



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



**YETİŞKİN BİREYLERİN OSTEOPOROZ
FARKINDALIĞI, ETKİLEYEN ETMENLER VE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Esra Coşkun

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İzmir

2024

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**YETİŞKİN BİREYLERİN OSTEOPOROZ
FARKINDALIĞI, ETKİLEYEN ETMENLER VE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİSİ**

Esra Coşkun

Danışman
Doç. Dr. Emine KARAMAN

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

İzmir
2024

Tez Değerlendirme Kurulu Üyeleri

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Doç. Dr. Emine KARAMAN

(Danışman)

Üye : Doç. Dr. Aslı KALKIM

Üye : Doç. Dr. Tülay SAĞKAL

MİDİLLİ

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 10.01.2024

Önsöz

Bu araştırmanın engellenebilir ya da gelişimi geciktirilebilir bir hastalık olan osteoporoz için bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemesi konusunda bilgi vermesi açısından gelecekte yapılacak olan eğitim programlarına katkı sağlayacağını düşünmekteyim.

Elde edilen çalışma sonuçlarının, bireylerin osteoporozdan korunmasında yönelik sağlık bakımının planlanmasına, İç Hastalıkları Hemşireliği alanına ve literatüre katkı sağlamasını temenni etmekteyim.

İzmir, 10/01/2024

Esra COŞKUN

Özet

Yetişkin Bireylerin Osteoporoz Farkındalığı, Etkileyen Etmenler ve Sağlıklı

Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkisi

Amaç: Araştırmanın amacı; yetişkin bireylerde osteoporoz farkındalık düzeyini, etkileyen etmenler ve osteoporoz farkındalık düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında olan ilişkiyi incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte planlanan ve gerçekleştirilen bu araştırmanın örneklemini; Ağustos – Ekim 2023 tarihleri arasında İzmir Kemalpaşa Devlet Hastanesi Dahili Klinik ve Polikliniklerine başvuruda bulunan, çalışmanın dahil olma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 165 hasta oluşturmuştur. Araştırmada verileri toplamak amacıyla ‘Tanıtıcı Bilgi Formu’, ‘Osteoporoz Farkındalık Ölçeği’, ‘Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’ ölçme araçlarına yer verilmiştir. Araştırmacının kendisi tarafından katılımcılarla yüz yüze görüşülerek veriler toplanmıştır. Verileri değerlendirmek amacıyla; Kruskall Wallis, ANOVA, Pearson Korelasyon, Mann Whitney U analiz yöntemleri verileri değerlendirmek için kullanılmıştır. Sonuçlar değerlendirilirken güven aralığı %95, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ şeklinde yorumlanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $38,38\pm11,84$ olup, %69,1’i kadın, %73,9’u evli, %45,5’i üniversite mezunudur. Bireylerin %29,7 sinin en az bir kronik hastalığı olduğu, %28,5’inin de sürekli ilaç kullandığı belirtilmiştir. Bu bireylerin Osteoporoz Farkındalık Ölçeği toplam puan ortalaması $60,15\pm18,20$, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalaması $128,83\pm23,86$ ’dır. Sigara kullanma, ekonomik durum, eğitim durumu, çalışma durumu, osteoporoz eğitimi alma durumu, ailede osteoporoz tanısı olma durumunun osteoporoz farkındalık düzeyini etkileyen etmenler olduğu belirlenmiştir. Osteoporoz Farkındalık Ölçeği puan ortalaması ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği arasında istatistiksel anlamda pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada katılımcıların hem sağlıklı yaşam biçimi davranışları hem osteoporoz farkındalık düzeyinin orta seviyenin altında olduğu görülmüştür. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinden eğitim düzeyinin, sigara kullanmanın, osteoporoz eğitimi almanın ve ailede osteoporoz tanısı olmasının osteoporoz farkındalık düzeyini etkilediği saptanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve

osteoporoz farkındalık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler; Osteoporoz; hemşirelik; sağlıklı yaşam biçimi



Abstract

The Relationship Between The Behaviours of Healthy Life Style and The Factors Affecting The Awareness of Osteoporosis in Adult Individuals

Scope: The purpose of this research is to analyze the relationship between the behaviours of healthy life style and the level of osteoporosis awareness and the factors of affecting the level of osteoporosis awareness on adult individuals.

Material and method: The sample of this research, which have planned and put into practice as descriptive study has comprised 165 patients who are willing to work us, matching the involvement criteria of our study and applying to internal clinics and polyclinics in Kemalpaşa state hospital in İzmir between August and October 2023. In order to collect data in our study, ‘personal information form’, ‘osteoporosis awareness scale’ and ‘the healthy life style behaviours scale II’ have been used as measurement tools. The data have been collected by the researcher via face to face interviewing method. In order to evaluate the data, Mann Whitney, Pearson Corelation, ANOVA, Kruskall-Wallis analyzing methods have been used. The results are of %95 confidence range and have been interpreted as $p<0,05$ the level of significance.

