belirleyen sürekli, tutarlı, kişiye özgü ve nispeten durumdan bağımsız özellikler şeklinde tanımlanabilir (Özsoy ve Yıldız 2013, Toplu Demirtaş 2017). Kişiliğe yönelik pek çok kuram bulunmaktadır ve bu kuramlardan sıklıkla kullanılanlardan biri de beş faktörlü kişilik modelidir. Bu modele göre kişilik; dışadönüklük, yumuşak başlılık, nevrotiklik, sorumluluk ve deneyime açıklık alt boyutlarından oluşmaktadır (Doğan 2013). Yapılan araştırmalarda, beş faktörlü kişilik kuramı ile sağlık ve hastalık süreci arasındaki önemli ilişkileri gösteren sonuçlar bulunmuştur (Zambrano-Cruz ve ark 2018). Goodwin ve Engstrom (2002) yaptığı çalışmada, nevrotiklik özelliğinin kötü sağlık algısını artırabileceği sonucuna ulaşmıştır. Ayrıca deneyime açıklık, dışa dönüklük ve vicdanlılığın iyi sağlık algısıyla, nevrotik ise kötü sağlık algısıyla ilişkili olarak bulunmuştur (Goodwin ve Engstrom 2002). Bu sonuçları destekler nitelikte Zambrano-Cruz ve ark (2018), düşük nevrotiklik özellikleri, yüksek dışadönüklük, yüksek deneyime açıklık ve iyi sağlık algısı arasında çok güçlü bir ilişki tespit etmiştir. Nevrotik özelliklerine sahip bireylerin sağlık kaygı düzeyleri yüksek olacağından, sağlık hizmeti talepleri de rasyonel olamayacaktır. Sağlık durumu ile ilgili karar vermede zorlanan birey ya sağlık hizmet arayışını artıracak ya da hiç hizmet talep etmeyecektir. Nitekim kişinin sağlık sorunu yaşamadığı süreçte bile nevrotikliğin kötü sağlık algısı olasılığını artırdığı ortaya çıkmıştır (Goodwin ve Engstrom 2002). Koraltan (2017) dışa dönüklük ile sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişki bulamamışken, Duberstein ve ark (2003) dışadönüklüğün sağlık algısını pozitif etkilediği sonucunu tespit etmişlerdir. Dışadönük bireyler sosyal çevresi ile uyum içerisinde olup iyimserlerdir. Bu özellikleri ise onların sağlık durumlarını yargılayış biçimini olumlu etkileyebilir. Dışadönüklük özellikleri düşük olan kişiler, gelecek hakkında nispeten kötümser olma eğilimindedir. Bu durum onların öznel sağlığını artırabilecek, sağlığı geliştirici davranışlarda bulunmalarına engel olacaktır. Yapılan araştırmalarda, dışadönüklüğün algılanan sağlıkla ilişkisinde, hizmet kullanımına da katkıda bulunabileceğini göstermektedir (Duberstein ve ark 2003).

1.7.4. Geçmiş Davranışların Rolü

Kişilerin sağlık durumları ile ilgili geçmiş yaşanmışlıkları (tecrübeleri) gelecekteki sağlık durumu ile ilgili davranışlarını etkileyip yön verecektir. Bireyin geçmişte hastalık durumunda yaşadığı olumsuz ve başarısız davranışları, sıklıkla yeni değişim durumları konusunda daha düşük öz yeterlilik hissine neden olur ve genellikle başka bir başarısızlığa da yol açar (Sevinç 2016). Örneğin bireyin geçmişte yaşadığı hamilelik durumu ve bu süreçte edindiği olumlu ve olumsuz tecrübeleri gelecekteki ikinci bir hamilelik durumundaki davranışlarını büyük ölçüde etkileyecektir. Tecrübesizlikten kaynaklanan olumsuz durumlar bir sonraki hamilelikte olumluya çevrilebilecektir.

1.8. Hasta Aktivasyonu Kavramı

Günümüzde, kronik hastalıklar dünya genelinde en büyük sağlık sorunlarından biri olarak ortaya çıkmıştır. Kronik hastalıklar bir yıldan fazla süren ve fonksiyonel kısıtlamalara neden olan, sürekli izleme veya tedavi gerektiren fiziksel veya zihinsel sağlık durumudur (Schmaderer ve ark 2016, Buttorff ve ark 2017, Raghupathi ve Raghupathi 2018). Başka bir tanıma göre ise uzun süreli, genellikle yavaş ilerleyen, insandan insana geçmeyen hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (Lin ve ark 2020). Dünyada her ölümden üçü bulaşıcı olmayan dört ana hastalığa (kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik akciğer hastalıkları ve diyabet) yani kronik hastalıklara bağlanmaktadır (Hajat ve Stein 2018). Kronik hastalıkların akut hastalıklara göre ayırıcı gereklilikleri nedeniyle, sağlık hizmetlerini dönüştürmekte ve hasta merkezli hale getirmektedir (van Vugt ve ark 2019). Hasta merkezli sağlık bakım sisteminde hastaların sağlık hizmetlerine katılmaları, kendi sağlıklarından ve aldıkları sağlık hizmetlerinden daha fazla sorumlu olmaları, bilinçli olarak tedavi seçenekleri arasından seçim yapmaları ve sağlıklarını korumak için davranışlarını ayarlayabilmeleri beklenmektedir (Hendriks ve Rademakers 2014). Hastaların sağlık hizmetlerinde aktif rol alabileceği ve kendi sağlıklarını yönetmede proaktif bir rol üstlenebilmesi kısacası aktif hastanın rolü günümüzde giderek önem kazanmaktadır (Rask ve ark 2009). Hibbard ve ark (2004) göre, hasta aktivasyonu kişinin durumunu veya sağlığını kendi kendine yönetmek için gerekli olan bilgi, beceri, güven ve davranışları olarak tanımlanmaktadır. Literatürde geçen diğer tanımlara göre hasta aktivasyonu; hastaların sağlıklarını ve bakımlarını yönetmek için bağımsız

eylemlerde bulunma isteklerini ve yeteneklerini; hastaların sağlık hizmetlerine katılım düzeyleri ve kronik hastalığı yönetme, sağlık hizmetlerine erişme, hastalık için sağlık hizmeti sunucularıyla ortak olma konusunda bilgi, motivasyon, inanç, güven ve becerilere sahip olma dereceleridir (Hibbard ve Greene 2013, Zimbudzi ve ark 2017).

Literatürde hasta aktivasyonu ve hasta katılımı terimlerinin birbirlerinin yerine kullanıldığı görülmektedir fakat kavramlar birbiriyle ilişkili olsa da özdeş değildir (Carman ve ark 2013). Hasta katılımı; hastanın tercihlerine, deneyimlerine ve potansiyeline uygun olarak sağlık profesyonellerinin uzmanlık bilgisinin de birleşimiyle karşılıklı diyalog içinde hastanın karar alma sürecini dâhil olma hak ve fırsatları olarak tanımlanmıştır (Kvæl ve ark 2018). Avrupa Hasta Forumu hasta katılımını, hastaların kendi durumlarıyla ilgili kararlara katılma ve hasta olarak kendi deneyimleriyle örgütsel öğrenmeye katkıda bulunma dereceleri olarak tanımlamıştır (European Patients 2015). Görüldüğü üzere hasta aktivasyonu bireyin davranışına odaklanmazken, hasta katılımında bireyin süreçlere dâhil olması da önemsenmektedir. Yapılan araştırmalarda yüksek hasta aktivasyon seviyelerinin daha iyi özyönetim, daha düşük hastane yatış oranları, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, düzenli egzersiz, uygun beslenme, ilaca uyumu bildirme, görüntüleme hizmetlerinin daha iyi kullanılması ve sağlık hizmetlerinde maliyetlerin azaltılmasıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Hibbard ve ark 2004, Hibbard ve ark 2005, Hibbard ve ark 2007, Mosen ve ark 2007, Fowles ve ark 2009, Hibbard 2009, Begum ve ark 2011, Hibbard ve Greene 2013, Greene ve ark 2015). Yaş, eğitim düzeyi düşüklüğü ve düşük gelir ise daha düşük aktivasyon seviyeleri ile ilişkili bulunmuştur (Hibbard ve ark 2005, Hibbard ve ark 2007).

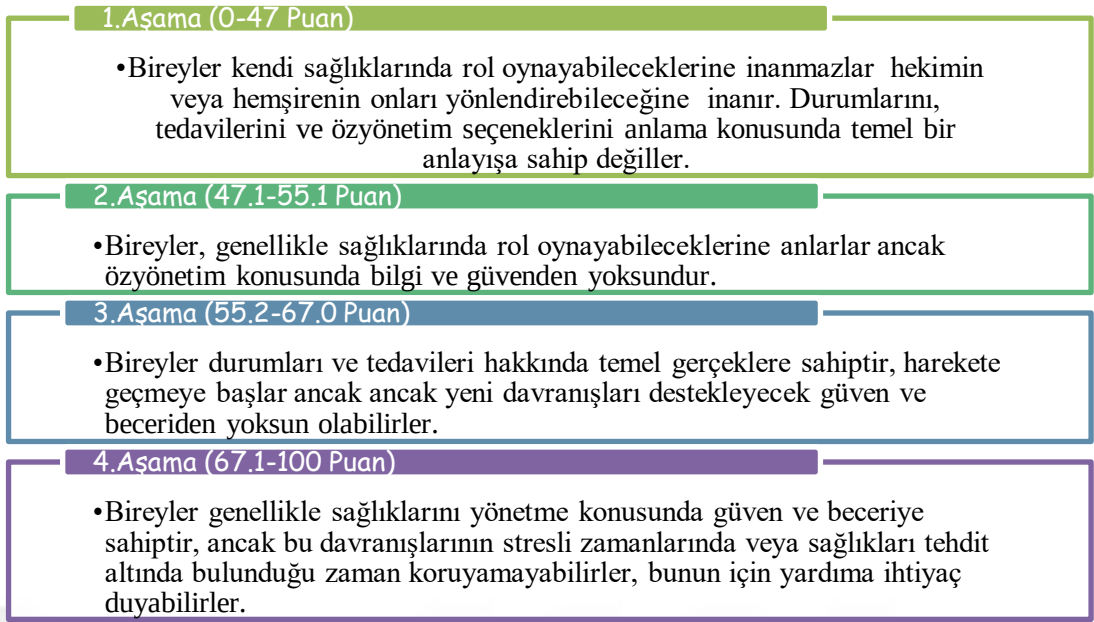
1.9. Hasta Aktivasyonunun Aşamaları

Sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi ve maliyetleri kısıtlamayı amaçlayan mevcut sağlık politikaları, önemli ölçüde hastaların bilinçli seçimler yapma yeteneğine dayanmaktadır (Hibbard 2017). Hastaların sağlık hizmetlerinde aktif rol almaları yalnızca hastaların bireysel sağlığı için önemli olmayıp, aynı zamanda sağlık sistemlerinin etkinliği için de önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinde, maliyetlerin kontrol edilmesi ve kalite iyileştirmelerinin gerçekleştirilmesi, aktif ve bilgilendirilmiş tüketicilerin ve hastaların katılımını gerektirir (Hibbard ve ark 2004).

Kendi bakımlarında anlamlı bir rol üstlenmeye hazır olan aktif hastaları desteklemek, bakım kalitesini ve sağlık çıktılarını iyileştirmek için çok önemlidir (Begum ve ark 2011). Hibbard ve ark (2004) tarafından geliştirilen hasta aktivasyon ölçeği kişinin kendi sağlık bakımını yönetme konusundaki bilgi, beceri ve güvenini ölçmektedir. Yapılan araştırmalarda, yüksek aktivasyona sahip olan hastaların, düzenli egzersiz yapma, az yağlı yiyecekler tüketme, daha fazla meyve ve sebze yeme, sigara ve alkol tüketmeme gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha yüksek olduğunu tespit edilmiştir (Mosen ve ark 2007). Aktivasyon puanları yüksek olan hastaların, aktivasyon puanları düşük olanlara kıyasla daha yüksek hasta memnuniyeti, yaşam kalitesi bildirme olasılığı yüksek çıkmıştır. Bunun yanında; hasta aktivasyonundaki artışların, vücut kitle indeksinde azalma, kan şekeri seviyelerinde azalma, kan basıncında azalma ve kolesterolde azalma gibi bir dizi olumlu sağlık sonucuyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Mosen ve ark 2007, Remmers ve ark 2009, Terry ve ark 2010, Skolasky ve ark 2011). Ayrıca karar verme, sağlık bilgisi arama davranışı, yaşam tarzı değişikliklerine katılım, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı ve kendi kendine yönetim konularında hastaların olumlu sağlık davranışları gösterdikleri bulunmuştur (Hibbard ve ark 2004, Hibbard ve ark 2005).

Hasta aktivasyonunun 4 aşaması bulunmaktadır. Ölçekten alınan 0 ile 100 arasında değişen skor bir kişinin ne kadar aktif olduğunu ve kaçınıcı seviyede olduğunu göstermektedir (Hibbard ve ark 2007). Bu dört aşama şu adımları içermektedir (Hibbard ve ark 2007, Hendriks ve Rademakers 2014) (Şekil 1):

- Birinci aşama; Hastalar henüz kendi sağlıklarında aktif bir rol oynaması gerektiğini kavrayamazlar, ancak pasif bir sağlık bakım alıcısı olabileceğine inanırlar,
- İkinci aşama; Hastalar özyönetim konusunda bilgi ve güvenden yoksundur,
- Üçüncü aşama; Bu aşama hastanın aktif olmaya başladığını gösterir, hasta harekete geçmeye başlar ancak yeni davranışları destekleyecek güven ve beceriden yoksun olabilir,
- Dördüncü aşama; Hastalar birçok davranış değişikliği yapmış, yeni davranışlar benimsemişler ancak bu davranışlarını stres ve krizler karşısında koruyamayabilirler.



Şekil 1.1. Hasta Aktivasyonunun Aşamaları

Kaynak: Roberts ve ark (2016)

Literatürde aktivasyonun şu şekilde kullanılabileceği bildirilmiştir (Roberts ve ark 2016); Hasta katılımını ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için aktivasyon seviyesini öngörebilecek klinik veya sosyo-demografik özellikleri belirlemeye yönelik bir işlem veya sonuç ölçüsü;

- Bireyin özyönetim kapasitesini değerlendirerek ve bu konuda hedeflenen, kişinin ihtiyaç duyduğu desteğin türünü ve miktarını hesaplayarak, hedeflenen müdahalelerin uygulanması konusunda bilgilendirme aracı,
- Bireyin önceki ve sonraki aktivasyon seviyesinin değerlendirilmesini üstlenerek, sağlık sistemlerinin, yapılan müdahalelerin performans ve etkinliğinin değerlendirilmesinde bir sonuç ölçütü olarak kullanılabilir.

Hastanın etkili bir öz-yönetici olması yolunda bu aşamaların her birini sırayla geçmesi gerekir. Bu aşamalar, karar öncesi, niyet (tefekkür), hazırlık, eylem ve bakım aşamalarını içeren Transteorik Modeldeki değişim aşamalarıyla bazı benzerliklere sahiptir ve aktivasyon seviyesine uygun hedeflerle başlayıp adım adım aktivasyon seviyesini artırmaya çalışan hastalar, etkili bir kişisel yönetim için güven ve becerilerini sürekli geliştirebilirler (Hibbard ve ark 2005).

1.10. Hasta Aktivasyonunu Etkileyen Faktörler

Hibbard ve ark (2004) göre hasta aktivasyonunun elemanları bireyin bilgi, inanç ve becerilerinin toplamıdır. Bireyde bu meziyetler ne kadar yüksekse aktivasyon seviyesi de bununla doğru orantılı olarak yüksek olacaktır. Aktif olan hastalar:

- Öz bakım yönetiminde hizmet sağlayıcılarla işbirliği yapıp, sağlıklarını korumada oynayacakları önemli rolleri olduğunu düşünürler,
- Durumlarını nasıl yöneteceklerini ve koruyacaklarını bilirler,
- Uygun ve kaliteli bakıma erişmek için becerileri ve davranışlara sahiptirler (Hibbard ve ark 2004).

Bu faktörlerin dışında yapılan çalışmalara göre bireyin aktivasyon seviyesine etki eden önemli faktörler şunlardır; eğitim düzeyi, yaş, cinsiyet, yaşam kalitesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, ilaç uyumu, öz-yeterlilik, hastane yatış oranı, öz bakım davranışları, sağlık okuryazarlığı, eğitim düzeyi ve acil servis kullanımı (Rask ve ark 2009, Parchman ve ark 2010, Stepleman ve ark 2010, Greene ve Hibbard 2012, Kinney ve ark 2015, Masterson Creber ve ark 2017, Sacks ve ark 2017, Zimbudzi ve ark 2017, Jacobson ve ark 2018, Overbeek ve ark 2018, Cronin ve ark 2019, Tecson ve ark 2019, van Vugt ve ark 2019). Remmers ve ark (2009) yüksek oranda aktive olmuş diyabetli hastaların kan ve lipit testi gibi laboratuvar tarama testlerini kullanma ihtimalinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Rask ve ark (2009) bir devlet hastanesi diyabet kliniğine başvuran 287 diyabet hastasına yaptıkları araştırmada, yüksek aktivasyon puanı alan hastaların, düzenli olarak ayak kontrolleri, göz muayeneleri, egzersiz yaptıkları ve diyabet bakımını yönetmede daha az zorluk yaşadıklarını buldular. Smith ve ark (2016) hasta aktivasyonu ile yaş (61-70 yaşları arasındaki katılımcılar en yüksek aktivasyon seviyesindeydi), gelir, eğitim düzeyi arasında ilişki tespit etmişlerdir. Gleason ve ark (2016) fonksiyonel güçlükleri olan 277 yaşlı popülasyonunda yaptıkları araştırmada hasta aktivasyonunun, yaş, aile desteği, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili zorluklar, depresif belirtiler, kendi kendine bildirilen sağlık durumu ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bunun yanında; depresif belirtiler, günlük yaşamın enstrümantal faaliyetleri ile ilgili zorluklar azalmış hasta aktivasyonu ile ilişkilendirilmişlerdir (Gleason ve ark 2016). Hibbard (2017) yaptığı çalışmada düşük aktivasyon seviyesine sahip bireylerin,

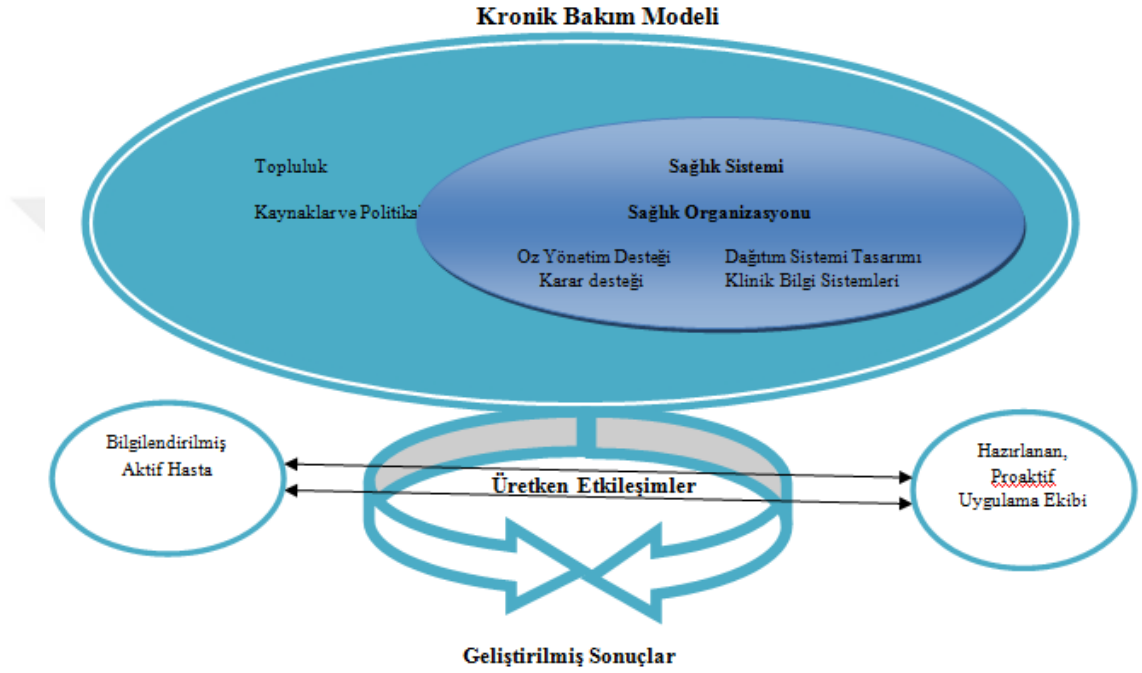
sağlıklarını yönetme ve kendilerine olan güvenlerinin düşük olması, problem çözme becerilerinin sınırlı olması, stresle başa çıkmakta zorluk çekmeleri, bilgi arama ve kullanma olasılıklarının daha düşük olduğuna dair kanıtlar bulmuştur. Kinney ve ark (2015) kronik hasta popülasyonlarında düşük hasta aktivasyonunun (1 ve 2), yüksek aktivasyona göre daha yüksek hastaneye yatış oranları ile ilişkili olduğunu, diyabetik ve kardiyovasküler hastalıklar arasında daha yüksek aktivasyon (3 ve 4) puanı alanların, aynı süre zarfında düşük aktivasyon skoruna (1 ve 2) sahip hastalardan bir yıl içinde hastaneye yatma olasılığının daha düşük olduğunu bulmuşlardır.

Dunlay ve ark (2017) yaptığı çalışmada, aktivasyonu düşük olan hastaların öğrenim düzeyi, hizmetlerden memnuniyeti ve sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olduğunu tespit ettiler. Daha az aktivite olmuş hastaların depresyona girme olasılığının daha yüksek olduğunu ve en düşük aktivasyon seviyesindeki hastaların, hastaneden taburcu olduktan sonraki 30 gün içerisinde en yüksek aktivasyon seviyesindeki hastalarla karşılaştırıldığında 6 kattan fazla mortalite riskine sahip olduğunu bulmuşlardır (Dunlay ve ark 2017). Fowles ve ark (2009) aktivasyonun sağlık bilgi arama davranışı, iş performansı, iş tatmini, değişime hazır olma durumu ölçütleri ile olan güçlü pozitif ilişkisini bulmuşlardır. Aktif bireylerin, daha az aktif olanlara göre daha az sağlık riski ve daha yüksek sağlığını koruyucu ve hastalığa özgü özyönetim davranışlarında bulunma, sağlık bilgisi arama ve kullanma olasılıkları daha yüksektir (Fowles ve ark 2009). Oi (2012) yaptığı çalışmada, bireylerin aktiflik düzeyi yükseldikçe hekimleriyle iletişim kalitesinin yükseldiği, bakıma erişim ile ilgili problemlerle karşılaşmaları olasılıklarının az olacağı sonucunu bulmuştur.

1.11. Kronik Hastalıklarda Hasta Aktivasyonu

Dünya genelinde morbidite ve mortalitenin ana nedenlerinden biri olan kronik hastalıklar, tüm ölümlerin yaklaşık yüzde 60'ını oluşturmaktadır (Halpin ve ark 2010). Kronik hastalıklar, bir ya da daha fazla yıl süren, kişinin sürekli tıbbi tedavi ve destek almasını gerektiren, günlük yaşamı kısıtlayan durum olarak tanımlanmaktadır (Akalin ve ark 2012). Bu hastalıkların en belirgin özelliği, ailesel ve genetik bazı temel değiştirilemez faktörlerin dışında, altta yatan nedenlerinin önemli bir bölümünün tamamen önlenabilir olmasıdır (Kahveci ve ark 2013). Kronik hastalıkların büyük bir bölümü, alkol-sigara kullanımı, sağlıksız beslenme,

aşırı kilolu olma, fiziksel aktivite eksikliği gibi kişilerin riskli yaşam tarzı davranışlarından kaynaklanır ve koruyucu önlemlerle azaltılabilir (Ünal ve ark 2013). Akut hastalıklardaki geleneksel tıbbi tedavi modelinin aksine kronik hastalık yönetimi, bireylerin hastalıklarının yönetimi ile ilgili günlük kararlarda daha aktif bir rol almasını gerektirir (Grover ve Joshi 2014). Ed Wagner tarafından geliştirilen kronik bakım modeli hasta merkezli hizmet sunumunu içerir (Şekil 2) (Mechanic 2004).



Şekil 1.2. Kronik Bakım Modeli

Kaynak: Improving Chronic Illness Care (2020)

Etkili kronik bakım yönetiminin temel bileşeni, hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki ortaklıktır. Hastalar daha fazla bilgilendirildiğinde, kendi tedavi sürecine dâhil edildiğinde, güçlendirildiğinde hem sağlık hizmeti sağlayıcıları ile daha etkili bir şekilde etkileşime girer, hem de kronik hastalık bakımını daha etkili yönetir (Grover ve Joshi 2014). Modelin en önemli bileşenlerinden biri bilgilendirilmiş aktif hastadır. Aktivasyon, kronik hastalık bakımı için birkaç yönden önemlidir (Rijken ve ark 2014):

- İlk olarak, hastaların aktivasyon seviyesini bilmek, sağlık hizmeti sunucularının daha özel bakım sunmalarını, hastaların kişisel hedeflerine ve yeterliliklerine uyan ve sağlık ihtiyaçlarını karşılayan destek ve tedaviler sunmalarını sağlar,

- İkinci olarak, hasta aktivasyonu ile koruyucu sağlık davranışları ve öz-yönetimin ilişkili olduğu bulunmuştur. Daha yüksek aktivasyon seviyesindeki hastalar daha çok sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında bulunur, hastalıklarıyla daha aktif bir şekilde baş ederler, sağlık hizmetlerini daha verimli kullanırlar ve daha iyi öz bakım yaparlar.

Kronik hastalığı tedavi etmenin temel bileşenleri, hastaların kendi sağlık durumlarını idare etmesinin desteklenmesi, davranışlarında değişiklik yaratmak ve hastalıklarını yönetmek için gereken problem çözme becerilerini öğretmektir. Kısacası bireyin, durumunu veya sağlığını kendi kendine yönetmesi için gerekli olan bilgi, beceri, güven ve davranışları edinebilmesi yani aktif hastanın rolü büyüktür. Literatürün bu bölümünde, dünyada en çok görülen kronik hastalıklardan olan diyabet, kanser, kalp yetersizliği ve kronik obstrüktif akciğer hastalığında hasta aktivasyonuna değinilecektir.

1.11.1. Diyabette Hasta Aktivasyonu

Diabetes mellitus (şeker hastalığı); ana bulgunun kronik hiperglisemi olduğu, heterojen metabolizma bozuklukları için kullanılan genel bir terimdir. Bunun nedeni bozulmuş insülin sekresyonu ve insülin etkisi ya da her ikisidir (Kerner ve Bruckel 2014). Diyabet, insülin sekresyonunda azalma veya insülin etkisinin yetersiz olması ya da her ikisinin bozukluğundan kaynaklanan kronik bir hastalıktır (Saraç 2017). Pankreas tarafından üretilen bir hormon olan insülin, glikoz üretimini ve depolanmasını düzenleyerek kan glukoz seviyesini kontrol eder. Diyabet; vücudun insüline yanıt verme kabiliyetinde bir azalma veya pankreasın ürettiği insülinin azalması, karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında anormalliklere neden olabilir (Gupta ve ark 2015). 2013 yılında dünyada 5,1 milyon insan diyabet ve komplikasyonları nedeniyle hayatını kaybetmiş, bu ölümlerin yaklaşık yarısı 60 yaş ve altı hastalarda görülmektedir ve bu oran az gelişmiş bölgelerde %75'e kadar çıkmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2015). Teşhis ve tedavilerdeki önemli ilerlemelere rağmen, diyabette yetersiz metabolik kontrolün yarattığı istenmeyen yan etkiler hala devam etmektedir. Diyabet bakımında ölüm riskini azaltmak ve diyabet komplikasyonlarını önlemek veya geciktirmek çok önemlidir. Diyabet bakımı, büyük ölçüde, insanlara bilgi ve beceri kazandırmak, diyabetlerini etkin bir şekilde

yönetmek için gereken tutum ve motivasyonu geliştirmek ve sürdürmek ile ilgilidir (Fløde ve ark 2017).

Amerikan Diyabet Eğitimcileri Derneği, başarılı ve etkili bir diyabet öz yönetimi için gerekli olan yedi öz bakım davranışını tanımlamıştır. Bunlar sağlıklı beslenme, aktif olma, ilaç alma, izleme, problem çözme, sağlıklı başa çıkma ve diyabetle ilgili komplikasyon risklerini azaltmaktır (Hendriks ve ark 2016). Bu maddelerin en önemlilerinden biri aktif hastadır. Genel olarak etkili diyabet kontrolünün sağlanması ve sürdürülmesi için hasta katılımı esastır. Çünkü diyabet hastaları için özyönetim ve öz yeterlik becerilerinin desteklenmesi ve öğretilmesi, bireylerin sağlığını iyileştirebilir ve bakım maliyetlerini düşürebilir (Bodenheimer ve ark 2002). Yapılan araştırmalar aktivasyon seviyesi yüksek olan diyabet hastalarının bakımın sürekliliğini koruyabilme ve bakımlarını yönetme konusunda çok az zorluk yaşadıklarını ya da hiç zorluk yaşamadıklarını göstermektedir (Aung ve ark 2015). Düşük aktivasyon seviyesinin, düşük HbA1c kontrolü, daha az ayak kontrolü ve göz muayenesi, fiziksel aktivite yetersizliği ve hastane kaynaklarının daha fazla kullanılması ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Rask ve ark 2009, Remmers ve ark 2009, Hendriks ve ark 2016). Avustralya'da yapılan bir çalışmada, hasta aktivasyonu düşük olan bireylerin, diyabetle ilişkili şikâyetler nedeniyle hastaneye yatma veya acil servislere gitme olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Begum ve ark 2011). Remmers ve ark (2009) 1180 diyabetli hasta üzerinde yaptığı araştırmaya göre, yüksek aktivasyon seviyesinin hemoglobin HbA1c kontrolleri, düşük dansiteli lipoprotein kolesterol (LDL-C) kontrolleri, HbA1c kontrolü ve tüm nedenli yatan hasta taburcularında, daha iyi oranlar için öngörücü olduğunu sonucuna ulaşılmıştır. Willaing ve ark (2013) Danimarka'da bir diyabet kliniğinde, 1986 hasta ile yaptıkları çalışmaya göre; zayıf HbA1c seviyesini sağlıklı beslenme davranışı, fiziksel aktivite yetersizliği, zayıf glisemik kontrol, HbA1c seviyesini bilmeme, düşük eğitim seviyesi ile düşük hasta aktivasyonu düzeyi anlamlı şekilde ilişkili çıkmıştır.

Glisemik kontrol, diyabet yönetiminin temel amacıdır. Normal veya normale yakın glikoz seviyelerinin elde edilmesi, hastaların egzersiz, diyet değişikliği ve ilaç uygulaması dâhil olmak üzere bir dizi özyönetim davranışı ile gerçekleşir (Willaing ve ark 2013). Son yıllarda tip 2 diyabetli kişilerin sayısı hızla artmıştır. Bu bireylerin kan şekeri ölçümlerini düzenli olarak izlemeleri, insülini doğru şekilde enjekte

etmeleri, insülin dozajını fiziksel aktiviteye göre ayarlamaları, karbonhidrat alımını yapabilme, yönetebilme ve hipoglisemik semptomların üstesinden gelmeleri beklenir (van Vugt ve ark 2019). Fakat yapılan araştırmalar, tip 1 veya tip 2 diyabetli hastaların % 47-77'sinin en son HbA1c seviyelerini hatırlamadığını ve yarısından fazlasının hedef HbA1c seviyelerini bilmediğini göstermiştir (Beard ve ark 2010, Kumpatla ve ark 2010). Tip 2 diyabet hastalarının tip 2 olmayan bireylere kıyasla depresyona girme ihtimali 1.5 kattan fazladır. Aynı zamanda depresyonda olan tip 2 diyabet hastaları, üç yıllık bir süre içinde, depresyonda olmayan tip 2 diyabet hastalarından iki kat daha fazla ölüm oranlarına sahiptir (Katon ve ark 2005, Ali ve ark 2006). Tip 2 diyabette, hasta aktivasyonu ile ilgili daha önce yapılan çalışmalar göstermiştir ki; hastanın eğitim seviyesi, hastalık bilgisi, tedavi eden doktora güven, katılımcı karar verme, arkadaşlardan sosyal destek, fiziksel sağlık durumu, kan basıncı, kolesterol ve glisemik kontrol hastanın aktivasyonu ile pozitif olarak ilişkili iken; yaş, hastaneye yatış, acil servis ziyaretleri, depresyon, vücut kitle indeksi ve makrovasküler komplikasyonlar ile negatif bir ilişki bulunmuştur (Toobert ve ark 2000, Hendriks ve Rademakers 2014, Aung ve ark 2015, Sacks ve ark 2017, Shortell ve ark 2017, van Vugt ve ark 2019). Tip 2 diyabetin artan prevalansı ve yükü göz önüne alındığında, hasta aktivasyonunun iyileştirilmesi ve bu popülasyonda kendi kendine yönetimin artırılması, hastalıkla ilişkili morbidite ve mortaliteyi azaltmak için çok önemli görünmektedir (Laranjo ve ark 2018). Diyabet bakımı, büyük ölçüde, insanlara bilgi ve becerileri kazandırmak, diyabetlerini etkin bir şekilde yönetmek için gereken tutum ve motivasyonu geliştirmek ve sürdürmek yani aktivite olmuş hasta ile ilgilidir (Fløde ve ark 2017).

1.11.2. Kanserde Hasta Aktivasyonu

Günümüzde, bulaşıcı olmayan hastalıklar küresel ölümlerin çoğundan sorumludur. Kanserin 21. yüzyılda dünyanın her ülkesinde yaşam beklentisinin artmasının önündeki en önemli engellerden biri olması beklenmektedir (Bray ve ark 2018). Kanseri, dünyada ikinci önde gelen ölüm nedenidir ve 2018'deki tahmini 9.6 milyon ölümden sorumludur, küresel olarak 6 ölümden yaklaşık bir tanesi kanserden kaynaklanmaktadır (WHO 2020). Kanserde, benzer seyir devam ettiği takdirde 2030 yılına gelindiğinde yıllık 22 milyon yeni vaka ortaya çıkması beklenmektedir (Üner ve ark 2018). Kanseri, Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) ikinci önde gelen ölüm

nedenidir ve 2019 yılında, ABD'de 1.762.450 yeni kanser vakası ve 606.880 kanser ölümünün meydana geleceği tahmin edilmektedir (Siegel ve ark 2019). Türkiye’de 2014 yılında toplamda kanser insidansı ise yüz binde 210,2’dir (Sağlık Bakanlığı 2017). Görüldüğü üzere kanser insidansı ve mortalite hızı dünya çapında hızla artmaktadır. Bu ölüm oranlarını ve hastalığa yakalanmış kişilerde hastalığın tekrarlanma riskini azaltmak için bireylerin, bulaşıcı olmayan hastalıklarda paylaşılan dört önemli risk faktörü olan, tütün kullanımı, alkol kullanımı, sağlıklı beslenme ve fiziksel hareketsizlik durumlarından mümkün olduğunca uzak durması gerekmektedir. Kansere yakalanmış kişilerde sağkalım oranı ve yaşam kalitesi etkili bir kronik kanser bakımı ile mümkündür. Kronik kanser bakımında bireyler, semptomların yönetimi, karmaşık tedavi rejimlerine bağlı kalma ve hastalığın tekrarlanma riskini azaltmak için yeni davranışlar benimsemelidir (Hibbard 2017). Bu sebeple, kanser hastalarının kendi sağlıklarında daha aktif bir rol oynaması şarttır. Bu aktif rolü desteklemenin bir yolu, özerk olmayı ve kişinin sağlığını olumlu bir şekilde etkileyebilecek bilgi, psikososyal ve davranışsal becerilere sahip olmayı içeren güçlendirme ve aktiflik seviyelerini artırmak olabilir (Groen ve ark 2017). Daha aktive olmuş hastaların tedavi rejimlerine bağlı kalma, koşullarını izleme, önerilen bakımı sağlama ve daha iyi klinik sonuçlara sahip olmaları daha olasıdır (Hibbard ve Greene 2013). Araştırmalar, daha iyi fiziksel fonksiyona ve sosyal desteğe sahip olan kanser sağ kalımlarının öz bakım, öz yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (Krouse ve ark 2016). Hayatta kalanların öz bakım yönetiminde daha aktif olmaları teşvik edilirse, semptom yükü azaltılabilir ve yaşam kalitesi artırılabilir (Ekstedt ve ark 2019).

Kanser sağ kalımı tanıyla başlar, aktif tedavi ve yaşamın sonuna kadar takip bakımı ile devam eder (Clark ve Stovall 1996). Aktive hastalar, kendi tıbbi geçmişleri hakkında bilgi sahibidir, sağlık hizmeti sunucuları ile işbirliği yaparak tıbbi karar alma sürecine katılabilir ve sağlıklarını yönetmek için planlar yapabilir, bilgi arayabilirler kısacası pasif bakım alıcıları değildir (Bernat ve ark 2017). Aktif hastalarda, kendi kendine yönetimin sağlık sonuçlarını iyileştirebileceği ve sağlık hizmeti maliyetlerini azaltabileceği varsayılmaktadır (Jansen ve ark 2018). Hibbard ve ark (2007), 500 kanser hastasında yaptığı araştırmaya göre; yüksek oranda aktive olan hastaların tedavi planlarının değerlerini yansıttığını hissetme olasılıkları dokuz kattan fazla, yan etkilerle başa çıkma olasılığı 4,5 kat, tanı konduktan sonra daha

sağlıklı bir diyet başlamanın ise neredeyse 3,3 kat daha fazla olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Daha az aktive olmuş hastaların tanılarını anlama, tedavi rejimlerini takip etme ve bakımlarından memnun olma olasılığı daha düşüktür. Jansen ve ark (2018) yaptığı araştırmada, kanser hastalarının sağlık hizmetlerine harcadığı toplam maliyetlerin, düşük aktivasyon seviyesindeki hastalarda %70, %80 ve % 93 oranında daha fazla olduğu sonucu elde edilmiştir. Çalışmada, daha iyi hasta aktivasyonu sağlık ve sosyal açıdan daha düşük toplam maliyetlerle ilişkilendirilmiştir. Bernat ve ark (2017) araştırmasına göre, kanserden kurtulanlar, kanser öyküsü olmayanlara kıyasla yaklaşık % 70 daha yüksek oranda aktive olma, tıbbi karşılaşma sırasında daha fazla bilgi isteme ve kanser öyküsü olmayanlara kıyasla reçeteler ve tıbbi konular hakkında araştırma yapmak gibi bazı aktivasyon davranışlarını harekete geçirme olasılığının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Knoerl ve ark (2018) göre, kanser öz bakımında aktivasyon eksikliği, hastanın kemoterapinin neden olduğu periferik nöropati gibi kanser tedavisi ile ilişkili yan etkilerini izleme ve yönetme yeteneğini tehlikeye atabilmektedir. O'Malley ve ark (2018) 325 kanser hastasına yaptığı araştırmada (112 prostat kanseri, 213 meme kanseri), meme kanseri hastalarının prostat kanseri hastalarına göre aktivasyon seviyelerinin daha yüksek olduğu sonucunu bulmuşlardır. Ayrıca, prostat kanseri hastalarının, ırk, medeni hal, iş durumu, hane halkı gelirinin hastanın aktivasyon seviyesi ile anlamlı düzeyde ilişkili olarak bulmuşlardır (O'Malley ve ark 2018). van Maarschalkerweerd ve ark (2017) yaptığı çalışmada, düşük hasta aktivasyonu seviyesine sahip çalışan kanser hastalarının, yüksek aktivasyon seviyesindeki hastalara göre daha fazla iş stresi ve konsantre olma sorunları yaşadığı sonucu elde edilmiştir. Aktivasyon seviyesi yüksek olan kanser hastalarının, yorgunluk veya enerji eksikliğinin aktivasyon seviyesi düşük kişilere göre daha az sıklıkta görüldüğü ve yüksek oranda aktive olan çalışan kanserden hastalarının, düşük aktive etme seviyesine sahip hastalara göre daha az işe bağlı problem yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır (van Maarschalkerweerd ve ark 2017). Araştırma sonuçlarının da gösterdiği gibi, daha aktif kanser hastalarının, durumlarını yönetme konusunda daha proaktif olmaları, tanılarını anlama, tedavi planları hakkında yeterince bilgi sahibi olma, sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını benimseme ve semptomlarını etkili bir şekilde yöneteceği sonuçlarına ulaşılmıştır.

1.11.3. Kalp Yetersizliğinde Hasta Aktivasyonu

Günümüzde, nüfusun yaşlanması, sağlıksız yaşam tarzı gibi faktörler kalp hastalıklarının görülme sıklığını artırmaktadır (Ngooi ve ark 2017). Kalp yetersizliği, kalp performansının azalması sonucu, kalbin doku ve organlara gerekli ve yeterli kanı gönderememesi sonucu ortaya çıkan klinik bir tablodur (Türk Kardiyoloji Derneği 2020). Kalp yetersizliği, bireylerin ve ailelerin yaşam kalitesini etkileyen, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve harcamaları artıran, bireylere muazzam fiziksel ve finansal yükler yaratan yıkıcı bir kronik hastalıktır (Jacobson ve ark 2018, Tecson ve ark 2019). Kalp yetersizliği dünya çapında büyük bir halk sağlığı sorunudur. ABD’de kalp yetmezliği 12-15 milyon hastane ziyareti ve 2010’da yaklaşık 32 milyar ABD dolarına mal olmuştur (Do ve ark 2015). Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) ölüm verilerine göre; toplam ölümlerin içinde kalp hastalıklarının payı gittikçe artma eğilimindedir ve 2013’te %39, 2014 yılında ise % 40,4 ile tüm ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almıştır (Sağlık Bakanlığı 2015). Sağlık alanında ciddi ilerlemelere rağmen kalp yetersizliği, hastalarda belirgin fiziksel, psikolojik, sosyal sıkıntılara yol açan, tekrarlayan, hastaneye yatışlarıyla sonuçlanan kronik durumun sıklıkla dekompanseasyonu ile birlikte, kardiyak performansın ilerlemesinde azalma ve fonksiyonel durum ile karakterize edilen kronik bir hastalıktır (Evangelista ve ark 2014).