Findings: The average age of the individuals who are participating in the research is 38,38. The percentage of women is 69,1. Those who are married %73,9 and %45,5 of the individuals are university graduate. It has been reported that the individuals who have at least one chronic disease comprise %29,7 and those who use constant medication comprise %28,7. The total average point of the scale of osteoporosis awareness of these individuals is 60,15 and the total average point of the scale of behaviours of healthy life style II is 128,83. It has been reported that educational background, employment status, smoking, osteoporosis training and the diagnosis of osteoporosis among family members are the factors affecting the level of osteoporosis awareness. In terms of statistical, a meaningful relation has been detected between the average point of the scale of osteoporosis awareness and the scale of the behaviours of healthy life style.

Conclusion: In the study, it has been confirmed that both the level of osteoporosis awareness of participants and the level of the behaviours of healthy life style are below the intermediate. It has been detected that defining characteristic of participants such as; level of education, economic situation, smoking habit, taking OP training and

diagnosing OP in a family affect the level of OP awareness. It has been defined that there is a positively relationship between the level of OP awareness and the behaviours of healthy life style.

Keywords; Osteoporosis; nursing; healthy life style



İçindekiler

Önsöz	II
Özet.....	III
Abstract.....	V
İçindekiler	VII
Tablolar Dizini.....	X
Kısaltma Listesi	XI
Giriş	1
1.1. Araştırmanın Problemi ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Sorusu	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	2
1.4. Araştırmanın Varsayımları.....	3
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	3
1.6. Araştırmanın Amacı	3
Genel Bilgiler	4
2.1. Osteoporoz	4
2.1.1. Osteoporoz Sınıflandırması.....	5
2.1.1.1. Primer Osteoporoz	5
2.1.1.2. Sekonder Osteoporoz	6
2.1.2. Osteoporoz Epidemiyolojisi	6
2.1.3. Osteoporoz Risk Faktörleri.....	7
2.1.3.1. Değiştirelemeyen Risk Faktörleri	7
2.1.3.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri.....	8
2.1.4. Osteoporoz Farkındalığı.....	8
2.2. Sağlık	8
2.2.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	9
2.2.1.1. Sağlıklı Beslenme.....	9
2.2.1.2. Fiziksel Aktivite.....	10
2.2.1.3. Sağlık Sorumluluğu / Farkındalığı	10
Gereç ve Yöntem	12
3.1. Araştırmanın Tipi	12
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	12
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	12

3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	13
3.5. Veri Toplama Yöntemleri.....	13
3.6. Veri Toplama Araçları	13
3.6.1. Kişisel Tanıtıcı Bilgi Formu	13
3.6.2. Osteoporoz Farkındalık Ölçeği.....	13
3.6.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Formu.....	14
3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri.....	14
3.8. Süre ve Olanaklar	15
3.9. Etik Açıklamalar	15
Bulgular.....	16
4.1. Bireylerin Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Özellikleri.....	16
4.2. Bireylerin Osteoporoz Farkındalığına Yönelik Bulgular.....	18
4.3. Bireylerin Osteoporoz Farkındalığı ile Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	18
4.4. Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulgular.....	22
4.5. Bireylerin Osteoporoz Farkındalığı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulgular	23
Tartışma	24
5.1. Bireylerin Osteoporoz Farkındalığına Yönelik Bulguların Tartışılması.....	24
5.2. Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ile Osteoporoz Farkındalıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	24
5.3. Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimine Yönelik Bulguların Tartışılması	27
5.4. Bireylerin Osteoporoz Farkındalığı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	28
Sonuç ve Öneriler.....	30
6.1. Sonuç	30
6.2. Öneriler	31
Kaynaklar	32
Ekler	43
Ek 1. Bilgilendirilmiş Olur Formu	43
Ek 2. Osteoporoz Farkındalık Ölçeği Kullanım İzni	46
Ek 3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Kullanım İzni.....	47
Ek 4. Kişisel Tanıtıcı Bilgi Formu	48
Ek 5. Osteoporoz Farkındalık Ölçeği.....	50

Ek 6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği.....	53
Ek 7. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurul İzni.....	56
Ek 8. Kemalpaşa Devlet Hastanesi Kurum İzni.....	57
Teşekkür	58
Özgeçmiş	59



Tablolar Dizini

Tablo 1. Araştırmanın Zamansal Planlaması ve Aşamaları	15
Tablo 2. Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Veriler.....	16
Tablo 3. Osteoporoz Farkındalık Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	18
Tablo 4. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Osteoporoz Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamaları	21
Tablo 5. SYBDÖ II Ölçeği ve Alt Boyutların Puan Ortalamaları.....	23
Tablo 6. Katılımcıların Osteoporoz Farkındalığı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları	23