Kalp yetersizliği hastalarında öz yönetim davranışları temel olarak günlük kilonun ve sınırlı bir sodyum diyetinin izlenmesini, sıvı kısıtlanmasını, reçeteli ilaçları almayı, düzenli olarak egzersiz yapmayı ve randevuları düzenli takip etmeyi içerir (Do ve ark 2015). Öz-yönetim davranışları, bireylerin yaşamı, sağlığı, kişisel gelişimini sürdürmeyi ve refahı sürdürmek adına kendi adına başlattıkları ve gerçekleştirdikleri faaliyetlerin uygulanmasını ve tedavilerine aktif olarak katılmalarını ifade eder (Do ve ark 2015). Yapılan çalışmalarda, kalp yetersizliğinde özyönetim davranışları, hasta aktivasyon düzeyi ile pozitif yönde ilişkili olarak bulunmuştur (Jacobson ve ark 2018). Kalp yetersizliği, karmaşık tedavi rejimleri ve hasta katılımını gerektiren yıkıcı bir kronik hastalıktır (Tecson ve ark 2019). Do ve ark (2015) araştırmasından elde edilen sonuçlara göre, aktivasyon seviyesi daha yüksek olan hastalar kalp yetersizliğini yönetmek için daha fazla bilgiye sahiptirler, kalp yetmezliğinin öz yönetimi konusunda daha fazla güven duyarlar, düzenli

egzersiz, diyet ve sıvı alımları gibi özyönetim davranışlarına daha fazla katılırlar. Dunlay ve ark (2017) akut dekompanse kalp yetersizliği hastalarına yaptığı araştırmada, düşük aktivasyon, 30 günlük mortalite ile ilişkili bulunmuş ve en düşük aktivasyon seviyesindeki hastalar, hastaneden taburcu edildikten sonraki 30 gün içinde en yüksek iki aktivasyon seviyesindeki hastalarla karşılaştırıldığında, ölüm riskinin 6 kattan daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Tecson ve ark (2019) çalışmasında ise ileri kalp yetersizliği tedavisi için kabul edilen hastaların, seçilmemiş olanlara göre hasta aktivasyonu anlamlı olarak daha yüksekti.

1.11.4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında (KOA) Hasta Aktivasyonu

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), dünyadaki en yaygın kronik hastalıklardan ve dördüncü ölüm nedenlerinden biridir (Korpershoek ve ark 2016). KOA, kronik hava akımı sınırlaması, akciğerlerin anormal inflamatuvar yanıtı ve ilerleyici solunum semptomları ile karakterize, morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir (Stoilkova-Hartmann ve ark 2015). Dünya genelinde yaklaşık 64 milyon kişiyi etkileyen KOA, 2030 yılında dünyada üçüncü ölüm nedeni olarak tahmin edilmektedir (Yadav ve ark 2018). Amfizem, bronşit ve astım gibi kronik solunum hastalıkları için ortak terim olan KOA ölümlerinin yaklaşık % 90'ı sırasıyla düşük ve orta gelirli ülkelerde görülür (Turner ve ark 2014). KOA, kilo kaybı, yorgunluk, ağrı, depresyon ve anksiyete dâhil olmak üzere farklı semptomlarla ilişkili ciddi bir hastalıktır (Halding ve Grov 2017). Öz yönetim, KOA hastalarının semptomlarını yönetmelerini, komplikasyonları önlemelerini ve ilaç tedavisi, egzersiz, nefes alma teknikleri, diyet ve sağlık hizmet sunucularıyla iletişim kurma konusunda önemli kararlar vermelerini destekleyebilir (Korpershoek ve ark 2016). KOA'ta öz yönetim eğitiminin amacı, kişinin hastalık üzerindeki kontrolünü, motivasyonu ve hasta katılımını arttırmaktır (Halding ve Grov 2017).

KOA gibi kronik hastalıkların tedavisi ve yönetimi dünyada sağlık sistemleri için en önemli zorluklardan biridir. Yapılan araştırmalar, KOA öz yönetimi müdahalelerinin hasta sonuçlarında iyileşme ve KOA'a özgü sağlık maliyetlerinde azalma ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Yadav ve ark 2018). KOA'ta öz yönetim bireyin yaşam kalitesini, hasta aktivasyonunu iyileştirir ve hastaneye kabullerini, hastane yatışlarını azaltır (Halding ve Grov 2017). Korpershoek ve ark (2016) KOA hastaları üzerinde yaptığı araştırmada, az sayıda

KOAH hastasının kendi kendine yönetim için aktif olduğu ve katılımcıların %22,8'inde öz yönetim için zayıf aktivasyon (seviye 1) gözlenmiştir. Buna ek olarak, artan kaygı, olumsuz hastalık algısı, yüksek vücut kitle indeksi, yüksek yaş, daha fazla hastalık şiddeti ve daha az komorbidite öz-yönetim için düşük aktivasyon seviyesiyle ilişkili olarak bulunmuştur (Korpershoek ve ark 2016). Ayrıca çeşitli komorbiditeleri olan KOAH hastalarının öz-yönetim için daha aktif olduğu, yaş ve komorbiditeler öz yönetim için aktivasyonun temel belirleyicileri olarak belirlenmiştir. Turner ve ark (2014) araştırmasına göre; öz yönetim programının tüm seanslarına katılan KOAH'lı hastalar, daha az seansa katılım sağlayan hastalara göre daha fazla aktif, sağlık açısından daha iyi bir yaşam kalitesine ve daha iyi sağlık durumuna sahip olarak bulunmuştur. Mullerova ve ark (2016) çalışmasında, düşük aktivasyon düzeyi ve ilaç uyum skorları, KOAH hastalarında kötü sağlık durumu, daha fazla nefes darlığı, düşük vücut kitle endeksi, daha fazla acil servis ziyareti ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Yadav ve ark (2018) araştırmasında ise KOAH hastalarının aktivasyon düzeylerindeki artışın, çeşitli özyönetim davranışlarındaki olumlu bir değişiklik ile ilgili olduğunu, ayrıca depresyonun aktivasyonda ve davranış yönetiminde merkezi bir rol oynadığını ve depresyonda olan hastaların öz-yönetim davranışları, aktivasyon düzeylerinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre aktivasyon düzeyi yüksek olan KOAH'lı bireylerin kendi tedavisinde aktif rol oynama düzeyi yüksek, kendi hastalığıyla ilgili sağlık bilgisi arama, anlama ve sonrasında hareket etme kapasitesini yüksek olacağı ve sonuç olarak bu durumun sağlıkları üzerinde olumlu etkiler yaratacağı açıktır.

1.12. Yaşam Doyumu Kavramı

Yaşam doyumu, bireyin şu anki yaşam durumunun fiziksel, sosyal ve psikolojik yönlerinin öznel ve genel bir değerlendirilmesidir (Budh ve Osteråker 2007). Değerlendirmenin kapsamı bir bütün olarak yaşamdır; belirli bir yaşam alanı (örneğin iş yaşamı, aile yaşantısı v.b) değildir (Veenhoven 1996). Literatürde yaşam doyumunun farklı tanımları bulunmaktadır. Bu tanımlar;

- Shin ve Johnson (1978)'na göre, bireylerin yaşam kalitesini kendi benzersiz ölçütleri temelinde değerlendirdikleri yargılayıcı bir süreç,
- Veenhoven (1996)'a göre, kişinin refahı, yaşam kalitesi ve gelişim düzeyi,

- Glass (1999)'a göre kişisel hedeflerin, kişisel başarılarla ne kadar iyi eşleştiğine dayanarak bir bütün olarak yaşamın değerlendirilmesi,
- Nemati ve Maralani (2016)'na göre, bireysel istekler ile bireyin mevcut durumu arasındaki dengenin yansımasıdır,
- Diener ve ark (1999)'na göre, bireyin yaşam kalitesinin öznel bir değerlendirmesidir.

Tanımlardan da anlaşılacağı üzere, yaşam doyumu bireyin kalıcı veya nesnel bir özelliği olarak kabul edilmez, öznel bir değerlendirme içerir, bağlamsal değişime karşı oldukça hassastır (Swami ve Chamorro-Premuzic 2009). Yaşam doyumu, bireyin beklentilerinin gerçek durum ile karşılaştırılmasından sonra ortaya çıkan farkı açıklar. Bu durumun sonucu olarak da yaşam doyumu derecesi, bireyin beklentileri ve istekleri ile bu hedeflere ulaşma olasılığı arasındaki farkla ilişkili olacaktır. Bireyin arzuları ve başarıları arasındaki uyumsuzluk ne kadar az olursa, sahip olduğu yaşam doyumu da o kadar fazla olacaktır. Bireysel beklentiler ile kişinin mevcut durumu arasındaki boşluk ne kadar büyükse, memnuniyet de o kadar düşük olacaktır (Pavot ve Diener 1993). Yaşam doyumu algısı, bireylerin sahip oldukları, istedikleri ve diğerlerinin sahip oldukları arasında yaptıkları kıyaslamalardır (Ojoawo ve ark 2013). Perera (2010)'ya göre, yaşam doyumunun kaynağı olan ihtiyaçların bazıları şunlardır: arkadaşlar, başarılı ilişkiler, aile (kimlik duygusu ve aidiyet duygusu sağlar), ihtiyaç duyulduğunu ve sevildiğini hissetmek, hayat amacının olması ve ulaşılabilir hedeflere sahip olmaktır.

Literatürde yaşam doyumu, mutluluk ve öznel iyi oluş çoğu zaman birbirinin yerine kullanılmaktadır (Yeo ve Lee 2019). Diener (1984)'a göre mutluluk öznel bir deneyimdir. Mutluluk, bir insanın hayatını olumlu yönde etkileyen olağanüstü derecede olumlu bir deneyimdir. İnsanlar mutlu olduklarına inandıkları ölçüde mutludurlar. Bu nedenle mutluluk, insanın hayatının artıları ve eksileri hakkında bir tür yargıya dayanır. Mutluluk, hem olumlu duyguların göreceli varlığını hem de olumsuz duyguların göreceli yokluğunu içerir, küresel bir yargıdır ve kişinin hayatını bir bütün olarak ifade eder (Cropanzano ve Wright 2001). Mutluluk, olumsuz duyguların olumlu duygulara göre nispeten daha az olduğu öznel bir değerlendirmedir. Öznel iyi oluş kavramı ise, kişilerin hayatlarının duygusal ve bilişsel değerlendirmeleridir (Diener ve ark 2003). Diener ve ark (1999)'na göre öznel iyi oluş hem bilişsel hem de duygusal bileşenlere sahiptir. Olumlu ve olumsuz

duygusal değerlendirme duygusal bileşeni, yaşam doyumu ise bilişsel bileşeni oluşturmaktadır. Olumlu duygusal değerlendirme güven, neşe, ümit, heyecan gibi duyguları içerirken, olumsuz duygusal değerlendirme ise öfke, nefret, suçluluk, üzüntü gibi duyguları içerir (Eryılmaz ve Öğülmüş 2010). Yaşam doyumu, öznel iyi oluşun bilişsel bir bileşeni olarak kavramsallaştırılmıştır. Kişilerin yaşam kalitelerini kendi benzersiz kriterleri temelinde değerlendirdikleri yargılayıcı bir süreç olan yaşam doyumu, sıklıkla yaşam kalitesini ölçmek için kullanılır (Yeo ve Lee 2019).

1.13. Yaşam Doyumunu Etkileyen Faktörler

Yaşam doyumu, bireylerin yaşam koşulları ve başarıları hakkındaki genel bilişsel değerlendirmelerini, kendi ihtiyaçları ve beklentileriyle karşılaştırarak, kişisel ve sosyokültürel değerlerin ışığında değerlendirmesiyle elde edilir. Yaşam doyumu aynı zamanda, bir bireyin kendi yaşamından memnuniyetini temsil eden genel bir kavram olarak da kabul edilir. Yani bir bireyin özlemlerine ve hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığına ilişkin öznel değerlendirme düzeyidir. Literatürde yaşam doyumu tanımlarındaki ortak nokta, bireyin kendi yaşantısıyla ilgili öznel ve bilişsel bir değerlendirme olmasıdır. Kavramın, kişiden kişiye farklı algılanma durumu, kapsamının belirlenmesinde ve tanımlanmasında bir belirsizlik oluşturmaktadır (Keser 2005). Bu nedenle yaşam doyumunun tam manasıyla anlaşılabilmesi için bu kavramı etkileyen faktörlere değinilmesi gerekmektedir. Yaşam doyumunu etkileyen genel faktörler; kişilik, cinsiyet, gelir, yaş ve eğitimidir.

1.13.1. Kişilik

Kişilik; düşünme, hissetme ve davranış biçimlerinin karakteristik kalıplarındaki bireysel farklılıkları ifade eder (American Psychiatric Association 2015). Eysenck (1970) kişiliği, bireyin çevreye eşsiz uyumunu belirleyen karakteri, mizaç, akıl ve fiziğinin nispeten istikrarlı ve kalıcı bir biçimde örgütlenmesi olarak tanımlamaktadır. Kişilik özellikleri ise, kişisel ve sosyal bağlamda sergilenen, çevreyi ve kendini algılama, ilişki kurma ve düşünme kalıplarıdır (American Psychiatric Association 2000). Kişiliğin tanımlanmasına yönelik araştırmacıların farklı kuramları bulunmaktadır. Kişiliğin değerlendirilmesinde beş faktör kişilik modeli ise genellikle kullanılan bir yaklaşımdır (Doğan 2013). Bu modelin beş boyutu bulunmaktadır. Bunlar; nevrotiklik, dışadönüklük, deneyime açıklık,

uyumluluk (yumuşak başlılık) ve sorumluluktur (Rothmann ve Coetzer 2003). Bu beş özellik, bireylerin çeşitli karakterlerinin yanı sıra yaşam doyumu ile de ilişkilendirilmiştir. Nevrotik bireyler genel olarak stresle kolay baş edemez, korku, üzüntü, utanç, öfke, umutsuzluk, suçluluk ve depresyon gibi durumlara eğilimlidirler (Turhan 2019). Nevrotik bireylerin karamsar, endişeli ve huzursuzluk gibi özellikleri ağır basar. Yaşam doyumu nevrotiklikle olumsuz yönde ilişkilidir (Pavot ve Diener 1993, 2009). Nevrotik özelliği daha yüksek olan kişiler olmayanlara göre daha düşük yaşam doyumu gösterir. Yapılan araştırmalarda, yaşlılarda gözlemlenen nevrotiklik durumu, yaşam doyumunu üzerinde yaştan çok daha önemli bir yordayıcı olduğunu kanıtlamıştır (Eysenck 1970, Costa ve McCrae 1980, Headey ve Wearing 1992, DeNeve ve Cooper 1998). Dışadönüklük özelliği olan bireyler, sosyallik, girişkenlik ve konuşkanlık gibi özelliklerin yanında enerjik ve iyimserlerdir (Clark ve Watson 1995). Temel olarak, dışadönüklük, bir bireyin ne derece sosyal olduğunu yansıtır. Dışadönüklük özelliği yüksek olan bireylerde daha yüksek yaşam doyumu görülmektedir (Costa ve McCrae 1980, Hillerås ve ark 2001). Deneyime açıklık, aktif hayal gücünü, estetik duyarlılığı, entelektüel merakı ve bağımsız yargılama duygularını içerir (Rothmann ve Coetzer 2003). Uyumluluk kişilik özelliği ise kişiler arası ilişkilerle yakından ilişkilidir ve bireyin kişiler arası işbirliğine katılımını ifade eder (Horzum ve ark 2017). Bu kişiler temelde fedakâr, başkalarına sempati duyar ve onlara yardım etmeye heveslidir. Sorumluluk kişilik özelliğindeki bireyler, tedbirli, titiz, iradeli, kararlı ve kontrollü davranırlar (Bayat 2019). Sorumluluk özelliği, başarı yönelimi (çalışkan ve ısrarcı), güvenilirlik (sorumlu ve dikkatli) ve düzenlilik (planlı ve organize) ile kendini gösterir. Yapılan çalışmalarda, deneyime açık, sorumluluk ve uyumluluk özelliklerine sahip bireylerin yüksek yaşam doyumuna sahip oldukları belirtilmektedir (Schimmack ve ark 2004, Köksal 2015, Toker ve Kalıpçı 2017).

1.13.2. Cinsiyet

Literatürde cinsiyet ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiye dair farklı sonuçlar mevcuttur. Yapılan çalışmaların bir kısmında erkeklerin yaşam doyumu yüksek çıkarken (Goldbeck ve ark 2007, Balcı ve Koçak 2017) bir kısmında ise kadınların erkeklere göre yaşam doyumu daha yüksek bulunmuştur (Stavrova ve ark 2012, Tay ve ark 2014). Cinsiyetin yaşam doyumuyla ilişkisini inceleyen çalışmalardaki

çelişkili sonuçlar, cinsiyet ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin farklı faktörlerden etkilenebileceğini göstermektedir. Nitekim birçok çalışma, cinsiyet ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin ulusal bağlamlara, sosyokültürel koşullara ve demografik değişkenlere bağlı olduğunu göstermiştir (Joshani ve Jovanović 2020). Meisenberg ve Woodley (2015) cinsiyet ve yaşam doyumu üzerine yaptığı araştırmalar, kadınların 1980'lerin başından ortasına kadar erkeklerden daha yüksek öznel iyi oluşa sahip olduğunu öne sürerken, kadınların en azından 1990'ların sonlarından bu yana erkeklerden daha düşük yaşam doyumu bildirdiğini göstermektedir. Stevenson ve Wolfers (2009) sanayileşmiş ülkelerde kadınların öznel refahının erkeklere göre 1970'lerden bu yana düşüş eğilimini gösterdiğini tespit etmiştir. Graham ve Chattopadhyay (2013) yaşam doyumundaki cinsiyet farklılıklarının yaş, gelir, eğitim, medeni durum ve ulusal gelişim düzeylerine bağlı olduğu sonucuna ulaşmıştır. Graham ve Chattopadhyay (2013), kadınların genellikle erkeklerden daha yüksek düzeyde yaşam doyumu bildirdiklerini ve ayrıca yaşam doyumundaki cinsiyet farkının (kadınlar lehine) zengin ülkelerde, daha yaşlı, daha eğitilmiş ve evli gruplarda daha büyük olduğunu bulmuşlardır. Enrico ve Richard (2005) mutluluğun yaşam döngüsü boyunca değiştiğini, erkekler için yükseldiğini ve yetişkin yaşam döngüsü boyunca kadınlarda azaldığını bulmuşlardır. Tüm bu sonuçlara karşın bazı araştırmalarda da cinsiyetin yaşam doyumunu etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (Myers ve Diener 1995, Koivumaa-Honkanen ve ark 2005, Ericson ve Vinson 2012). Nitekim Greenstein (2016)'ın 100.000'den fazla katılımcıdan oluşan bir örneklem büyüklüğünde yaptığı araştırmada cinsiyetin yaşam doyumu üzerine etkisini bulunamamıştır. Della Giusta ve ark (2011) çalışmasında, yaşam doyumu düzeylerinin erkekler ve kadınlar için çok benzer olduğunu sonucuna ulaşmıştır. Görüldüğü üzere cinsiyetin yaşam doyumu etkisi üzerine yapılan çalışmalardan farklı sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmalardaki bu farkın sebebi araştırma yapılan bölgeler, çalışılan evrendeki sosyo-ekonomik durum, din, kültürel normlar vb. gibi sebepler ile açıklanabilir.

1.13.3. Gelir

Ekonomik açıdan bakıldığında yaşam doyumu, bireylerin uğruna çabaladıkları kişisel bir faydayı temsil eder. Yaşam doyumu ve gelir ilişkisi ile ilgili olarak yapılan araştırmalarda, düşük gelirin düşük yaşam doyumu ve yüksek gelirin

daha yüksek doyumu ile ilişkili olduğu sonucu bulunmuştur (Myers ve Diener 1995, Diener ve Ryan 2009, Oishi ve Diener 2014, Prasoon ve Chaturvedi 2016). Bireyin gelir durumu yaşam doyumunu ve mutluluğunu önemli ölçüde etkilemektedir. Ekonomik yoksunluk algısı daha az yaşam doyumu ile ilişkili olarak bulunmuştur (Berg 2008). Ayrıca bir ulustaki gelir seviyeleri ve sınıflar arasındaki ekonomik eşitsizlik arttıkça, genel olarak ifade edilen yaşam doyumunun azaldığı, zengin ve fakir kişilerin memnuniyet düzeyleri arasındaki farkın arttığı sonuçlarına ulaşılmıştır (Naz 2015). Spreitzer ve Snyder (1974) gelirin, yaşlı yetişkin grubu (65 yaş ve üstü) için yaşam doyumunun en güçlü yordayıcılarından biri olduğunu belirlemiştir. Yaşam doyumu ve gelir arasındaki önemli korelasyonlara rağmen, uzunlamasına bir araştırma, insanların gelirlerindeki artışın mutlaka yaşam doyumundaki artışlarla ilişkili olmadığını göstermiştir (Pinquart ve Sörensen 2000). Easterlin Paradoksu, mutluluğun hem ülkeler arasında hem de ülkeler içinde doğrudan gelire göre değiştiğini, ancak gelir artmaya devam ettikçe zamanla mutluluğun artmadığını belirtir (Easterlin 1995). Bu paradoks, kişi başına düşen gelirdeki yüksek artışa rağmen, ortalama mutluluğun zaman içinde nispeten sabit kaldığını savunmaktadır.

1.13.4.Yaş

Bireylerin yaşam doyumunu etkileyen en önemli faktörlerden biri de yaştır. Yapılan araştırmalarda genel olarak yaş arttıkça yaşam doyumunun azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Freund ve Baltes 1998, Chen 2001, Prasoon ve Chaturvedi 2016). Yaşam doyumunun genellikle ileri yaşlarda, özellikle de sağlık koşulları kötüleştikçe azalacağı varsayılır ve düşmesi beklenir (Gwozdz ve Sousa-Poza 2010). Yaşlılık dönemlerinde sağlığın bozulması, fonksiyonel bozuklukların ortaya çıkması, sağlıklı bir yaşlanmanın gerçekleşmemiş olması, mali kaynaklardaki azalmalar bireylerin yaşam doyumunun düşmesine sebep olmaktadır. Bu sonuçtan farklı olarak Frey ve Stutzer (2010) ve Easterlin (2006) çalışmalarında yaş ile yaşam doyumu arasında U şeklinde bir ilişki bulmuşlardır. Yaşam doyumunun 30'ların ortaları ile 40'ların ortaları arasında düşerek U şeklinde bir ilişki gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, bireylerin yaşlanmayla birlikte güçlü ve zayıf yönlerine uyum sağlamasıyla yaşam doyumunun artacağı şeklinde yorumlanabilir (Diener 1984, Mercier ve ark 1998). Yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız sürdürme düzeyleri yükseldikçe, yaşam doyumu artmaktadır (Aydiner Boylu ve

Güney 2017). Yaşlılıkta yaşam doyumunun kaçınılmaz olarak sağlıktan etkilenebilmektedir. Bu bağlamda yapılan bazı araştırmalarda sağlık, sosyal ve çevresel değişkenler kontrol altına alındığında yaşam doyumu ile yaş arasında anlamlı ve pozitif düzeyde ilişki olduğu görülmüştür (Sanders ve Walters 1985, Gould 1992). Gwozdz ve Sousa-Poza (2010) ve Costa ve ark (1987) çalışmalarında geleneksel görüşlere aykırı olarak yaşam doyumunun tüm yaşam döngüsü boyunca sabit kaldığını bulmuşlardır.

1.13.5. Eğitim

Bireylerin eğitim düzeyi arttıkça, yüksek gelire ve sosyal statüye sahip olmaları ve dolayısıyla daha mutlu olmaları beklenir (Koçak 2016). Eğitim ve yaşam doyumu konusunda yapılan araştırmaların sonuçlarına göre eğitim düzeyi arttıkça yaşam doyumunun da arttığı sonuçları bulunmuştur (Salinas-Jiménez ve ark 2011). Nitekim Çetinkaya (2004)'nın araştırmasında yaşam doyumu düzeyinin üniversite mezunlarında lise mezunlarına kıyasla daha fazla olduğu ve bireylerin eğitim düzeyi arttıkça yaşam doyumunun da arttığı sonucu bulunmuştur. Cheung ve Chan (2009) otuz beş ülkede yaptığı araştırmada, bireylerin daha fazla eğitim aldığı ülkelerde yaşam doyumunun daha yüksek olduğu sonucunu bulmuşlardır. Ünal ve Şahin (2013)'in araştırmalarında ise öğrencilerin anne ve babalarının eğitim düzeyi arttıkça yaşam doyumlarının da arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Babaları üniversite mezunu olan öğrencilerin ilkokul ve okuryazar olmayan öğrencilere göre yaşam doyumu daha yüksek bulunmuştur. Gong ve ark (2011) eğitim ile yaşam doyumu arasında farklı yaş gruplarında farklı seviyeler bulmuşlardır. Daha fazla eğitim alan yaşça büyük bireylerin yaşam doyumu daha az eğitim alan bireylerden daha yüksek bulunmuştur (Koçak 2016).

1.14. Yaşam Doyumu İle İlgili Kuramlar

Öznel iyi oluş hem bilişsel hem de duygusal bileşenlere sahiptir (Diener ve ark 1999). Yaşam doyumu ise, öznel iyi oluşun bilişsel bir bileşenidir. Olumlu ve olumsuz duygusal değerlendirme duygusal bileşeni, yaşam doyumu ise bilişsel bileşeni oluşturmaktadır (Diener ve ark 1999). Literatürde yaşam doyumu üzerine kuramsal bir ilerleme olmamasına rağmen, öznel iyi oluşun bilişsel boyutunu oluşturan yaşam doyumu, öznel iyi oluş kuramlarıyla açıklanmaktadır (Aras Kemer

2019). Yaşam doyumunu açıklayan kuramlar; haz ve acı kuramı, bir noktaya erişme (ereksel/telik) kuramı, aktivite kuramı, tavandan tabana ve tabandan tavana kuramı, bağ kurma kuramı ve yargı kuramıdır.

1.14.1. Haz ve Acı Kuramı

Haz ve acı birbiri ile yakından ilişkilidir. Birey bir ihtiyacını elde edemediği durumda ne kadar çok acı çekiyorsa, amacına ulaştığındaki sevinci de o kadar yüksek olur. Bir kişinin önemli bir hedefi varsa ve ona ulaşmak için çok çalışmışsa, başarısızlık büyük bir mutsuzluk yaratacak ve başarı da çok fazla mutluluğa yol açacaktır (Diener 1984). Bireyin bir hedefe ulaşmakla çok az ilgisi varsa, onu başaramamak da büyük bir mutsuzluk getirmeyecektir. Bu teoriye göre hedeflere veya ihtiyaçlara ulaşmak haz ve mutluluk getirip yaşam doyumunu yükseltecek, tam tersi durumsa bireye acı verecektir. Zevk ve acının yakından bağlantılı olduğunu öne süren bir diğer teori, Solomon (1980)'un rakip süreç teorisidir. Bu teoriye göre, iyi bir şeyin kaybı mutsuzluğa, kötü bir şeyin kaybı ise mutluluğa yol açar (Diener 1984).

1.14.2. Bir Noktaya Erişme (Ereksel/Telik) Kuramı

Bir noktaya erişme kuramı, mutluluğa bir hedefe ulaşıldığında veya ihtiyacın karşılandığında ulaşılabileceğini savunur (Diener 1984). Wilson (1960) tarafından ileri sürülen bu varsayım, ihtiyaçların karşılanmasının mutluluğa neden olduğu ve tam tersine karşılanmamış ihtiyaçların mutsuzluğa neden olduğu şeklindedir. Bireylerin ihtiyaçlarının, hedeflerin ve arzuların yerine getirilmesi mutlulukla ve yaşam doyumu ile ilişkilidir. İhtiyaçlar, Maslow tarafından öne sürülenler gibi evrensel olabilir veya Murray tarafından önerilenler gibi, bireyden bireye önemli ölçüde farklılık gösterebilir (Diener 1984). Her iki teoride de ihtiyaçlar ve mutluluk arasında bir ilişki olduğu görüşü vardır.

1.14.3. Aktivite Kuramı

Aktivite kuramı, mutluluğun ve yaşam doyumunun, insan aktivitesinin bir ürünü olduğunu savunur (Diener 1984). Aristoteles, mutluluğun erdemli faaliyetten, yani iyi yapılan faaliyetten geldiğini ileri sürmüştür. Aristoteles'in teorisine göre, bazı insan yetenekleri vardır ve bunlar mükemmel bir şekilde yapıldığında mutluluk

ortaya çıkar. Aktivite teorisyenleri, mutluluğun son noktalara ulaşmaktan çok davranıştan kaynaklandığını öne sürerler.

1.14.4. Tavandan Tabana ve Tabandan Tavana Kuramı

Tavandan tabana kuram, mutluluk ve yaşam doyumunun kaynağı olarak psikolojik faktörlere vurgu yapmaktadır (Mutaqin ve ark 2020). Bu kurama göre yaşam doyumunun bir dizi belirli alanlarda (aile hayatı, evlilik, mali durum ve konut v.b.) memnuniyetin bir kombinasyonudur (Brief ve ark 1993). Bireyin kişiliğindeki ve diğer sabit özelliklerindeki farklılıkların, insanları yaşamlarından farklı olarak tatmin olmaya yatkın hale getirdiğini iddia eder (Loewe ve ark 2014). Genel yaşam doyumunu, bireyin kişiliğinin ve diğer istikrarlı özelliklerin bir fonksiyonu olarak görür. Durumsal faktörlerin etkisini reddetmek yerine, hem eğilimsel hem de durumsal faktörlerin yaşam doyumuyla ilişkili olarak etkileşime girdiğini savunmaktadır (Brief ve ark 1993, Heller ve ark 2004).

Tavandan tabana kuram bakış açısını uygulayan araştırmacıların aksine, tabandan tavana bakış açısı savunucuları, mutluluğun belirli temel ve evrensel insan ihtiyaçlarının gerçekleşmesine bağlı olduğu varsayımına dayanarak yaklaşımlarını geliştirirler (Berg 2008). Tabandan tavana kurama göre bir kişinin genel yaşam doyumunun, aile, arkadaşlık, iş, evlilik, boş zaman ve benzeri gibi geniş yaşam alanlarına sınıflandırılabilir birçok somut yaşam alanındaki memnuniyetine bağlı olduğunu varsayar (Pavot ve Diener 1993, Veenhoven 1996, Heller ve ark 2004). Bu teori yaşam doyumunun, yaşamın çeşitli alanlarındaki doyum bileşenlerinden oluşan genel bir durumu temsil ettiğini ileri sürer (Prasoon ve Chaturvedi 2016).

1.14.5. Bağ Kurma Kuramı

Bağ kurma kuramına göre bireylerin mutluluğa erişimleri, hafızalarındaki deneyimler ile ilişkili bilişsel değerlendirmelere bağlıdır (Seçtim 2020). Kişilerin deneyimleri sonucunda, hafızasında bu deneyimlere ilişkin duygu ve düşüncelerle ilgili birtakım bilişsel bağlar oluşur. Kendisini mutlu atfeden kişiler, olumlu bağlarla ilişkin güçlü bir bilişsel ağ oluşturmuştur. Bağ kurma kuramı bazı bireylerin neden mutluluğa yatkın bir mizaca sahip olduklarını açıklamaya çalışan birkaç model geliştirmiştir. Bu modeller bellek, koşullandırma ve bilişsel ilkelere dayanmaktadır (Diener 1984). Bilişsel yaklaşımlar, insanların başlarına gelen olaylar hakkında

yaptıkları atıflara dayanır (Diener 1984). Örneğin, iyi olaylar, içsel faktörlere atfedilirse mutluluk getirebilir. Bir başka durum ise, iyi olarak algılanan olaylar, yapılan atıflara bakılmaksızın mutluluğa yol açmasıdır. Koşullandırma ve bellek yaklaşımları, bilinçli müdahale olmaksızın kendiliğinden de ortaya çıkabilir. Bununla birlikte, bir kişi hayatındaki duygusal çağrışımlara bilinçli bir şekilde yön verebilir. Fordyce (1977) olumsuz düşünceleri azaltmaya yönelik bilinçli bir girişimin mutluluğu artırabileceğini öne sürmüştür. Bu nedenle, mutsuz düşüncelerden kaçınmak ve mutlu olanları düşünmeye yönelik bilinçli girişimler, mutluluğu bir ölçüde artırabilir (Diener 1984).

1.14.6. Yargı Kuramı

Yargı kuramı, mutluluğun bazı standart ve gerçek koşullar arasındaki karşılaştırmalar sonucunda ortaya çıktığı ileri sürülmektedir (Diener 1984). Kıyaslamalar sonucunda, gerçek koşulların, belirlenmiş olan standartlara yakın olması halinde birey mutlu olur. Yargı teorileri genellikle hangi olayların olumlu veya olumsuz olacağını tahmin etmez, fakat olayların üreteceği etkinin büyüklüğünü tahmin etmeye yardımcı olur (Diener 1984). Ele alınan standartlara göre yargı kuramları farklılaşır. Bunlardan sosyal karşılaştırma kuramına göre bireyler kendilerini karşılaştırdıkları diğer bireylerden daha iyi durumdaysa daha fazla mutlu olacak ve yaşam doyumu artacak tam tersi durumda ise yaşam doyumu azalacaktır (Diener 1984). Emmons ve Diener (1985) sosyal karşılaştırmanın çoğu alanda memnuniyetin en güçlü göstergesi olduğunu bulmuştur.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın gereç ve yöntem bölümünde çalışmanın amacı, önemi, tipi, evreni, örnekleme, sınırlılıkları, veri toplama araçları, modeli ve hipotezlerine yer verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; hastaların sağlıklı kalmak ve kendilerini hastalıklardan korumak için uyguladıkları eylemler ve inançlar ifade eden sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve sağlık algısının, hasta aktivasyonu ve yaşam doyumu üzerine etkisini tespit etmek ve değerlendirmektir.

2.2. Araştırmanın Önemi

Sağlık hizmetlerinde hastaların rolü, hizmet sürecinde sadece tedavi alan, kendi sağlığıyla ilgili karar alma süreçlerine katılmayan pasif hastalardan, sağlıklarını yönetme konusunda aktif rol oynayabileceğine inanan, karar alma süreçlerine dâhil olan hastalara doğru değişmektedir. Günümüzde hastaların kendi sağlıklarından ve aldıkları sağlık hizmetlerinden daha fazla sorumlu olmaları, sağlıklarını korumak için pozitif sağlık davranışları sergileyebilmeleri ve olumlu sağlık davranışlarını devam ettirebilmeleri önem arz etmektedir (Hendriks ve Rademakers 2014). Bireylerin sağlık ve iyilik hallerini koruyup devam ettirebilmesi sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile mümkündür. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileyen bireyler; sağlıksız beslenme, düşük fiziksel aktivite, tütün kullanımı, alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi risk faktörlerinden uzak duracak ve pozitif sağlık davranışları sergileme konusunda istekli ve gönüllü davranacaktır. Bireylerin bu davranışları ise psikolojik iyi oluşlarına ve olumlu sağlık algılarına katkı sağlayacaktır. Pozitif sağlık algısına sahip bireylerin, olumlu sağlık davranışları sergileme ve riskli davranışlarından uzak durma olasılığı daha yüksektir. Sağlık durumunu iyi olarak bildiren bireylerin ise yüksek hasta aktivasyonuna sahip olma olasılığı, sağlık durumunu kötü olarak bildirenlere kıyasla daha yüksektir (Bahrom ve ark 2020). Pozitif sağlık algısı yüksek aktivasyon seviyesinin önemli bir yordayıcısıdır. Sağlıklı bir yaşam biçimi için değişime hazır olma, pozitif algılanan sağlık ve daha iyi düzeyde genel yaşam doyumu ve hasta aktivasyonu birbiri ile yakından ilişkilidir.

Aktif ve bilgilendirilmiş hastaların, sağlık bilgisi arama davranışı, yaşam tarzı değişikliklerine katılımı, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sağlıklı yaşam biçimi sergileme gibi olumlu sağlık davranışları gösterme oranları daha yüksektir (Hibbard ve ark 2004, Hibbard ve ark 2005). Kendi sağlık bakımında aktif rol üstlenen kişi, yaşadığı sağlık problemleri ile nasıl baş edebileceği konusunda farkındalık kazanacak bu durum ise aynı zamanda yaşam doyum düzeyini yükseltecektir. Hastaların sağlık hizmetlerinde aktif rol almaları, pozitif sağlık davranışları edinmeleri yalnızca hastaların bireysel sağlığı için önemli olmayıp, aynı zamanda sağlık sistemlerinin etkinliği, bakım kalitesi, sağlık çıktılarının iyileştirilmesi, maliyetlerin azaltılması için de çok önemlidir. Dahası, düşük hastane yatış oranları, görüntüleme hizmetlerinin daha verimli kullanılması, sağlık çalışanlarıyla iletişim kalitesinin yükselmesi ve hastaların bakıma erişim ile ilgili problemlerle karşılaşmaları olasılığının azalması pozitif sağlık davranışları ve yüksek aktivasyon puanlarıyla ilişkilidir (Hibbard ve ark 2004, Hibbard ve ark 2005, Hibbard ve ark 2007, Mosen ve ark 2007, Fowles ve ark 2009, Hibbard 2009, Begum ve ark 2011, Oi 2012, Hibbard ve Greene 2013, Greene ve ark 2015). Sağlık hizmet süreçlerinde pek çok alana katkı sağlayabilecek olan bu değişkenler, hükümetlerin sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarına dâhil etmesi gereken önemli bir basamaktır. Bu alanda yapılan çalışmalar, daha sağlıklı toplumlar oluşturacak ve ülke ekonomisine dolaylı olarak katkı sağlayacaktır.

Bu araştırmada, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık algısının, hasta aktivasyonu ve yaşam doyumunu üzerine etkisi tespit edilmiş ve sonuçları çok yönlü olarak ele alınmıştır. Çalışmada kullanılan değişkenler farklı çalışmalarda ikili olarak ele alınmış olsa da, literatürde sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık algısı, hasta aktivasyonu ve yaşam doyumunu birlikte ele alan çalışmalara rastlanılmamıştır. Bu bağlamda bu araştırmanın, özgün bir çalışma olduğu ve alana katkı sağlayacağı öngörülmektedir. Ayrıca çalışmada bu değişkenlerin birbirleri üzerine etkilerinin de ele alınmış olması ve Türkiye’de hasta aktivasyonu üzerine çok fazla çalışma yapılmamış olması bakımından literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırmanın Konya ili örneklemini üzerine yapılmış olması ve ayaktan poliklinik hizmeti alan hastalarla çalışılmış olması bağlamında kültürel özellikler de gösteren özgün bir çalışma olduğu düşünülmektedir.

2.3. Araştırmanın Tipi

Araştırmada nicel araştırma deseni kullanılmış olup, tanımlayıcı nitelikte bulgular ortaya konulmuştur. Araştırma, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık algısının, hasta aktivasyonu ve yaşam doyumu üzerine etkisini inceleyen nicel bir çalışmadır.

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinden Mart-Temmuz 2019 tarihinde ayaktan poliklinik hizmeti alan 400.000 ayaktan hasta oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem büyüklüğünün belirlenebilmesi için Coşkun ve ark (2017) tarafından oluşturulan belirli evrenler için kabul edilebilir örneklem büyüklükleri tablosundan yararlanılmış ve 400.000 kişilik evrene karşılık 380 kişilik örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu görülmüştür. Çalışma kapsamına 1000 kişinin dâhil edilmesi planlanmış fakat 700 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmada nicel araştırma deseni ve kolayda örneklem yöntemi kullanılmıştır.

2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın verileri, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinden ayaktan poliklinik hizmeti alan hastalar ile sınırlı tutulmuştur. Ayrıca, araştırmadan elde edilen bulgular katılımcıların ölçeklere verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır. Araştırmanın örnekleminin evrenin bütününe içine almaması açısından da sınırlılıklar içermektedir.

2.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, görgül araştırma tekniğine uygun olarak anket yöntemiyle (EK-A) toplanmıştır (Büyüköztürk ve ark 2013). Araştırmanın ilk bölümü, cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, medeni durum, gelir durumu gibi demografik bilgileri içeren 13 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölümünde, hasta aktivasyonunu ölçmeye yönelik 13 ifadeye yer verilmiştir. Üçüncü bölümünde, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ölçmeye yönelik 52 ifade bulunmaktadır. Dördüncü bölümde, sağlık algısını ölçmeye yönelik 15 ifade verilmiştir. Beşinci bölümde yaşam doyumunu ölçmeye yönelik 5 ifade bulunmaktadır. Araştırmada yer alan ölçek bilgileri şu şekildedir:

Kullanılan ilk ölçek, Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları II. Ölçeği Walker ve Hill-Polerecky (1996) tarafından oluşturulmuştur. Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir (Bahar ve ark 2008). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Bahar ve ark (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin cevapları; Hiçbir Zaman (1), Bazen (2), Sık Sık (3), Düzenli Olarak (4) şeklindedir. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.89 bulunmuştur. Alt boyutlarının Cronbach Alpha değerleri; sağlık sorumluluğu 0.69, fiziksel aktivite 0.83, beslenme 0.59, manevi gelişim 0.75, kişilerarası ilişkiler 0.71, stres yönetimi 0.61 olarak bulunmuştur.

Kullanılan ikinci ölçek, Sağlık Algısı Ölçeği, Diamond ve ark (2007) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek dört alt faktörden ve 15 maddeden oluşan beşli Likert tipi bir ölçektir (Kadioğlu ve Yıldız 2012). 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu tutum, 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz tutum içeren ifadelerdir. Olumlu ifadeler; Çok Katılıyorum (5), Katılıyorum (4), Kararsızım (3), Katılmıyorum (2), Hiç Katılmıyorum (1) şeklindedir. Olumsuz ifadeler ise ters puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75'tir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Kadioğlu ve Yıldız (2012) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.63 bulunmuştur. Alt boyutlarının Cronbach Alpha değerleri; kontrol merkezi 0.69, öz farkındalık 0.67, kesinlik 0.68, sağlığın önemi 0.60 olarak tespit edilmiştir.

Kullanılan üçüncü ölçek, Hasta Aktivasyon Ölçeği (Patient Activation Measure (PAM) Hibbard ve ark (2004) tarafından hasta aktiflik düzeyini belirleyip değerlendirebilmek amacıyla geliştirilmiş olup, 2005'de yine Hibbard ve ark (2005) tarafından kısa formu çalışılmıştır. Hasta Aktivasyonu Ölçeği, geçerli, yüksek düzeyde güvenilir, tek boyutlu bir ölçektir. Ölçek 22 madde olup, kısa formu 13 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin cevapları Kesinlikle Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Katılıyorum (3), Kesinlikle Katılıyorum (4), Bilemiyorum/Değerlendiremiyorum (5) şeklindedir (Hibbard ve ark 2004). Bir bireyin 13 maddeye verdiği puanlar sırayla puanlama tablosuna girildiğinde, o bireyin aktiflik puanı ve hangi aşamada yer aldığı ortaya çıkmaktadır. Bu araştırmada ölçeğin 13 maddelik kısa formu kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve

güvenilirliği “Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçüm Aracı” olarak Koşar (2015) tarafından yapılmıştır. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.83 bulunmuştur.

Kullanılan dördüncü ölçek, Yaşam Doyumu Ölçeği Diener (1984) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin özgün formu bir faktör, beş madde ve Likert tipinde 7’li derecelendirmeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Dağlı ve Baysal (2016) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması sırasında, özgün formunda yedi basamaklı olan cevap seçenekleri beşe indirilmiştir. Ölçeğin ifadelerinin puanlaması: Hiç Katılmıyorum (1), Çok Az Katılıyorum (2), Orta Düzeyde Katılıyorum (3), Büyük Oranda Katılıyorum (4) ve Tamamen Katılıyorum (5) şeklindedir. Ölçek, tek boyut ve beş maddeden oluşmaktadır. Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.86 bulunmuştur.

2.7. Araştırma Verilerinin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nden ayaktan poliklinik hizmeti alan hastalara Mart-Temmuz 2019 tarihinde, yüz yüze görüşülerek ve anket tekniği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmaya dâhil olmayı kabul eden katılımcıların sözel onamları alınarak çalışma gerçekleştirilmiştir.

2.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktararak ilk etapta veri kontrolü yapılmış ve hatalı veriler düzenlenmiştir. İstatistiksel analizler bilgisayar ortamında yapılmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılmıştır. Veriler analizi yapılmadan önce normal dağılıma uyup uymadığı test edilmiştir. Veriler üzerinde tanımlayıcı istatistikler, varyans analizi, bağımsız gruplarda t testi, korelasyon ve regresyon analizi yapılmıştır.

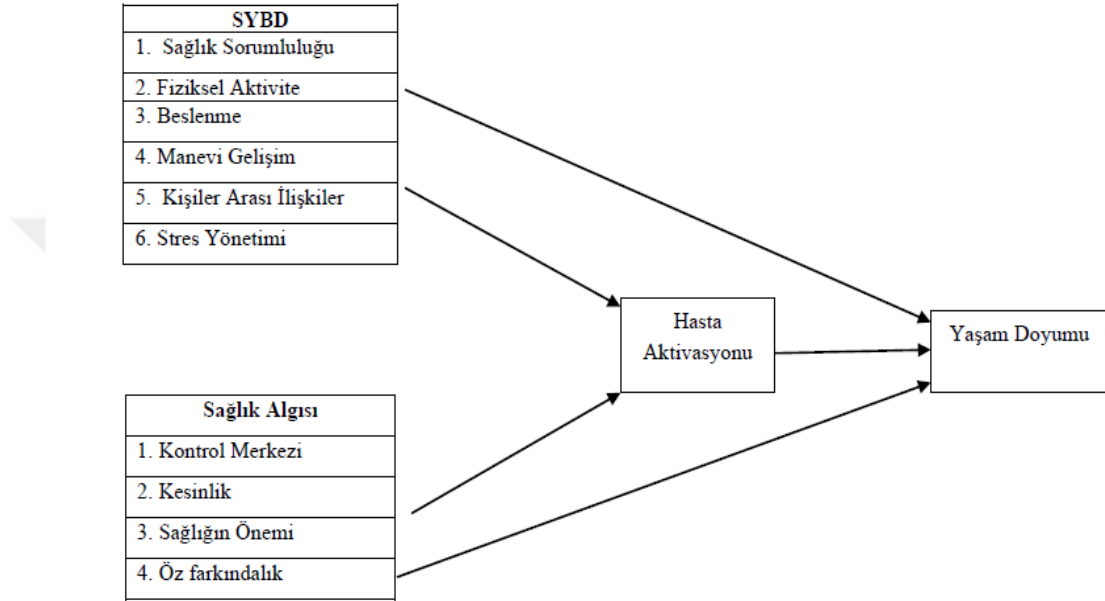
2.9. Araştırma Etiği

Araştırma öncesi Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Kurul Kararı (Ek-B) 31.03.2021 tarih 2021/645 karar sayısı ile etik izin alınmıştır. Ayrıca Selçuk Üniversitesi Tıp

Fakültesi Hastanesi'nden 26.02.2019 tarih ve 30292447-100 evrak no ile izin alınmıştır (Ek-C).

2.10. Araştırmanın Modeli

Araştırmada yer alan bağımlı ve bağımsız değişkenler ve aralarındaki ilişkilerin gösterildiği çalışmanın modeli şekil 2.1.'de yer almaktadır.



Şekil 2.1. Araştırmanın Modeli.

2.11. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1= H₁: Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğu boyutu hasta aktivasyonunu pozitif yönde etkilemektedir.

Hipotez 2= H₁: Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından fiziksel aktivite boyutu hasta aktivasyonunu pozitif yönde etkilemektedir.

Hipotez 3= H₁: Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme boyutu hasta aktivasyonunu pozitif yönde etkilemektedir.

Hipotez 4= H₁: Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından manevi gelişim boyutu hasta aktivasyonunu pozitif yönde etkilemektedir.

Hipotez 5= H₁: Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından kişiler arası ilişkiler boyutu hasta aktivasyonunu pozitif yönde etkilemektedir.

Hipotez 6= H₁: Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından stres yönetimi boyutu hasta aktivasyonunu pozitif yönde etkilemektedir.

Hipotez 7= H₁: Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğu boyutu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir.

Hipotez 8= H₁: Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından fiziksel aktivite boyutu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir.

Hipotez 9= H₁: Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme boyutu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir.

Hipotez 10= H₁: Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından manevi gelişim boyutu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir.

Hipotez 11= H₁: Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından kişiler arası ilişkiler boyutu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir.

Hipotez 12= H₁: Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından stres yönetimi boyutu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir.

Hipotez 13= H₁: Sağlıklı algısının kontrol merkezi boyutu hasta aktivasyonunu pozitif yönde etkilemektedir.

Hipotez 14= H₁: Sağlıklı algısının kesinlik boyutu hasta aktivasyonunu pozitif yönde etkilemektedir.

Hipotez 15= H₁: Sağlıklı algısının sağlığın önemi boyutu hasta aktivasyonunu pozitif yönde etkilemektedir.

Hipotez 16= H₁: Sağlıklı algısının öz farkındalık boyutu hasta aktivasyonunu pozitif yönde etkilemektedir.

Hipotez 17= H₁: Sağlıklı algısının kontrol merkezi boyutu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir.

Hipotez 18= H_1 : Sağlıklı algısının kesinlik boyutu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir.

Hipotez 19= H_1 : Sağlıklı algısının sağlığın önemi boyutu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir.

Hipotez 20= H_1 : Sağlıklı algısının öz farkındalık boyutu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir.

Hipotez 21= H_1 : Hasta aktivasyonu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir.



3. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde çalışmaya dâhil olan kişilere ait demografik bulgulara, ölçekler ve alt boyutlarının psikometrik analizlerine yer verilmiştir. Ayrıca, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık algısı, hasta aktivasyonu ve yaşam doyumu ölçekleri ve bu ölçeklerin alt boyutlarının demografik değişkenlere göre karşılaştırılması yapılmıştır. Son olarak araştırmada kullanılan ölçekler ve bu ölçeklerin alt boyutlarına ait etkiyi ve ilişkiyi gösteren analizler yapılmıştır.

3.1. Demografik Verilere İlişkin Bulgular

Tablo 3.1. Araştırmaya dâhil olan hastalara ait demografik bulgular.

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Erkek	299	42,7
Kadın	401	57,3
Yaş	Sayı (n)	Yüzde (%)
18-25	325	46,4
26-40	136	19,4
41-50	121	17,3
51+	118	16,9
Öğrenim Düzeyi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Okuryazar Değil	28	4,0
İlkokul	148	21,1
Lise	101	14,4
Ön-Lisans	65	9,3
Lisans	338	48,3
Lisansüstü	20	2,9
Gelir Durumu (TL)	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-2000	194	27,7
2001-3000	233	33,3
3001-4000	149	21,3
4000 +	124	17,7
Medeni Durum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evli	322	46,0
Bekâr	378	54,0
Çalışma Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çalışıyor	273	39,0
Çalışmıyor	427	61,0
Aile Yapısı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çekirdek Aile	601	85,9
Geniş Aile	99	14,1
Kronik Hastalık	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	197	28,1
Yok	503	71,9
Sürekli Kullanılan İlaç	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	215	30,7
Yok	485	69,3
Ailede kronik Hastalık	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	356	50,9
Yok	344	49,1
Toplam	700	100

Tablo 3.1'e göre, araştırmaya dâhil olan hastaların %57,3'ü kadın, %46,4'ü 18-25 yaş aralığında, %16,9'u 51 yaş ve üstündedir. Hastaların %48,3'ü lisans mezunu, %2,9'u ise lisansüstü mezunudur. %27,7'sinin geliri 0-2000 TL, %17,7'sinin geliri ise 4001 TL ve üstüdür. Katılımcıların %46'sı evli, %61'i çalışmıyor ve %85,9'unun aile yapısı geniş ailedir. Hastaların %71,9'unun kronik bir hastalığı yokken, %50,9'unun ailesinde kronik hastalık vardır ve %69,3'ü sürekli bir ilaç kullanmamaktadır.

Tablo 3.2. Araştırmaya dâhil olan hastaların genel sağlık durumu ve doktora başvuru sayısını gösteren tanımlayıcı istatistikler.

Genel Sağlık Durumu (1-10 Arası)	Sayı (n)	Yüzde (%)
1 Puan	7	1,0
2 Puan	9	1,3
3 Puan	21	3,0
4 Puan	40	5,7
5 Puan	85	12,1
6 Puan	113	16,1
7 Puan	173	24,7
8 Puan	159	22,7
9 Puan	60	8,6
10 Puan	33	4,7
Doktora Başvuru (1 yıl)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiç Gitmeyen	73	10,4
1 Defa	46	6,6
2 Defa	113	16,1
3 Defa	114	16,3
4 Defa	81	11,6
5 Defa	71	10,1
6 Defa	51	7,3
7 Defa	34	4,9
8 Defa	24	3,4
9 Defa	13	1,9
10 ve Üzeri	80	11,4
Toplam	700	100

Tablo 3.2'e göre, araştırmaya dâhil olan hastaların %24,7'si genel sağlık durumuna yedi puan, %1'i ise bir puan vermiştir. Katılımcıların %16,3'ü bir yıl

içerisinde üç defa, %1,9'u dokuz defa, %11,4'ü on ve daha fazla sayıda bir hastalığı için doktora başvuru yapmıştır.

3.2. Ölçekler ve Alt Boyutlarının Psikometrik Analizleri

Tablo 3.3. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutlarının, sağlık algısı ölçeğinin alt boyutlarının, hasta aktivasyon ölçeğinin ve yaşam doyumu ölçeğinin psikometrik özellikleri

		İfade Sayısı	Min	Max	Cronbach Alpha	ort	SS	Normallik Testi	
								Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
Sağlık Sorumluluğu	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	9	1	4	0,749	2,413	0,52	0,133	0,371
Fiziksel Aktivite		8	1	4	0,871	2,103	0,715	0,321	-0,582
Beslenme		9	1,11	4	0,586	2,307	0,462	0,328	0,146
Manevi Gelişim		9	1,33	4	0,762	2,896	0,513	-0,085	-0,083
Kişiler Arası İlişkiler		9	1,22	4	0,761	2,794	0,509	0,053	-0,094
Stres Yönetimi		8	1,25	4	0,631	2,44	0,486	0,351	0,302
Kontrol Merkezi	Sağlık Algısı	5	1	5	0,696	3,042	0,822	0,068	-0,469
Kesinlik		4	1	5	0,980	3,114	0,823	-0,223	-0,315
Sağlığın Önemi		3	1	5	0,536	3,818	0,742	-0,549	-0,088
Öz Farkındalık		3	1	5	0,521	3,588	0,748	-0,541	0,436
Hasta Aktivasyon		13	0	4	0,836	2,865	0,623	-0,63	1,235
Yaşam Doyumu		5	1	5	0,868	2,675	0,952	0,092	-0,419

Tablo 3,3'de görüldüğü üzere sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutlarının, sağlık algısı ölçeğinin alt boyutlarının, hasta aktivasyon ölçeğinin ve yaşam doyumu ölçeğinin psikometrik özellikleri verilmiştir. Sağlık sorumluluğu boyutu dokuz ifadeden oluşmaktadır. Sağlık sorumluluğu boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,749 olarak tespit edilmiş ve normal dağılım gösterdiği bulunmuştur. Fiziksel aktivite boyutu sekiz ifadeden oluşmaktadır. Fiziksel aktivite boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,871 olarak saptanmış ve normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Beslenme boyutu dokuz ifadeden oluşmaktadır. Beslenme boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,586 olarak bulunmuş ve normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Manevi gelişim boyutu dokuz ifadeden oluşmaktadır. Manevi gelişim boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,762 olarak tespit edilmiş ve normal dağılım gösterdiği bulunmuştur. Kişiler arası ilişkiler boyutu dokuz ifadeden oluşmaktadır. Kişiler arası ilişkiler boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,761 olarak bulunmuş ve normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Stres yönetimi boyutu sekiz ifadeden oluşmaktadır. Stres yönetimi boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,631 olarak tespit

edilmiş ve normal dağılım gösterdiği gözlemlenmiştir. Kontrol merkezi boyutu beş ifadeden oluşmaktadır. Kontrol merkezi boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,696 olarak saptanmış ve normal dağılım gösterdiği bulunmuştur. Kesinlik boyutu dört ifadeden oluşmaktadır. Kesinlik boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,980 olarak bulunmuş ve normal dağılım gösterdiği tespit edilmiş. Sağlığın önemi boyutu üç ifadeden oluşmaktadır. Sağlığın önemi boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,536 olarak tespit edilmiş ve normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Öz farkındalık boyutu üç ifadeden oluşmaktadır. Öz farkındalık boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,521 olarak bulunmuş ve normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Hasta aktivasyon ölçeği on üç ifadeden oluşmaktadır. Hasta aktivasyon ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,836 olarak gözlemlenmiştir ve normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Yaşam doyumu ölçeği beş ifadeden oluşmaktadır. Yaşam doyumu ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,868 olarak tespit edilmiş ve normal dağılım gösterdiği bulunmuştur.

3.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Demografik Verilere İlişkin Bulgular

Tablo 3.4. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğine ait tanımlayıcı istatistikler.

İfadeler	min	Max	ort	ss
Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.	1,00	4,00	1,78	0,95
Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.	1,00	4,00	1,83	0,94
Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.	1,00	4,00	1,88	0,98
Boş zamanlarımda yüzmeye, dans etmeye, bisiklete binme gibi eğlendirici fiziksel aktiviteler yaparım.	1,00	4,00	1,94	0,92
Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.	1,00	4,00	1,96	1,01
Düzenli bir egzersiz programı yaparım.	1,00	4,00	1,99	0,94
Her gün 3-5 öğün sebze yerim.	1,00	4,00	2,02	0,91
Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.	1,00	4,00	2,09	1,00
Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.	1,00	4,00	2,08	0,95
Televizyonda sağlıklı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.	1,00	4,00	2,13	0,95
Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.	1,00	4,00	2,12	0,97
Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).	1,00	4,00	2,17	0,98
Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.	1,00	4,00	2,24	0,92
Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.	1,00	4,00	2,26	0,92
Her gün 2-4 öğün meyve yerim.	1,00	4,00	2,27	0,93
Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.	1,00	4,00	2,29	0,94
Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm.	1,00	4,00	2,29	1,02
Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.	1,00	4,00	2,29	0,86
Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.	1,00	4,00	2,30	1,00
Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.	1,00	4,00	2,32	0,90
Yorulmaktan kendimi korurum.	1,00	4,00	2,30	0,97
Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.	1,00	4,00	2,39	0,94
Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.	1,00	4,00	2,43	0,91
Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.	1,00	4,00	2,42	0,95
Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.	1,00	4,00	2,48	0,95
Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.	1,00	4,00	2,49	1,02
Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim).	1,00	4,00	2,47	1,01
Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.	1,00	4,00	2,53	0,83
Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.	1,00	4,00	2,57	0,84
Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.	1,00	4,00	2,60	0,88
İş ve eğlence zamanımı dengelerim.	1,00	4,00	2,58	0,90
Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.	1,00	4,00	2,61	0,87
Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.	1,00	4,00	2,65	0,87

Tablo 3.4. (Devam). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğine ait tanımlayıcı istatistikler.

Yeterince uyurum.	1,00	4,00	2,68	0,89
Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.	1,00	4,00	2,66	0,87
Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.	1,00	4,00	2,72	0,91
Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.	1,00	4,00	2,75	0,86
Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.	1,00	4,00	2,76	0,87
Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.	1,00	4,00	2,77	0,81
Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.	1,00	4,00	2,78	0,87
Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.	1,00	4,00	2,81	0,90
Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.	1,00	4,00	2,85	0,92
Geleceğe umutla bakarım.	1,00	4,00	2,85	0,90
İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.	1,00	4,00	2,95	0,85
Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.	1,00	4,00	2,97	0,87
Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.	1,00	4,00	2,94	0,87
Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.	1,00	4,00	3,01	0,90
Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.	1,00	4,00	2,99	0,85
Kahvaltı yaparım.	1,00	4,00	3,03	0,95
İnsanları başarıları için takdir ederim.	1,00	4,00	3,05	0,76
Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.	1,00	4,00	3,09	0,84
İlahi bir gücün varlığına inanırım.	1,00	4,00	3,43	0,87

Tablo 3,4'e göre araştırmaya dâhil olan katılımcıların sırasıyla en yüksek katılım sağladığı üç soru; ilahi bir gücün varlığına inanılması, yaşamın bir amacı olduğuna inanılması ve insanları başarıları için takdir edilmesidir. Katılımcıların sırasıyla en düşük katılım sağladığı üç soru ise; her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yenilmesi, bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılma ve kalp atımının hızlanana kadar egzersiz yapılmasıdır.

Tablo 3.5. Araştırmaya katılanların demografik verileri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ait analizler (Bağımsız gruplarda t testi ve varyans analizi).

Değişkenler		n	ort	ss	t/F	p	Post-Hoc
Cinsiyet	Erkek	299	2,50	0,40	0,384	0,701	
	Kadın	401	2,50	0,41			
Yaş	1-18-25	325	2,55	0,41	3,052	0,028	1>4
	2-26-40	136	2,45	0,37			
	3-41-50	121	2,52	0,41			
	4-51+	118	2,44	0,38			
Öğrenim Düzeyi	1-İlkokul	176	2,42	0,37	9,473	0,000	1<3 1<4 2<3 2<4
	2-Lise	101	2,39	0,41			
	3-Önlisans	65	2,63	0,40			
	4-Lisans	358	2,56	0,40			
Gelir Durumu (TL)	1-0-2000	194	2,45	0,36	2,757	0,041	1<3 1<4
	2-2001-3000	233	2,50	0,39			
	3-3001-4000	149	2,57	0,44			
	4-4000 +	124	2,53	0,42			
Medeni Durum	Evli	322	2,47	0,39	-1,876	0,061	
	Bekâr	378	2,53	0,41			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	273	2,48	0,39	-1,561	0,119	
	Çalışmıyor	427	2,52	0,40			
Aile Yapısı	Çekirdek	601	2,51	0,40	0,284	0,777	
	Geniş	99	2,49	0,40			
Kronik Hastalık	Var	197	2,42	0,40	-3,523	0,000	
	Yok	503	2,54	0,40			
Sürekli İlaç Kullanma	Var	215	2,44	0,41	-3,071	0,002	
	Yok	485	2,54	0,40			
Ailede Kronik Hastalık	Var	356	2,48	0,39	-1,749	0,081	
	Yok	344	2,53	0,41			

Tablo 3,5’de görüldüğü üzere katılımcıların demografik verileri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA analizleri yapılmıştır. Katılımcıların cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu, aile yapısı ve ailede kronik hastalık durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Hastaların yaşı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuca göre scheffe testi yapılmış ve 18-25 yaş aralığındaki hastaların 51 yaş ve üstü hastalara daha çok sağlıklı yaşam biçimi davranışları gösterdikleri sonucu bulunmuştur. Katılımcıların öğrenim düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları arasında farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İlkokul ve lise mezunlarının, önlisans ve lisans mezunlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları daha düşük tespit edilmiştir. Hastaların gelir

durumu ile sağlıklı yaşam biçimi ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Çoklu değişkenler arasındaki bu farkı araştırmak için scheffe testi yapılmıştır. Bu sonuca göre, geliri 0-2000 arasındaki bireylerin sağlık yaşam biçimi davranışları ortalamaları, geliri 2001-3000 ve 3001-4000 arasında olanlara göre daha düşük bulunmuştur. Kronik hastalık durumu ve sürekli ilaç kullanma durumu ile sağlık yaşam biçimi davranışları ortalamaları arasındaki t testi sonucuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kronik hastalığı olmayan ve sürekli ilaç kullanmayan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan kişilere göre daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 3.6. Araştırmaya katılanların genel sağlık durumu ve doktora başvuru sayısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ait analizler (Korelasyon analizi).

		1	2
1-Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı			
2-Doktora Başvuru Sayısı	r	-,024	
	p	,578	
3-Genel Sağlık Durumu	r	,205**	-,250**
	p	,000	,000

** $p<0,01$ * $p<0,05$ $n=700$

Tablo 3.6'ya göre hastaların genel sağlık durumu ve doktora başvuru sayısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre doktora başvuru sayısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$). Genel sağlık durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,01$). Genel sağlık durumu iyileştikçe, sağlıklı yaşam biçimi davranışları da artmaktadır.

Tablo 3.7. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin sağlık sorumluluğu boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılması.

Değişkenler		n	ort	ss	t/F	p	Post-Hoc
Cinsiyet	Erkek	299	2,38	0,49	-1,117	0,264	
	Kadın	401	2,43	0,54			
Yaş	1-18-25	325	2,34	0,53	9,220	0,000	1 < 3 1 < 4
	2-26-40	136	2,34	0,51			
	3-41-50	121	2,58	0,51			
	4-51+	118	2,51	0,44			
Öğrenim Düzeyi	1-İlkokul	176	2,51	0,46	5,392	0,001	1 > 2 1 > 4
	2-Lise	101	2,32	0,55			
	3-Önlisans	65	2,52	0,48			
	4-Lisans	358	2,41	0,53			
Gelir Durumu (TL)	1-0-2000	194	2,36	0,45	0,905	0,438	
	2-2001-3000	233	2,43	0,50			
	3-3001-4000	149	2,41	0,59			
	4-4000 +	124	2,45	0,55			
Medeni Durum	Evli	322	2,49	0,49	4,051	0,000	
	Bekâr	378	2,34	0,53			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	273	2,41	0,52	0,054	0,957	
	Çalışmıyor	427	2,41	0,52			
Aile Yapısı	Çekirdek	601	2,42	0,52	0,988	0,324	
	Geniş	99	2,36	0,50			
Kronik Hastalık	Var	197	2,45	0,50	1,405	0,161	
	Yok	503	2,39	0,52			
Sürekli İlaç Kullanma	Var	215	2,45	0,51	1,351	0,177	
	Yok	485	2,39	0,52			
Ailede Kronik Hastalık	Var	356	2,43	0,51	0,986	0,324	
	Yok	344	2,39	0,52			

Tablo 3,7’de görüldüğü üzere katılımcıların demografik verileri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutlarından olan sağlık sorumluluğu boyutu ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA analizleri yapılmıştır. Katılımcıların cinsiyeti, gelir durumu, çalışma durumu, aile yapısı, kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanma durumu ve ailede kronik hastalık durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutlarından olan sağlık sorumluluğu boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Hastaların yaşı ile sağlık sorumluluğu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuca göre scheffe testi yapılmış ve 18-25 yaş aralığındaki hastaların 41-50 ve 51 yaş ve üstü hastalara daha az sağlık sorumluluğuna sahip oldukları sonucu bulunmuştur. Katılımcıların öğrenim düzeyi

ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları arasında farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). İlkokul mezunlarının, lise ve lisans mezunlarına göre daha çok sağlık sorumluluğuna sahip oldukları sonucu tespit edilmiştir. Katılımcıların medeni durumu ile sağlık sorumluluğu ortalamaları arasında anlamlı fark belirlenmiştir ($p<0,05$). Evli olan bireylerin sağlık sorumluluğu daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 3.8. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin fiziksel aktivite boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişkenler		n	ort	ss	t/F	p	Post-Hoc
Cinsiyet	Erkek	299	2,22	0,72	4,042	0,000	
	Kadın	401	2,00	0,69			
Yaş	1-18-25	325	2,34	0,53	9,220	0,000	1< 3 1< 4 2< 3
	2-26-40	136	2,34	0,51			
	3-41-50	121	2,58	0,51			
	4-51+	118	2,51	0,44			
Öğrenim Düzeyi	1-İlkokul	176	2,51	0,46	5,392	0,001	1> 2 1> 4 2< 3
	2-Lise	101	2,32	0,55			
	3-Önlisans	65	2,52	0,58			
	4-Lisans	358	2,36	0,53			
Gelir Durumu (TL)	1-0-2000	194	2,36	0,45	0,905	0,438	
	2-2001-3000	233	2,43	0,50			
	3-3001-4000	149	2,41	0,59			
	4-4000 +	124	2,45	0,55			
Medeni Durum	Evli	322	1,92	0,70	-6,337	0,000	
	Bekâr	378	2,25	0,68			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	273	2,06	0,66	-1,233	0,218	
	Çalışmıyor	427	2,12	0,74			
Aile Yapısı	Çekirdek	601	2,09	0,72	-0,784	0,433	
	Geniş	99	2,15	0,67			
Kronik Hastalık	Var	197	1,79	0,67	-7,314	0,000	
	Yok	503	2,22	0,69			
Sürekli İlaç Kullanma	Var	215	1,84	0,69	-6,531	0,000	
	Yok	485	2,21	0,69			
Ailede Kronik Hastalık	Var	356	1,96	0,70	-5,437	0,000	
	Yok	344	2,24	0,70			

Tablo 3,8'e göre hastaların demografik verileri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutlarından olan fiziksel aktivite boyutu ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA analizleri yapılmıştır. Hastaların gelir durumu, çalışma durumu ve aile yapısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutlarından olan fiziksel aktivite boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Hastaların cinsiyeti ile fiziksel aktivite

ortalamları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Erkeklerin fiziksel aktivite ortalamları, kadınlara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşı ile fiziksel aktivite ortalamları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu farklılığın hangi değişkenlerden kaynaklandığını bulmak amacıyla scheffe testi yapılmış ve 18-25 yaş aralığındaki hastaların 41-50 ve 51 yaş ve üstü hastalara daha az fiziksel aktivite yaptıkları sonucu gözlemlenmiştir. Ayrıca 26-40 yaş aralığındaki hastaların, 41-50 yaş aralığındakilere göre daha az fiziksel aktivite yaptıkları saptanmıştır. Hastaların öğrenim düzeyi ile fiziksel aktivite ortalamları arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu sonuca göre, ilkokul mezunu hastaların fiziksel aktivite düzeyi, lise ve lisans mezunlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Önlisans mezunlarının fiziksel aktivite düzeyi ise lise mezunlarına göre daha yüksek tespit edilmiştir. Medeni durumu ile fiziksel aktivite ortalamları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bekâr olan bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri, evli olan katılımcılara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Katılımcıların kronik hastalık durumu ile fiziksel aktivite ortalamları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu sonuca göre kronik hastalığı olmayan bireylerin fiziksel aktivite düzeyi kronik hastalığı olan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Sürekli ilaç kullanma ve ailede kronik hastalık durumu ile fiziksel aktivite ortalamları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sürekli ilaç kullanmayan ve ailesinde kronik hastalığı olmayan bireylerin fiziksel aktivite düzeyi, sürekli ilaç kullanan ve ailesinde kronik hastalığı olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 3.9. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin beslenme boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişkenler		n	ort	ss	t/F	p	Post-Hoc
Cinsiyet	Erkek	299	2,32	0,47	0,764	0,445	
	Kadın	401	2,29	0,45			
Yaş	1-18-25	325	2,34	0,47	3,544	0,014	1>4
	2-26-40	136	2,31	0,43			
	3-41-50	121	2,31	0,44			
	4-51+	118	2,18	0,44			
Öğrenim Düzeyi	1-İlkokul	176	2,22	0,41	4,902	0,002	1<4
	2-Lise	101	2,22	0,44			
	3-Önlisans	65	2,38	0,53			
	4-Lisans	358	2,35	0,46			
Gelir Durumu (TL)	1-0-2000	194	2,24	0,42	2,948	0,032	1<3
	2-2001-3000	233	2,31	0,44			
	3-3001-4000	149	2,39	0,51			
	4-4000 +	124	2,28	0,47			
Medeni Durum	Evli	322	2,26	0,44	-2,158	0,031	
	Bekâr	378	2,34	0,47			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	273	2,31	0,47	0,309	0,758	
	Çalışmıyor	427	2,30	0,45			
Aile Yapısı	Çekirdek	601	2,29	0,46	-1,175	0,240	
	Geniş	99	2,35	0,42			
Kronik Hastalık	Var	197	2,21	0,42	-3,403	0,001	
	Yok	503	2,34	0,47			
Sürekli İlaç Kullanma	Var	215	2,22	0,43	-2,990	0,003	
	Yok	485	2,34	0,46			
Ailede Kronik Hastalık	Var	356	2,26	0,45	-2,704	0,007	
	Yok	344	2,35	0,46			

Tablo 3,9’da görüldüğü üzere hastaların demografik verileri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutlarından olan beslenme boyutu ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA analizleri yapılmıştır. Hastaların cinsiyeti, çalışma durumu ve aile yapısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutlarından olan beslenme boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Yaş ile beslenme ortalamaları arasında anlamlı fark gözlemlenmiştir ($p<0,05$). Bu farklılığın hangi değişkenlerden kaynaklandığını bulmak amacıyla scheffe testi yapılmış ve 18-25 yaş aralığındaki katılımcıların 51 yaş ve üstü katılımcılara göre beslenme ortalaması daha yüksek tespit edilmiştir. Öğrenim düzeyi ile beslenme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). İlkokul mezunu hastaların beslenme ortalaması, lisans mezunlarına göre

daha düşük saptanmıştır. Katılımcıların gelir durumu ile beslenme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Geliri 0-2000 arasında olan katılımcıların beslenme ortalamaları, geliri 3001-4000 arasında olanlara göre daha düşük tespit edilmiştir. Medeni durum ile beslenme ortalamaları arasında anlamlı fark belirlenmiştir ($p<0,05$). Bekâr olan katılımcıların beslenme ortalaması evli olan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların kronik hastalık durumu ile beslenme ortalamaları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kronik hastalığı olmayan bireylerin, kronik hastalığı olanlara göre beslenme ortalaması daha yüksek gözlemlenmiştir. Sürekli ilaç kullanma ve ailede kronik hastalık durumu ile beslenme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Sürekli ilaç kullanmayan ve ailesinde kronik hastalığı olmayan katılımcıların beslenme ortalamaları sürekli ilaç kullanan ve ailesinde kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 3.10. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin manevi gelişim boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişkenler		n	ort	ss	t/F	p	Post-Hoc
Cinsiyet	Erkek	299	2,88	0,49	-0,506	0,613	
	Kadın	401	2,90	0,53			
Yaş	1-18-25	325	2,93	0,53	2,740	0,042	1>2
	2-26-40	136	2,78	0,47			
	3-41-50	121	2,91	0,51			
	4-51+	118	2,91	0,48			
Öğrenim Düzeyi	1-İlkokul	176	2,83	0,50	6,606	0,000	2< 3 2< 4
	2-Lise	101	2,73	0,55			
	3-Önlisans	65	3,01	0,47			
	4-Lisans	358	2,95	0,49			
Gelir Durumu (TL)	1-0-2000	194	2,87	0,51	1,823	0,142	
	2-2001-3000	233	2,84	0,47			
	3-3001-4000	149	2,93	0,54			
	4-4000 +	124	2,96	0,52			
Medeni Durum	Evli	322	2,88	0,49	-0,866	0,387	
	Bekâr	378	2,91	0,52			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	273	2,85	0,48	-1,694	0,091	
	Çalışmıyor	427	2,92	0,53			
Aile Yapısı	Çekirdek	601	2,90	0,51	1,256	0,210	
	Geniş	99	2,83	0,51			
Kronik Hastalık	Var	197	2,84	0,54	-1,528	0,127	
	Yok	503	2,91	0,50			
Sürekli İlaç Kullanma	Var	215	2,84	0,52	-1,813	0,070	
	Yok	485	2,91	0,50			
Ailede Kronik Hastalık	Var	356	2,89	0,49	-0,219	0,827	
	Yok	344	2,90	0,53			

Tablo 3,10'a göre hastaların demografik verileri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutlarından olan manevi gelişim alt boyutu ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA analizleri yapılmıştır. Hastaların cinsiyeti, gelir durumu, medeni durumu, çalışma durumu, aile yapısı, kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanma ve ailede kronik hastalık durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutlarından olan manevi gelişim boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$). Katılımcıların yaşı ile manevi gelişim ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). 18-25 yaş aralığındaki hastaların manevi gelişim düzeyi, 26-40 yaş aralığındaki hastalara göre daha yüksek saptanmıştır. Katılımcıların öğrenim düzeyi ile manevi gelişim ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık

gözlemlenmiştir ($p<0,05$). Lise mezunu katılımcıların manevi gelişim düzeyi, önlisans ve lisans mezunlarına göre daha düşük saptanmıştır.

Tablo 3.11. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin kişiler arası ilişkiler boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişkenler		n	ort	ss	t/F	p	Post-Hoc
Cinsiyet	Erkek	299	2,72	0,50	-2,991	0,003	
	Kadın	401	2,84	0,50			
Yaş	1-18-25	325	2,82	0,51	1,252	0,290	
	2-26-40	136	2,82	0,48			
	3-41-50	121	2,79	0,55			
	4-51+	118	2,79	0,46			
Öğrenim Düzeyi	1-İlkokul	176	2,73	0,51	2,999	0,030	2< 3 2< 4
	2-Lise	101	2,71	0,57			
	3-Önlisans	65	2,86	0,47			
	4-Lisans	358	2,83	0,49			
Gelir Durumu (TL)	1-0-2000	194	2,74	0,49	1,224	0,300	
	2-2001-3000	233	2,78	0,50			
	3-3001-4000	149	2,81	0,54			
	4-4000 +	124	2,85	0,49			
Medeni Durum	Evli	322	2,76	0,51	-1,621	0,106	
	Bekâr	378	2,82	0,50			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	273	2,73	0,47	-2,557	0,011	
	Çalışmıyor	427	2,83	0,52			
Aile Yapısı	Çekirdek	601	2,80	0,51	1,074	0,283	
	Geniş	99	2,740	0,50			
Kronik Hastalık	Var	197	2,74	0,53	-1,682	0,093	
	Yok	503	2,81	0,48			
Sürekli İlaç Kullanma	Var	215	2,74	0,55	-1,525	0,128	
	Yok	485	2,81	0,48			
Ailede Kronik Hastalık	Var	356	2,81	0,50	1,106	0,269	
	Yok	344	2,77	0,51			

Tablo 3,11’de görüldüğü üzere katılımcıların demografik verileri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutlarından olan kişiler arası ilişkiler alt boyutu ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA analizleri yapılmıştır. Hastaların yaşı, gelir durumu, medeni durumu, aile yapısı, kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanma ve ailede kronik hastalık durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutlarından olan kişiler arası ilişkiler boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların cinsiyeti ile kişiler arası ilişkiler ortalamaları arasında anlamlı bir

farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadınların kişiler arası ilişkiler puan ortalamasının, erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Öğrenim düzeyi ile kişiler arası ilişkiler ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir ($p<0,05$). Lise mezunu hastaların kişiler arası ilişki düzeyi önlisans ve lisans mezunlarına göre daha düşük tespit edilmiştir. Katılımcıların çalışma durumu ile kişiler arası ilişkiler ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Çalışmayan bireylerin kişiler arası ilişkiler ortalaması, çalışan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 3.12. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin stres yönetimi boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişkenler		n	ort	ss	t/F	p	Post-Hoc
Cinsiyet	Erkek	299	2,45	0,46	0,773	0,440	
	Kadın	401	2,42	0,50			
Yaş	1-18-25	325	2,48	0,48	1,620	0,183	
	2-26-40	136	2,39	0,46			
	3-41-50	121	2,42	0,53			
	4-51+	118	2,39	0,47			
Öğrenim Düzeyi	1-İlkokul	176	2,34	0,49	6,737	0,000	1<4 2<4
	2-Lise	101	2,32	0,46			
	3-Önlisans	65	2,53	0,47			
	4-Lisans	358	2,50	0,47			
Gelir Durumu (TL)	1-0-2000	194	2,39	0,45	1,968	0,117	
	2-2001-3000	233	2,41	0,47			
	3-3001-4000	149	2,51	0,50			
	4-4000 +	124	2,47	0,52			
Medeni Durum	Evli	322	2,40	0,48	-1,594	0,111	
	Bekâr	378	2,46	0,48			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	273	2,40	0,49	-1,752	0,080	
	Çalışmıyor	427	2,46	0,48			
Aile Yapısı	Çekirdek	601	2,43	0,49	-0,607	0,544	
	Geniş	99	2,46	0,45			
Kronik Hastalık	Var	197	2,33	0,50	-3,566	0,000	
	Yok	503	2,48	0,47			
Sürekli İlaç Kullanma	Var	215	2,37	0,50	-2,223	0,027	
	Yok	485	2,46	0,47			
Ailede Kronik Hastalık	Var	356	2,40	0,49	-1,802	0,072	
	Yok	344	2,47	0,47			

Tablo 3,12’de görüldüğü üzere katılımcıların demografik verileri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutlarından olan stres yönetimi alt boyutu ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA analizleri yapılmıştır.

Katılımcıların cinsiyeti, yaşı, gelir durumu, medeni durumu, çalışma durumu, aile yapısı ve ailede kronik hastalık durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutlarından olan stres yönetimi boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$). Katılımcıların öğrenim düzeyi ile stres yönetimi ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir ($p<0,05$). İlkokul ve lise mezunu bireylerin stres yönetim düzeyi lisans mezunlarına göre daha düşük bulunmuştur. Kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanma durumu ile stres yönetimi ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Kronik hastalığı olmayan ve sürekli ilaç kullanmayanların stres yönetim düzeyi, kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullananlara göre daha yüksek tespit edilmiştir.

3.4. Sağlıklı Algısı ve Demografik Verilere İlişkin Bulgular

Tablo 3.13. Sağlık algısı ölçeğine ait tanımlayıcı istatistikler

İfadeler	min	max	ort	ss
Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem	1,00	5,00	2,48	1,18
Sağlıklı olmak şans işidir.	1,00	5,00	2,77	1,20
Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	1,00	5,00	2,87	1,16
Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	1,00	5,00	2,98	1,08
Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	1,00	5,00	2,99	1,26
Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacağsam zaten olan olur.	1,00	5,00	3,04	1,28
İstediğim kadar sağlıklı olabilirim	1,00	5,00	3,11	1,06
Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi varki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	1,00	5,00	3,18	1,19
Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	1,00	5,00	3,40	1,16
Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	1,00	22,00	3,63	1,07
Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	1,00	5,00	3,74	1,04
Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	1,00	5,00	3,82	1,05
Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	1,00	5,00	3,90	1,02
Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfüdür.	1,00	5,00	3,91	1,17
Sağlığımı çok düşünürüm	1,00	5,00	3,99	0,95

Tablo 3.13'e göre araştırmaya dâhil olan katılımcıların sırasıyla en yüksek katılım sağladığı üç soru; sağlığın çok düşünülmesi, sağlıklı olmanın Allah'ın bir lütfü olduğu, egzersiz yapılır ve doğru beslenirse sağlıklı kalınabileceğidir. Katılımcıların sırasıyla en düşük katılım sağladığı üç soru ise; ne yapılırsa yapılırsın sağlığın

değişmeyeceği, sağlıklı olmanın şans işi olduğu ve sağlıklı beslenme hakkında okunulan her şeyin anlaşılamamasıdır.

Tablo 3.14. Araştırmaya katılanların demografik verileri ile sağlık algısına ait analizler (Bağımsız gruplarda t testi ve varyans analizi).

Değişkenler		n	ort	ss	t/F	p	Post-Hoc
Cinsiyet	Erkek	299	3,33	0,46	0,354	0,724	
	Kadın	401	3,32	0,46			
Yaş	1-18-25	325	3,16	0,41	35,706	0,000	1<2
	2-26-40	136	3,35	0,48			1<3
	3-41-50	121	3,43	0,44			1<4
	4-51+	118	3,61	0,42			2<4 3<4
Öğrenim Düzeyi	1-İlkokul	176	3,56	0,46	27,341	0,000	1>2
	2-Lise	101	3,37	0,44			1>3
	3-Önlisans	65	3,29	0,51			1>4
	4-Lisans	358	3,20	0,41			2>4
Gelir Durumu (TL)	1-0-2000	194	3,37	0,46	1,883	0,131	
	2-2001-3000	233	3,29	0,50			
	3-3001-4000	149	3,35	0,43			
	4-4001 +	124	3,26	0,40			
Medeni Durum	Evli	322	3,47	0,47	8,551	0,000	
	Bekâr	378	3,18	0,42			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	273	3,37	0,47	2,321	0,021	
	Çalışmıyor	427	3,29	0,45			
Aile Yapısı	Çekirdek	601	3,33	0,46	1,181	0,238	
	Geniş	99	3,27	0,44			
Kronik Hastalık	Var	197	3,52	0,46	7,329	0,000	
	Yok	503	3,24	0,44			
Sürekli İlaç Kullanma	Var	215	3,50	0,44	6,884	0,000	
	Yok	485	3,24	0,45			
Ailede Kronik Hastalık	Var	356	3,38	0,45	3,468	0,001	
	Yok	344	3,26	0,46			

Tablo 3,14’de görüldüğü üzere katılımcıların demografik verileri ile sağlık algısı ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA analizleri yapılmıştır. Katılımcıların cinsiyeti, gelir durumu, aile yapısı ile sağlık algısı ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$). Hastaların yaşı ile sağlık algısı ortalamaları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu farklılığın hangi değişkenlerden kaynaklandığını bulabilmek için scheffe testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre 18-25 yaş aralığındaki hastaların sağlık algı düzeyi 26-40, 41-50 ve 51 yaş ve üstü hastalara göre daha düşük çıkmıştır. Ayrıca 26-40 ve 41-50 yaş aralığındaki bireylerin sağlık algısı 51 yaş ve üstü bireylere göre daha düşük

çıkmiştir. Hastaların öğrenim düzeyi ile sağlık algısı ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu sonuca göre, ilkokul mezunu hastaların sağlık algı düzeyi, lise, önlisans ve lisans mezunlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca lise mezunu hastaların sağlık algılama düzeyi lisans mezunlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların medeni durumu ve çalışma durumu ile sağlık algısı ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Evli olan hastaların bekâr olanlara göre sağlık algı düzeyi daha yüksek, çalışan bireylerin ise sağlık algı düzeyi çalışmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanma durumu ve ailede kronik hastalık durumu ile sağlık algısı ortalamaları arasındaki t testi sonucuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kronik hastalığı olan, sürekli ilaç kullanan ve ailesinde kronik hastalığı bulunan bireylerin sağlık algısı kronik hastalığı olmayan, sürekli ilaç kullanmayan ve ailesinde kronik olmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 3.15. Araştırmaya katılanların genel sağlık durumu ve doktora başvuru sayısı ile sağlık algısına ait analizler (Korelasyon analizi).

		1	2
1-Sağlık Algısı			
2-Doktora Başvuru Sayısı	r	,172**	
	p	,000	
3-Genel Sağlık Durumu	r	,100**	-,250**
	p	,006	0,000

** $p<0,01$ * $p<0,05$ $n=700$

Tablo 3.15'e göre hastaların genel sağlık durumu ve doktora başvuru sayısı ile sağlık algıları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre doktora başvuru sayısı ve genel sağlık durumu ile sağlık algısı arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,01$). Doktora başvuru sayısı ve genel sağlık durumu iyileştikçe sağlık algısı da artmaktadır.

Tablo 3.16. Sağlık algısı ölçeğinin kontrol merkezi boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişkenler		n	ort	ss	t/F	p	Post-Hoc
Cinsiyet	Erkek	299	3,09	0,76	1,495	0,135	
	Kadın	401	3,00	0,85			
Yaş	1-18-25	325	2,75	0,76	36,518	0,000	1< 2
	2-26-40	136	3,09	0,74			1<3
	3-41-50	121	3,28	0,77			1< 4
	4-51+	118	3,54	0,78			2<4
Öğrenim Düzeyi	1-İlkokul	176	3,47	0,80	29,037	0,000	1> 2
	2-Lise	101	3,13	0,75			1>3
	3-Önlisans	65	2,94	0,88			1> 4
	4-Lisans	358	2,82	0,74			2>4
Gelir Durumu (TL)	1-0-2000	194	3,10	0,88	0,785	0,503	
	2-2001-3000	233	3,04	0,84			
	3-3001-4000	149	3,03	0,76			
	4-4000 +	124	2,95	0,73			
Medeni Durum	Evli	322	3,31	0,79	8,362	0,000	
	Bekâr	378	2,81	0,77			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	273	3,13	0,77	2,324	0,200	
	Çalışmıyor	427	2,98	0,84			
Aile Yapısı	Çekirdek	601	3,06	0,81	1,534	0,126	
	Geniş	99	2,92	0,83			
Kronik Hastalık	Var	197	3,43	0,82	8,171	0,000	
	Yok	503	2,89	0,77			
Sürekli İlaç Kullanma	Var	215	3,35	0,82	6,879	0,000	
	Yok	485	2,90	0,78			
Ailede Kronik Hastalık	Var	356	3,14	0,83	3,339	0,001	
	Yok	344	2,93	0,79			

Tablo 3.16’da görüldüğü üzere katılımcıların demografik verileri ile sağlık algısı ölçeğinin kontrol merkezi boyutunun ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA analizleri yapılmıştır. Hastaların cinsiyeti, gelir durumu, çalışma durumu, aile yapısı ile kontrol merkezi boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$). Yaş ile kontrol merkezi boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılığın hangi değişkenlerden kaynaklandığını bulmak amacıyla scheffe testi yapılmış ve 18-25 yaş aralığındaki bireylerin 26-40, 41-50 ve 51 yaş ve üstüne göre kontrol merkezi boyut ortalamalarının daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca 26-40 yaşa aralığındaki katılımcıların kontrol merkezi boyut ortalamaları, 51 yaş ve üstüne göre daha düşük saptanmıştır. Katılımcıların öğrenim düzeyi ile kontrol merkezi boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). İlkokul mezunu bireylerin

kontrol merkezi boyut ortalamaları lise, önlisans ve lisans mezunlarına göre daha yüksek tespit edilmiştir. Ayrıca lise mezunu bireylerin kontrol merkezi boyut ortalamalarının, lisans mezunlarına göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Medeni durum ile kontrol merkezi boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Evli olan bireylerin kontrol merkezi boyut ortalamaları bekâr olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların kronik hastalık durumu ile kontrol merkezi boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Kronik hastalığı olan bireylerin kontrol merkezi boyut ortalamaları, kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların sürekli ilaç kullanma ve ailede kronik hastalık durumu ile kontrol merkezi boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sürekli ilaç kullanan ve ailesinde kronik hastalığı olan hastaların kontrol merkezi boyut ortalamaları, sürekli ilaç kullanmayan ve ailesinde kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 3.17. Sağlık algısı ölçeğinin kesinlik boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişkenler		n	ort	ss	t/F	p	Post-Hoc
Cinsiyet	Erkek	299	3,10	0,81	-0,039	0,969	
	Kadın	401	3,11	0,82			
Yaş	1-18-25	325	2,97	0,79	7,705	0,000	1<4
	2-26-40	136	3,18	0,76			
	3-41-50	121	3,17	0,83			
	4-51+	118	3,60	0,88			
Öğrenim Düzeyi	1-İlkokul	176	3,38	0,83	9,610	0,000	1>4
	2-Lise	101	3,11	0,79			
	3-Önlisans	65	3,11	0,85			
	4-Lisans	358	2,98	0,78			
Gelir Durumu (TL)	1-0-2000	194	3,14	0,87	1,238	0,295	
	2-2001-3000	233	3,11	0,77			
	3-3001-4000	149	3,18	0,79			
	4-4000 +	124	2,99	0,84			
Medeni Durum	Evli	322	3,23	0,84	3,596	0,000	
	Bekâr	378	3,01	0,78			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	273	3,20	0,79	2,247	0,025	
	Çalışmıyor	427	3,05	0,83			
Aile Yapısı	Çekirdek	601	3,11	0,83	0,206	0,837	
	Geniş	99	3,09	0,74			
Kronik Hastalık	Var	197	3,26	0,90	3,002	0,003	
	Yok	503	3,05	0,78			
Sürekli İlaç Kullanma	Var	215	3,28	0,84	3,581	0,000	
	Yok	485	3,04	0,80			
Ailede Kronik Hastalık	Var	356	3,17	0,79	2,077	0,038	
	Yok	344	3,04	0,84			

Tablo 3.17’de görüldüğü üzere hastaların demografik verileri ile sağlık algısı ölçeğinin kesinlik boyutunun ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA analizleri yapılmıştır. Katılımcıların cinsiyeti, gelir durumu, aile yapısı ile kesinlik boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$). Yaş ile kesinlik boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığı tespit etmek amacıyla yapılan scheffe testi sonucuna göre, 51 yaş üstü katılımcıların sağlıklı olma konusunda kesin bir fikre sahip olma düzeyi 18-25 yaş üstü katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların öğrenim düzeyi ile kesinlik boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir ($p<0,05$). İlkokul mezunu bireylerin sağlıklı olma konusunda kesin bir fikre sahip olma düzeyi, lisans mezunlarına göre daha yüksek saptanmıştır.

Medeni durum ile kesinlik boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Evli bireylerin sağlıklı olma konusunda kesin bir fikre sahip olma düzeyi, bekâr olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların çalışma durumu ile kesinlik boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışan hastaların sağlıklı olma konusunda kesin bir fikre sahip olma düzeyi, çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalık durumu ile kesinlik boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Kronik hastalığı olan bireylerin sağlıklı olma konusunda kesin bir fikre sahip olma düzeyi, kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların sürekli ilaç kullanma ve ailede kronik hastalık durumu ile kesinlik boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sürekli ilaç kullanan ve ailesinde kronik hastalığı olan hastaların sağlıklı olma konusunda kesin bir fikre sahip olma düzeyi, sürekli ilaç kullanmayan ve ailesinde kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 3.18. Sağlık algısı ölçeğinin sağlığın önemi boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişkenler		n	ort	ss	t/F	p	Post-Hoc
Cinsiyet	Erkek	299	3,75	0,79	-2,091	0,037	
	Kadın	401	3,86	0,69			
Yaş	1-18-25	325	3,67	0,79	9,684	0,000	1< 3 1< 4
	2-26-40	136	3,83	0,70			
	3-41-50	121	3,96	0,65			
	4-51+	118	4,04	0,63			
Öğrenim Düzeyi	1-İlkokul	176	3,99	0,62	6,173	0,000	1>4
	2-Lise	101	3,88	0,72			
	3-Önlisans	65	3,78	0,84			
	4-Lisans	358	3,71	0,76			
Gelir Durumu (TL)	1-0-2000	194	3,96	0,61	4,151	0,006	1>2
	2-2001-3000	233	3,71	0,82			
	3-3001-4000	149	3,79	0,74			
	4-4000 +	124	3,80	0,73			
Medeni Durum	Evli	322	3,95	0,64	4,585	0,000	
	Bekâr	378	3,70	0,79			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	273	3,84	0,70	0,868	0,385	
	Çalışmıyor	427	3,79	0,76			
Aile Yapısı	Çekirdek	601	3,82	0,74	0,826	0,409	
	Geniş	99	3,76	0,72			
Kronik Hastalık	Var	197	3,95	0,68	2,977	0,003	
	Yok	503	3,76	0,75			
Sürekli İlaç Kullanma	Var	215	3,96	0,68	3,458	0,001	
	Yok	485	3,75	0,75			
Ailede Kronik Hastalık	Var	356	3,88	0,70	2,289	0,022	
	Yok	344	3,75	0,77			

Tablo 3.18'e göre katılımcıların demografik verileri ile sağlık algısı ölçeğinin sağlığın önemi boyutunun ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA analizleri yapılmıştır. Hastaların çalışma durumu ve aile yapısı ile sağlığın önemi boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$). Cinsiyet ile sağlığın önemi boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların erkeklere göre daha çok sağlığına önem verdiği sonucu bulunmuştur. Yaş ile sağlığın önemi boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığı tespit etmek amacıyla yapılan scheffe testi sonucuna göre, 18-25 yaş aralığındaki katılımcıların sağlığına verdiği önem, 41-50 ve 51 yaş üstü katılımcılara göre daha düşük bulunmuştur. Hastaların öğrenim düzeyi ile sağlığın önemi boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir ($p<0,05$). İlkokul mezunu bireylerin sağlığına verdiği önem, lisans

mezunlarına göre daha yüksek saptanmıştır. Gelir durumu ile sađlđđın önemi boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir ($p<0,05$). Geliri 0-2000 arasında olanların sađlđđına verdiği önem, geliri 4000 ve üstü olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Medeni durum ile sađlđđın önemi boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Evli bireylerin sađlđđına verdiği önem, bekâr olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalık durumu ile sađlđđın önemi boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Kronik hastalđđı olan bireylerin sađlđđına verdiği önem, kronik hastalđđı olmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların sürekli ilaç kullanma ve ailede kronik hastalık durumu ile sađlđđın önemi boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sürekli ilaç kullanan ve ailesinde kronik hastalđđı olan hastaların sađlđđına verdiği önem, sürekli ilaç kullanmayan ve ailesinde kronik hastalđđı olmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 3.19. Sağlık algısı ölçeğinin öz farkındalık boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişkenler		n	ort	ss	t/F	p	Post-Hoc
Cinsiyet	Erkek	299	3,60	0,67	0,493	0,622	
	Kadın	401	3,57	0,79			
Yaş	1-18-25	325	3,60	0,74	0,615	0,605	
	2-26-40	136	3,55	0,77			
	3-41-50	121	3,52	0,79			
	4-51+	118	3,64	0,68			
Öğrenim Düzeyi	1-İlkokul	176	3,51	0,82	0,711	0,546	
	2-Lise	101	3,60	0,77			
	3-Önlisans	65	3,64	0,74			
	4-Lisans	358	3,60	0,70			
Gelir Durumu (TL)	1-0-2000	194	3,56	0,84	0,779	0,506	
	2-2001-3000	233	3,55	0,73			
	3-3001-4000	149	3,66	0,69			
	4-4000 +	124	3,60	0,66			
Medeni Durum	Evli	322	3,58	0,75	-0,018	0,986	
	Bekâr	378	3,59	0,72			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	273	3,54	0,78	-1,197	0,232	
	Çalışmıyor	427	3,61	0,72			
Aile Yapısı	Çekirdek	601	3,58	0,75	-0,258	0,797	
	Geniş	99	3,60	0,71			
Kronik Hastalık	Var	197	3,60	0,71	0,353	0,724	
	Yok	503	3,58	0,75			
Sürekli İlaç Kullanma	Var	215	3,58	0,71	-0,085	0,933	
	Yok	485	3,59	0,76			
Ailede Kronik Hastalık	Var	356	3,56	0,70	-0,676	0,499	
	Yok	344	3,60	0,78			

Tablo 3.19’da görüldüğü üzere katılımcıların demografik verileri ile sağlık algısı ölçeğinin öz farkındalık boyutunun ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA analizleri yapılmıştır. Hastaların cinsiyeti, yaşı, öğrenim düzeyi, gelir durumu, medeni durumu, çalışma durumu ve aile yapısı, kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanma ve ailede kronik hastalık durumu ile öz farkındalık boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$).

3.5. Hasta Aktivasyonu ve Demografik Verilere İlişkin Bulgular

Tablo 3.20. Hasta aktivasyon ölçeğine ait tanımlayıcı istatistikler.

İfadeler	min	max	ort	ss
Stresli zamanlarda bile, beslenme ve egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim.	0,00	4,00	2,43	1,19
Sağlık sorunlarım için hangi tedavi yöntemlerinin uygun olduğunu biliyorum.	0,00	4,00	2,48	1,21
Şu ana kadar, doğru beslenme ya da egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebildim.	0,00	4,00	2,59	1,11
Sağlığım ile ilgili yeni sorunlar ortaya çıktığında, bu sorunları çözebileceğim konusunda kendimden eminim.	0,00	4,00	2,77	1,08
Sağlığım ile ilgili sorunları nasıl önleyebileceğimi biliyorum.	0,00	4,00	2,85	1,04
Sağlık sorunlarımı ve bunlara nelerin neden olduğunu biliyorum.	0,00	4,00	2,88	1,17
Benim için reçetelenen her bir ilacı neden kullandığımı biliyorum	0,00	4,00	2,89	1,09
Tıbbi tedaviyi (beslenme, egzersiz, ilaç tedavisi) evde sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim.	0,00	4,00	2,94	1,06
Sağlık problemlerimi önleyebilme veya azaltabilme konusunda kendimden eminim.	0,00	4,00	2,95	0,98
Bir sağlık sorunum olduğunda, bu sorunla kendim baş edebilir miyim ya da doktora gitmem mi gerekiyor, bunu ayırt etmede kendimden eminim.	0,00	4,00	3,06	0,99
Doktor bana sormasa bile, ona endişelerimi aktarabilme konusunda kendimden eminim.	0,00	4,00	3,09	1,04
Her şeyden ve herkesten önce kendi sağlığımdan ve bakımımdan sorumlu olan kişi benim.	0,00	4,00	3,14	1,01
Kendi sağlık bakımında aktif rol almak, sağlığım için en önemli faktördür.	0,00	4,00	3,18	0,96
Genel Hasta Aktivasyon Ortalaması	0,00	4,00	2,86	0,62

Tablo 3,20'ye göre araştırmaya dâhil olan katılımcıların sırasıyla en yüksek katılım sağladığı üç soru; kendi sağlık bakımında aktif rol almanın sağlığı için en önemli faktör olduğu, her şeyden ve herkesten önce kendi sağlığı ve bakımından sorumlu olan kişinin kendisi olduğu ve doktor ona sormasa bile, doktora endişelerini aktarabilme konusunda kendinden emin olduğudur. Katılımcıların sırasıyla en düşük katılım sağladığı üç soru ise, stresli zamanlarda bile, beslenme ve egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebileceği konusunda kendinden emin olma durumu, sağlık sorunları için hangi tedavi yöntemlerinin uygun olduğunu bilme durumu ve doğru beslenme ya da egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebilmektir. Yapılan analiz sonucunda genel hasta aktivasyon ortalaması 2,86 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre katılımcıların aktiflik düzeyi iyi bir seviyededir.

Tablo 3.21. Araştırmaya katılan hastaların demografik verileri ile hasta aktivasyon düzeyine ait analizler (Bağımsız gruplarda t testi ve varyans analizi).

Değişkenler		n	ort	ss	t/F	p	Post-Hoc
Cinsiyet	Erkek	299	2,88	0,59	0,666	0,505	
	Kadın	401	2,85	0,64			
Yaş	1-18-25	325	2,78	0,68	4,724	0,003	1<4
	2-26-40	136	2,89	0,55			
	3-41-50	121	2,93	0,59			
	4-51+	118	3,01	0,52			
Öğrenim Düzeyi	1-İlkokul	176	2,86	0,55	0,568	0,636	
	2-Lise	101	2,88	0,62			
	3-Önlisans	65	2,96	0,63			
	4-Lisans	358	2,85	0,66			
Gelir Durumu (TL)	1-0-2000	194	2,85	0,59	0,858	0,462	
	2-2001-3000	233	2,85	0,64			
	3-3001-4000	149	2,83	0,55			
	4-4000 +	124	2,94	0,69			
Medeni Durum	1-Evli	322	2,95	0,56	3,657	0,000	
	2-Bekâr	378	2,78	0,65			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	273	2,88	0,61	0,651	0,515	
	Çalışmıyor	427	2,85	0,62			
Aile Yapısı	Çekirdek	601	2,86	0,62	0,262	0,793	
	Geniş	99	2,85	0,60			
Kronik Hastalık	Var	197	2,90	0,54	1,110	0,267	
	Yok	503	2,84	0,64			
Sürekli İlaç Kullanma	Var	215	2,91	0,54	1,301	0,194	
	Yok	485	2,84	0,65			
Ailede Kronik Hastalık	Var	356	2,90	0,57	1,537	0,125	
	Yok	344	2,82	0,67			

Tablo 3,21'e göre araştırmaya dâhil olan hastaların cinsiyeti, öğrenim düzeyi, gelir durumu, çalışma durumu, aile yapısı, kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanma durumu, ailede kronik hastalık durumu ile hasta aktivasyon ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Katılımcıların yaşı ile hasta aktivasyon ortalamaları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu farklılığın hangi değişkenlerden kaynaklandığını bulabilmek için scheffe testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre 18-25 aralığındaki hastaların aktivasyon düzeyi, 51 yaş ve üstü hastalara göre daha düşük çıkmıştır. Hastaların medeni durumu ile hasta aktivasyon ortalamaları arasında anlamlı fark gözlemlenmiştir ($p<0,05$). Bu sonuca göre, evli olan hastaların hasta aktivasyon ortalaması bekâr olanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 3.22. Araştırmaya katılanların genel sağlık durumu ve doktora başvuru sayısı ile hasta aktivasyon düzeyine ait analizler (Korelasyon analizi).

		1	2
1-Hasta Aktivasyon Düzeyi			
2-Doktora Başvuru Sayısı	r	,035	
	p	,353	
3-Genel Sağlık Durumu	r	,056	-,250**
	p	,136	0,000

** $p < 0,01$ * $p < 0,05$ $n=700$

Tablo 3.22’de görüldüğü üzere, katılımcıların genel sağlık durumu ve doktora başvuru sayısı ile hasta aktivasyon düzeyi arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre doktora başvuru sayısı ile genel sağlık durumu ve hasta aktivasyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p > 0,05$).

3.6. Yaşam Doyumu ve Demografik Verilere İlişkin Bulgular

Tablo 3.23. Yaşam doyumu ölçeğine ait tanımlayıcı istatistikler.

İfadeler	min	max	ort	ss
Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.	1,00	5,00	2,50	1,36
Yaşam koşullarım mükemmeldir.	1,00	5,00	2,58	1,12
Yaşamımdan memnunum.	1,00	5,00	2,59	1,12
İdeallerime yakın bir yaşantım vardır.	1,00	5,00	2,81	1,13
Şimdiye kadar yaşamdan istediğim önemli şeylere sahip oldum.	1,00	5,00	2,87	1,12

Tablo 3.23’e göre, araştırmaya dâhil olan katılımcıların sırasıyla en yüksek katılım sağladığı iki soru, şimdiye kadar yaşamdan istediği önemli şeylere sahip olunması ve ideallere yakın bir yaşantının var olmasıdır. Katılımcıların sırasıyla en düşük katılım sağladığı iki soru ise, tekrar dünyaya gelse hayatındaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmek istememesi ve yaşam koşullarının mükemmel olmasıdır.

Tablo 3.24. Araştırmaya katılanların demografik verileri ile yaşam doyumuna ait analizler (Bağımsız gruplarda t testi ve varyans analizi).

Değişkenler		n	ort	ss	t/F	p	Post-Hoc
Cinsiyet	Erkek	299	2,68	0,91	0,302	0,698	
	Kadın	401	2,66	0,97			
Yaş	1-18-25	325	2,81	0,81	20,489	0,000	1>4 2>4 3>4
	2-26-40	136	2,89	0,93			
	3-41-50	121	2,60	0,99			
	4-51+	118	2,10	1,06			
Öğrenim Düzeyi	1-İlkokul	176	2,12	0,98	30,067	0,000	1<2 1<3 1<4
	2-Lise	101	2,75	0,87			
	3-Önlisans	65	2,99	0,87			
	4-Lisans	358	2,86	0,86			
Gelir Durumu (TL)	1-0-2000	194	2,35	0,97	15,294	0,000	1<2 1<3 1<4 2<4
	2-2001-3000	233	2,66	0,94			
	3-3001-4000	149	2,80	0,79			
	4-4001 +	124	3,04	0,94			
Medeni Durum	Evli	322	2,52	1,04	-3,924	0,000	
	Bekâr	378	2,80	0,84			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	273	2,69	0,98	0,385	0,701	
	Çalışmıyor	427	2,66	0,93			
Aile Yapısı	Çekirdek	601	2,68	0,96	0,330	0,742	
	Geniş	99	2,64	0,90			
Kronik Hastalık	Var	197	2,29	1,06	-6,785	0,000	
	Yok	503	2,82	0,86			
Sürekli İlaç Kullanma	Var	215	2,37	1,04	-5,651	0,000	
	Yok	485	2,80	0,87			
Ailede Kronik Hastalık	Var	356	2,47	0,94	-5,949	0,000	
	Yok	344	2,88	0,91			

Tablo 3.24’de görüldüğü üzere, araştırmaya dâhil olan hastaların demografik verileri ile yaşam doyumu ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA analizleri yapılmıştır. Hastaların cinsiyeti, çalışma durumu ve aile yapısı ile yaşam doyumu ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Hastaların yaşı ile yaşam doyumu ortalamaları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu farklılığın hangi değişkenlerden kaynaklandığını bulabilmek için scheffe testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre 51 yaş ve üstü katılımcıların yaşam doyumu 18-25, 26-40 ve 41-50 yaşlarındaki katılımcılara göre daha düşük çıkmıştır. Katılımcıların öğrenim düzeyi ile yaşam doyumu ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Değişkenler arası farklılığı tespit edebilmek için yapılan scheffe testi sonucuna göre; ilkokul mezunu hastaların yaşam doyumu düzeyi lise, önlisans ve lisans mezunlarına göre daha düşük bulunmuştur. Gelir durumu ile

yaşam doyumu ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuca göre geliri 0-2000 arasında olan kişilerin yaşam doyumu geliri 2001-3000 ve 3001-4000 olanlara göre, geliri 2001-3000 arasındaki kişilerin yaşam doyumu ise 4001 ve üstüne göre daha düşük bulunmuştur. Hastaların medeni durumu ile yaşam doyumu ortalamaları arasında anlamlı fark gözlemlenmiştir ($p<0,05$). Bekâr olan hastaların yaşam doyumu ortalaması evli olanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanma durumu ve ailede kronik hastalık durumu ile yaşam doyumu ortalamaları arasındaki t testi sonucuna göre anlamlı fark elde edilmiştir ($p<0,05$). Kronik hastalığı olmayan, sürekli ilaç kullanmayan ve ailesinde kronik hastalığı bulunmayan bireylerin yaşam doyumu, kronik hastalara, sürekli ilaç kullananlara ve ailesinde kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 3.25. Araştırmaya katılanların genel sağlık durumu ve doktora başvuru sayısı ile yaşam doyumuna ait analizler (Korelasyon analizi).

		1	2
1-Yaşam Doyumu			
2-Doktora Başvuru Sayısı	r	-,053	
	p	,165	
3-Genel Sağlık Durumu	r	,229**	-,250**
	p	,000	0,000

** $p<0,01$ * $p<0,05$ $n=700$

Tablo 3.25’de görüldüğü üzere hastaların genel sağlık durumu ve doktora başvuru sayısı ile yaşam doyumları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre doktora başvuru sayısı ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$). Genel sağlık durumu ile yaşam doyumu arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,01$). Genel sağlık durumu iyileştikçe yaşam doyumu da artmaktadır.

3.7. Araştırmanın Ölçeklerine ve Alt Boyutlarının Etkilerine Ait Bulgular

Tablo 3.26. Sağlık yaşam biçimi davranışları ölçeğinin boyutlarının yaşam doyumu üzerine etkisinin analizi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	R	R ²	F	p	β	t	p
Sağlık Sorumluluğu	Yaşam Doyumu	0,541	0,292	47,74	0,000	-0,178	-4,201	0,000
Fiziksel Aktivite						0,293	6,624	0,000
Beslenme						0,051	1,146	0,252
Manevi Gelişim						0,081	1,681	0,093
Kişiler Arası İlişkiler						0,123	2,628	0,009
Stres Yönetimi						0,243	5,101	0,000

Tablo 3.26'ya göre, sağlık yaşam biçimi davranışları ölçeğinin boyutlarının, yaşam doyumu üzerine etkisini gösteren regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Bu sonuca göre yaşam doyumu değişkenindeki değişimin %29'u ($R^2=0.292$) bağımsız değişkenler (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) tarafından açıklanmaktadır. Modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı açısından bir sorun olmadığı tespit edilmiştir ($F= 47,740$, $p=0,000$). Bağımsız değişkenlerden sağlık sorumluluğunun ($\beta=-0,178$, $t=-4,201$, $p=0,000$) yaşam doyumu üzerine negatif bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Bu sonuç doğrultusunda hipotez 7 reddedilmiştir. Bağımsız değişkenlerden fiziksel aktivite ($\beta=0,293$, $t=6,624$, $p=0,000$), kişiler arası ilişkiler ($\beta=0,123$, $t=2,628$, $p= 0,009$) ve stres yönetimi boyutunu ($\beta=0,243$, $t=5,101$, $p= 0,000$) yaşam doyumu üzerine pozitif bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu neticesinde hipotez 8, hipotez 11 ve hipotez 12 kabul edilmiştir. Bağımsız değişkenlerden beslenme ($\beta=0,051$, $t=1,146$, $p=0,252$) ve manevi gelişim ($\beta=0,081$, $t=1,681$, $p=0,093$) boyutlarının yaşam doyumu üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu fakat bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Bu veriler doğrultusunda hipotez 9 ve hipotez 10 reddedilmiştir.

Tablo 3.27. Sağlık yaşam biçimi davranışı ölçeğinin boyutlarının hasta aktivasyonu üzerine etkisinin analizi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	R	R ²	F	p	β	t	p
Sağlık Sorumluluğu	Hasta Aktivasyonu	0,354	0,125	16,521	0,000	0,168	3,547	0,000
Fiziksel Aktivite						-0,006	-0,131	0,896
Beslenme						-0,002	-0,032	0,975
Manevi Gelişim						0,314	5,841	0,000
Kişiler Arası İlişkiler						-0,100	-1,912	0,056
Stres Yönetimi						0,000	-0,001	0,999

Tablo 3.27’de görüldüğü üzere, sağlık yaşam biçimi davranışları ölçeğinin boyutlarının, hasta aktivasyonu üzerine etkisini gösteren regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Bu sonuca göre hasta aktivasyon değişkenindeki değişimin %12’si ($R^2=0.125$) bağımsız değişkenler (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) tarafından açıklanmaktadır. Modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı açısından bir sorun olmadığı tespit edilmiştir ($F=16,521$, $p=0,000$). Bağımsız değişkenlerden sağlık sorumluluğu ($\beta=0,168$ $t=3,547$, $p=0,000$) ve manevi gelişim ($\beta=0,314$, $t= 5,841$, $p=0,000$) boyutlarının hasta aktivasyon üzerine pozitif bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda hipotez 1 ve hipotez 4 kabul edilmiştir. Bağımsız değişkenlerden fiziksel aktivite ($\beta=-0,006$, $t=-0,131$, $p= 0,896$), beslenme ($\beta=-0,002$, $t=-0,032$, $p=0,975$), kişiler arası ilişkiler ($\beta= -0,100$, $t= -1,912$, $p= 0,056$) ve stres yönetimi ($\beta=0,000$, $t=-0,001$, $p=0,999$) boyutlarının hasta aktiflik üzerinde negatif bir etkisinin olduğu, fakat bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar neticesinde hipotez 2, hipotez 3, hipotez 5 ve hipotez 6 reddedilmiştir.

Tablo 3.28. Sağlık algısı boyutlarının yaşam doyumu üzerine etkisinin analizi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	R	R ²	F	p	β	t	p
Kontrol Merkezi	Yaşam Doyumu	0,214	0,046	8,377	0,000	-0,044	-1,129	0,259
Kesinlik						-0,174	-4,534	0,000
Sağlığın Önemi						-0,037	-0,902	0,368
Öz Farkındalık						0,103	2,481	0,013

Tablo 3.28'e göre, sağlık algısı ölçeğinin boyutlarının, yaşam doyumu üzerine etkisini gösteren regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Bu sonuca göre yaşam doyumu değişkenindeki değişimin %04'ü ($R^2=0.046$) bağımsız değişkenler (kontrol merkezi, kesinlik, sağlığın önemi, öz farkındalık) tarafından açıklanmaktadır. Modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı açısından bir sorun olmadığı tespit edilmiştir ($F=8,377$, $p=0,000$). Bağımsız değişkenlerden kesinlik ($\beta=-0,174$, $t=-4,534$, $p=0,000$) boyutunun yaşam doyumu üzerine negatif bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Bu bulgu neticesinde hipotez 18 reddedilmiştir. Bağımsız değişkenlerden öz farkındalık ($\beta=-0,103$, $t=2,481$, $p=0,013$) boyutunun yaşam doyumu üzerine pozitif bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu doğrultusunda hipotez 20 kabul edilmiştir. Bağımsız değişkenlerden kontrol merkezi ($\beta=-0,044$, $t=-1,129$, $p=0,259$) ve sağlığın önemi ($\beta=-0,037$, $t=-0,902$, $p=0,368$) boyutlarının yaşam doyumu üzerinde negatif bir etkisinin olduğu, fakat bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Bu sonuçlar neticesinde hipotez 17 ve hipotez 19 reddedilmiştir.

Tablo 3.29. Sağlık algısı boyutlarının hasta aktiflik düzeyi üzerine etkisinin analizi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	R	R ²	F	p	β	t	p
Kontrol Merkezi	Hasta Aktivasyon	0,224	0,050	9,204	0,000	0,086	2,228	0,026
Kesinlik						-0,158	-4,130	0,000
Sağlığın Önemi						0,078	1,869	0,062
Öz Farkındalık						0,101	2,437	0,015

Tablo 3.29’da görüldüğü üzere, sağlık algısı ölçeğinin boyutlarının, hasta aktivasyonu üzerine etkisini gösteren regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Bu sonuca göre hasta aktivasyonu değişkenindeki değişimin %05’i ($R^2=0.050$) bağımsız değişkenler (kontrol merkezi, kesinlik, sağlığın önemi, öz farkındalık) tarafından açıklanmaktadır. Modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı açısından bir sorun olmadığı tespit edilmiştir ($F=9,204$, $p=0,000$). Bağımsız değişkenlerden kesinlik ($\beta=-0,158$, $t=-4,130$, $p=0,000$) boyutunun hasta aktivasyonu üzerine negatif bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Bu bulgu doğrultusunda hipotez 14 reddedilmiştir. Kontrol merkezi ($\beta=0,086$, $t=2,228$, $p=0,026$) ve öz farkındalık ($\beta=0,101$, $t=2,437$, $p=0,015$) boyutlarının hasta aktivasyonu üzerine pozitif bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda hipotez 13 ve hipotez 16 kabul edilmiştir. Bağımsız değişkenlerden sağlığın önemi ($\beta=0,078$, $t=1,869$, $p=0,062$) boyutunun hasta aktivasyonu üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu, fakat bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Bu bulgu sonucunda hipotez 15 reddedilmiştir.

Tablo 3.30. Yaşam doyumunun hasta aktivasyonu üzerine etkisinin analizi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	R	R ²	F	p	β	t	p
Hasta Aktivasyonu	Yaşam Doyumu	0,162	0,026	18,718	0,000	0,162	4,326	0,000

Tablo 3.30’da görüldüğü üzere, hasta aktivasyonu ölçeğinin, yaşam doyumu üzerine etkisini gösteren regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Bu sonuca göre yaşam doyumu değişkenindeki değişimin %02’si ($R^2=0,026$) bağımsız değişken hasta aktivasyonu tarafından açıklanmaktadır. Modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı açısından bir sorun olmadığı tespit edilmiştir ($F=18,718$, $p=0,000$). Bağımsız değişken hasta aktivasyonunun ($\beta=0,162$, $t=4,326$, $p=0,000$) yaşam doyumu üzerine pozitif bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Bu bulgu sonucunda hipotez 21 kabul edilmiştir.

Tablo 3.31. Sağlık algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutları arasındaki ilişki analizi (Korelasyon analizi).

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1-Kontrol merkezi										
2- Kesinlik	r	,248**								
	p	,000								
3-Sağlığın Önemi	r	,100**	-,032							
	p	,008	,403							
4-Öz Farkındalık	r	-,057	-,030	,397**						
	p	,133	,435	,000						
5-Sağlık Sorumluluğu	r	,012	-,063	,229**	,084*					
	p	,752	,097	,000	,027					
6-Fiziksel Aktivite	r	,174**	,212**	,025	,072	,430**				
	p	,000	,000	,517	,057	,000				
7-Beslenme	r	,130**	,146**	,102**	,107**	,504**	,605**			
	p	,001	,000	,007	,004	,000	,000			
8-Manevi Gelişim	r	-,073	,239**	,189**	,176**	,441**	,383**	,389**		
	p	,054	,000	,000	,000	,000	,000	,000		
9-Kişiler Arası İlişkiler	r	-,076*	,200**	,182**	,098**	,440**	,274**	,365**	,675**	
	p	,044	,000	,000	,010	,000	,000	,000	,000	
10.Stres Yönetimi	r	-,033	,191**	,101**	,066	,431**	,517**	,468**	,503**	,433**
	p	,377	,000	,008	,082	,000	,000	,000	,000	,000

*P<0,05 **p<0,001 n=700

Tablo 3.31'e göre, sağlık algısının alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuca göre sağlık algısının alt boyutlarından kontrol merkezi ile SYBD alt boyutlarından olan fiziksel aktivite, beslenme ve kişiler arası ilişkiler arasında negatif yönlü düşük bir ilişki bulunmuştur ($p<0,01$). Kontrol merkezi alt boyutu ile SYBD alt boyutlarından olan sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve stres yönetimi arasında bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık algısının alt boyutlarından kesinlik ile SYBD alt boyutlarından olan fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi arasında negatif yönlü düşük bir ilişki bulunmuştur ($p<0,01$). Kesinlik alt boyutu ile SYBD alt boyutlarından olan sağlık sorumluluğu arasında bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık algısının alt boyutlarından sağlığın önemi ile SYBD alt boyutlarından olan sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki bulunmuştur ($p<0,01$). Sağlığın önemi alt boyutu ile SYBD alt

boyutlarından olan fiziksel aktivite arasında bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık algısının alt boyutlarından öz farkındalık ile SYBD alt boyutlarından olan sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki bulunmuştur ($p<0,01$). Öz farkındalık ile SYBD alt boyutlarından olan fiziksel aktivite ve stres yönetimi arasında bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$).

3.8. Araştırmanın Hipotezlerine Ait Bulgular

Tablo 3.32. Hipotez bulguları.

Hipotezler	Kabul/Red
Hipotez 1= Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğu boyutu hasta aktivasyonunu pozitif yönde etkilemektedir.	Kabul
Hipotez 2= Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından fiziksel aktivite boyutu hasta aktivasyonunu pozitif yönde etkilemektedir.	Red
Hipotez 3= Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme boyutu hasta aktivasyonunu pozitif yönde etkilemektedir.	Red
Hipotez 4= Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından manevi gelişim boyutu hasta aktivasyonunu pozitif yönde etkilemektedir	Kabul
Hipotez 5= Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından kişiler arası ilişkiler boyutu hasta aktivasyonunu pozitif yönde etkilemektedir	Red
Hipotez 6= Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından stres yönetimi boyutu hasta aktivasyonunu pozitif yönde etkilemektedir.	Red
Hipotez 7= Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğu boyutu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir.	Red
Hipotez 8= Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından fiziksel aktivite boyutu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir	Kabul
Hipotez 9= Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme boyutu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir.	Red
Hipotez 10= Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından manevi gelişim boyutu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir.	Red
Hipotez 11= Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından kişiler arası ilişkiler boyutu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir.	Kabul
Hipotez 12= Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından stres yönetimi boyutu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir.	Kabul
Hipotez 13= Sağlıklı algısının kontrol merkezi boyutu hasta aktivasyonunu pozitif yönde etkilemektedir.	Kabul
Hipotez 14= Sağlıklı algısının kesinlik boyutu hasta aktivasyonunu pozitif yönde etkilemektedir.	Red
Hipotez 15= Sağlıklı algısının sağlığın önemi boyutu hasta aktivasyonunu pozitif yönde etkilemektedir.	Red
Hipotez 16= Sağlıklı algısının öz farkındalık boyutu hasta aktivasyonunu pozitif yönde etkilemektedir	Kabul
Hipotez 17= Sağlıklı algısının kontrol merkezi boyutu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir.	Red
Hipotez 18= Sağlıklı algısının kesinlik boyutu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir.	Red
Hipotez 19= Sağlıklı algısının sağlığın önemi boyutu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir.	Red
Hipotez 20= Sağlıklı algısının öz farkındalık boyutu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir.	Kabul
Hipotez 21= Hasta aktivasyonu yaşam doyumunu pozitif yönde etkilemektedir.	Kabul

4. TARTIŞMA

Günümüzde, optimal sağlığa ulaşmanın ve hastalığı önlemenin yolunun sağlıklı bir yaşam tarzını sürdürmek olduğu genel olarak kabul edilen bir gerçektir (Paudel ve ark 2017). Bu davranışlar bireysel mutluluğu, değerleri ve refahı etkileyen günlük yaşam aktivitelerinin de bir parçasıdır (Nassar ve Shaheen 2014). Kişinin düzenli aralıklarda check-up yaptırması, riskli sağlık davranışlarından kaçınması, tıbbi kontrollerine özen göstermesi, gerekli durumlarda hekime başvurması, düzenli ve dengeli beslenmesi, kısaca aktif bir birey olması kaliteli ve sağlıklı bir yaşam sürebilmesine katkı sağlayacaktır. Sağlıklı bir yaşam tarzını devam ettirmeye istekli olan bireyin bu olumlu davranışları ise psikolojik iyilik haline yansıyacak ve bu durum da sağlık algısını olumlu yönde etkileyecektir. Bireylerin yaşam tarzları ve sosyo-demografik özellikleri kendi kendini algılanan sağlık durumunun istatistiksel olarak önemli belirleyicileridir. Pozitif sağlık algısı yüksek aktivasyon seviyesinin önemli bir yordayıcısıdır. Sağlık durumunu iyi olarak bildiren bireylerin, yüksek aktivasyon seviyesine sahip olma olasılığı, sağlık durumunu kötü olarak bildirenlere kıyasla daha yüksektir (Bahrom ve ark 2020). Kendi bakımlarında anlamlı bir rol üstlenmeye hazır olan aktif hastaları desteklemek, sağlık algısını, bakım kalitesini ve sağlık çıktılarını iyileştirmek için çok önemlidir (Begum ve ark 2011). Yapılan araştırmalar, yüksek aktivasyona sahip olan hastaların, düzenli fiziksel aktivite yapma, yeterli ve dengeli beslenme, sigara ve alkol tüketmeme gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (Mosen ve ark 2007). Aktivasyon puanları yüksek olan bireylerin, yüksek yaşam kalitesi, yaşam doyumu ve daha yüksek hasta memnuniyeti bildirme olasılığı da daha yüksektir. Yaşam doyumu ve kalitesi yüksek olan birey, kendi sağlık bakımını yönetme konusunda daha istekli, inançlı ve motivasyonu yüksek olacaktır. Hastalar daha fazla bilgilendirildiğinde, kendi tedavi sürecine dâhil edildiğinde, güçlendirildiğinde hem sağlık hizmeti sunucuları ile daha etkili bir şekilde etkileşime girer, hem de sağlık hizmetlerini daha verimli kullanırlar, daha iyi öz bakım yaparlar. Bu bağlamda bu araştırmada, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık algısının, hasta aktivasyonu ve yaşam doyumu üzerine etkisi tespit edilip, değerlendirilmiştir.

4.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Demografik Verilere İlişkin Tartışma

Günümüzde küresel ölümlerin önde gelen nedenleri büyük ölçüde yaşam tarzıyla ilgilidir. Sağlıklı bir yaşam tarzı, sağlık, üretkenlik ve yaşam beklentisinin önemli bir belirleyicisi olmakla birlikte, sağlık risklerine neden olan faktörleri azaltmaktadır (Fahey ve ark 2009). Sağlık riskleri, düzenli fiziksel aktivite, doğru beslenme, riskli davranışların ortadan kaldırılması, düzenli tıbbi kontrolleri içeren sağlıklı bir yaşam biçimi ile ortadan kaldırılabilir (Hoeger ve Hoeger 2013). Kişinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, gelir durumu, öğrenim durumu gibi demografik özellikleri sağlıklı ya da sağlıksız bir yaşam biçimi sürdürmesine etki eden önemli faktörlerdendir. Bu araştırmada bulunan sonuçlara göre hastaların cinsiyeti ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. SYBD ölçeğinin alt boyutlarından olan sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi boyutları ile cinsiyet arasında da anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Bu sonuca paralel şekilde, Maleki ve ark (2016), Budesu ve ark (2008), Zaybak ve Fadiloglu (2004) kadın ve erkekler arasında SYBD anlamlı fark bulamamıştır. Yapılan literatür incelenmesinde ise, genel olarak kadınların daha sağlıklı yaşam biçimi sergiledikleri sonuçlarına ulaşılmıştır (Yalçınkaya ve ark 2007, Vural ve Bakır 2015, Ardic ve Esin 2016, Bostan ve Beşer 2017, Jacobson ve ark 2018, Özenoğlu ve ark 2018). Bu araştırmada SYBD ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde kadınların erkeklere göre daha çok iletişime ve kişiler arası ilişkilere önem verdiği sonuçları bulunmuştur. Kadınlar ortalama olarak erkeklerden daha uzun yaşamaktadır. Nitekim 2019 verilerine göre, doğuşta beklenen yaşam süresi erkeklerde 75,9, kadınlarda ise 81,3 olmuştur (TÜİK 2019). Yapılan araştırmalar bu sonucun nedeni olarak, kadınların hayatta kalma avantajının en çok davranışsal ve çevresel faktörlere atfedilebileceğini, biyolojik faktörlerin etkisinin ise doğumda beklenen yaşam süresinde bir ila iki yıl ile sınırlı görüldüğünü göstermektedir (Luy 2002, Luy 2003, Luy ve Di Giulio 2006). Ayrıca kadınların hastalık belirtilerini fark etmeleri durumunda erkeklerden daha erken doktora başvurma eğilimi ve çocuk doğurma ile ilgili sağlık bakım ihtiyaçları için sık sık doktora başvuru yapması, ciddi hastalıkların zamanında tanınması ve başarılı bir şekilde tedavi edilmesi olasılığını artırmaktadır (Lang ve ark 1994). Deeks ve ark (2009) yaptığı çalışmada, kadınların yıllık sağlık kontrolüne hazır olma,

doktorlarından tavsiye alma ve eğitim programlarına katılma isteklerinin erkeklerden daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Geleneksel olarak kadına yüklenen yemek yapma, çocuk bakımı ve beslenmesi gibi sorumluluklar da kadınlarda SYBD gösterilmesine katkı sağlamaktadır.

Katılımcıların medeni durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. SYBD ölçeğinin alt boyutlarından olan manevi gelişim, stres yönetimi ve kişiler arası ilişkiler boyutları ile de medeni durum arasında da anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Bu sonuçla uyumlu olarak, Kuru (2019), Şen ve ark (2017) medeni durum ile sağlıklı yaşam biçimi davranış ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulamamıştır. Literatürde evlilerin bekârlara göre SYBD yüksek bulan (Duran ve Sümer 2014, Kılınç ve ark 2016, Şimşekoğlu ve Mayda 2016, Gülcivan ve Topçu 2017, Aygar ve ark 2019) araştırmalar mevcuttur. Bu sonuçlarla uyumlu olarak, SYBD ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde evli olan bireylerin daha çok sağlık sorumluluğu aldığı sonucuna ulaşılmıştır. SYBD ölçeğinin alt boyutları değerlendirildiğinde, bekâr olan bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri ve beslenme ortalamaları evli olan katılımcılara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Bu sonuçla paralel olarak bekârların evlilere göre SYBD yüksek bulan çalışmalar mevcuttur (Aksoy ve Hülya 2014, Bostan ve Beşer 2017, Gür ve Sunal 2017). Genel olarak değerlendirildiğinde ise bu araştırmanın bulguları ile uyumlu olarak, evli olan kişilerin daha düzenli bir yaşam biçimi olduğu için yeme alışkanlıkları, uyku düzeni, sağlık sorumluluğu daha yüksek olacaktır. Bu durum ise SYBD olumlu yönde etkileyecektir.

Katılımcıların çalışma durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. SYBD ölçeğinin alt boyutlarından olan sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi boyutları ile de çalışma durumu arasında da anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Küçükberber (2010), Gülcivan ve Topçu (2017), Dalgış İşler ve ark (2018), Bayrak Özarslan (2013) Bayrak Özarslan (2013), Onat ve Aba (2014) çalışan bireylerin SYBD çalışmayanlara göre daha yüksek bulmuştur. Düzenli bir işte çalışan bireyin refah seviyesi yüksek olacak ve sağlığını geliştirmeye yönelik imkânlarla ulaşmada zorluk yaşamayacaktır. Çalışan kişilerin çalışmayanlara göre

daha hareketli bir hayatı olduğundan fiziksel aktivite boyutu puanları daha yüksek olabilecektir. Ayrıca çalışma hayatı bireylerin daha kolay sosyalleşmesinin önünü açtığından, iş bulma kaygısı ve işsizliğin yarattığı stres ve kaygıyı azalttığından, stres yönetimi ve kişiler arası ilişkiler boyut puanları da çalışmayanlara oranla daha yüksek olacaktır.

Hastaların aile yapısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. SYBD ölçeğinin alt boyutlarından olan sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, manevi gelişim kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi boyutları ile de çalışma durumu arasında da anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Bostan ve Beşer (2017), Zaybak ve Fadiloglu (2004) aile yapısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptamamıştır. Ardic ve Esin (2016) geniş ailede yaşayanların, çekirdek ve parçalanmış ailelerden gelenlere göre SYBD yüksek olduğunu bulmuştur. Sumen ve Oncel (2017) ise çekirdek ailede yaşayanların SYBD yüksek bulmuştur. Aile hayatı, bireyin yaşam tarzını şekillendirme ve sürdürmede olumlu bir etkiye sahiptir (Ochieng 2006). Sağlıklı bir yaşam tarzını benimseme kararlarında aile üyelerinin birbirleri üzerindeki etkileri Koo ve ark (1997) tarafından Japonya, İsveç ve ABD'de yapılan çalışmalarda açıkça ortaya konulmuştur. Bulgular, sigara içen eşleri olan kadınların, sigara içmeyen eşleri olanlara göre daha az sağlıklı beslenmeye sahip olduklarını ortaya koymuştur. Sigara içmeyen eşleri olan kadınların, daha sağlıklı alışkanlıklar (obeziteden kaçınma, diyet yapma, vitamin alma ve önleyici taramaya katılma) uyguladıkları bulundu. Düzenli ve rutin alışkanlıkların oluşturulması, büyük ölçüde aile içerisindeki yaşam tarzından kaynağını alır. Fakat aile bağları aynı zamanda kişinin sağlıksız bir yaşam tarzını benimsemesine de neden olabilir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemeyen ebeveynler, çocuklarını olumsuz etkileyebilir. Yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar çıkmasının nedeni bu duruma bağlanabilir.

Katılımcıların ailede kronik hastalık durumu ve doktora başvuru sayısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bozhüyük (2010), Aksoy ve Hülya (2014), ailede kronik hastalık varlığına göre SYBD ölçeğinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulamamıştır. Bireyin kendisinde bir rahatsızlığının var olmaması ve kendini

sağlıklı olarak algılaması durumunda, aile bireylerinde kronik hastalık olsa dahi bu durum kişinin SYBD olumlu ya da olumsuz etkileyebilir. SYBD ölçeğinin alt boyutları değerlendirildiğinde, ailesinde kronik hastalığı olmayan bireylerin beslenme ve fiziksel aktivite ortalamaları, ailesinde kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar neticesinde, ailesinde kronik hastalığı olmayan bireylerin, bakım verme yükümlülüğü de olmayacağı için ve psikolojik olarak daha güçlü olabilecekleri için kendilerine daha fazla zaman ayırıp egzersiz yapıp, beslenmelerine daha fazla dikkat edebileceklerdir.

Hastaların yaşı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. 18-25 yaş aralığındaki hastaların 51 yaş ve üstü hastalara göre daha çok sağlıklı yaşam biçimi davranışları gösterdikleri sonucu bulunmuştur. Yaş arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları azalmaktadır. Bayrak Özarslan (2013), Dalgış İşler ve ark (2018), Aygar ve ark (2019) bu sonuca paralel şekilde yaş arttıkça SYBD azaldığını bulmuştur. Bireylerde yaş ilerlemesine bağlı olarak özellikle orta yaşlarda gerek genetik faktörden, gerekse yaşam biçimine bağlı olarak birtakım hastalıklar ortaya çıkabilir. Özellikle kronik hastalıkla yaşamaya mecbur olan bireyler, yaşının da artmasına bağlı olarak sağlığını geliştirme davranışları sergilemede zorlanabilir. Kronik hastalıklar yıllar geçtikçe kişide stres, kaygı yaratarak sağlık kaygısının da yükselmesine neden olacaktır. İleri yaşlarda aile üyelerinin ya da eş kaybının daha fazla görülmesi bireyi yalnızlığa itecek bu durumda bireyin kişiler arası ilişkilerine negatif yansıyacaktır. Tüm bu faktörler bireyin SYBD sergilemesini de negatif yönlü etkileyecektir. Literatürde yapılan diğer çalışmalarda ise, Aksoy ve Hülya (2014), Gur ve Sunal (2019) yaş arttıkça SYBD arttığını bulmuştur. Yapılan araştırmalarda, özellikle üniversite öğrencilerinin önemli bir kısmının sağlıksız bir yaşam tarzı (tütün kullanımı, alkol kullanımı, fast-food tüketimi, yanlış beslenme alışkanlıkları v.b) sergiledikleri sonucuna ulaşılmıştır (Wang ve ark 2013, Al-Nakeeb ve ark 2015). Bu sonuçlarla uyumlu olarak bu araştırmada SYBD ölçeğinin alt boyutları değerlendirildiğinde, 18-25 yaş aralığındaki katılımcıların 41-50 ve 51 yaş ve üstü katılımcılara göre daha az sağlık sorumluluğuna sahip oldukları ve daha az fiziksel aktivite yaptıkları sonucu bulunmuştur. Kişilerin yaşlarının artmasına bağlı olarak daha düzenli ve dengeli beslenme ve kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmesi beklenmektedir. Özellikle 18-25 yaş aralığındaki gençlerde fiziksel aktivite alışkanlığı ve sağlık sorumluluğunun

kazanılamaması sebebiyle her geçen gün obezite görülme sıklığı artmaktadır. Bu durum ise araştırma sonuçlarını da destekler niteliktedir.

Katılımcıların öğrenim düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. İlkokul ve lise mezunlarının, önlisans ve lisans mezunlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranış ortalamaları daha düşük tespit edilmiştir. Ayrıca SYBD ölçeğinin alt boyutlarından incelendiğinde önlisans mezunlarının fiziksel aktivite düzeyi, lise mezunlarına göre daha yüksek tespit edilmiştir. İlkokul mezunu bireylerin beslenmesi ve stres yönetim düzeyi lisans mezunlarına göre daha düşük saptanmıştır. Lise mezunu katılımcıların manevi gelişim düzeyi ve kişiler arası ilişkiler boyutu, önlisans ve lisans mezunlarına göre daha düşük saptanmıştır. Bayrak Özarslan (2013), Dalgış İşler ve ark (2018), Küçükberber (2010), Kılınç ve ark (2016), Gülcivan ve Topçu (2017), Yalçinkaya ve ark (2007), Gur ve Sunal (2019), Onat ve Aba (2014) bu sonuca paralel şekilde, öğrenim düzeyi yükseldikçe, SYBD puanlarının da yükseldiğini tespit etmişlerdir. Bireylerin öğrenim düzeyi yükseldikçe, buna bağlı olarak sağlık okuryazarlık düzeyi, öz-yeterliliği daha fazla artacak ve kişi kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmeye daha fazla istekli olacaktır. Eğitimli bireylerin farkındalık düzeylerinin daha yüksek olmasından ötürü, sağlıklı bir yaşam tarzına yönelik değişiklikler yapma konusunda daha motive olacaklar ve tıbbi durumlarını anlamaları daha kolay olacaktır.

Hastaların gelir durumu ile sağlıklı yaşam biçimi ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Geliri, 0-2000 arasındaki bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranış ortalamaları, geliri 2001-3000 ve 3001-4000 arasında olanlara göre daha düşük bulunmuştur. SYBD ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde ise, geliri 0-2000 arasında olan katılımcıların beslenme ortalamaları, geliri 3001-4000 arasında olanlara göre daha düşük tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalarda, bu sonucu destekler nitelikte gelir düzeyi arttıkça SYBD arttığı sonucu bulunmuştur (Zaybak ve Fadiloglu 2004, Küçükberber 2010, Cihangiroğlu ve Deveci 2011, Aksoy ve Hülya 2014, Bostan ve Beşer 2017, Sumen ve Oncel 2017, Şen ve ark 2017, Köse ve ark 2018, Yaşar ve ark 2018, Aygar ve ark 2019, Kuru 2019). Kişilerin gelirleri ile sağlık durumları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Gelir düzeyi yükselen bireyler, hem beslenmesine hem de sağlığına daha çok dikkat edecektir. Sosyoekonomik olarak

sıkıntı yaşamayan kişiler sağlık hizmetlerine ulaşım, beslenme, fiziksel aktivite gibi sağlıklı geliştirici davranışları daha kolay erişim sağlayabileceklerdir.

Hastaların kronik hastalık durumu ve sürekli ilaç kullanma durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ortalamaları arasındaki anlamlı bir fark bulunmuştur. Kronik hastalığı olmayan ve sürekli ilaç kullanmayan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan kişilere göre daha yüksek çıkmıştır. SYBD ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde ise, kronik hastalığı olmayan ve sürekli ilaç kullanmayan bireylerin daha çok fiziksel aktivite yaptıkları, beslenmesine daha çok dikkat ettikleri sonuçlarına ulaşılmıştır. Dahası kronik hastalığı olmayan ve sürekli ilaç kullanmayanların stres yönetim düzeyi, kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullananlara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Kronik hastalık varlığı, bireyi hem psikolojik hem de bedenen yıpratıcı bir süreçtir. Kişi kendini sağlıklı olarak algılasa olumlu sağlık davranışını sürdürme eğilimi azalacaktır. Bu bireyler, tedavi rejimlerine bağlı kalma, beslenme düzenini devam ettirme, düzenli spor yapma, sağlık sorumluluğunu alma ve sağlıklı bir yaşam sürdürme durumlarını yıllar içerisinde azaltabileceklerdir. Ayrıca bireyin hastalığı kabullenme aşamasında sıkıntı yaşamaması, kişide hem stres oluşturacak hem de yaşam kalitesini negatif etkileyecektir. Bu sonuç ise SYBD azaltılabilecektir. Yapılan diğer çalışmalarda, kronik hastalığı olan katılımcıların, kronik hastalığı olmayanlara göre SYBD puan ortalamaları daha yüksek bulmuşlardır (Adana ve ark 2012, Yaşar ve ark 2018, Aygar ve ark 2019). Köse ve ark (2018), Zaybak ve Fadiloglu (2004), Aksoy ve Hülya (2014), Şimşek ve ark (2012), Kolaç ve ark (2018), Aktaş Özakgöl ve ark (2016) SYBD ile kronik hastalık durumu puan ortalamaları arasında fark bulamamışlardır. Bu araştırmada bu sonucu destekler nitelikte, SYBD alt boyutlarından olan sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler boyutları ile kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanma durumu ile anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

Genel sağlık durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir. Genel sağlık durumu iyileştikçe, sağlıklı yaşam biçimi davranışları da artmaktadır. Bilgili ve Ayaz (2009), Alemdağ (2019), Bozhüyük (2010), Cihangiroğlu ve Deveci (2011), Sumen ve Oncel (2017), Karaca ve Aslan (2019), Ünal ve ark (2007) genel sağlık durumunu iyi olarak

algılayanların, SYBD yüksek olduğu sonucunu bulmuşlardır. Kendini sağlıklı olarak algılayan kişiler, doğru beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarını devam ettirmeye istekli olacaktır. Bu bireylerin aynı zamanda sosyal etkileşimleri ve sağlık sorumluluk düzeyleri de yüksek olacaktır. Bu durumda kendini sağlıklı olarak algılayan kişilerin SYBD olumlu yönde etkileyebilecektir.

4.2. Sağlık Algısı ve Demografik Verilere İlişkin Tartışma

Sağlık algısı, bireyin kendi sağlığına dair kişisel değerlendirmesini içermektedir. Yapılan araştırmalarda fiziksel koşulların sağlık algıları ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu bildirilmiş olsa da, bazı yaşam tarzı faktörleri, sosyo-ekonomik özellikler ve psikososyal faktörlerin kendi kendini algılanan sağlık durumunun istatistiksel olarak önemli belirleyicileridir (Kraja ve ark 2013). Bu araştırmada hastaların cinsiyeti ile sağlık algısı ölçeğinin toplam puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı bulunmuştur. Sağlık algısı ölçeğinin alt boyutlarından olan kontrol merkezi, kesinlik ve öz farkındalık boyutları ile de cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Giang ve ark (2018), Kaleta ve ark (2009), Yalnızoğlu Çaka ve ark (2017), Efteli ve Khorshid (2016), Kolaç ve ark (2018), Kırac (2019) cinsiyet açısından sağlık algısında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını tespit etmişlerdir. Elde edilen bu sonuçtan farklı olarak, Kraja ve ark (2013), Alagöz Ekti (2020), Fillenbaum (1979) yaptıkları araştırmalarda erkeklerin kadınlara göre sağlık algısını daha yüksek bulmuşlardır. Kadınlar fizyolojik ve psikolojik yapıları itibariyle daha hassas oldukları için, genel itibariyle sağlığı algılama biçimleri negatif yönlüdür. Bu durum kadınlarda düşük sağlık algısına neden olmaktadır. Fakat bu durum araştırmanın yapıldığı örneklemin sosyo-ekonomik ve kültürel faktörlerine göre değişebilir.

Hastaların gelir durumu ve aile yapısı ile sağlık algısı ölçeğinin ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Sağlık algısı ölçeğinin alt boyutlarından olan kontrol merkezi, kesinlik ve öz farkındalık boyutları ile de gelir arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Kontrol merkezi, kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık boyutları ile aile yapısı arasında da anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Dülger ve Seven (2020) aile yapısı ile sağlık algısı ölçeğinin arasında anlamlı bir fark bulamamıştır. Çekirdek aile veya geniş ailede yaşama durumu bireyin sağlığını iyi veya kötü algılamasını etkilememektedir. Yapılan

araştırmalarda yüksek gelirin yüksek sağlık algısıyla ilişkili olduğu sonucu bulunmuştur (Kraja ve ark 2013, Efteli ve Khorshid 2016, Alagöz Ekti 2020). Kişilerin sosyo-ekonomik statüsü yükseldikçe, sağlık hizmetlerine ulaşım imkânı kolaylaşmakta, sağlığını geliştirmeye yönelik fırsatlara daha kolay ulaşmaktadır. Bu durum sonucunda, kişi kendinde gördüğü sıkıntıları daha kolay tedavi ettirip sağlığını daha iyi olarak algılayacaktır.

Hastaların yaşı ile sağlık algısı ölçeğinin ortalamaları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. 18-25 yaş aralığındaki hastaların sağlık algı düzeyi 26-40, 41-50 ve 51 yaş ve üstü hastalara göre daha düşük çıkmıştır. Sağlık algısı ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde ise 18-25 yaş aralığındaki bireylerin 26-40, 41-50 ve 51 yaş ve üstü bireylere göre, sağlıklı olma konusunda kontrolü elinde tutabilme düzeyi düşük bulunmuştur. 51 yaş üstü katılımcıların sağlıklı olma konusunda kesin bir fikre sahip olma düzeyi, 18-25 yaş üstü katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. 18-25 yaş aralığındaki katılımcıların, 41-50 ve 51 yaş ve üstüne göre daha az sağlığına önem verdiği tespit edilmiştir. Bu sonuca göre yaş ilerledikçe sağlığa ilişkin farkındalığın, sağlığa verilen önemin ve sağlığı kontrol etme çabasının arttığı düşünülebilir. Kişide pozitif bir yaşlılık algısı mevcut ise, sağlıklı yaşlanmaya ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına önem veriyorsa, yaş aldıkça aktif bir yaşam sürebiliyorsa sağlık algısı da yüksek olacaktır. Literatürde yaş artıkça sağlık algısının da azaldığına dair sonuçlar da mevcuttur (Zonderman ve ark 1986, Erengin ve Dedeoğlu 1997, Al-Windi 2005, Kaleta ve ark 2009, Çimen 2015, Karakoyunlu Şen 2019). Birey yaşlandıkça ve sağlığında bozulmalar meydana geldikçe sağlığı algılama biçimi olumsuz etkilenebilir. Giang ve ark (2018), Alagöz Ekti (2020), Ağaçdiken Alkan ve ark (2017) algılanan sağlık ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptamamışlardır.

Hastaların öğrenim düzeyi ile sağlık algısı ölçeğinin toplam puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir. İlkokul mezunu hastaların sağlık algı düzeyi, lise, önlisans ve lisans mezunlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca lise mezunu hastaların sağlığı algılama düzeyi, lisans mezunlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Sağlık algısı ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde ise ilkokul mezunu bireylerin sağlığı konusunda kesin bir fikre sahip olma düzeyi, lisans mezunlarına göre daha yüksek saptanmıştır. İlkokul mezunlarının sağlıklı olma konusunda

kontrolü elinde tutabilme ve kendine olan güven düzeyi lise, önlisans ve lisans mezunlarına göre daha yüksek tespit edilmiştir. Ayrıca ilkokul mezunu bireylerin sağlığına verdiği önem, lisans mezunlarına göre daha yüksek saptanmıştır. Literatürde yapılan çalışmalarda da bu sonuca aykırı olarak, öğrenim düzeyi arttıkça sağlık algısının da arttığı sonucu elde edilmiştir (Kaleta ve ark 2009, Kraja ve ark 2013, Kolaç ve ark 2018, Özdemir 2018, Türe Yılmaz ve ark 2018, Karakoyunlu Şen 2019, Alagöz Ekti 2020). Bireyin sağlık algısı özellikle psikolojik iyilikle ilgilidir. Öğrenim seviyesi düşük olan kişilerin sağlık algısının yüksek çıkmasının nedeni de psikolojik iyi oluşa bağlanabilir. Birey sağlığına dair bilgilerin farkında olmadığı için sağlık algısı da yüksek çıkabilir.

Katılımcıların medeni durumu ile sağlık algısı ölçeği ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Evli olan hastaların bekâr olanlara göre sağlık algı düzeyi daha yüksek çıkmıştır. Sağlık algısı ölçeğinin alt boyutları değerlendirildiğinde ise, evli olan bireylerin sağlıklı olma konusunda kontrolü elinde tutabilme ve kendine olan güven düzeyi, sağlığı hakkında kesin bir fikre sahip olma düzeyi ve sağlığına verdiği önemin bekâr olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuca paralel olarak, Efteli ve Khorshd (2016), Türe Yılmaz ve ark (2018), Uzuntarla ve Uzuntarla (2019) evli bireylerin sağlık algısının bekârlara göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bu durum, evli bireylerin bakmakla yükümlü olduğu kişilerden dolayı sağlığına verdiği önemin, sorumluluklarının ve paylaşımlarının artması ile sağlık algısının da artmasına bağlanabilir. Kolaç ve ark (2018), Giang ve ark (2018) medeni durumu ile sağlık algısı ölçeği ortalamaları arasında anlamlı fark bulamamışken, Alagöz Ekti (2020), Altay ve ark (2016), bekâr kişilerin sağlık algısını evlilere göre daha yüksek bulmuştur.

Hastaların çalışma durumu ile sağlık algısı ölçeği ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Çalışan bireylerin sağlık algı düzeyi, çalışmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Sağlık algısının alt boyutları değerlendirildiğinde ise, çalışan bireylerin sağlıklı olma konusunda kesin bir fikre sahip olma düzeyi, çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Kaleta ve ark (2009) yaptığı çalışmada, sağlığını kötü veya çok kötü olduğunu algılama durumunun, işsiz erkeklerde çalışanlara göre 3,4 kat ve işsiz kadınlarda çalışanlara göre 1,5 kat fazla olduğu sonucunu bulmuşlardır. Efteli ve Khorshd (2016) ise bir işte çalışan kişilerin sağlık algısını,

çalışmayanlara göre daha yüksek bulmuştur. Yapılan araştırmalarda, çalışan bireylerle karşılaştırıldığında, uzun vadeli işsizlik kötü sağlık algı olasılığını %22 ila %67 artırıyor; çok uzun vadeli işsizlik ise (24 ila 48 ay), bu olasılığı %54 ila %132 artırmaktadır (López del Amo González ve ark 2018). İşsizlik ve gelir kaybı geleceğe ilişkin belirsizliği artırarak stres ve kaygıya neden olmaktadır. Ayllón ve Gábos (2017) uzun süreli işsiz olan bireylerin, beşeri ve sosyal sermayelerini azaldığı ve sağlıklarının kötüleştiği bir kısır döngü içine girdiklerini ileri sürmektedir. Kötü algılanan sağlık, uzun ve çok uzun vadeli işsizlikle ilişkilidir ve işsiz geçirilen süre arttıkça kötüleşmektedir.

Kronik hastalık durumu, ailede kronik hastalık durumu ve sürekli ilaç kullanma durumu ile sağlık algısı ölçeği ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kronik hastalığı olan, ailesinde kronik rahatsızlığı bulunan ve sürekli ilaç kullanan bireylerin sağlık algısı, kronik hastalığı olmayan, ailesinde kronik rahatsızlığı bulunmayan ve sürekli ilaç kullanmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Sağlık algısı ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde ise, kronik hastalığı olan sürekli ilaç kullanan ve ailesinde kronik hastalık bulunan bireylerin sağlıklı olma konusunda kontrolü elinde tutabilme ve kendine olan güven düzeyi, sağlığı hakkında kesin bir fikre sahip olma düzeyi ve sağlığına verdiği önem daha yüksek tespit edilmiştir. Bu sonuçla uyumlu olarak, Çilingir ve Aydın (2017), Altay ve ark (2016) kronik hastalığı olan kişilerin sağlık algısını daha yüksek bulmuştur. Kronik rahatsızlığı olan kişilerin, sağlığına verdiği önem ve öz farkındalık düzeyleri yüksek olduğu için kendi durumunu değerlendirme biçimi daha iyi olmaktadır. Literatür incelendiğinde ise, kronik hastalığı olmayan bireylerin, olanlara göre sağlık algısı daha yüksek bulunmuştur (Tuğut ve Bekar 2008, Kaleta ve ark 2009, Cho ve ark 2011, Çimen 2015, Türe Yılmaz ve ark 2018, Karakoyunlu Şen 2019, Alagöz Ekti 2020). Bazı kronik hastalığı olan kişiler de bu durum tam tersine hastalığın verdiği tükenmişlik, umutsuzluk ve yaşam kalitesinin düşüklüğü gibi nedenlerden dolayı sağlığı algılama biçimi olumsuz olabilecektir.

Hastaların doktora başvuru sayısı ve genel sağlık durumu ile sağlık algısı ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir. Doktora başvuru sayısı ve genel sağlık durumu iyileştikçe, sağlık algısı da artmaktadır. Genel sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren ve kendini sağlıklı

olarak algılayan bireylerin sağlık algısı da yüksek olacaktır. Her iki durum birbiri ile ilişkilidir.

4.3. Hasta Aktivasyonu ve Demografik Verilere İlişkin Tartışma

Hasta aktivasyonu, bireyin sağlık ve sağlık bakımını yönetmek için bilgi, beceri ve güvene sahip olduğu durum olarak tanımlanmaktadır. Hastaların sağlık hizmetlerinde aktif rol almaları, bilgi ve becerilerinin yanında birçok faktörden de etkilenebilmektedir. Yapılan araştırmalarda hasta aktivasyonu yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, medeni durum, yaşam kalitesi, ilaç uyumu, öz-yeterlilik, hastane yatış oranı, öz bakım davranışları, sağlık okuryazarlığı gibi birçok faktörle ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmanın bulgularında, hastaların yaşı ile hasta aktivasyon ölçeğinin toplam puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmüştür. 18-25 yaş aralığındaki hastaların aktivasyon düzeyi, 51 yaş ve üstü hastalara göre anlamlı bir şekilde daha düşük bulunmuştur. Hastaların yaşı arttıkça hasta aktivasyon düzeyi de artmaktadır. Yaş ilerledikçe bireylerde ortaya çıkan kronik hastalıklarla birlikte, yaşlı bireyler diğer yaş gruplarından daha fazla sağlık hizmeti talep etmektedir. Bu durumun, kişinin kendi sağlığına yönelik araştırma yapıp bilgi ve beceri edinmesini kolaylaştırdığı ve hasta aktivasyonunu yükselttiği düşünülmektedir. Nitekim bu sonuca benzer şekilde Smith ve ark (2016) 61-70 yaş aralığındaki hastaların en yüksek aktivasyon seviyesinde olduğunu bulmuşlardır. Literatürde, genç bireylerin daha yüksek aktivasyon seviyesinde olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Gleason ve ark (2016), Hibbard ve ark (2005), Hendriks ve Rademakers (2014), Nijman ve ark (2014), Dunlay ve ark (2017), Rademakers ve ark (2012), Zimbudzi ve ark (2017) daha genç bireylerin daha yüksek aktivasyon seviyesinde olduğunu tespit etmişlerdir. İleri yaştaki kişiler, yaşa bağlı olarak fizyolojik ve psikolojik bir takım sağlık problemleri yaşamaktadırlar. Bu durum, onların hastalığını takip etmesini zorlaştırmanın yanında aktifliğini de düşürdüğünü şeklinde yorumlanabilir. Yaş faktörünün aktifliği etkilemediği çalışmalar da literatürde yer almaktadır (Alegria ve ark 2009, Fowles ve ark 2009, Rask ve ark 2009, Yağar ve Öke 2017, McCabe ve ark 2018).

Hastaların medeni durumu ile hasta aktivasyon ölçeğinin toplam puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı gözlemlenmiştir. Evli olan hastaların hasta aktivasyon ortalaması bekâr olanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuca

benzer şekilde Fowles ve ark (2009) evli olan kişilerin aktivasyon seviyesini daha yüksek bulmuştur. Evli insanlar genellikle daha çok sağlık hizmeti talebinde bulunur. Özellikle ebeveynler, çocukların sağlık durumlarının takibi sürecinde daha fazla sorumluluk sahibi olduğu için daha aktiftirler.

Araştırmada hastaların cinsiyetleri ile hasta aktivasyon ölçeğinin toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu sonuca benzer şekilde Alegria ve ark (2009), Rask ve ark (2009), Hendriks ve ark (2016), Smith ve ark (2016), Yayla (2016), Gleason ve ark (2016), Yağar ve Öke (2017), (Fowles ve ark 2009) cinsiyet ile hasta aktivasyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edememişlerdir. Fakat literatürde yapılan araştırmalarda erkeklerin kadınlara göre hasta aktiflik düzeyinin daha yüksek olduğuna dair sonuçlar bulunmuştur (Rademakers ve ark 2012, Willaing ve ark 2013, Hendriks ve Rademakers 2014, Magnezi ve ark 2014, McCabe ve ark 2018).

Hastaların öğrenim düzeyi ile hasta aktivasyon düzeyi arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Gleason ve ark (2016) ve Rask ve ark (2009) çalışmalarında benzer sonuçlar bulmuşlardır. Bireylerin öğrenim düzeylerinin yüksek ya da düşük olması hasta aktivasyonunun etkileyen bir faktördür. Fakat kişinin yeteri kadar güveni yoksa ve kaygı düzeyi yüksek ise sağlık durumu hakkında aktif bir rol alamayabilir. Yapılan diğer çalışmalarda ise yüksek eğitim seviyesinin, yüksek aktivasyon seviyesi ile ilişkili olduğuna dair sonuçlar tespit edilmiştir (Hibbard ve ark 2005, Alegria ve ark 2009, Rademakers ve ark 2012, Willaing ve ark 2013, Hendriks ve Rademakers 2014, Magnezi ve ark 2014, Mitchell ve ark 2014, Nijman ve ark 2014, Smith ve ark 2016, Yayla 2016, Dunlay ve ark 2017, Yağar ve Öke 2017, McCabe ve ark 2018, van Vugt ve ark 2019). Öğrenim düzeyinin yükselmesi kişinin problem çözme yeteneğini ve sorumluluk sahibi olmasını etkilemektedir. Öğrenim düzeyi yüksek bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi de yükselecektir. Hastalık süreçlerini daha aktif takip eden kişiler, hastalıkları ile ilgili daha fazla bilgi arama davranışı göstereceklerdir. Bu durum da bireyin hasta aktivasyon seviyesini yükseltecektir.

Hastaların gelir durumu ile hasta aktivasyon ölçeğinin toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. McCabe ve ark (2018) ve Gleason ve ark (2016) bu bulguya benzer şekilde gelir ile hasta aktivasyonu arasında ilişki

bulamamıştır. Bireylerin gelir düzeyleri, sağlık durumu hakkındaki bilgi, beceri ve güvenini doğrudan etkileyen bir faktör olmadığı için hasta aktivasyonunu da tıpkı bu araştırmada bulunan sonuç gibi doğrudan etkilemeyebilir. Nijman ve ark (2014), Dunlay ve ark (2017), Smith ve ark (2016), Yağar ve Öke (2017), Fowles ve ark (2009) ise, daha düşük gelirli bireylerin düşük aktivasyon puanlarına sahip olduklarını tespit etmişlerdir. Gelir durumu, bireyin refah içerisinde yaşayabilmesi için önem arz etmektedir. Gelirin artmasıyla hem sağlık hizmetlerinden erişim kolaylaşacak hem de daha kaliteli sağlık hizmeti alabilmenin önü açılacaktır.

Hastaların çalışma durumu ile hasta aktivasyon ölçeğinin toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu sonuçtan farklı olarak McCabe ve ark (2018) aktivasyon seviyesi yüksek olan bireylerin tam veya yarı zamanlı istihdam edilme olasılıklarının daha yüksek bulmuştur. Alexander ve ark (2012) araştırmalarında ise çalışan bireylerin, işgücünün dışında veya işsiz olan katılımcılardan önemli ölçüde daha yüksek ortalama hasta aktivasyon puanları olduğu sonucunu bulmuşlardır. İşgücüne dâhil olamayan bireyler, işsizliğin yaratacağı stres ve kaygıdan dolayı sağlıklarıyla ilgili olarak aktif hareket edemeyeceklerdir. İşgücüne dâhil olan kişiler ise, sorumluluk duygusunun yüksek olması aynı zamanda gelir kaynağının olması nedeniyle sağlıklarıyla ilgili süreçlerde daha aktif olacaklardır.

Hastaların kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanma durumu, ailede kronik hastalık durumuna göre hasta aktivasyon ölçeğinin toplam puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaşmadığını tespit edilmiştir. Yayla (2016), Alexander ve ark (2012) ise kronik hastalık durumu ile aktivasyon arasında ilişki bulamamıştır. Smith ve ark (2016), Hibbard ve ark (2017), Do ve ark (2015), Halding ve Grov (2017), Korpershoek ve ark (2016), Turner ve ark (2014), Aung ve ark (2015) kronik hastalık durumu ile yüksek aktivasyon seviyesini ilişkilendirmişlerdir. Kronik hastalığı olan kişiler uzun yıllar bu hastalıkla mücadele etmek zorunda oldukları için, kendi tıbbi geçmişleri hakkında bilgi sahibi olmalı ve sağlık hizmeti sunucuları ile işbirliği yapmalıdır. Kişilerin hastalığı ile hayatını devam ettirebilmeleri için, özbakım ve yeterlilikleri güçlü olmalı, pasif bakım alıcısı yerine tedavi sürecinde aktif bir rol oynamalıdır.

Katılımcıların doktora başvuru sayısı ve genel sağlık durumu ile hasta aktivasyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Hendriks ve Rademakers (2014), Nijman ve ark (2014), Hibbard ve ark (2005), Smith ve ark (2016), Gleason ve ark (2016), Fowles ve ark (2009), Rademakers ve ark (2012) Rademakers ve ark.(2012) sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren kişiler için daha düşük aktivasyon, daha iyi genel ve zihinsel sağlık durumuna sahip olanlar için daha yüksek aktivasyon düzeyi bulmuşlardır.

4.4. Yaşam Doyumu ve Demografik Verilere İlişkin Tartışma

Diener ve ark (1999) göre yaşam doyumu, bireyin yaşam kalitesinin öznel bir değerlendirmesidir. Kişinin beklentilerinin gerçek durum ile karşılaştırılmasından sonra ortaya çıkan farktır. Bu durumun sonucu olarak da yaşam doyumu derecesi, bireyin beklentileri ve istekleri ile bu hedeflere ulaşma olasılığı arasındaki farkla ilişkili olacaktır. Yaşam doyumu algısı, bireylerin sahip oldukları, istedikleri ve diğerlerinin sahip oldukları arasında yaptıkları kıyaslamalardır. Kişinin yaşam doyumu birçok faktörden etkilenmektedir. Bu çalışmada hastaların cinsiyeti ile yaşam doyumu ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Yapılan çalışmaların bir kısmında erkeklerin yaşam doyumu yüksek çıkarken (Price ve Joo 2005, Goldbeck ve ark 2007, Balcı ve Koçak 2017, Bilen 2019) bir kısmında ise kadınların erkeklere göre yaşam doyumu daha yüksek bulunmuştur (Ünal ve ark 2001, Keser 2005, Bilge ve ark 2009, Stavrova ve ark 2012, Recepoğlu 2013, Yılmaz ve Aslan 2013, Tay ve ark 2014, Ivantchev ve Stoyanova 2019, Joshanloo ve Jovanović 2020). Tüm bu sonuçlara karşın bazı araştırmalarda, bu çalışmadaki sonuçları destekler nitelikte cinsiyetin yaşam doyumunu etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (Koivumaa-Honkanen ve ark 2005, Della Giusta ve ark 2011, Ericson ve Vinson 2012, Greenstein 2016, Myers ve Diener 2018, Kahraman 2019, Özal 2019). Cinsiyetin yaşam doyumuyla ilişkisini inceleyen çalışmalarda çelişkili sonuçlar, cinsiyet ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin farklı faktörlerden etkilenebileceğini göstermektedir. Nitekim birçok çalışma, cinsiyet ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin ulusal bağlamlara, sosyokültürel koşullara ve demografik değişkenlere bağlı olduğunu göstermiştir (Joshanloo ve Jovanović 2020). Çalışmalarda farklılıkların sebebi araştırma yapılan bölgeler, çalışılan evrendeki sosyo-ekonomik durum, din, kültürel normlar vb. gibi sebepler ile açıklanabilir.

Hastaların çalışma durumu ile yaşam doyumu ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Çalışmayan kişilerin gelirinin olmaması ve ihtiyaçlarını tam manasıyla karşılayamamasından dolayı yaşam doyumları düşük olacaktır. Çalışmayan bireylerin yaşam standartlarında düşme meydana gelir, sosyal dışlanmaya maruz kalır ve neticesinde psikolojik sorunlar yaşarlar. Bu durumlar kişilerin özgüvenlerinde ve öz yeterliliklerinde azalma, mutsuzluk ve çaresizlik hissinde artış ve düşük yaşam doyumunu beraberinde getirir.

Hastaların yaşı ile yaşam doyumu ölçeğinin toplam puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmüştür. 51 yaş ve üstü katılımcıların yaşam doyumu 18-25, 26-40 ve 41-50 yaşlarındaki katılımcılara göre daha düşük çıkmıştır. Yaş arttıkça yaşam doyumu da azalmaktadır. Yapılan araştırmalarda ise bu sonucu destekler nitelikte, yaş arttıkça yaşam doyumunun azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Freund ve Baltes 1998, Chen 2001, Prasoon ve Chaturvedi 2016). Yaşam doyumunun genellikle ileri yaşlarda, özellikle de sağlık koşulları kötüleştikçe azalacağı varsayılır ve düşmesi beklenir (Gwozdz ve Sousa-Poza 2010). Yaşlılık dönemlerinde sağlığın bozulması, fonksiyonel bozuklukların ortaya çıkması, sağlıklı bir yaşlanmanın gerçekleşmemiş olması, mali kaynaklardaki azalmalar bireylerin yaşam doyumunun düşmesine sebep olmaktadır. Yaş ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi inceleyen farklı araştırmalarda ise yaşın yaşam doyumunu etkilemediği sonucu elde edilmiştir (Bilen 2019, Çabuk 2019, Ekin 2019, Fırat 2019, Gül 2019, Üçüncü 2019).

Katılımcıların öğrenim düzeyi ile yaşam doyumu ortalamaları arasında farklılık bulunmaktadır. İlkokul mezunu hastaların yaşam doyum düzeyi lise, önlisans ve lisans mezunlarına göre daha düşük bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda da bu sonucu destekler nitelikte, öğrenim düzeyi arttıkça yaşam doyumunun da arttığı sonuçları bulunmuştur (Pinquart ve Sörensen 2000, Çetinkaya 2004, Cheung ve Chan 2009, Baykan ve ark 2010, Salinas-Jiménez ve ark 2011, Koçak 2016, Çabuk 2019). Bireylerin öğrenim düzeyi arttıkça, yüksek gelire ve sosyal statüye sahip olmaları ve dolayısıyla daha mutlu olmaları beklenir (Koçak 2016). Eğitim birey için daha yüksek gelir, eşitlik ve kendini gerçekleştirmeye yönelik bir araçtır. Bu nedenle, eğitim kazanç ve tüketim fırsatlarının yanı sıra beklentileri de artıracığından, bu durum bireyin yaşam doyumunu da etkilemektedir. Akman (2019), Yılmaz ve Altınok (2009), Ekin (2019), (Bilen 2019) araştırmalarında yaşam

doym düzeylerinin öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığını tespit etmişlerdir.

Hastaların gelir durumu ile yaşam doymu ölçeğinin toplam puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir. Geliri 0-2000 arasında olan kişilerin yaşam doymu geliri 2001-3000 ve 3001-4000 olanlara göre, geliri 2001-3000 arasındaki kişilerin yaşam doymu ise 4001 ve üstüne göre daha düşük bulunmuştur. Yaşam doymu ve gelir ilişkisi ile ilgili olarak yapılan araştırmalarda, düşük gelirin düşük yaşam doymu ve yüksek gelirin daha yüksek doymu ile ilişkili olduğu sonucu bulunmuştur (Myers ve Diener 1995, Ünal ve ark 2001, Diener ve Ryan 2009, Baykan ve ark 2010, Oishi ve Diener 2014, Prasoon ve Chaturvedi 2016, Myers ve Diener 2018, Çabuk 2019). Bireyin gelir durumu yaşam doymunu ve mutluluğunu önemli ölçüde etkilemektedir. Ekonomik yoksunluk algısı daha az yaşam doymu ile ilişkili olarak bulunmuştur (Berg 2008). Ayrıca bir ulustaki gelir seviyeleri ve sınıflar arasındaki ekonomik eşitsizlik arttıkça, genel olarak ifade edilen yaşam doymunun azaldığı, zengin ve fakir kişilerin memnuniyet düzeyleri arasındaki farkın arttığını sonuçlarına ulaşılmıştır (Naz 2015). Spreitzer ve Snyder (1974) gelirin, yaşlı yetişkin grubu (65 yaş ve üstü) için yaşam doymunun en güçlü yordayıcılarından biri olduğunu tespit etmişlerdir.

Hastaların medeni durum değişkeni ile yaşam doymu ortalamaları arasında anlamlı fark gözlemlenmiştir. Bekâr olan hastaların yaşam doymu ortalaması evli olanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Ünal ve ark (2001), Yılmaz ve Aslan (2013), Linn ve ark (1985), Naz (2015), Ayyıldız ve Ergüney (2017), Evans ve Kelley (2004), evli kişilerin yaşam doymularının bekârlardan daha yüksek olduğunu saptamıştır. Mehnert ve ark (1990), 675 bireyle yaptığı çalışmada, 60 yaş ve üstü kişiler için, medeni durumu yaşam doymunun en önemli ikinci yordayıcısı olarak bulmuşlardır. Medeni durum ile yaşam doymu arasındaki ilişki üzerine yapılan önceki çalışmalar, medeni durumun bireysel refahın önemli bir belirleyicisi olduğunu bulmuşlardır. Stack ve Eshleman (1998), on yedi gelişmiş ülkede yaptığı araştırmada, evliliğin daha yüksek finansal memnuniyet ve sağlıkla ilişkili olduğunu ve bu durumda daha yüksek yaşam doym düzeylerine katkıda bulunduğunu tespit etmişlerdir. Evli insanlar genellikle riskli sağlık davranışlarından kaçınır, intihar etme ve alkol kullanım olasılıkları evli kişilerin daha düşüktür (Botha ve Booysen

2013). Evliliğin sevgi dolu kişisel ilişkiler kurması, yaşamda karşılaşılan zorluklara karşı beraber hareket edebilme avantajı sağlaması insanları daha mutlu eder (Evans ve Kelley 2004). Fakat evli kalınan süre uzadıkça evlilikte birtakım sıkıntıların ve üstesinden gelinemeyen zorlukların yaşanmasına bağlı olarak, bireylerin yaşam doyumları düşebilir. Bu çalışmada bulunan sonuç bu duruma bağlanabilir. Çabuk (2019), Myers ve Diener (1995), Hosseinkhanzadeh ve Taher (2013) medeni durum ve yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır.

Kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanma durumu ile yaşam doyumu ölçeğinin toplam puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olmayan ve sürekli ilaç kullanmayan bireylerin yaşam doyumu, kronik hastalara ve sürekli ilaç kullananlara göre daha yüksek çıkmıştır. Rosella ve ark (2019), Feller ve ark (2013), Broe ve ark (1998), Softa ve ark (2015), Strine ve ark (2008), Acar (2011), Yılmaz ve Sayıl (1996) yaptıkları çalışmalarda bu sonucu destekler nitelikte kronik hastalık varlığının yaşam doyumunu düşürdüğü sonucunu bulmuşlardır. Kronik hastalıklar, bir ya da daha fazla yıl süren, kişinin sürekli tıbbi tedavi ve destek almasını gerektiren, günlük yaşamı kısıtlayan bir durumdur (Akalin ve ark 2012). Uzun süreli kronik hastalık yaşayan ve buna bağlı olarak sürekli ilaç kullanan kişiler, strese daha yatkın hale gelir, günlük aktivitelerini eskisi gibi devam ettiremez, hastalığın verdiği yüke bağlı olarak bir takım psikolojik sorunlara daha eğilimli hale gelirler. Bu durum bu bireylerde, yaşam doyumu düşüklüğüne sebep olabilir.

Ailede kronik hastalık durumu ile yaşam doyumu ölçeğinin toplam puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir. Ailesinde kronik hastalığı bulunmayan bireylerin yaşam doyumu, ailesinde kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Ayyıldız ve Ergüney (2017), Baykan ve ark (2010), Yavaş Çelik ve Polat (2019) yaptığı araştırmalarda ailesinde kronik rahatsızlığı olan bireylerin yaşam doyumlarını düşük bulmuşlardır. Ailesinde kronik rahatsızlığı olan kişiler, bu rahatsızlıkların tedavi süreçlerinin uzun yıllar alması ve bakım yüklerinin gün geçtikçe artması nedeniyle bu kişilerin sosyal yaşamları ve günlük aktiviteleri kısıtlanmaktadır. Bu durum düşük yaşam doyumuna neden olmaktadır.

Katılımcıların genel sağlık durumu ile yaşam doyumu arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir. Bireylerin, genel sağlık durumu iyileştikçe yaşam

doyumunu da artmaktadır. Literatürde yapılan araştırmalarda bu sonuca paralel olarak, genel sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren bireylerin, yaşam doyumunu yüksek çıkmıştır (Strine ve ark 2008, AuYoung ve ark 2016, Pinto ve ark 2016, Ümmet 2017). Bireylerin yaşadığı en ufak bir rahatsızlık bile onların hayata bakış açısını etkilemektedir. Sağlığını kötü olarak algılayan kişiler hem psikolojik hem de fiziksel olarak yıpranmakta ve yaşam kaliteleri düşmektedir. Yaşamdan zevk alamayan ve doyum sağlayamayan bireyler aynı zamanda sağlık durumunu da kötü olarak değerlendirmektedir. Görüldüğü üzere bu iki değişken birbirini karşılıklı olarak etkilemektedir.

4.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Sağlık Algısı, Hasta Aktivasyonu ve Yaşam Doyumuna İlişkin Tartışma

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutlarından olan fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi boyutunun yaşam doyumunu üzerine pozitif bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Kişiler düzenli fiziksel aktivite ve egzersiz yaptıkça, iletişim seviyesi yükseldikçe ve stres yönetim düzeyi arttıkça yaşam doyumunu da artmaktadır. Ayrıca beslenme ve manevi gelişim boyutlarının yaşam doyumunu üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu fakat bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar ile uyumlu olarak, Inal ve ark (2007) düzenli fiziksel aktivite ve boş zaman aktivitelerinin yaşam doyumunu ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Grant ve ark (2009) yaptıkları araştırmada, yaşam doyumunun sigara içmeme, düzenli fiziksel aktivite, güneşten korunma, meyve yeme ve yağlı yiyeceklerden uzak durma ile pozitif yönde ilişkili olduğu ve sağlığı geliştirici davranışlar ile arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğu sonucuna ulaşmıştır Pengpid ve Peltzer (2019) 24 ülkeden 12.492 üniversite öğrencisi ile yaptığı araştırmada, zayıf fiziksel aktivitenin daha kötü yaşam doyumunu ve daha düşük mutlulukla ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Pettay (2008), yaşam doyumunu ile beden kitle indeksi, fiziksel aktivite sıklığı, meyve ve sebze tüketimi ve stres yönetimi becerileri arasında anlamlı ilişkiler bulmuştur. Bireylerin sağlık durumu üzerinde etkisi olabilecek davranışları kontrol altına alması ve günlük yaşam aktivitelerinde sağlık statüsünü yükseltmeye yönelik davranışlar sergilemesi ile kişinin yaşam kalitesi ve doyumunu yükselecektir (Aksoy 2018). Kişilerin sağlık durumlarının iyileştirilmesi, kendi sağlıkları üzerinde kontrol güçlerinin artması bir

süreçtir ve uygun beslenme, düzenli egzersiz, duyguların ve düşüncelerin kontrolü ve stresle başa çıkma gibi bazı davranışlar ile kazanılır (Hosseini ve ark 2017). SYBD sergileyen bireylerin yaşam doyum düzeyleri ve iyilik hali yüksek olacaktır. Sağlıklı yaşam biçimi, sağlık sorunlarının yayılmasını azaltmak, yaşam kalitesini ve doyumunu iyileştirmek için değerli bir kaynaktır. Çayır (2013), Uçar (2019), Baksi ve ark (2020), Pekel ve ark (2015), Doğan ve Candan Dönmez (2019) yaşam doyum ile SYBD ölçeği ve alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkiler bulmuşlardır. Sağlık sorumluluğu alt boyutunun yaşam doyumuna üzerine negatif bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Bireylerin sağlık sorumluluğu arttıkça yaşam doyumuna azalmaktadır. Kişilerin sağlığını sürekli kontrol altında tutma çabası, sürekli hasta olabilecekmış gibi hayatını sürdürmesi bireyi psikolojik olarak yıpratılabilen bir süreçtir. Bu durumun sonucunda ise kişinin yaşam doyumunun düşmesi ise kaçınılmaz bir sonuçtur.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutlarından olan sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim boyutlarının hasta aktivasyonu üzerine pozitif bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Bireylerin sağlık sorumluluğu arttıkça ve manevi gelişim düzeyi yükseldikçe hasta aktivasyonu da yükselecektir. Bu sonuca paralel şekilde AuYoung ve ark (2016) hasta aktivasyonunu olumlu sağlık davranışlarıyla ilişkilendirilmiştir. Daha yüksek düzeyde aktifleştirilmiş hastaların koruyucu taramalar, düzenli fiziksel aktivite ve dengeli beslenme gibi pozitif sağlık davranışları sergilediğini bulmuşlardır. Harvey ve ark (2012) çalışmalarında, yüksek düzeyde aktivasyon ile düzenli egzersiz yapma, kahvaltı yapma sıklığı, sağlıkla ilgili güvenilir web sitelerini tanıma becerisi arasında ilişki bulmuştur. Dahası artan aktivasyonun olumlu sağlık davranışları ile pozitif bir şekilde ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Smith ve ark (2013), düşük hasta aktivasyon seviyesini, daha kötü fiziksel sağlık, depresyon ve anksiyete ile ilişkilendirilmiştir. McCabe ve ark (2018) düşük vücut kitle indeksi, daha az depresyon ve anksiyete, daha yüksek fiziksel aktivite seviyelerini daha yüksek aktivasyon ile ilişkilendirmiştir. Hibbard ve ark (2004), aktivasyonu daha yüksek olan kişilerin, düzenli egzersiz yapma, düşük yağlı diyet yapma, daha fazla meyve ve sebze tüketme olasılıklarının daha yüksek olduğunu buldular. Green ve ark (2010) yaptıkları çalışmada, doğru miktarda uyuma, daha fazla meyve ve sebze tüketimi, meditasyon yapma, doğru beslenme ve fiziksel aktivite yapma gibi pozitif sağlık davranışları ile daha yüksek aktivasyon seviyesi

arasında ilişki bulmuştur. Mosen ve ark (2007) yüksek aktivasyona sahip olan hastaların, düzenli egzersiz yapma, az yağlı yiyecekler tüketme, sigara ve alkol tüketmeme gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha yüksek olduğunu tespit edilmiştir. Greene ve Hibbard (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, hastaların sigara içme veya yüksek vücut kitle indeksine sahip olma olasılıklarını, daha yüksek aktivasyon düzeyine sahip kişilerde daha düşük bulmuşlardır. Fowles ve ark (2009) aktivasyon puanların, sağlık bilgisi için güvenilir web sitelerini tanımak, tıbbi kaynak kitaplarını okumak, sağlıkla ilgili dergilere veya haber bültenlerine abone olmak, hastane kalitesi hakkında karşılaştırmalı bilgileri nerede bulacağını bilmek gibi bireyin sağlık sorumluluğu ile ilgili davranışlar ile ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Hasta aktivasyonu, daha sağlıklı bir yaşam biçimi için değişime hazır olma ile doğrudan ilişkilidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında bulunanlar ile bulunmayanlar arasında, aktivasyon puanlarında yaklaşık 5 puanlık bir fark tespit edilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da hasta aktivasyonu ve SYBD arasında pozitif ilişkiler bulunmuştur (Rask ve ark 2009, Greene ve Hibbard 2012, Hibbard ve Greene 2013, Kenney 2017). Bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında bulunması sağlığına verdiği önemi ortaya koymaktadır. Öyle ki bireyin yaşam kalitesinin %60'ı yaşam biçimine bağlıdır (Wang ve ark 2013). Sağlıklı yaşam biçimi, birçok hastalığın önlenmesinde önemli bir faktördür ve sağlığın geliştirilmesi bu davranışla doğrudan ilişkilidir. Sağlıklı yaşam biçimi oluşturmak, sağlığı geri kazanmanın ya da korumanın en iyi yollarından biridir (Paudel ve ark 2017). Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri, bireyin sağlığını geri kazanması için önem arz etmektedir. Fakat bireyin sağlığını kayıp etmemesi için, bu hizmetlerden daha da önemlisi kişinin sergilediği olumlu sağlık davranışlarıdır. Bu davranışları sergileyen birey, kendi sağlık sorumluluğunu üstlenip aktif bir rol alacaktır. Aktif birey, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik, tütün kullanımı, alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi risk faktörlerinden uzak duracak ve pozitif sağlık davranışları sergileme konusunda gönüllü davranacaktır.

Sağlık algısının alt boyutlarından olan öz farkındalık boyutunun yaşam doyumunu üzerine pozitif bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre bireylerin öz farkındalık düzeyi arttıkça yaşam doyumunu da artmaktadır. Çağlayan ve ark (2019) bu sonuçla uyumlu olarak, yaşam doyumunu ile sağlık algısı arasın pozitif ilişki bulmuştur. Ayrıca sağlık algısının alt boyutlarından kontrol merkezi, kesinlik

ve öz farkındalık boyutları arasında da düşük düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. Çabuk (2019) yaptığı araştırmada sağlık algısı ile yaşam doyumu arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulmuştur. Li (2005) algılanan sağlığın yaşam doyumunun güçlü bir yordayıcısı olduğu sonucunu bulmuştur. Gwozdz ve Sousa-Poza (2010), yaşam doyumunun algılanan sağlık durumunu önemli ölçüde etkilendiğini, Ümmet (2017) genel psikolojik sağlık ile yaşam doyumları arasında anlamlı negatif bir ilişki bulmuştur. Dumitrache ve ark (2017) algılanan sağlığın ve algılanan sosyal desteğin, yaşam doyumunu yordadığını, sağlıklarını kötü veya normal olarak değerlendiren kişilerin, yaşam doyumunda en düşük puanları aldıklarını tespit etmişlerdir. Borg ve ark (2006) algılanan sağlık durumunun yaşlı yetişkinlerin yaşam doyumunun önemli bir yordayıcısı olabileceğini bulmuştur. Liu ve ark (2020) algılanan sağlık ve hastalık sayısının yaşlıların yaşam doyumunu yordadığını bulmuştur. Bu araştırmada, bireyin öz farkındalık boyut puanları arttıkça yaşam doyumunun da arttığı sonucu tespit edilmiştir. Kişiler kendi sağlığı ile ilgili süreçlere ne kadar hâkimse ve öz farkındalıkları yüksekse, yaşantılarından da o kadar mutlu olacaklar ve kendilerini sağlıklı algılayacaklardır. Palmore ve Luikart (1972) öznel veya nesnel olarak ölçülen sağlık ve yaşam doyumu çalışmalarında, sağlıklı olduğuna inanan bireylerin daha yüksek yaşam doyumu gösterdiğini ancak gerçekte sağlıklı olduğu halde sağlıklı olmadığına inanan bireylerin, daha düşük yaşam doyumu gösterdiğini bulmuştur. Bu bağlamda kişinin kendi sağlık süreçlerine hâkim olması ve öz farkındalığının yüksek olması hem sağlık algısına hem de yaşam doyumuna olumlu yansıyacaktır.

Sağlık algısının alt boyutlarından kontrol merkezi ve öz farkındalık boyutlarının hasta aktivasyonu üzerine pozitif bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre bireylerin sağlıklı olma konusunda kontrolü elinde tutabilme ve kendine olan güven düzeyi ve öz farkındalık düzeyi yükseldikçe hasta aktivasyonu da yükselecektir. Sağlığın önemi boyutunun hasta aktivasyonu üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu, fakat bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Bu sonuca benzer şekilde, Cunha ve ark (2018) aktivasyon ile algılanan sağlık durumu arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki bulmuştur. İyi algılanan sağlık durumuna sahip bireylerin, daha aktif olduğunu belirlemişlerdir. Tusa ve ark (2020), en yüksek hasta aktivasyonu puanı alan hastaların sağlıklarını olumlu olarak algıladıklarını bulmuştur. Brenk-Franz ve ark (2013), hastanın bildirdiği sağlık

durumu ile hasta aktivasyonu arasında pozitif bir ilişki gözlemlemiştir. Rademakers ve ark (2012) kronik hastalık teşhisi konan bireylerden, sağlıklarını kötü olarak değerlendiren kişilerin yaklaşık üçte ikisinin düşük aktivasyon seviyesine sahip olduğunu (seviye 1 veya 2), sağlığını iyi, çok iyi veya mükemmel olarak algılayanların yüksek aktivasyon seviyesinde (seviye 3 veya 4) olduğu bulunmuştur. Rijken ve ark (2014) hasta aktivasyonu ve algılanan sağlığı pozitif ilişkili bulmuştur. Genel sağlıklarını daha iyi değerlendiren hastaların, aynı zamanda daha yüksek düzeyde hasta aktivasyonuna sahip olarak bulunmuştur. Sakarya ve ark (2019) düşük hasta aktivasyonunun, daha kötü algılanan sağlık durumu ile ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Wetzstein (2018) daha kötü genel sağlık algısının, daha düşük hasta aktivasyon puanları ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu bulmuştur. Bu çalışmada bireyin farkındalık düzeyi ve sağlığına verdiği önem arttıkça hasta aktivasyonunun da arttığı sonucu dikkat çekmektedir. Genel olarak bireylerin kendi sağlık durumu hakkındaki bilgilerinin ve sağlığını uygun şekilde yönetme becerilerinin, kişinin sağlığına verdiği önem ve farkındalığının artmasıyla pozitif yönde ilişkili olduğu söylenebilir. Bireylerin olumlu bir davranış değişikliği sergileyebilmesi için, öncelikle o davranışın kendi sağlık durumunda olumlu yönde değişiklikler yaratabileceğine inanması gerekir. Daha yüksek düzeyde aktif hastalar, sağlıklarını yönetmedeki rollerinin önemli olduğuna, uygun şekilde hareket etmek için bilgi ve güvene sahip olduklarına ve sağlıklarını korumak veya iyileştirmek için hareket edeceklerine inanırlar (Ahn ve ark 2015). Bu kişiler aynı zamanda, sağlığı için önemli olduğuna inandığı pozitif davranışları (beslenme, fiziksel aktivite, düzenli uyuma) sergiler.

Kişinin sağlık ve sağlık bakım ihtiyaçlarını yönetme ve bakım sürecindeki rolünü anlama bilgisi, becerisi, güveni ve sorumluluğu, hasta aktivasyonu olarak tanımlanmaktadır (Struwe ve ark 2020). Kanıtlar, daha yüksek aktivasyon puanlarının, yaşam kalitesi (Mosen ve ark 2007, Hibbard ve Greene 2013, Magnezi ve ark 2014, Gleason ve ark 2016, Erskine ve ark 2018, Gao ve ark 2019, Newland ve ark 2020) ve yaşam doyumu (Green ve ark 2008) ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalarda hasta aktivasyonu ile yaşam kalitesi ilişkisine yoğunlaşılrken, yaşam doyumu üzerine yapılan çalışmalar yok denecek kadar azdır. Yaşam doyumu, bireyin şu anki yaşam durumunun fiziksel, sosyal ve psikolojik yönlerinin öznel ve genel bir değerlendirilmesidir (Budh ve Osteråker 2007). Diener

ve ark (1999) göre yaşam doyumu, bireyin yaşam kalitesinin öznel bir değerlendirmesidir. Yaşam kalitesi ise, bireylerin yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında, hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri ile bağlantılı olarak yaşamdaki durumlarına ilişkin algıları olarak tanımlamaktadır (WHO 1998). Kişinin fiziksel sağlığından, psikolojik durumundan, bağımsızlık düzeyinden, sosyal ilişkilerinden, kişisel inançlarından ve çevresinin göze çarpan özellikleriyle olan ilişkilerinden karmaşık bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavramdır (WHO 1998). Görüldüğü üzere yaşam kalitesi ile yaşam doyumu birbirlerine yakın kavramlardır. Yaşam doyumu, fiziksel, zihinsel ve sosyal refahı kapsayan, yaşam kalitesinin güvenilir bir boyutudur (Garcia 2000). DSÖ'nün yaşam kalitesi tanımında da mutluluk, yaşam doyumu, öznel iyi olma gibi bileşenler ön plana çıkmaktadır. Nitekim Wisconsin Yaşam Kalitesi endeksinin dokuz boyutundan biri de yaşam doyumudur (Diamond ve Becker 1999). Bu bağlamda araştırmanın bu bölümünde hasta aktivasyonun hem yaşam doyumu, hem de yaşam kalitesi ile ilişkili sonuçlarına değinilip, değerlendirilecektir. Bu çalışmada, hasta aktivasyonunun yaşam doyumu üzerine pozitif bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Bireylerin hasta aktivasyon düzeyi arttıkça, yaşam doyumu da artmaktadır. Green ve ark (2010) yaptıkları çalışmada, yüksek aktivasyon seviyesini, daha iyi genel yaşam doyumu ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, daha aktif katılımcılar daha iyi yaşam kalitesi bildirmiştir. Lin ve ark (2020), hasta aktivasyonunun hastaların fizyolojik, psikososyal ve davranışsal sağlık durumlarını ayrıca yaşam doyumu ve kalitesini iyileştirdiği bulmuştur. Magnezi ve ark (2014) düşük aktivasyon skorlarının, artan depresif semptomlar ve daha düşük yaşam kalitesi ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Munson ve ark (2009) aktivasyon skoru ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki bulmuş, Blakemore ve ark (2016) yaşam kalitesi iyi olanlarda, yalnız yaşayanlarda ve sosyal desteği daha iyi olanlarda hasta aktivasyonunu daha yüksek bulmuşlardır. Gleason ve ark (2016), daha yüksek yaşam kalitesi ve aile desteğinin daha yüksek hasta aktivasyonu, Erskine ve ark (2018) hastaneden taburcu olduktan sonraki 1, 3 ve 6. aylarda, fiziksel sağlıkla ilgili yaşam kalitesini daha yüksek hasta aktivasyonu seviyelerine sahip hastalar arasında anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Daha yüksek aktivasyon puanlarına sahip olan hastaların, daha düşük puanlara sahip olanlara kıyasla, yüksek hasta memnuniyeti puanları bildirme olasılığı 10 kat, yüksek yaşam kalitesi puanlarını bildirme olasılığını da 5 kat daha yüksek bulmuştur (Mosen ve ark 2007). Yapılan pek çok araştırma, hasta aktivasyonunun ile

yaşam kalitesi arasındaki pozitif ilişkiyi teyit etmiştir (Greene ve Hibbard 2012, Hibbard ve Greene 2013, Jerofke 2013, Overbeek ve ark 2018, Gao ve ark 2019, Bayın Donar 2019, Pelin 2017). Yaşam doyumu, bireyin yaşamından memnuniyetini temsil eden genel bir kavramdır. Bireyin arzuları ve başarıları arasındaki uyumsuzluk ne kadar az olursa, sahip olduğu yaşam doyumu da o kadar fazla olacaktır. İş yaşamında, özel hayatında, arkadaşlarıyla ve ailesiyle ilişkisinde istediği mutluluğu elde edebilen, ya da istediklerine yakın bir hayatı olan ve ulaşılabilir hedeflere sahip olan birey mutlu olacaktır. Mutluluk bireyin hem ruhen hem de bedenlen kendisini sağlıklı hissetmesine katkı sağlayan bir faktördür. Yaşam doyumu yüksek olan kişi, kendi sağlık bakımını yönetme konusunda daha istekli, inançlı ve motivasyonu yüksek olacaktır. Bu kişiler, kendi sağlıklarını yönetmedeki rollerinin önemli olduğuna, uygun şekilde hareket etmek için bilgi ve güvene sahip olduklarına ve sağlıklarını korumak veya iyileştirmek için hareket edeceklerine inanırlar. Kendi sağlık bakımında aktif rol üstlenen kişi, yaşadığı sağlık problemleri ile nasıl baş edebileceği konusunda farkındalık kazanacak bu durum ise yaşam doyum düzeyini yükseltecektir.

Sağlık algısının alt boyutlarından kontrol merkezi ile SYBD alt boyutlarından olan fiziksel aktivite, beslenme ve kişiler arası ilişkiler arasında negatif yönlü düşük bir ilişki bulunmuştur. Bireyin sağlıklı olma konusunda kontrolü elinde tutabilme ve kendine olan güven düzeyi yükseldikçe, beslenmesi, kişiler arası ilişkileri ve fiziksel aktivite düzeyi düşmektedir. Kesinlik alt boyutu ile fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi arasında negatif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir. Bireyin sağlıklı kalmaya yönelik yapması gerekenler hakkında fikre sahip olma düzeyi arttıkça, fiziksel aktivitesi, beslenmesi, manevi gelişimi, kişiler arası ilişkileri ve stres yönetim düzeyi düşmektedir. Sağlığın önemi alt boyutu ile sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki bulunmuştur. Kişilerin sağlığına verdiği önem arttıkça sağlık sorumluluğu, beslenmesi, manevi gelişimi, kişiler arası ilişkileri ve stres yönetimi düzeyi de artmaktadır. Öz farkındalık alt boyutu ile sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki bulunmuştur. Bireylerin öz farkındalıkları arttıkça, sağlık sorumluluğu, beslenmesi, manevi gelişimi ve kişiler arası ilişkileri de artacaktır. Gur ve Sunal (2019), Aydın Dinçer (2019), Gür ve Sunal (2017), Sertçelik (1999),

alışmalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttığı sağlık algısının da arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Karaca ve Aslan (2019), Açıksöz ve ark (2013), Tuğut ve Bekar (2008), şimşek ve ark (2012), Ardic ve Esin (2016) alışmalarında, kişilerin sağlık algısı arttığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Oral (2018) sağlık algısı ile SYBD ölçeği puanı arasında negatif yönde bir ilişki tespit ederken, Kolaç ve ark (2018)sağlık algısı ile SYBD arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bulmuştur. Pengpid ve Peltzer (2019), yüksek fiziksel hareketliliğin daha iyi algılanan sağlık ile ilişkili olduğu sonucunu bulmuştur. Bu araştırmada özellikle kişinin sağlığına verdiği önem ve öz farkındalığı arttığı SYBD arttığı sonucu dikkat çekmektedir. Birey sağlığına önem veriyorsa düzenli bir hayat tarzı olacak ve buna yönelik davranışlar sergileyecektir. Öz farkındalığı yüksek olan kişi fiziksel aktivite, düzenli ve dengeli beslenme, sosyalleşme gibi pozitif davranışlarda bulunup, stres, sigara ve alkol gibi negatif davranışlardan uzak duracaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1.Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- Araştırmaya dâhil olan hastaların cinsiyeti ve medeni durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.
- Yaş ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. 18-25 yaş aralığındaki hastaların 51 yaş ve üstü hastalara göre daha çok sağlıklı yaşam biçimi davranışları gösterdikleri sonucu bulunmuştur.
- Öğrenim düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları arasında farklılık bulunmaktadır. İlkokul ve lise mezunlarının, önlisans ve lisans mezunlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları daha düşük tespit edilmiştir.
- Geliri 0-2000 arasındaki bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlar ortalamaları, geliri 2001-3000 ve 3001-4000 arasında olanlara göre daha düşük bulunmuştur.
- Kronik hastalık durumu ve sürekli ilaç kullanma durumu ile sağlık yaşam biçimi davranışları ortalamaları arasındaki t testi sonucuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Kronik hastalığı olmayan ve sürekli ilaç kullanmayan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan kişilere göre daha yüksek çıkmıştır.
- Genel sağlık durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir. Genel sağlık durumu iyileştikçe, sağlıklı yaşam biçimi davranışları da artmaktadır.
- Katılımcıların cinsiyeti, gelir durumu, çalışma durumu, aile yapısı, kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanma durumu ve ailede kronik hastalık durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutlarından olan sağlık sorumluluğu boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.
- 18-25 yaş aralığındaki hastaların, 41-50 ve 51 yaş ve üstü hastalara daha az sağlık sorumluluğuna sahip oldukları sonucu tespit edilmiştir.

- İlkokul mezunlarının, lise ve lisans mezunlarına göre daha çok sağlık sorumluluğuna sahip oldukları bulunmuştur.
- Evli olan bireylerin sağlık sorumluluğu, bekâr olan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur.
- Hastaların gelir durumu, çalışma durumu ve aile yapısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutlarından olan fiziksel aktivite boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.
- 18-25 yaş aralığındaki hastaların, 41-50 ve 51 yaş ve üstü hastalara daha az fiziksel aktivite yaptıkları sonucu gözlemlenmiştir.
- İlkokul mezunu bireylerin, fiziksel aktivite düzeyi, lise ve lisans mezunlarına göre daha yüksek tespit edilmiştir.
- Kronik hastalığı olmayan, sürekli ilaç kullanmayan ve ailesinde kronik hastalığı olmayan bireylerin, fiziksel aktivite düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır.
- 18-25 yaş aralığındaki katılımcıların, 51 yaş ve üstü katılımcılara göre beslenme ortalaması daha yüksek tespit edilmiştir.
- Geliri 0-2000 arasında olan bireylerin beslenme ortalamaları, geliri 3001-4000 arasında olanlara göre daha düşük tespit edilmiştir.
- Kronik hastalığı olmayan, sürekli ilaç kullanmayan ve ailesinde kronik hastalığı olmayan bireylerin beslenme ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Lise mezunu katılımcıların manevi gelişim düzeyi, önlisans ve lisans mezunlarına göre daha düşük saptanmıştır.
- Kadınların kişiler arası ilişkiler puan ortalamasının, erkeklere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- İlkokul ve lise mezunu bireylerin stres yönetim düzeyi, lisans mezunlarına göre daha düşük bulunmuştur.
- Kronik hastalığı olmayan ve sürekli ilaç kullanmayanların stres yönetim düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Hastaların yaşı ile sağlık algısı ortalamaları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir 18-25 yaş aralığındaki hastaların sağlık algı düzeyi 26-40, 41-50 ve 51 yaş ve üstü hastalara göre daha düşük çıkmıştır. Ayrıca 26-40 ve

41-50 yaş aralığındaki bireylerin sağlık algısı 51 yaş ve üstü bireylere göre daha düşük çıkmıştır.

- Hastaların öğrenim durumu ile sağlık algısı ortalamaları arasında farklılık bulunmaktadır. İlkokul mezunu hastaların sağlık algı düzeyi, lise, önlisans ve lisans mezunlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca lise mezunu hastaların sağlığı algılama düzeyi lisans mezunlarına göre daha yüksek bulunmuştur.
- Medeni durumu ve çalışma durumu ile sağlık algısı ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Evli olan hastaların bekâr olanlara göre sağlık algı düzeyi daha yüksek, çalışan bireylerin ise sağlık algı düzeyi çalışmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır.
- Kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanma durumu ve ailede kronik hastalık durumu ile sağlık algısı ortalamaları arasındaki t testi sonucuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Kronik hastalığı olan, sürekli ilaç kullanan ve ailesinde kronik hastalığı bulunan bireylerin sağlık algısı kronik hastalığı olmayan, sürekli ilaç kullanmayan ve ailesinde kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır.
- Doktora başvuru sayısı ve genel sağlık durumu ile sağlık algısı arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir. Doktora başvuru sayısı ve genel sağlık durumu iyileştikçe sağlık algısı da artmaktadır.
- 18-25 yaş aralığındaki bireylerin 26-40, 41-50 ve 51 yaş ve üstüne göre sağlıklı olma konusunda kontrolü elinde tutabilme ve kendine olan güven düzeyinin düşük olduğu gözlemlenmiştir.
- İlkokul mezunu bireylerin sağlıklı olma konusunda kontrolü elinde tutabilme ve kendine olan güven düzeyi, lise, önlisans ve lisans mezunlarına göre daha yüksek tespit edilmiştir.
- Kronik hastalığı olan, sürekli ilaç kullanan ve ailesinde kronik hastalığı olan bireylerin sağlıklı olma konusunda kontrolü elinde tutabilme ve kendine olan güven düzeyi, yüksek bulunmuştur.
- 51 yaş üstü katılımcıların sağlıklı olma konusunda kesin bir fikre sahip olma düzeyi, 18-25 yaş üstü katılımcılara göre daha yüksek tespit edilmiştir.
- İlkokul mezunu ve evli bireylerin sağlıklı olma konusunda kesin bir fikre sahip olma düzeyi yüksek bulunmuştur.

- Kronik hastalığı olan, sürekli ilaç kullanan ve ailesinde kronik hastalığı olan bireylerin sağlıklı olma konusunda kesin bir fikre sahip olma düzeyi yüksek tespit edilmiştir.
- İlkokul mezunu bireylerin sağlığına verdiği önem, lisans mezunlarına göre daha yüksek saptanmıştır.
- Geliri 0-2000 arasında olan katılımcıların sağlığına verdiği önem, geliri 4000 ve üstü olan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Evli bireylerin sağlığına verdiği önem, bekâr olan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur.
- Kronik hastalığı olan, sürekli ilaç kullanan ve ailesinde kronik hastalığı olan bireylerin sağlığına verdiği önem, yüksek tespit edilmiştir.
- Araştırmaya dâhil olan katılımcıların yaşı ile hasta aktivasyon ortalamaları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. 18-25 yaş aralığındaki hastaların aktivasyon düzeyi 51 yaş ve üstü katılımcılara göre daha düşük çıkmıştır.
- Hastaların medeni durumu ile hasta aktivasyon ortalamaları arasında anlamlı fark gözlemlenmiştir. Evli olan hastaların hasta aktivasyon ortalaması bekâr olanlara göre daha yüksek çıkmıştır.
- Doktora başvuru sayısı, genel sağlık durumu ve hasta aktivasyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.
- Hastaların cinsiyeti, çalışma durumu ve aile yapısı ile yaşam doyumu ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır.
- Hastaların yaşı ile yaşam doyumu ortalamaları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. 51 yaş ve üstü katılımcıların yaşam doyumu 18-25, 26-40 ve 41-50 yaşlarındaki katılımcılara göre daha düşük çıkmıştır.
- Öğrenim düzeyi ile yaşam doyumu ortalamaları arasında farklılık bulunmaktadır. İlkokul mezunu hastaların yaşam doyum düzeyi lise, önlisans ve lisans mezunlarına göre daha düşük bulunmuştur.
- Gelir durumu ile yaşam doyumu ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuca göre geliri 0-2000 arasında olan kişilerin yaşam doyumu geliri 2001-3000 ve 3001-4000 olanlara göre, geliri 2001-3000 arasındaki kişilerin yaşam doyumu ise 4001 ve üstüne göre daha düşük bulunmuştur.

- Medeni durumu ile yaşam doyumu ortalamaları arasında anlamlı fark gözlemlenmiştir. Bekâr olan hastaların yaşam doyumu ortalaması evli olanlara göre daha yüksek çıkmıştır.
- Kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanma durumu ve ailede kronik hastalık durumu ile yaşam doyumu ortalamaları arasındaki t testi sonucuna göre anlamlı fark elde edilmiştir. Kronik hastalığı olmayan, sürekli ilaç kullanmayan ve ailesinde kronik hastalığı bulunmayan bireylerin yaşam doyumu, kronik hastalara, sürekli ilaç kullananlara ve ailesinde kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek çıkmıştır.
- Genel sağlık durumu ile yaşam doyumu arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir. Genel sağlık durumu iyileştikçe yaşam doyumu da artmaktadır.
- Sağlık sorumluluğunun yaşam doyumu üzerine negatif bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Bireylerin sağlık sorumluluğu arttıkça, yaşam doyumu da azalmaktadır.
- Fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi boyutunu yaşam doyumu üzerine pozitif bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Kişiler düzenli fiziksel aktivite ve egzersiz yaptıkça, iletişim seviyesi yükseldikçe ve stres yönetim düzeyi arttıkça, yaşam doyumu da artmaktadır.
- Sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim boyutlarının hasta aktivasyon üzerine pozitif bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Bireylerin manevi gelişim düzeyi yükseldikçe ve sağlık sorumluluğu arttıkça hasta aktivasyonu da artmaktadır.
- Kesinlik boyutunun yaşam doyumu üzerine negatif bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Kişilerin sağlıklı olma konusunda kesin bir fikre sahip olma düzeyi yükseldikçe yaşam doyumu azalmaktadır.
- Öz farkındalık boyutunun yaşam doyumu üzerine pozitif bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Kişilerin öz farkındalıkları yükseldikçe, yaşam doyumu da artmaktadır.
- Kesinlik boyutunun hasta aktivasyonu üzerine negatif bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Kişilerin sağlıklı olma konusunda kesin bir fikre sahip olma düzeyi yükseldikçe, hasta aktivasyonu da azalmaktadır.
- Kontrol merkezi ve öz farkındalık boyutlarının hasta aktivasyonu üzerine pozitif bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin sağlıklı olma

konusunda kontrolü elinde tutabilme, kendine olan güven düzeyi ve öz farkındalık düzeyi yükseldikçe hasta aktivasyonu da yükselecektir

- Hasta aktivasyonunun yaşam doyumu üzerine pozitif bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Kişilerin hasta aktivasyon düzeyi yükseldikçe, yaşam doyumu da artmaktadır.
- Sağlık algısının alt boyutlarından kontrol merkezi ile SYBD alt boyutlarından olan fiziksel aktivite, beslenme ve kişiler arası ilişkiler arasında negatif yönlü düşük bir ilişki bulunmuştur. Bireyin sağlıklı olma konusunda kontrolü elinde tutabilme ve kendine olan güven düzeyi yükseldikçe, beslenmesi, kişiler arası ilişkileri ve fiziksel aktivite düzeyi düşmektedir.
- Sağlık algısının alt boyutlarından kesinlik ile SYBD alt boyutlarından olan fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi arasında negatif yönlü düşük bir ilişki bulunmuştur. Bireyin sağlıklı kalmaya yönelik yapması gerekenler hakkında fikre sahip olma düzeyi arttıkça, fiziksel aktivitesi, beslenmesi, manevi gelişimi, kişiler arası ilişkileri ve stres yönetim düzeyi düşmektedir.
- Sağlık algısının alt boyutlarından sağlığın önemi ile SYBD alt boyutlarından olan sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki bulunmuştur. Kişinin sağlığına verdiği önem arttıkça, sağlık sorumluluğu, beslenmesi, manevi gelişim düzeyi, kişiler arası ilişkileri ve stres yönetim düzeyi de artmaktadır.
- Sağlık algısının alt boyutlarından öz farkındalık ile SYBD alt boyutlarından olan sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki bulunmuştur. Bireyin öz farkındalık düzeyi arttıkça sağlık sorumluluğu, beslenmesi, kişiler arası ilişkileri ve manevi gelişimi düzeyi de artmaktadır.

5.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda geliştirilen öneriler aşağıda sunulmaktadır;

- Öğrenim düzeyi yükseldikçe bireylerin SYBD artmaktadır. Kişilerin riskli sağlık davranışları, yaşamın sonraki dönemlerinde yaşam tarzıyla ilgili hastalık risklerini önemli ölçüde etkilemektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe, buna bağlı olarak bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi, öz-yeterliliği daha fazla

artacak ve kişi kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmeye daha fazla istekli olacaktır. Eğitilmiş bireylerin farkındalık düzeylerinin daha yüksek olması, sağlıklı bir yaşam tarzına yönelik değişiklikler yapma konusunda motive olmalarını kolaylaştıracaktır. Bireylerin SYBD sergileyebilmeleri için, sağlıklarını korumada önemli bir rol üstlenebileceklerinin bilincinde olmaları ve hayatlarına bu bilinç doğrultusunda yön verebilmeleri önerilmektedir. Hükümetler sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının eğitim ve sağlık okuryazarlığı ile yükseltilebileceğini göz önünde bulundurarak buna yönelik uygulamaları hayata geçirmelidir. Hükümetler, projeler oluşturarak, sektörler arasında eylemleri koordine ederek ve sürdürülebilir finansman sağlayarak bireylerin SYBD sergilemesini teşvik edebilir ve uygulanmasında güçlü bir liderlik rolü üstlenebilir.

- Kronik hastalığı olmayan bireyler daha fazla SYBD sergilemektedir. Fiziksel hareketsizlik, yetersiz beslenme ve obezite gibi riskli sağlık davranışları, kronik hastalıkların daha çok görülmesinin nedenlerindendir. Kronik hastalığı olan bireyler öncelikle hastalıklarını kabullenmeli ve buna yönelik yaşam tarzında değişiklik yapmalıdır. Bu durum kişilerin kendine olan güvenini, öz yeterliliğini artıracak ve hastalıklarla baş etme becerisini kuvvetlendirecektir. Hükümetler, sağlık politikası geliştirirken hem kronik hastalıklara hem de kronik hastalıklara neden olan risk faktörleri ile mücadele amaçlı uzun soluklu stratejiler geliştirmeli ve sektörler arası iş birliğine önem vermelidir.
- Yaş arttıkça bireylerin SYBD azalmaktadır. Kişilerde yaş ilerlemesine bağlı olarak özellikle orta yaşlarda gerek genetik faktörden, gerekse yaşam biçimine bağlı olarak birtakım hastalıklar ortaya çıkabilir. Bu durum kişilerde stres, kaygı yaratarak sağlık kaygısının yükselmesine ve SYBD sergilemesine negatif katkı yapacaktır. İleri yaşlarda SYBD sergilenmesine yardımcı olabilmek için sağlık kuruluşlarına başvuru yapan yaşlı kişilere yönelik sağlık eğitimi verilebilir. Dahası bu kişilere danışmanlık hizmeti verilerek başarılı yaşlanmaya katkı sağlanabilir. Sağlıklı yaşlanma, bireyin yaşam doyumunu artırarak ileri yaşlarda ciddi fiziksel sorunlardan muzdarip olmasının da önüne geçecektir.
- Kronik hastalığı olmayan ve sürekli ilaç kullanmayan bireylerin yaşam doyumunu yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı olan kişiler, yaşam doyumunu yükseltmek adına hastalığının yönetiminde aktif rol almalı ve bu noktada

sağlık hizmeti sunucuları ile birlikte hareket etmelidir. Hastalığın yönetiminde psiko-sosyal destek ve hastanın güçlendirilmesi önerilmektedir.

- Bireylerin aktivasyon düzeyi arttıkça, yaşam doyumu da artmaktadır. Kişinin sağlık bakımında aktif rol üstlenebilmesi için sosyal çevresi ve hizmet sunucuları tarafından desteklenmesi gerekir. Bu noktada politika düzenleyiciler, bireyi güçlendirecek mikro ve makro politikalar oluşturmalıdır. Kamu spotlarının oluşturulması ve hizmet alınan kurumlarda hastalara destek verebilecek personellerin eğitilmesi önerilmektedir.
- Bireylerin sağlıklı olma konusunda kontrolü elinde tutabilme ve kendine olan güven düzeyi ve öz farkındalık düzeyi yükseldikçe hasta aktivasyonu da yükselecektir. Kişinin kendi sağlık bakımında aktif rol alabilmesi için, sağlığıyla ilgili sorumluluk almaya istekli olmalı ve bu yöndeki girişimleri sosyal çevresi ve ailesi tarafından desteklenmeli ve cesaretlendirilmelidir. Dahası bireyin kendi sağlığı üzerindeki kontrol yeteneğini artırmak için hükümetlere de önemli görevler düşmektedir. Bireylerin farkındalık düzeylerini artırmak amacıyla kitle iletişim araçlarıyla bilgilendirme kampanyaları ile geniş halk kitlelerinde kampanyalar önerilmektedir.
- Literatür araştırması sonucunda, hasta aktivasyonu ile ilgili çok fazla çalışma yapılmamış olduğu tespit edilmiştir. Hasta aktivasyonu ve yaşam doyumunu etkileyen farklı değişkenlerin ele alınarak farklı örneklerde araştırmalar yapılması tavsiye edilmektedir. Ayrıca yatan hastalar ve kronik hastaların hasta aktivasyonunu ve yaşam doyumunu etkileyen etmenlerin incelenmesi araştırmacılara önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

- Abu-Moghli FA, Khalaf IA, Barghoti FF, 2010. The influence of a health education programme on healthy lifestyles and practices among university students. *Int J Nurs Pract*, 16, 1, 35-42.
- Acar AE, 2011. Kronik hastalıkların, hastaların aile işlevleri ve yaşam doyumları üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Açıksöz S, Uzun Ş, Arslan F, 2013. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55, 3, e181-e7.
- Adana F, Güleğün T, Yıldırım B, Yeşilfidan D, 2012. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler. *Medical Sciences*, 14, 1, 11-21.
- Ağaçdiken Alkan S, Özdelikara A, Mumcu Boğa N, 2017. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algılarının belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6, 2, 11-21.
- Ahmad K, Jafar TH, Chaturvedi N, 2005. Self-rated health in Pakistan: results of a national health survey. *BMC Public Health*, 5, 1, 51.
- Ahn YH, Kim BJ, Ham OK, Kim SH, 2015. Factors associated with patient activation for self-management among community residents with osteoarthritis in Korea. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 26, 3.
- Akalın E, Tanrıöver M, Sayran F, 2012. Sürdürülebilir sağlık sistemi için kronik hastalık yönetiminde elektronik sağlık kayıtlarının rolü raporu (Yayın No: TÜSİADT/2012-06 1529). İstanbul: TÜSİAD yayınları.
- Akman G, 2019. Fazla kilolu ve obez bireylerde beden algısı, benlik saygısı ve algılanan sosyal desteğin yaşam doyumuyla ilişkisinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi,, İstanbul.
- Aksoy M, 2018. Gebe kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Aksoy T, Hülya U, 2014. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1, 2, 53-67.
- Aktaş Özakgöl A, Atabek Aştı T, Ataç M, Mercan K, 2016. Lise son sınıf öğrencileri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahipler mi? *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 24, 1, 16-23.
- Al-Nakeeb Y, Lyons M, Dodd LJ, Al-Nuaim A, 2015. An investigation into the lifestyle, health habits and risk factors of young adults. *Int J Environ Res Public Health*, 12, 4, 4380-94.
- Al-Windi A, 2005. The relations between symptoms, somatic and psychiatric conditions, life satisfaction and perceived health. A primary care based study. *Health Qual Life Outcomes*, 3, 28.
- Alagöz Ekti Z, 2020. Aile sağlığı merkezine kayıtlı kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin genel sağlık taramaları ve sağlık algısı üzerine etkisinin değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Afyon Karahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Afyon.
- Alataş Demirtaş S, 2018. Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Avrasya Üniversitesi, Trabzon.
- Alegria M, Sribney W, Perez D, Laderman M, Keefe K, 2009. The role of patient activation on patient-provider communication and quality of care for US and foreign born Latino patients. *Journal of general internal medicine*, 24 Suppl 3, 534-41.
- Alemdağ M, 2019. Ameliyathanede çalışan sağlık personelinin sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara.
- Alexander JA, Hearld LR, Mittler JN, Harvey J, 2012. Patient-physician role relationships and patient activation among individuals with chronic illness. *Health Serv Res*, 47, 3 Pt 1, 1201-23.
- Ali S, Stone MA, Peters JL, Davies MJ, Khunti K, 2006. The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med*, 23, 11, 1165-73.
- Altay B, Cavusoglu F, Cal A, 2016. The factors affecting the perception of elderly patients towards health, quality of life and health-related quality of life. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15, 3.

<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>.

<http://apa.org/topics/personality/>.

Aras Kemer NF, 2019. Farklı yetenek düzeyindeki ortaokul öğrencilerinde sınav kaygısı ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide umudun aracı rolü, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Araujo L, Teixeira L, Ribeiro O, Paul C, 2018. Objective vs. Subjective Health in Very Advanced Ages: Looking for Discordance in Centenarians. *Front Med (Lausanne)*, 5, 189.

Ardic A, Esin MN, 2016. Factors associated with healthy lifestyle behaviors in a sample of Turkish adolescents: A school-based study. *J Transcult Nurs*, 27, 6, 583-92.

Aung E, Donald M, Williams GM, Coll JR, Doi SA, 2015. Joint influence of Patient-Assessed Chronic Illness Care and patient activation on glycaemic control in type 2 diabetes. *Int J Qual Health Care*, 27, 2, 117-24.

AuYoung M, Ponce NA, Duru OK, Bustamante AV, Mangione CM, Rodriguez HP, 2016. Patient activation is inconsistently associated with positive health behaviors among obese safety net patients. *J Immigr Minor Health*, 18, 6, 1489-97.

Aydın Dinçer GB, 2019. Fizyoterapi öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.

Aydiner Boylu A, Günay G, 2017. Life satisfaction and quality of life among the elderly: Moderating effect of activities of daily living. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, 20, 1.

Aygar H, Zencirci SA, Emiral GO, Alaiye M, Soysal A, Onsuz MF, Isikli B, Metintas S, 2019. Assessment of health-promoting lifestyle behaviors of adults living in the semi-rural area. *North Clin Istanb*, 6, 1, 13-20.

Ayllón S, Gábos A, 2017. The Interrelationships between the Europe 2020 Poverty and Social Exclusion Indicators. *Social Indicators Research*, 130, 3, 1025-49.

Ayyıldız Nİ, Ergüney S, 2017. Hipertansiyon hastalarında yaşam doyumu ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33, 3, 21-31.

Bahar A, 2018. Uyuşturucu madde kullanımının nedenleri ve bağımlılık oluşum sürecinde iletişimsel yaklaşımların rolü ve önemi: polis kayıtları üzerinden olgusal bir inceleme. *Istanbul University Journal of Communication Sciences*, 55, 1-36.

Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A, 2008. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin-II geçerlik ve güvenirlik çalışması. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 12, 1, 1-13.

Bahrom NH, Ramli AS, Isa MR, Abdul-Hamid H, Badlishah-Sham SF, Baharudin N, Mohamed-Yassin MS, 2020. Factors associated with high patient activation level among individuals with metabolic syndrome at a primary care teaching clinic. *J Prim Care Community Health*, 11, 2150132720931301.

Baksi A, Sürücü Arda H, Çetik S, 2020. Hemşirelik öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Jaren*, 6, 2, 229-35.

Balcı Ş, Koçak MC, (2017). Sosyal medya kullanımı ile yaşam doyumu arasındaki ilişki: Üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. 1. Uluslararası İletişimde Yeni Yönelimler Konferansı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 34-45., Nobel Akademik Yayıncılık: 34-45.

Balcıoğlu İ. Stres kavramı ve tarihsel gelişimi. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Medikal Açından Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi 09-12, İstanbul.

Bayat G, 2019. Beş faktör kişilik özellikleri ve konaklama işletmeleri çalışanları kişilik özelliklerinin iş doyumu düzeyleri üzerindeki etkisi *Journal of Business Research* 11, 3, 1575-88.

Bayın Donar G, 2019. Diyaliz tedavisi alan hastaların sağlık hizmeti kullanımını ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Baykan Z, Baykan A, Naçar M, 2010. Kronik hastalıklı çocukları olan ailelerin yaşam doyumlarının incelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 27, 3, 174-7.

Bayrak Özarslan B, 2013. Diyabetik koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin belirle, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

- Beard E, Clark M, Hurel S, Cooke D, 2010. Do people with diabetes understand their clinical marker of long-term glycemic control (HbA1c levels) and does this predict diabetes self-care behaviours and HbA1c? *Patient Educ Couns*, 80, 2, 227-32.
- Begum N, Donald M, Ozolins IZ, Dower J, 2011. Hospital admissions, emergency department utilisation and patient activation for self-management among people with diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*, 93, 2, 260-7.
- Berg AI, 2008. Life satisfaction in late life: Markers and predictors of level and change among 80+ year olds, Department of Psychology; Psykologiska institutionen, p.
- Bergmo TS, Berntsen GK, Dalbakk M, Rumpfeld M, 2015. The effectiveness and cost effectiveness of the PATient-Centred Team (PACT) model: study protocol of a prospective matched control before-and-after study. *BMC Geriatr*, 15, 133.
- Bernat JK, Coa K, Blanch-Hartigan D, 2017. Cancer survivors as activated patients: Exploring the relationship between cancer history and patient activation. *J Psychosoc Oncol*, 35, 2, 239-47.
- Bhuiyan M, Sheng JWK, Ghazali FHB, al Mughasbi FGA, Arnous MK, Maziz MNH, Appalanaidu VA, al-Jashamy K, Kadir SY, 2017. Health-promoting lifestyle habits among preclinical medical students. *Pakistan Journal Of Medical Akistan Journal Of Medical Health Sciences*, 11, 2, 490-5.
- Bilen D, 2019. Suriyeli mültecilerde travma sonrası stres bozukluğu ve yaşam doyumu düzeyinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi Mersin.
- Bilge F, Sayan A, Kabakçı ÖF, 2009. Aile mahkemesi uzmanlarının meslek doyumları, yaşam doyumları ve ilişkilere yönelik inançlarının incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4, 32, 20-31.
- Bilgili N, Ayaz S, 2009. Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8, 6.
- Blakemore A, Hann M, Howells K, Panagioti M, Sidaway M, Reeves D, Bower P, 2016. Patient activation in older people with long-term conditions and multimorbidity: correlates and change in a cohort study in the United Kingdom. *BMC Health Serv Res*, 16, 1, 582.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K, 2002. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *Jama*, 288, 15, 1909-14.
- Boehm JK, Kubzansky LD, 2012. The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological bulletin*, 138, 4, 655-91.
- Borg C, Hallberg IR, Blomqvist K, 2006. Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of clinical nursing*, 15, 5, 607-18.
- Borle PS, Parande M, Tapare V, Kamble V, Bulakh P, 2017. Health-promoting lifestyle behaviours of nursing students of a tertiary care institute. *Int J Community Med Public Health*, 44, 5, 1768-73.
- Bostan N, Beşer A, 2017. Factors affecting the healthy lifestyle behaviors of nurses. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14, 1, 38-44.
- Botha F, Booyesen F, 2013. The relationship between marital status and life satisfaction among South African adults. *Acta Academica*, 45, 2, 150-78.
- Bozhüyük A, 2010. Çukurova Üniversitesi sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Adana.
- Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçi E, Bozdemir N, Care P, 2012. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine*, 6, 1.
- Bozkurt F, 2014. Sözlüklerdeki temel duygu kavramlarının yeniden tanımlanması: Bir yöntem önerisi. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Türkoloji Dergisi*, 21, 1, 25-34.
- Bozkurt Yükçü Ş, 2017. Bağımsız anaokullarına devam eden çocukların duygu düzenleme ve sosyal problem çözme becerileri ile ebeveynlerinin duygusal okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A, 2018. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 68, 6, 394-424.
- Brenk-Franz K, Hibbard JH, Herrmann WJ, Freund T, Szecsenyi J, Djalali S, Steurer-Stey C, Sonnichsen A, Tiesler F, Storch M, Schneider N, Gensichen J, 2013. Validation of the German version of the patient activation measure 13 (PAM13-D) in an international multicentre study of primary care patients. *Plos One*, 8, 9, e74786.
- Brief AP, Butcher AH, George JM, Link KE, 1993. Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: The case of health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 4, 646-53.
- Broe GA, Jorm AF, Creasey H, Grayson D, Edelbrock D, Waite LM, Bennett H, Cullen JS, Casey B, 1998. Impact of chronic systemic and neurological disorders on disability, depression and life satisfaction. *International journal of geriatric psychiatry*, 13, 10, 667-73.
- Budesa T, Egnor E, Howell L, 2008. Gender influence on perceptions of healthy and unhealthy lifestyles. *The Osprey Journal of Ideas and Inquiry*.
- Budh CN, Osteråker AL, 2007. Life satisfaction in individuals with a spinal cord injury and pain. *Clinical rehabilitation*, 21, 1, 89-96.
- Buttorff C, Ruder T, Bauman M, 2017. Multiple chronic conditions in the United States, RAND Corporation, p.
- Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakma E, Akgün Ö, Karadeniz Ş, Demirel F, 2013. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. 13, Pegem Akademi, p. 358.
- Can G, Ozdilli K, Erol O, Unsar S, Tulek Z, Savaser S, Ozcan S, Durna Z, 2008. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. *Nurs Health Sci*, 10, 4, 273-80.
- Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, Sweeney J, 2013. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff (Millwood)*, 32, 2, 223-31.
- Chen C, 2001. Aging and life satisfaction. *Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement*, 54, 1, 57-79.
- Cheung H, Chan A, 2009. The effect of education on life satisfaction across countries. *Alberta Journal of Educational Research*, 55, 124-36.
- Chida Y, Steptoe A, 2008. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic medicine*, 70, 7, 741-56.
- Cho J, Martin P, Margrett J, Macdonald M, Poon LW, 2011. The relationship between physical health and psychological well-being among oldest-old adults. *J Aging Res*, 2011, 605041.
- Cihangiroğlu Z, Deveci SE, 2011. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16, 2, 78-83.
- Clark EJ, Stovall EL, 1996. Advocacy: the cornerstone of cancer survivorship. *Cancer practice*, 4, 5, 239-44.
- Clark LA, Watson D, 1995. Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7, 3, 309-19.
- Cohen S, Alper CM, Doyle WJ, Treanor JJ, Turner RB, 2006. Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or influenza A virus. *Psychosomatic medicine*, 68, 6, 809-15.
- Costa PT, Jr., McCrae RR, Zonderman AB, 1987. Environmental and dispositional influences on well-being: longitudinal follow-up of an American national sample. *British journal of psychology (London, England : 1953)*, 78 (Pt 3), 299-306.
- Costa PT, McCrae RR, 1980. Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 4, 668-78.

- Coşkun R, Altunışık R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E, 2017. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri SPSS uygulamalı. 9, Sakarya Kitabevi, p.
- Cronin RM, Dorner TL, Utrankar A, Allen W, Rodeghier M, Kassim AA, Jackson GP, DeBaun MR, 2019. Increased Patient Activation Is Associated with Fewer Emergency Room Visits and Hospitalizations for Pain in Adults with Sickle Cell Disease. *Pain Med*, 20, 8, 1464-71.
- Cropanzano R, Wright TA, 2001. When a "happy" worker is really a "productive" worker: A review and further refinement of the happy-productive worker thesis. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 53, 3, 182-99.
- Cunha CM, Nepomuceno E, Manzato RO, Cunha D, Silva DD, Dantas RAS, 2018. Cultural adaptation and validation of the Brazilian Version of the Patient Activation Measure-22 items. *Rev Bras Enferm*, 71, 4, 1891-8.
- Çabuk Ç, 2019. 60 yaş üstü bireylerin yaşam doyumu, sağlık algısı ve boş zaman aktivite tercihlerinin incelenmesi Yüksek Lisans tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
- Çağlayan HS, Öz ND, Arı A, 2019. Relationship between health perception and life satisfaction in individuals who are member of recreative fitness center. *Türk Spor ve Egzersiz Dergisi*, 21, 2, 311-5.
- Çapık C, 2006. Yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını etkileyen etmenlerin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Çayır M, 2013. Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerde yaşam doyumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Çelik A, 2018. Hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Çetinkaya H, 2004. Beden imgesi, beden organlarından memnuniyet, benlik saygısı, yaşam doyumu ve sosyal karşılaştırma düzeyinin demografik değişkenlere göre farklılaşması, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Mersin.
- Çilingir D, Aydın A, 2017. Department of nursing students' perception of health. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*.
- Çimen Z, 2015. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Dağlı A, Baysal N, 2016. Yaşam doyumu ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Electronic Journal of Social Sciences*, 15, 59.
- Dake FA, Tawiah EO, Badasu DM, 2011. Sociodemographic correlates of obesity among Ghanaian women. *14, 7, 1285-91*.
- Dalgış İşler A, Efe E, Kaya A, Sarvan S, Başer H, 2018. Healthy lifestyle behaviors in patients with thalassemia major. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7, 1, 77-86.
- Deeks A, Lombard C, Michelmore J, Teede H, 2009. The effects of gender and age on health related behaviors. *BMC Public Health*, 9, 213.
- Della Giusta M, Jewell SL, Kambhampati US, 2011. Gender and life satisfaction in the UK. *Feminist Economics*, 17, 3, 1-34.
- DeNeve KM, Cooper H, 1998. The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological bulletin*, 124, 2, 197-229.
- Deniz SS, Ozer O, Songur C, 2018. Effect of healthliteracy on health perception: An application in individuals at age 65 and older. *Soc Work Public Health*, 33, 2, 85-95.
- Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP, 2007. Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Preliminary findings. *Journal of Community Psychology*, 35, 5, 557-61.
- Diamond R, Becker M, 1999. The wisconsin quality of life Index: A multidimensional model for measuring quality of life. *The Journal of clinical psychiatry*, 60 Suppl 3, 29-31.

- Diener E, 1984. Subjective well-being. American Psychological Association. Psychological Bulletin 95, 3, 542-75.
- Diener E, 1984. Subjective well-being. Psychological bulletin, 95, 3, 542-75.
- Diener E, Oishi S, Lucas RE, 2003. Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. Annu Rev Psychol, 54, 403-25.
- Diener E, Ryan K, 2009. Subjective well-being: A general overview. South African Journal of Psychology, 39, 4, 391-406.
- Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL, 1999. Subjective well-being: Three decades of progress. Psychological bulletin, 125, 2, 276-302.
- Do V, Young L, Barnason S, Tran H, 2015. Relationships between activation level, knowledge, self-efficacy, and self-management behavior in heart failure patients discharged from rural hospitals. F1000Res, 4, 150.
- Doğan B, Candan Dönmez Y, 2019. Böbrek nakli olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam doyumlarının belirlenmesi. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi.
- Doğan T, 2013. Beş faktör kişilik özellikleri ve öznel iyi oluş. Doğu Üniversitesi Dergisi, 14, 1, 56-64.
- Duberstein PR, Sörensen S, Lyness JM, King DA, Conwell Y, Seidlitz L, Caine ED, 2003. Personality is associated with perceived health and functional status in older primary care patients. Psychol Aging, 18, 1, 25-37.
- Dumitrache CG, Rubio L, Rubio-Herrera R, 2017. Perceived health status and life satisfaction in old age, and the moderating role of social support. Aging Ment Health, 21, 7, 751-7.
- Dunlay SM, Griffin JM, Redfield MM, Roger VL, 2017. Patient activation in acute decompensated heart failure. J Cardiovasc Nurs, 32, 6, 560-7.
- Duran Ö, Sümer H, 2014. Ebelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17, 1, 40-9.
- Dülger H, Seven A, 2020. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlık algı düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Kesitsel bir çalışma. EJONS International Journal of Mathematic, Engineering and Natural Sciences, 4, 14.
- Easterlin RA, 1995. Will raising the incomes of all increase the happiness of all? Journal of Economic Behavior & Organization, 27, 1, 35-47.
- Easterlin RA, 2006. Life cycle happiness and its sources: Intersections of psychology, economics, and demography. 27, 4, 463-82.
- Efteli E, Khorshid L, 2016. İki farklı bölüm öğrencilerinin sağlık algılarının karşılaştırılması Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 32, 2, 1-10.
- Ekin İH, 2019. Hemodiyaliz hastalarının yaşam doyumu ile benlik saygısı ilişkisinin incelenmesi ve tıbbi sosyal hizmet müdahalesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sivas.
- Ekstedt M, Schildmeijer K, Wennerberg C, Nilsson L, Wannheden C, Hellström A, 2019. Enhanced Patient Activation in Cancer Care Transitions: Protocol for a Randomized Controlled Trial of a Tailored Electronic Health Intervention for Men With Prostate Cancer. JMIR Res Protoc, 8, 3, e11625-e.
- Emeksiz B, 2018. Yoğun bakım ünitesi hemşirelerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Emmons RA, Diener E, 1985. Factors predicting satisfaction judgments: A comparative examination. Psychological Bulletin Social Indicators Research, 16, 2, 157-67.
- Enrico AM, Richard AE, 2005. Beyond gender differences in us life cycle happiness, University of Massachusetts Boston p.
- Erçin HŞ, 2018. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile enneagram kişilik tipleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara.

- Erengin H, Dedeoğlu N, 1997. Sağlığı ölçmenin kolay bir yolu: algılanan sağlık. *Toplum ve Hekim*, 12, 77, 11-6.
- Ericson M, Vinson T, 2012. Life satisfaction and happiness. *Richmond, Jesuit Social Services*, 307, 456, 190.
- Erskine NA, Gandek B, Waring ME, Kinney RL, Lessard DM, Devereaux RS, Chrysanthopoulou SA, Kiefe CI, Goldberg RJ, 2018. Survivors of an acute coronary syndrome with lower patient activation are more likely to experience declines in health-related quality of life. *J Cardiovasc Nurs*, 33, 2, 168-78.
- Eryılmaz A, Öğülmüş S, 2010. Ergenlikte öznel iyi oluş Ve beş faktörlü kişilik modeli. *Journal of Kirsehir Education Faculty*, 11, 3.
- European Patients b, (2015). EPF background brief: patient empowerment, EPF Brussels.
- Evangelista LS, Liao S, Motie M, De Michelis N, Lombardo D, 2014. On-going palliative care enhances perceived control and patient activation and reduces symptom distress in patients with symptomatic heart failure: a pilot study. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 13, 2, 116-23.
- Evans MDR, Kelley J, 2004. Effect of family structure on life satisfaction: Australian evidence. *Social indicators research*, 69, 3, 303-49.
- Eysenck HJ, 1970. The structure of human personality (psychology revivals), Routledge, p.
- Ezer S, 2018. Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile profesyonel yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Fahey TD, Insel PM, Roth WT, 2009. Fit & well : core concepts and labs in physical fitness and wellness, New York, McGraw-Hill Higher Education, p.
- Feller S, Teucher B, Kaaks R, Boeing H, Vigl M, 2013. Life satisfaction and risk of chronic diseases in the European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC)-Germany study. *Plos One*, 8, 8, e73462.
- Filiz E, 2015. Sağlık okuryazarlığının gebelik ve sağlık algısı ile ilişkisi, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Fillenbaum GG, 1979. Social context and self-assessments of health among the elderly. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 1, 45-51.
- Fırat T, 2019. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi düzeyi ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Fløde M, Iversen MM, Aarflot M, Haltbakk J, 2017. Lasting impact of an implemented self-management programme for people with type 2 diabetes referred from primary care: a one-group, before-after design. *Scand J Caring Sci*, 31, 4, 789-95.
- Fordyce MW, 1977. Development of a program to increase personal happiness. *Journal of counseling psychology*, 24, 6, 511.
- Fowles JB, Terry P, Xi M, Hibbard J, Bloom CT, Harvey L, 2009. Measuring self-management of patients' and employees' health: further validation of the Patient Activation Measure (PAM) based on its relation to employee characteristics. *Patient Educ Couns*, 77, 1, 116-22.
- Freund AM, Baltes PB, 1998. Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13, 4, 531-43.
- Frey BS, Stutzer A, 2010. Happiness and economics: How the economy and institutions affect human well-being, Princeton University Press, p.
- Friedman EM, Hayney MS, Love GD, Urry HL, Rosenkranz MA, Davidson RJ, Singer BH, Ryff CD, 2005. Social relationships, sleep quality, and interleukin-6 in aging women. *Psychosomatic Medicine*, 67, 5, 1875-82.
- Gao J, Arden M, Hoo ZH, Wildman M, 2019. Understanding patient activation and adherence to nebuliser treatment in adults with cystic fibrosis: responses to the UK version of PAM-13 and a think aloud study. *BMC Health Serv Res*, 19, 1, 420.

- Garcia P, 2000. A step in the development of city health profiles, OMS, p.
- Gençgün F, 2018. Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi İstanbul.
- Giang LT, Van Duong D, Kim YJ, 2018. Factors associated with perceived health status of the vietnamese older people. *Journal of Population Ageing*, 12, 1, 95-108.
- Glass C, 1999. Spinal cord injury: impact and coping, Wiley-Blackwell, p.
- Gleason KT, Tanner EK, Boyd CM, Saczynski JS, Szanton SL, 2016. Factors associated with patient activation in an older adult population with functional difficulties. *Patient Educ Couns*, 99, 8, 1421-6.
- Goldbeck L, Schmitz TG, Besier T, Herschbach P, Henrich G, 2007. Life satisfaction decreases during adolescence. *Qual Life Res*, 16, 6, 969-79.
- Gong C, Cassells R, Keegan M, 2011. Understanding life satisfaction and the education puzzle in Australia: A profile from HILDA Wave 9, NATSEM, University of Canberra, p.
- Goodwin R, Engstrom G, 2002. Personality and the perception of health in the general population. *Psychol Med*, 32, 2, 325-32.
- Gould MT, 1992. Nursing home elderly: Social-environmental factors. *Journal of Gerontological Nursing*, 18, 8, 13-20.
- Graham C, Chattopadhyay S, 2013. Gender and well-being around the world. *International Journal of Happiness and Development*, 1, 2, 212-32.
- Grant N, Wardle J, Steptoe A, 2009. The relationship between life satisfaction and health behavior: a cross-cultural analysis of young adults. *Int J Behav Med*, 16, 3, 259-68.
- Green CA, Perrin NA, Polen MR, Leo MC, Hibbard JH, Tusler M, 2010. Development of the patient activation measure for mental health. *Adm Policy Ment Health*, 37, 4, 327-33.
- Green CA, Polen MR, Janoff SL, Castleton DK, Wisdom JP, Vuckovic N, Perrin NA, Paulson RI, Oken SL, 2008. Understanding how clinician-patient relationships and relational continuity of care affect recovery from serious mental illness: STARS study results. *Psychiatr Rehabil J*, 32, 1, 9-22.
- Greene J, Hibbard JH, 2012. Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *Journal of general internal medicine*, 27, 5, 520-6.
- Greene J, Hibbard JH, Sacks R, Overton V, Parrotta CD, 2015. When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too. *Health Aff (Millwood)*, 34, 3, 431-7.
- Greenstein TN, 2016. Gender, marital status and life satisfaction.
- Groen WG, Kuijpers W, Oldenburg HS, Wouters MW, Aaronson NK, van Harten WH, 2017. Supporting lung cancer patients with an interactive patient portal: Feasibility study. *JMIR Cancer*, 3, 2, e10.
- Grover A, Joshi A, 2014. An overview of chronic disease models: a systematic literature review. *Glob J Health Sci*, 7, 2, 210-27.
- Gupta A, Sharma M, Sharma J, 2015. A role of insulin in different types of diabetes. *J Int J Curr Microbiol App Sci*, 4, 58-77.
- Gur G, Sunal N, 2019. Determination of health perception and healthy lifestyle behaviors in patients with coronary artery disease. *The Journal of Health Sciences and Professions*, 6, 2, 209-19.
- Gül T, 2019. Yaşam doyumunun yordayıcısı olarak boş zaman tatmini. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 22, 2, 914-30.
- Gülcivan G, Topçu B, 2017. Meme kanserli hastaların yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 5, 2, 63-74.
- Gür G, Sunal N, 2017. Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.

- Gwozdz W, Sousa-Poza A, 2010. Ageing, health and life satisfaction of the oldest old: An analysis for Germany. *Social Indicators Research*, 97, 3, 397-417.
- Hacıhasanoglu R, Yildirim A, Karakurt P, Saglam R, 2011. Healthy lifestyle behaviour in university students and influential factors in eastern Turkey. *Int J Nurs Pract*, 17, 1, 43-51.
- Hajat C, Stein E, 2018. The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. *Prev Med Rep*, 12, 284-93.
- Halding AG, Grov EK, 2017. Self-rated health aspects among persons living with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 12, 1163-72.
- Halpin HA, Morales-Suárez-Varela MM, Martin-Moreno JM, 2010. Chronic disease prevention and the New Public Health. *Public Health Reviews*, 32, 1, 120-54.
- Harvey L, Fowles JB, Xi M, Terry P, 2012. When activation changes, what else changes? the relationship between change in patient activation measure (PAM) and employees' health status and health behaviors. *Patient Educ Couns*, 88, 2, 338-43.
- Headey B, Wearing A, 1992. *Understanding happiness: A theory of subjective well-being*, Melbourne, Longman Cheshire, p.
- Heller D, Watson D, Hies R, 2004. The role of person versus situation in life satisfaction: a critical examination. *Psychological bulletin*, 130, 4, 574-600.
- Hendriks M, Rademakers J, 2014. Relationships between patient activation, disease-specific knowledge and health outcomes among people with diabetes; a survey study. *BMC Health Services Research*, 14, 1, 393.
- Hendriks SH, Hartog LC, Groenier KH, Maas AH, van Hateren KJ, Kleefstra N, Bilo HJ, 2016. Patient activation in Type 2 diabetes: Does it differ between men and women? *J Diabetes Res*, 2016, 7386532.
- Hibbard JH, 2009. Using systematic measurement to target consumer activation strategies. *Med Care Res Rev*, 66, 1 Suppl, 9s-27s.
- Hibbard JH, 2017. Patient activation and the use of information to support informed health decisions. *Patient Educ Couns*, 100, 1, 5-7.
- Hibbard JH, Greene J, 2013. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Aff (Millwood)*, 32, 2, 207-14.
- Hibbard JH, Mahoney E, Sonet E, 2017. Does patient activation level affect the cancer patient journey? *Patient Educ Couns*, 100, 7, 1276-9.
- Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M, 2007. Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health Serv Res*, 42, 4, 1443-63.
- Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M, 2007. Self-management and health care utilization: Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health Services Research*, 42, 4, 1443-63.
- Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, Tusler M, 2005. Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health Serv Res*, 40, 6 Pt 1, 1918-30.
- Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M, 2004. Development of the patient activation measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv Res*, 39, 4 Pt 1, 1005-26.
- Hillierås PK, Jorm AF, Herlitz A, Winblad B, 2001. Life satisfaction among the very old: a survey on a cognitively intact sample aged 90 years or above. *International journal of aging & human development*, 52, 1, 71-90.
- Hoeger WW, Hoeger SA, 2013. *Principles and labs for physical fitness*, Cengage Learning, p.
- Horzum MB, Ayas T, Padiş MA, 2017. Beş faktör kişilik ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması. *Sakarya University Journal of Education*, 7, 2, 398-408.

- Hosseini M, Ashktorab T, Taghdisi MH, Khodayari MT, 2017. The interpersonal influences as a factor for health promoting life style in nursing students: A mixed method study. *Glob J Health Sci*, 9, 196-205.
- Hosseinkhanzadeh AA, Taher M, 2013. The relationship between personality traits with life satisfaction. *Sociology Mind*, 03, 01, 99-105.
- Improving Chronic Illness Care, 2020. Erişim. Erişim adresi, www.improvingchroniccare.org
- Inal S, Subasi F, Ay SM, Hayran O, 2007. The links between health-related behaviors and life satisfaction in elderly individuals who prefer institutional living. *BMC Health Serv Res*, 7, 30.
- Ivantchev N, Stoyanova S, 2019. Athletes and Non-Athletes' Life Satisfaction. *Athens Journal of Sports*, 6, 1, 45-60.
- Jacobson AF, Sumodi V, Albert NM, Butler RS, DeJohn L, Walker D, Dion K, Tai HL, Ross DM, 2018. Patient activation, knowledge, and health literacy association with self-management behaviors in persons with heart failure. *Heart Lung*, 47, 5, 447-51.
- Jansen F, Coupe VMH, Eerenstein SEJ, Leemans CR, Verdonck-de Leeuw IM, 2018. Costs from a healthcare and societal perspective among cancer patients after total laryngectomy: are they related to patient activation? *Support Care Cancer*, 26, 4, 1221-31.
- Jerofke T, Weiss M, Yakusheva O, 2014. Patient perceptions of patient-empowering nurse behaviours, patient activation and functional health status in postsurgical patients with life-threatening long-term illnesses. *J Adv Nurs*, 70, 6, 1310-22.
- Patient perceptions of patient-empowering nurse behaviors, patient activation, and functional health status after surgery, 2013. Erişim. Erişim adresi.
- Johnson RL, 2005. Gender differences in health-promoting lifestyles of African Americans. *Public health nursing (Boston, Mass.)*, 22, 2, 130-7.
- Joshanloo M, Jovanović V, 2020. The relationship between gender and life satisfaction: analysis across demographic groups and global regions. *Arch Womens Ment Health*, 23, 3, 331-8.
- Kadioğlu H, Yıldız A, 2012. Sağlık algısı ölçeğinin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 32, 1, 47-53.
- Kahraman H, 2019. Zihinsel ve ortopedik engelli bireylerin ebeveynlerinde engellilerin hakları hakkında bilgi sahibi olmanın yaşam doyumu ve ebeveynlerin stresle başa çıkma tutumları ile ilişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Kahveci R, Dilmaç E, Özseri H, Aydın M, Artantaş A, Ayhan D, Koç M, (2013). Sağlıklı yaşlanma ve kronik hastalıklar farkındalık projesi, Ankara.
- Kaleta D, Polańska K, Dzionkowska-Zaborszczyk E, Hanke W, Drygas W, 2009. Factors influencing self-perception of health status. *Central European Journal of Public Health*, 17, 3, 122-7.
- Karaca T, Aslan S, 2019. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık durumu algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *ACU Sağlık Bil. Dergisi*, 10, 4, 734-9.
- Karaca T, Aslan S, 2019. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Durumu Algılarının ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *Acibadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 0-.
- Karakoyunlu Şen S, 2019. Sağlık algısı ile kanser taraması farkındalığı arasındaki ilişki, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir.
- Katon WJ, Rutter C, Simon G, Lin EH, Ludman E, Ciechanowski P, Kinder L, Young B, Von Korff M, 2005. The association of comorbid depression with mortality in patients with type 2 diabetes. *Diabetes care*, 28, 11, 2668-72.
- Kaya S, 2014. Koroner arter bypass grefti ameliyatı geçiren hastalarda yorgunluk ve sağlık algısı, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Kayapınar M, 2012. Futbol antrenörlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel uygunluk düzeyleri ile bazı kan değerlerinin karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Fatma Üyesi, Elazığ.
- Kenney M, 2017. 2nd Place Research Paper: Patient Activation Among Diverse Populations: A Systematic Review.

- Kerner W, Bruckel J, 2014. Definition, classification and diagnosis of diabetes mellitus. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*, 122, 7, 384-6.
- Keser A, 2005. İş doyumu ve yaşam doyumu ilişkisi: Otomotiv sektöründe bir uygulama. *Çalışma ve Toplum, Ekonomi ve Hukuk Dergisi*, 4, 1, 77-95.
- Kılıç L, 2017. Beden eğitimi öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi İstanbul.
- Kılınç G, Yıldız E, Kavak F, 2016. The relationship between healthy life style behaviors and hopelessness in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 13, 114-26.
- Kinney RL, Lemon SC, Person SD, Pagoto SL, Saczynski JS, 2015. The association between patient activation and medication adherence, hospitalization, and emergency room utilization in patients with chronic illnesses: a systematic review. *Patient Educ Couns*, 98, 5, 545-52.
- Kıraç R, 2019. Sağlık arama davranışını etkileyen faktörler: Yapısal eşitlik modellemesine dayalı bir araştırma, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Knoerl R, Lee D, Yang J, Bridges C, Kanzawa-Lee G, Lita Smith G, Lavoie Smith EM, 2018. Examining the Impact of a Web-Based Intervention to Promote Patient Activation in Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy Assessment and Management. *J Cancer Educ*, 33, 5, 1027-35.
- Kockanat P, Bekar M, 2018. The relationship between sexual health behaviors and healthy lifestyle behaviors of female students in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 11, 3, 1859-67.
- Koçak ÖF, 2016. Kişilerarası çatışmalar ve yaşam doyumu ilişkisi: Üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Journal of International Social Research*, 9, 43, 1956-77.
- Koivumaa-Honkanen H, Kaprio J, Honkanen RJ, Viinamäki H, Koskenvuo M, 2005. The stability of life satisfaction in a 15-year follow-up of adult Finns healthy at baseline. *BMC Psychiatry*, 5, 1, 4.
- Kolaç N, Balcı AS, Şişman FN, Ataçer BE, Dinçer S, 2018. Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14, 267-74.
- Kolaç N, Sezer Balcı A, Nevin Şişman F, Eylem Ataçer B, Dinçer S, 2018. Health perception and healthy lifestyle behaviors in factory workers. *Bakirkoy Tıp Dergisi / Medical Journal of Bakirkoy*, 267-74.
- Koo LC, Kabat GC, Rylander R, Tominaga S, Kato I, Ho JH, 1997. Dietary and lifestyle correlates of passive smoking in Hong Kong, Japan, Sweden, and the U.S.A. *Soc Sci Med*, 45, 1, 159-69.
- Koraltan A, 2017. Eve bağımlı hastalara bakım verenlerin genel sağlık algısı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Doğu Üniversitesi, İstanbul.
- Korn L, Gonen E, Shaked Y, Golan M, 2013. Health perceptions, self and body image, physical activity and nutrition among undergraduate students in Israel. *Plos One*, 8, 3, e58543.
- Korpershoek Y, Bos-Touwen ID, de Man-van Ginkel JM, Lammers JW, Schuurmans MJ, Trappenburg J, 2016. Determinants of activation for self-management in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 11, 1757-66.
- Koşar C, 2015. Hasta aktiflik düzeyi ölçüm aracının (patient activation measure) Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Köksal O, 2015. Beş faktör kişilik özellikleri ve yaşam doyumu, Nobel Yayınevi, p.
- Köse E, Doğan BG, Ekerbiçer HÇ, 2018. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem I, II, III Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Davranışları ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8, 1, 20-9.
- Kraja F, Këlliçi I, Çakërri L, 2013. Determinants of self-perceived health status in population-based studies. *Albanian Medical Journal*, 2, 106-8.
- Krouse RS, Grant M, McCorkle R, Wendel CS, Cobb MD, Tallman NJ, Ercolano E, Sun V, Hibbard JH, Hornbrook MC, 2016. A chronic care ostomy self-management program for cancer survivors. *Psychooncology*, 25, 5, 574-81.

- Kumpatla S, Medempudi S, Manoharan D, Viswanathan V, 2010. Knowledge and outcome measure of HbA1c testing in Asian Indian patients with Type 2 diabetes from a tertiary care center. *Indian J Community Med*, 35, 2, 290-3.
- Kuru Z, 2019. Yol yapım inşaatı işçilerinde sağlık algısı, sağlık riskleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Kushner RF, Mechanick JI, 2016. The Importance of Healthy Living and Defining Lifestyle Medicine. In: *Lifestyle Medicine*. Eds, p. 9-15.
- Küçükberber N, 2010. Kalp hastalarında yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Kvæl LAH, Debesay J, Langaas A, Bye A, Bergland A, 2018. A concept analysis of patient participation in intermediate care. *Patient Educ Couns*, 101, 8, 1337-50.
- Lang E, Arnold K, Kupfer P, 1994. Frauen werden älter. *Zeitschrift für Gerontologie*, Jg, 27, 10-5.
- Laranjo L, Dias V, Nunes C, Paiva D, Mahoney B, 2018. Translation and validation of the patient activation measure in portuguese people with Type 2 diabetes mellitus. *Acta Med Port*, 31, 7-8, 382-90.
- Leite Â, Ramires ANA, Moura AD, Souto T, MarôCo J, 2019. Psychological well-being and health perception: predictors for past, present and future. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 46, 3, 53-60.
- Leung B, Luo N, So L, Quan H, 2007. Comparing three measures of health status (perceived health with Likert-type scale, EQ-5D, and number of chronic conditions) in Chinese and white Canadians. *Medical care*, 45, 7, 610-7.
- Li Q, 2005. Subjective well-being and mortality in Chinese oldest old. MPIDR Working.
- Lin MY, Weng WS, Apriliyasari RW, P VANT, Tsai PS, 2020. Effects of patient activation intervention on chronic diseases: a meta-analysis. *The journal of nursing research : JNR*, 28, 5, e116.
- Linn LS, Yager J, Cope D, Leake B, 1985. Health status, job satisfaction, job stress, and life satisfaction among academic and clinical faculty. *Jama*, 254, 19, 2775-82.
- Liu J, Wei W, Peng Q, Xue C, 2020. Perceived Health and Life Satisfaction of Elderly People: Testing the Moderating Effects of Social Support, Attitudes Toward Aging, and Senior Privilege. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 33, 3, 144-54.
- Loewe N, Bagherzadeh M, Araya-Castillo L, Thieme C, Batista-Foguet JM, 2014. Life domain satisfactions as predictors of overall life satisfaction among workers: Evidence from Chile. *Soc Indic Res*, 118, 71-86.
- López del Amo González MP, Benítez V, Martín-Martín JJ, 2018. Long term unemployment, income, poverty, and social public expenditure, and their relationship with self-perceived health in Spain (2007–2011). *BMC Public Health*, 18, 1, 133.
- Luy M, 2002. Warum Frauen länger leben: Erkenntnisse aus einem Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung, DEU.
- Luy M, 2003. Causes of male excess mortality: insights from cloistered populations. *Population Development Review*, 29, 4, 647-76.
- Luy M, Di Giulio P, 2006. The impact of health behaviors and life quality on gender differences in mortality. Max Planck Institute for Demographic Research.
- Maglione JL, Hayman LL, 2009. Correlates of physical activity in low income college students. *Research in nursing & health*, 32, 6, 634-46.
- Magnezi R, Glasser S, Shalev H, Sheiber A, Reuveni H, 2014. Patient activation, depression and quality of life. *Patient Educ Couns*, 94, 3, 432-7.
- Maleki A, Haghjoo M, Ghaderi M, 2016. The impact of gender differences on healthy lifestyle and its subscales among patients with coronary artery disease. *Research in Cardiovascular Medicine*, 5, 4, 6.

- Masina T, Madzar T, Musil V, Milosevic M, 2017. Differences in Health-Promoting Lifestyle Profile Among Croatian Medical Students According to Gender and Year of Study. *Acta Clin Croat*, 56, 1, 84-91.
- Masterson Creber R, Chen T, Wei C, Lee CS, 2017. Brief Report: patient activation among urban hospitalized patients with heart failure. *J Card Fail*, 23, 11, 817-20.
- McCabe PJ, Stuart-Mullen LG, McLeod CJ, T OB, Schmidt MM, Branda ME, Griffin JM, 2018. Patient activation for self-management is associated with health status in patients with atrial fibrillation. *Patient Prefer Adherence*, 12, 1907-16.
- Mechanic R, (2004). Will Care Management Improve the Value of U.S. Health Care?, The Health Industry Forum.
- Mehnert T, Krauss HH, Nadler R, Boyd M, 1990. Correlates of life satisfaction in those with disabling conditions. *Rehabilitation Psychology*, 35, 1, 3-17.
- Meisenberg G, Woodley MA, 2015. Gender differences in subjective well-being and their relationships with gender equality. *Journal of Happiness Studies*, 16, 6, 1539-55.
- Menec VH, Chipperfield JG, Perry RP, 1999. Self-perceptions of health: A prospective analysis of mortality, control, and health. *The Journals of Gerontology: Series B*, 54B, 2, P85-P93.
- Mercier C, Peladeau N, Tempier R, 1998. Age, gender and quality of life. *Community Mental Health Journal*, 34, 5, 487-500.
- Mitchell SE, Gardiner PM, Sadikova E, Martin JM, Jack BW, Hibbard JH, Paasche-Orlow MK, 2014. Patient activation and 30-day post-discharge hospital utilization. *Journal of general internal medicine*, 29, 2, 349-55.
- Mosen DM, Schmittiel J, Hibbard J, Sobel D, Remmers C, Bellows J, 2007. Is patient activation associated with outcomes of care for adults with chronic conditions? *The Journal of ambulatory care management*, 30, 1, 21-9.
- Mullerova H, Landis SH, Aisanov Z, Davis KJ, Ichinose M, Mannino DM, Maskell J, Menezes AM, van der Molen T, Oh YM, Tabberer M, Han MK, 2016. Health behaviors and their correlates among participants in the Continuing to Confront COPD International Patient Survey. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 11, 881-90.
- Munson GW, Wallston KA, Dittus RS, Speroff T, Roumie CL, 2009. Activation and perceived expectancies: correlations with health outcomes among veterans with inflammatory bowel disease. *Journal of general internal medicine*, 24, 7, 809-15.
- Mutaqin MFT, Yulindrasari H, Dahlan TH. Understanding Subjective Well-Being from a Top Down Theory Approach. *International Conference on Educational Psychology and Pedagogy-" Diversity in Education"(ICEPP 2019)*, 154-6.
- Myers DG, Diener E, 1995. Who is happy? *Psychological Science*, 6, 1, 10-9.
- Myers DG, Diener E, 2018. The scientific pursuit of happiness. *Perspect Psychol Sci*, 13, 2, 218-25.
- Nassar OS, Shaheen AM, 2014. Health-Promoting Behaviours of University Nursing Students in Jordan. *Health*, 06, 19, 2756-63.
- Naz S, 2015. Relationship of life satisfaction and job satisfaction among Pakistani army soldiers. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 7, 1, 7-25.
- Nemati S, Maralani FM, 2016. The relationship between life satisfaction and happiness: The mediating role of resiliency. *International Journal of Psychological Studies*, 8, 3, 194-201.
- Newland P, Lorenz R, Oliver BJ, 2020. Patient activation in adults with chronic conditions: A systematic review. *J Health Psychol*, 1359105320947790.
- Ngooi BX, Packer TL, Kephart G, Warner G, Koh KW, Wong RC, Lim SP, 2017. Validation of the Patient Activation Measure (PAM-13) among adults with cardiac conditions in Singapore. *Qual Life Res*, 26, 4, 1071-80.
- Nijman J, Hendriks M, Brabers A, de Jong J, Rademakers J, 2014. Patient activation and health literacy as predictors of health information use in a general sample of Dutch health care consumers. *Journal of health communication*, 19, 8, 955-69.

- Noguchi Y, Ueda K, Fukumoto K, Harada K, Ueda A, Wei C-N, 2015. Relationship between perceived health status and health practices in the general adult population in Japan. *Open Journal of Preventive Medicine*, 05, 06, 280-90.
- O'Malley D, Dewan AA, Ohman-Strickland PA, Gundersen DA, Miller SM, Hudson SV, 2018. Determinants of patient activation in a community sample of breast and prostate cancer survivors. *Psychooncology*, 27, 1, 132-40.
- Ochieng BM, 2006. Factors affecting choice of a healthy lifestyle: implications for nurses. *British Journal of Community Nursing*, 11, 2, 78-81.
- Oi K, 2012. Understanding the role of patient activation in the association between patient socio-economic demographics and patient experience, Portland State University.
- Oishi S, Diener E, 2014. Can and should happiness be a policy goal? *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 1, 1, 195-203.
- Ojoawo AO, Igudia JO, Mbada CE, Onigbinde AT, Adedoyin RA, 2013. Assessment of Life Satisfaction among Physiotherapists from Selected Hospitals in South-Western Nigeria. *Nigerian Journal of Medical Rehabilitation*.
- On B, 2016. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüşleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Onat G, Aba YA, 2014. Health-promoting lifestyles and related factors among pregnant women. *Turkish Journal of Public Health*, 12, 2, 69.
- Oral B, 2018. Erciyes Üniversitesi öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları, Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Kayseri.
- Overbeek A, Rietjens JAC, Jabbarian LJ, Severijnen J, Swart SJ, van der Heide A, Korfage IJ, 2018. Low patient activation levels in frail older adults: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*, 18, 1, 7.
- Öz Ş, 2018. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeylerinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara.
- Özal M, 2019. Sağlık çalışanlarında psikolojik pozitif sermaye özdeğerlendirme ve yaşam doyumu ilişkisinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Özdemir B, 2018. Sağlık algısı ve sağlık kullanımı ilişkisi: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, İstanbul.
- Özenoğlu A, Yalnız T, Uzdil Z, 2018. Sağlık eğitiminin beslenme alışkanlıkları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi. *Acibadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9, 3, 238-42.
- Özsoy E, Yıldız G, 2013. Kişilik kavramının örgütler açısından önemi: Bir literatür taraması. *İşletme Bilimi Dergisi*, 1, 2, 1-12.
- Palmore E, Luikart C, 1972. Health and social factors related to life satisfaction. *J Health Soc Behav*, 13, 1, 68-80.
- Parchman ML, Zeber JE, Palmer RF, 2010. Participatory decision making, patient activation, medication adherence, and intermediate clinical outcomes in type 2 diabetes: a STARNet study. *Ann Fam Med*, 8, 5, 410-7.
- Parsons MA, Pender NJ, Murdaugh CL, 2011. Health promotion in nursing practice, Pearson Higher Ed, p.
- Paudel S, Gc KB, Bhandari DB, Bhandari L, Arjyal A, 2017. Health Related Lifestyle Behaviors among Undergraduate Medical Students in Patan Academy of Health Sciences in Nepal. *Journal of Biosciences and Medicines*, 05, 09, 43-53.
- Paudel S, GC KB, Bhandari L, Arjyal A, 2017. Health related lifestyle behaviors among undergraduate medical students in Patan Academy of Health Sciences in Nepal. *Journal of Biosciences Medicines*, 5, 9, 43-53.
- Pavot W, Diener E, 1993. Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5, 2, 164-72.

- Pavot W, Diener E, 2009. Review of the satisfaction with life scale. In: Assessing well-being: The collected works of Ed Diener. Eds. New York, NY, US: Springer Science + Business Media, p. 101-17.
- Pekcan G, Şanlıer N, Baş M, 2016. Türkiye Beslenme Rehberi 2015, Ankara, Sağlık Bakanlığı, , p.
- Pekel A, Turan MB, Pepe O, Bahadır Z, 2015. The relationship with life satisfaction between health promoting behaviours of special education teachers (Kayseri City Sample). *International journal of Science Culture and Sport*, 3, 11, 125-.
- Pelin M, 2017. Kronik hastalık yönetiminde hasta rolü, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Pengpid S, Peltzer K, 2019. Sedentary behaviour, physical activity and life satisfaction, happiness and perceived health status in university students from 24 countries. *Int J Environ Res Public Health*, 16, 12.
- Life satisfaction and self-esteem., 2010. Erişim. Erişim adresi, www.moreselfesteem.com/self_esteem.htm.
- Pettay RF, 2008. Health behaviors and life satisfaction in college students, Kansas State University.
- Pinquart M, Sörensen S, 2000. Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychol Aging*, 15, 2, 187-224.
- Pinto JM, Fontaine AM, Neri AL, 2016. The influence of physical and mental health on life satisfaction is mediated by self-rated health: A study with Brazilian elderly. *Arch Gerontol Geriatr*, 65, 104-10.
- Prasoon R, Chaturvedi K, 2016. Life satisfaction: a literature review. *The Researcher-International Journal of Management Humanities Social Sciences*, 1, 2, 25-32.
- Price CA, Joo E, 2005. Exploring the Relationship between Marital Status and Women's Retirement Satisfaction. 61, 1, 37-55.
- Rademakers J, Nijman J, van der Hoek L, Heijmans M, Rijken M, 2012. Measuring patient activation in The Netherlands: translation and validation of the American short form Patient Activation Measure (PAM13). *BMC Public Health*, 12, 577.
- Raghupathi W, Raghupathi V, 2018. An empirical study of chronic diseases in the United States: A visual analytics approach. *Int J Environ Res Public Health*, 15, 3.
- Rask KJ, Ziemer DC, Kohler SA, Hawley JN, Arinde FJ, Barnes CS, 2009. Patient activation is associated with healthy behaviors and ease in managing diabetes in an indigent population. *Diabetes Educ*, 35, 4, 622-30.
- Recepoglu E, 2013. Öğretmen adaylarının yaşam doyumları ile öğretmenlik mesleğine ilişkin tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, 311-26.
- Remmers C, Hibbard J, Mosen DM, Wagenfield M, Hoyer RE, Jones C, 2009. Is patient activation associated with future health outcomes and healthcare utilization among patients with diabetes? *The Journal of ambulatory care management*, 32, 4, 320-7.
- Rijken M, Heijmans M, Jansen D, Rademakers J, 2014. Developments in patient activation of people with chronic illness and the impact of changes in self-reported health: results of a nationwide longitudinal study in The Netherlands. *Patient Educ Couns*, 97, 3, 383-90.
- Roberts NJ, Kidd L, Dougall N, Patel IS, McNarry S, Nixon C, 2016. Measuring patient activation: The utility of the Patient Activation Measure within a UK context-Results from four exemplar studies and potential future applications. *Patient Educ Couns*, 99, 10, 1739-46.
- Rosella LC, Fu L, Buajitti E, Goel V, 2019. Death and chronic disease risk associated with poor life satisfaction: A population-based cohort study. *Am J Epidemiol*, 188, 2, 323-31.
- Rothmann S, Coetzer E, 2003. The big five personality dimensions and job performance. *Journal of Industrial Psychology* 29, 69.
- Sacks RM, Greene J, Hibbard J, Overton V, Parrotta CD, 2017. Does patient activation predict the course of type 2 diabetes? A longitudinal study. *Patient Educ Couns*, 100, 7, 1268-75.

- Sağlık Bakanlığı, 2015. Türkiye'de diyabet programı 2015-2020, Ankara, Sağlık Bakanlığı, p.
- Sağlık Bakanlığı, 2017. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, Ankara, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, p.
- Sakarya S, Kulak E, Gocin Karaketir S, Dogan E, Akman M, Cifcili S, Gunes E, Ormeci L, 2019. Factors associated with patient activation in a Turkish population with diabetes and/or hypertension. *European Journal of Public Health*, 29, 4, 186-225.
- Saldıran TÇ, Tanrıverdi M, Cakar E, 2019. Relationship between physical activity and healthy lifestyle behaviors in college students. *Journal of Basic Clinical Health Sciences*, 3, 2, 58-63.
- Salinas-Jiménez MM, Artés J, Salinas-Jiménez J, 2011. Education and satisfaction with life: The role of positional concerns. *XVIII Encuentro de economía pública*, 1-21.
- Sanders GF, Walters J, 1985. Life satisfaction and family strengths of older couples. *Lifestyles*, 7, 4, 194-206.
- Saraç ZF, 2017. Diyabeti öğrenmek tedavinin ilk basamağıdır, İzmir, Yaşlılık Ve Diyabet El Kitabı, p.
- Sayan A, 1999. Beslenme alışkanlıkları ve temel besin gereksinimleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2, 2, 53-65.
- Schimmack U, Oishi S, Furr RM, Funder DC, 2004. Personality and life satisfaction: a facet-level analysis. *Pers Soc Psychol Bull*, 30, 8, 1062-75.
- Schmaderer MS, Zimmerman L, Hertzog M, Pozehl B, Paulman A, 2016. Correlates of Patient Activation and Acute Care Utilization Among Multimorbid Patients. *West J Nurs Res*, 38, 10, 1335-53.
- Seçtim H, 2020. Yapısal güçlendirmenin personelin örgütsel özdeşleşme ve yaşam doyumu üzerindeki etkileri: Trakya üniversiteler birliği araştırma ve uygulama hastaneleri örneği, Doktora, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale.
- Sertçelik E, 1999. Üniversiteli gençlerin sağlık davranışlarının belirlenmesi. , Yüksek Lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Sevinç S, 2016. Life Style Modification in Individulas with Myocardial Infarction: Pender's Health Promotion Model. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 14, 147-52.
- Shin DC, Johnson DM, 1978. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 1, 475-92.
- Shortell SM, Poon BY, Ramsay PP, Rodriguez HP, Ivey SL, Huber T, Rich J, Summerfelt T, 2017. A multilevel analysis of patient engagement and patient-reported outcomes in primary care practices of accountable care organizations. *Journal of general internal medicine*, 32, 6, 640-7.
- Siegel RL, Miller KD, Jemal A, 2019. Cancer statistics, 2019. *CA Cancer J Clin*, 69, 1, 7-34.
- Skolasky RL, Mackenzie EJ, Wegener ST, Riley LH, 3rd, 2011. Patient activation and functional recovery in persons undergoing spine surgery. *J Bone Joint Surg Am*, 93, 18, 1665-71.
- Smith SG, Curtis LM, Wardle J, von Wagner C, Wolf MS, 2013. Skill set or mind set? Associations between health literacy, patient activation and health. *Plos One*, 8, 9, e74373.
- Smith SG, Pandit A, Rush SR, Wolf MS, Simon CJ, 2016. The role of patient activation in preferences for shared decision making: Results from a national survey of U.S. adults. *Journal of health communication*, 21, 1, 67-75.
- Softa HK, Karaahmetoğlu GU, Erdoğan O, Yavuz S, 2015. Yaşlılarda yaşam doyumunu etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 8, 1.
- Solomon RL, 1980. The opponent-process theory of acquired motivation: The costs of pleasure and the benefits of pain. *American Psychologist*, 35, 8, 691-712.
- Spreitzer E, Snyder EE, 1974. Correlates of life satisfaction among the aged. *Journal of Gerontology*, 29, 4, 454-8.
- Spring B, King AC, Pagoto SL, Van Horn L, Fisher JD, 2015. Fostering multiple healthy lifestyle behaviors for primary prevention of cancer. *Am Psychol*, 70, 2, 75-90.

- Stack S, Eshleman JR, 1998. Marital status and happiness: A 17-nation study. *Journal of Marriage the Family*, 527-36.
- Stavrova O, Fetchenhauer D, Schlösser T, 2012. Cohabitation, gender, and happiness: A cross-cultural study in thirty countries. 43, 7, 1063-81.
- Stempleman L, Rutter MC, Hibbard J, Johns L, Wright D, Hughes M, 2010. Validation of the patient activation measure in a multiple sclerosis clinic sample and implications for care. *Disability and rehabilitation*, 32, 19, 1558-67.
- Stephoe A, Wardle J, Vinck J, Tuomisto M, Holte A, Wichstrøm L, 1994. Personality and attitudinal correlates of healthy and unhealthy lifestyles in young adults. *Psychology & health*, 9, 5, 331-43.
- Stevenson B, Wolfers J, 2009. The paradox of declining female happiness. *American Economic Journal: Economic Policy*, 1, 2, 190-225.
- Stoilkova-Hartmann A, Janssen DJ, Franssen FM, Spruit MA, Wouters EF, 2015. Attitudes of healthcare professionals providing pulmonary rehabilitation toward partnership in care. *Heart Lung*, 44, 4, 347-52.
- Strine TW, Chapman DP, Balluz LS, Moriarty DG, Mokdad AH, 2008. The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among U.S. community-dwelling adults. *J Community Health*, 33, 1, 40-50.
- Struwe LA, Schmaderer MS, Zimmerman L, 2020. Changes in Patient Activation in a Self-Management Intervention. *West J Nurs Res*, 42, 3, 194-200.
- Sumen A, Oncel S, 2017. Factors that affect healthy lifestyle behaviors of high school students in Turkey: A systematic review. *European Journal of Therapeutics*, 23, 2, 74-82.
- Swami V, Chamorro-Premuzic T, 2009. Psychometric evaluation of the Malay satisfaction with life scale. *Social Indicators Research*, 92, 1, 25.
- Şahin T, 2018. Adıyaman il merkezinde 15-49 yaş kadınlarında obezite sıklığı, fiziksel aktivite düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Şen MA, Ceylan A, Kurt ME, Palancı Y, Adın C, 2017. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi*, 44, 1.
- Şengel A, 2016. Sağlığa yönelik sosyal sorumluluk programının ergenlerin sağlık algısı, özgeci ve empatik becerilerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Şenol V, 2006. Kayseri il merkezinde sağlık hizmetleri kullanımı ve algılanan sağlık ilişkisi, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, Tekel Ş, Çiftçi Ş, 2012. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 26, 3, 151-7.
- Şimşekoğlu N, Mayda AS, 2016. Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6, 1, 19-29.
- Tagoe HA, Dake FA, 2011. Healthy lifestyle behaviour among Ghanaian adults in the phase of a health policy change. *Global Health*, 7, 7.
- Tay L, Li M, Myers D, Diener E, 2014. Religiosity and subjective well-being: An international perspective. In: *Religion and spirituality across cultures*. Eds: Springer, p. 163-75.
- Tecson KM, Bass K, Felius J, Hall SA, Jamil AK, Carey SA, 2019. Patient "Activation" of patients referred for advanced heart failure therapy. *Am J Cardiol*, 123, 4, 627-31.
- Tecson KM, Bass K, Felius J, Hall SA, Jamil AK, Carey SA, 2019. Patient "Activation" of Patients Referred for Advanced Heart Failure Therapy. *The American Journal of Cardiology*, 123, 4, 627-31.
- Terry PE, Fowles JB, Harvey L, 2010. Employee engagement factors that affect enrollment compared with retention in two coaching programs--the Activate study. *Population health management*, 13, 3, 115-22.

- Tiroidimos I, Georgouvia I, Savvala TN, Karanika E, Noukari D, 2009. Healthy lifestyle habits among Greek university students: differences by sex and faculty of study. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 15, 3, 722-8.
- Titova E, Salvesen O, Bentsen SB, Sunde S, Steinshamn S, Henriksen AH, 2017. Does an integrated care intervention for COPD patients have long-term effects on quality of life and patient activation? A prospective, open, controlled single-center intervention study. *Plos One*, 12, 1, e0167887.
- Toker B, Kalıpçı B, (2017). Beş faktör kişilik özelliklerinin yaşam doyumuna etkisi: üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. 5. Örgütsel Davranış Kongresi. Antalya.
- Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE, 2000. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes care*, 23, 7, 943-50.
- Toplu Demirtaş E, 2017. Kişilik ve kişiliğin temel kavramları. In: *Gerçek Yaşamdan Kişilik Analizi Örnekleriyle*. Eds: Gençtanırım Kurt D, Çetin Kaya Y. Ankara: Pegem Akademi, p. 1-2.
- Topuz S, 2018. Diabetes mellituslu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumlarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Tsenkova VK, Dienberg Love G, Singer BH, Ryff CD, 2008. Coping and positive affect predict longitudinal change in glycosylated hemoglobin. *Health Psychology*, 27, 2, Suppl, S163-S71.
- Tuğut N, Bekar M, 2008. Üniversite öğrencilerinin sağlık algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11, 3, 17-26.
- Tural S, 1991. Benlik, kimlik ve kişilik kavramları üzerine notlar II: Millî benlik. *Millî Folklor*, 9, 9, 15-20.
- Turhan Ö, 2019. Beş faktör kişilik özelliklerinin iş tatmini üzerindeki etkisinde depresyonun aracılık rolü. *Journal of International Scientific Researches*, 4, 3, 464-81.
- Turner A, Anderson J, Wallace L, Kennedy-Williams P, 2014. Evaluation of a self-management programme for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chron Respir Dis*, 11, 3, 163-72.
- Tusa N, Kautiainen H, Elfving P, Sinikallio S, Mantyselka P, 2020. Relationship between patient activation measurement and self-rated health in patients with chronic diseases. *BMC Fam Pract*, 21, 1, 225.
- Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2019. Erişim Tarihi:21.10.2020 Erişim Adresi:, 2019. Erişim. Erişim adresi, <https://data.tuik.gov.tr/tr/display-bulletin/?bulletin=evlenme-ve-bosanma-istatistikleri-2019-33708>
- Türe Yılmaz A, Çulha İ, Kersu Ö, Gümüş D, Ünsal A, Köşgeroğlu N, 2018. Cerrahi hastalarının sağlık algıları ve etkileyen faktörler. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6, 68, 89-99.
- Türk Kardiyoloji Derneği 2020. Erişim. Erişim adresi, https://tkd.org.tr/kalp-yetersizligi-calisma-grubu/sayfa/toplum_icin_bilgiler#a1.
- Uçar B, 2019. Çalışan ve çalışmayan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, benlik saygısı ve yaşam doyumu düzeylerinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk üniversitesi, Erzurum.
- Uitenbroek DG, 1994. The relationships between sexual behaviour and health lifestyle. *AIDS care*, 6, 2, 237-46.
- Ulla Diez SM, Perez-Fortis A, 2010. Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health Promot Int*, 25, 1, 85-93.
- Ulutürk S, 2015. Sağlık ekonomisi, sağlık statüsü, sağlığın ölçülmesinde kullanılan ölçütler ve önemi: türkiye örneği. *Finans Politik Ekonomik Yorumlar*, 52, 603, 47-63.
- Uzuntarla Y, Uzuntarla F, 2019. Ambalaj atığı toplayan kişilerin sağlık algılarının incelenmesi. *Ulusal Çevre Bilimleri Araştırma Dergisi*, 2, 2, 69-75.

- Üçüncü T, 2019. İstanbul ili Beylikdüzü ilçesine bağlı ilk ve ortaokullarda görev yapmakta olan öğretmenlerde iş ve yaşam doyumunun değerlendirilmesi, Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Ümmet D, 2017. Genel psikolojik sağlık ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide evlilik uyumunun aracı rolü. *Itobiad: Journal of the Human Social Science Researches*, 6, 1.
- Ünal AÖ, Şahin M, 2013. Lise öğrencilerinin yaşam doyumlarının bazı değişkenlere göre yordanması. *Cumhuriyet International Journal Of Education*, 2, 3, 46-63.
- Ünal B, Ergör G, Horasan G, Kalaça S, Sözmek K, 2013. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması, Ankara, Sağlık Bakanlığı, p.
- Ünal S, Karlıdağ R, Yoloğlu S, 2001. Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerinin yaşam doyumu düzeyleri ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4, 2, 113-8.
- Ünalan D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü, 2007. Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14, 2, 101-9.
- Üner S, Balcılar M, Ergüder T, 2018. Türkiye hanehalkı sağlık araştırması: bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı 2017 (STEPS), Ankara, Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, p.
- van Maarschalkerweerd P, Rademakers J, Rijken M, 2017. Cancer survivors' activation to self-management and its relationship with participation in paid work and work-related problems. *Psychooncology*, 26, 11, 1881-7.
- van Vugt HA, Boels AM, de Weerd I, de Koning EJ, Rutten GE, 2019. Patient activation in individuals with type 2 diabetes mellitus: associated factors and the role of insulin. *Patient Preference Adherence*, 13, 73-81.
- Veenhoven R, 1996. The study of life satisfaction. In: A comparative study of satisfaction with life in Europe. Eds: In W. E. Saris RV, A. C. Scherpenzeel, & B. Bunting Budapest: Eötvös University Press., p. 11-48.
- Vingerhoets AJJM, Croon M, Jenning AJ, Menges LJ, 1990. Personality and health habits. *Psychology & health*, 4, 4, 333-42.
- Von Ah D, Ebert S, Ngamvitroj A, Park N, Kang DH, 2004. Predictors of health behaviours in college students. *J Adv Nurs*, 48, 5, 463-74.
- von Bothmer MI, Fridlund B, 2005. Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students. *Nurs Health Sci*, 7, 2, 107-18.
- Vural PI, Bakır N, 2015. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6, 1, 36-42.
- Walker S, Hill-Polerecky D, 1996. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. J Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, 120-26.
- Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ, 1987. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing research*, 36, 2, 76-81.
- Wang D, Xing X-H, Wu X-B, 2013. Healthy lifestyles of university students in China and influential factors. *The Scientific World Journal*, 2013, 1-10.
- Wang SM, Zou JL, Gifford M, Dalal K, 2013. Young students' knowledge and perception of health and fitness: A study in Shanghai, China. *Health Education Journal*, 73, 1, 20-7.
- Wetzstein MM, 2018. Examining determinants of patient activation in chronic obstructive pulmonary disease: A cross-sectional survey study. *Theses and Dissertations*, 2378.
- World Health Organization, 2020. Erişim. Erişim adresi, <https://www.who.int/>.
- Health promotion glossary. Geneva, 1998. Erişim tarihi 4. Erişim adresi, <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.

- Willaing I, Rogvi SA, Bogelund M, Almdal T, Schiotz M, 2013. Recall of HbA1c and self-management behaviours, patient activation, perception of care and diabetes distress in Type 2 diabetes. *Diabet Med*, 30, 4, e139-42.
- Wilson WR, 1960. An attempt to determine some correlates and dimensions of hedonic tone, [Verlag nicht ermittelbar], [Erscheinungsort nicht ermittelbar].
- World Health Organization, 1997. Measuring Quality of Life-The World Health Organization Quality of Life Instruments Quality of life for people with disabilities: Models, research practice, 116-50.
- Yadav UN, Hosseinzadeh H, Baral KP, 2018. Self-management and patient activation in COPD patients: An evidence summary of randomized controlled trials. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 6, 3, 148-54.
- Yağar F, Öke P, 2017. Kişisel özelliklerin hasta aktifliği düzeyi üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi*, 1, 2, 80-93.
- Yalçın R, 2018. Lise öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY, 2007. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6, 6, 409-20.
- Yalnızoğlu Çaka S, Topal S, Suzan ÖK, Çınar N, Altınkaynak S, 2017. Hemşirelik öğrencilerin sağlık algısı ile özgüvenleri arasındaki ilişki. *Journal of Human Rhythm*, 3, 4, 198-203.
- Yanmış S, 2016. Sağlık algısının hemodiyalize bağlı olan bireylerde diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğuna etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Yasemin Ö, Karabulut AB, 2018. Günlük yaşam ve stres yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1, 1, 48-56.
- Yaşar Ö, Karadağ N, Kaymak GÖ, 2018. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7, 3, 81-6.
- Yavaş Çelik M, Polat Y, 2019. Çocuklarında görülen kronik hastalık tanısıyla çocuk servisinde bulunan annelerin yaşam doyum alma durumlarının incelenmesi. *Sağlık ve Toplum*, 29, 1, 65-71.
- Yayla K, 2016. Yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı ve hasta aktivasyonunun genel sağlığa etkisi, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Yeo J, Lee YG, 2019. Understanding the association between perceived financial well-being and life satisfaction among older adults: does social capital play a role? *Journal of Family and Economic Issues*, 40, 4, 592-608.
- Yıldız S, 2016. Yetişkinlerde şişmanlığın yaşam kalitesi ve sağlık algısına etkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Yılmaz Ç, Sayıl I, 1996. Değişik ortamlarda yaşayan yaşlılarda psikiyatrik semptomatoloji ve yaşam doyumu. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 49, 4, 205-9.
- Yılmaz E, Altınok V, 2009. Okul yöneticilerinin yalnızlık ve yaşam doyum düzeylerinin incelenmesi. *Educational Administration: Theory and Practice Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 59, 59, 451-70.
- Yılmaz E, Aslan H, 2013. Öğretmenlerin iş yerindeki yalnızlıkları ve yaşam doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi *Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi*, 3, 3, 59-69.
- Zambrano-Cruz R, Cuartas-Montoya GP, Meda-Lara RM, Palomera-Chavez A, Tamayo-Agudelo W, 2018. Perception of risk as a mediator between personality and perception of health: test of a model. *Psychol Res Behav Manag*, 11, 417-23.
- Zaybak A, Fadiloglu Ç, 2004. Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Gelistirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 20, 1, 77-95.
- Zimbudzi E, Lo C, Ranasinha S, Fulcher GR, Jan S, Kerr PG, Polkinghorne KR, Russell G, Walker RG, Zoungas S, 2017. Factors associated with patient activation in an Australian population with comorbid diabetes and chronic kidney disease: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 7, 10, e017695.

Zonderman AB, Leu VL, Costa PT, 1986. Effects of age, hypertension history, and neuroticism on health perceptions. *Experimental Gerontology*, 21, 4, 449-58.



7. EKLER

EK-A: Anket Formları

Genel Bilgiler:			
1.	Cinsiyetiniz	1) Erkek	2) Kadın
2.	Yaşınız.....		
3.	Medeni durumu nuz	1) Evli	2) Bekar 3) Boşanmış 4) Ayrı yaşıyor
4.	Öğrenim durumunuz	1) Okuryazar değil 2) İlkokul 3) Lise 4) Ön-lisans 5) Lisans 6) Lisansüstü	
5.	Mesleğiniz		
6.	Ailenizin aylık gelir durumu	1) 0-2000	2) 2001-3000 3) 3001-4000 4) 4000 ve üzeri
7.	Ailenizin yapısı	1- Çekirdek aile 2- Geniş aile	
8.	Son bir yıl içinde kaç defa doktora başvuru yaptınız?.....		
9.	Kronik bir hastalığınız var mı (Astım, şeker, tansiyon vb)	1) var	2) yok
10.	Ailenizde kronik rahatsızlığı olan var mı?	1) var	2) yok
11.	Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?	1) var	2) yok
12.	Genel sağlık durumunuzu 1 ile 10 arasında puanlayınız? 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10		
13.	Kimlerle aynı evde barındığınızı belirtiniz 1- Ailemle 2- Akrabalarımle 3-Arkadaşlarımla 4- Yalnız yaşıyorum		

HASTA AKTİFLİK ÖLÇEĞİ		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katlıyorum	Kesinlikle Katlıyorum	Bilemiyorum Değerlendiremiy
1.	Her şeyden ve herkesten önce kendi sağlığımdan ve bakımımdan sorumlu olan kişi benim.	1	2	3	4	5
2.	Kendi sağlık bakımında aktif rol almak, sağlığım için en önemli faktördür.	1	2	3	4	5
3.	Sağlık problemlerimi önleyebilme veya azaltabilme konusunda kendimden eminim.	1	2	3	4	5
4.	Benim için reçetelenen her bir ilacı neden kullandığımı biliyorum.	1	2	3	4	5
5.	Bir sağlık sorunun olduğunda, bu sorunla kendim baş edebilir miyim ya da doktora gitmem mi gerekiyor, bunu ayırt etmede kendimden eminim.	1	2	3	4	5
6.	Doktor bana sormasa bile, ona endişelerimi aktarabilme konusunda kendimden eminim.	1	2	3	4	5
7.	Tıbbi tedaviyi (beslenme, egzersiz, ilaç tedavisi) evde sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim.	1	2	3	4	5
8.	Sağlık sorunlarımı ve bunlara nelerin neden olduğunu biliyorum.	1	2	3	4	5
9.	Sağlık sorunlarım için hangi tedavi yöntemlerinin uygun olduğunu biliyorum.	1	2	3	4	5
10.	Şu ana kadar, doğru beslenme ya da egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebildim.	1	2	3	4	5
11.	Sağlığım ile ilgili sorunları nasıl önleyebileceğimi biliyorum.	1	2	3	4	5
12.	Sağlığım ile ilgili yeni sorunlar ortaya çıktığında, bu sorunları çözebileceğim konusunda kendimden eminim.	1	2	3	4	5
13.	Stresli zamanlarda bile, beslenme ve egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim.	1	2	3	4	5

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI II. ÖLÇEĞİ		Hicbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım	1	2	3	4
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim	1	2	3	4
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım	1	2	3	4
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım	1	2	3	4
5	Yeterince uyurum	1	2	3	4
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim	1	2	3	4
7	İnsanları başarıları için takdir ederim	1	2	3	4
8	Sekeri ve tatlıyı kısıtlarım	1	2	3	4
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum	1	2	3	4
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)	1	2	3	4
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım	1	2	3	4
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım	1	2	3	4
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm	1	2	3	4
14	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinc ve makarna yerim	1	2	3	4
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım	1	2	3	4
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm	1	2	3	4
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim	1	2	3	4
18	Geleceğe umutla bakarım	1	2	3	4
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım	1	2	3	4
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim	1	2	3	4
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırm	1	2	3	4
22	Bos zamanlarımda yuzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım	1	2	3	4
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm	1	2	3	4
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim	1	2	3	4
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır	1	2	3	4
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim	1	2	3	4
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırm	1	2	3	4
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım	1	2	3	4
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım	1	2	3	4
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım	1	2	3	4
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım	1	2	3	4
32	Her gün 3-4 kez sut, yoğurt veya peynir yerim	1	2	3	4
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim	1	2	3	4
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	1	2	3	4
35	İs ve eğlence zamanımı dengelerim	1	2	3	4
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum	1	2	3	4
37	Yakın dostlar edinmek için caba harcarım	1	2	3	4
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu gıdalardan 3-4 porsiyon yerim	1	2	3	4
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırm	1	2	3	4
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim	1	2	3	4
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım	1	2	3	4
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım	1	2	3	4

43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım	1	2	3	4
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum	1	2	3	4
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım	1	2	3	4
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım	1	2	3	4
47	Yorulmaktan kendimi korurum	1	2	3	4
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım	1	2	3	4
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim	1	2	3	4
50	Kahvaltı yaparım	1	2	3	4
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım	1	2	3	4
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım	1	2	3	4



SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1.	Sağlığımı çok düşünürüm	1	2	3	4	5
2.	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	1	2	3	4	5
3.	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	1	2	3	4	5
4.	Sağlıklıysam bu Allahın bir lütfüdür.	1	2	3	4	5
5.	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	1	2	3	4	5
6.	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	1	2	3	4	5
7.	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	1	2	3	4	5
8.	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
9.	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	1	2	3	4	5
10.	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	1	2	3	4	5
11.	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	1	2	3	4	5
12.	Sağlıklı olmak şans işidir.	1	2	3	4	5
13.	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem	1	2	3	4	5
14.	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim	1	2	3	4	5
15.	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	1	2	3	4	5

YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ		Hic katılmıyor um	Cok az katılıyor u	Orta duzeyde	Buyuk oranda	Tamamen katılıyor
1	İdeallerime yakın bir yaşantım vardır	1	2	3	4	5
2	Yaşam koşullarım mükemmeldir.	1	2	3	4	5
3	Yaşam koşullarım mükemmeldir.	1	2	3	4	5
4	Şimdiye kadar yaşamdan istediğim önemli şeylere sahip oldum	1	2	3	4	5
5	Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim	1	2	3	4	5



EK-C: Araştırma İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 28/02/2019-E.22402



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 30292447-100/
Konu : Fatma ÇİFTÇİ KIRAÇ (anket izni hk.)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgili : 26/02/2019 tarihli, 21662 sayılı yazı

İlgide kayıtlı yazı içeriğinde bahsi geçen Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Fatma ÇİFTÇİ KIRAC'ın Tez Projesi kapsamında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde ayakta hizmet alan hastalara uygulanabilmesi üzere 04.03.2019-30.06.2019 Tarihleri arasında "Hasta Aktivasyonunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Sağlık Algısı ve Yaşam Doyumu ile İlişkisi " başlıklı çalışması ile ilgili gerekli kurum izni talebimiz Başhekimliğimize değerlendirilmiş ve kurum işleyişini aksatmayacak şekilde yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Doç. Dr. Hüseyin YILMAZ
Hastane Başhekimisi





SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE SAĞLIK ALGISININ HASTA AKTİVASYONU VE YAŞAM DOYUMU ÜZERİNE ETKİSİ

Yazar Fatma Çiftçi Kiraç

Gönderim Tarihi: 22-Mar-2021 11:36AM (UTC-0700)

Gönderim Numarası: 1539572277

Dosya adı: ALGISININ_HASTA_AKT_VASYONU_VE_YA_AM_DOYUMU_ZER_NE_ETK_S_2.docx (1.11M)

Kelime sayısı: 34081

Karakter sayısı: 225654

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE SAĞLIK ALGISININ HASTA AKTİVASYONU VE YAŞAM DOYUMU ÜZERİNE ETKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

%15	%14	%5	%6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dergipark.org.tr	%2
	İnternet Kaynağı	
2	studylibtr.com	%1
	İnternet Kaynağı	
3	acikerisimarsiv.selcuk.edu.tr:8080	%1
	İnternet Kaynağı	
4	toad.halileksi.net	%1
	İnternet Kaynağı	
5	www.researchgate.net	%1
	İnternet Kaynağı	
6	burkonturizm.com	%1
	İnternet Kaynağı	
7	shyk2018.mu.edu.tr	%1
	İnternet Kaynağı	
8	hdl.handle.net	<%1
	İnternet Kaynağı	