Kısaltma Listesi

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
OP	: Osteoporoz
KMY	: Kemik Mineral Yoğunluğu
DKK	: Doruk Kemik Kütlesi
SPSS v25	: Statistical Package for the Social Sciences version 25
DXA	: Dual Enerji X-Ray Görüntüleme
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
IOF	: International Osteoporosis Foundation (Uluslararası Osteoporoz Vakfı)

Giriş

1.1. Araştırmanın Problemi ve Önemi

Osteoporoz kemiğin mikro mimarisinin bozulduğu, kemik kütlesinin azaldığı bir metabolik kemik hastalığıdır. Metabolik kemik hastalıkları arasında en sık görüleni osteoporozdur (Kara, 2009). Osteoporozda kemik dayanıklılığının azalması ve kırılabilirliğin artmasıyla günlük yaşam aktivitelerinde gerçekleşen küçük travmalarda dahi kırıklar oluşabilmekte ve bireylerin yaşam kaliteleri önemli düzeyde bozulabilmektedir (Üstündağ, Korkmaz, Öksüzkaya, Balbaloğlu, Eray, 2013). Bu nedenle osteoporoz morbidite, mortalite ve disabitiyle sonuçlanan kırıklara neden olabilmesi bakımından ülkemizde ve dünyada önem arz eden bir toplumsal sağlık sorunudur. Ülkemizde yapılmış olan FRACTURK çalışmasında katılımcılardan 50 yaş ve üzeri olanların yarısında osteopeni, dörtte birinde osteoporoz olduğu belirtilmiştir (Tüzün, 2012). Dünya genelinde yapılan tahminlere bakıldığında osteoporozu olan erkek bireylerin %30'unda, menopoz sonrasındaki kadınların ise %40'ında ilerleyen dönemlerde en az bir fragilite kırığı yaşayacakları ileri sürülmektedir (van Dijk, Byers, 2012). Bu olumsuz etkilerinin yanı sıra osteoporozun önlenemez ya da en azından oluşum sürecinin geciktirilebilir olması büyük önem taşımaktadır (Akyüz, Ofluoğlu, 2001; Koç, Aypak, Yıkılkan, Akbiyık, Görpelioğlu, 2016; Allsworth, 2005). Hastalığın yönetimindeki amaç kırıkların önlenmesi için fiziksel aktiviteleri artırarak kemik gücünün artırılması, iskelet bozukluklarının ve kırıkların azaltılması, morbitideyi ve mortaliteyi düşürmektir. Bu doğrultuda kemik gücünü arttırmak için günlük yeterli kalsiyum ve D vitamini alınması, sigara içilmemesi, alkol tüketilmemesi, kafein alımı sınırlandırılması, yük bindirme şeklinde olan egzersizlerin yapılması önerilmektedir (Forlino, Marini, 2016; Firth, 2019). Önerilen bu yaşam şekli davranışlarının uygulanabilmesi için ise bireylerin osteoporozla ilişkin farkındalıklarının yüksek olması önemlidir (Akyüz, Ofluoğlu, 2001; Koç vd., 2016). Davranış kavramı, farkında olarak ya da olmadan kişilerin yaptıkları veya yapmaktan kaçındıkları hareketlere karşılık gelmektedir (Şenol, Ünalın, Soyuer, Argün, 2014). Sağlık davranışı ise sağlıklı bir yaşamı hedef edinerek bilgi edinme, edinilen bilgileri uygulama ve doğru yaklaşım tarzları oluşturma tamamını kapsamaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sağlığın gelişmesine sebep olan pozitif davranışlar ve sağlık durumunun kötüleşmesine ve çeşitli rahatsızlıklara neden olabilen negatif davranışlar (örneğin sigara ve alkol kullanımı) olarak değerlendirilebilmektedir (Zaybak,

Fadıloğlu, 2004). Bireylerin kendi sağlıklarını etkileyebilecek bütün davranışları bilip kontrol altında tutması ve buna göre günlük hayattaki faaliyetlerini uygun şekilde düzenlemesi ise “sağlıklı yaşam biçimi” olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz, Uyanık, Böckün, Tokem, Tekin, 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ‘Herkes için Sağlık’ sloganıyla 2000’li yıllar itibariyle sağlık ve sağlıklı yaşam biçimi konusuna verdiği önemin altını çizmiştir. Yeterli seviyede olmayan sağlık şartlarının iyileştirilmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi DSÖ’nün hedefidir (Cihangiroğlu, Deveci 2011). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları doğru beslenme, fiziksel hareketlilik, hijyen, kişilerarası ilişkilerin sağlıklı olması, stresin doğru yönetilmesi gibi konuları kapsamaktadır (Şenol vd.,2014). Sağlıklı olma durumunun devamlılığı ve sağlıklarının gelişimi için ise bireylerin bu davranışları tutum haline getirmeleri gerektiği vurgulanmaktadır (Erdoğan, Nahcivan, Esin, İbrikçi, 1994). Engellenebilir veya gelişimi geciktirilebilir bir hastalık olan osteoporoz konusunda farkındalıkları olan yetişkin bireylerin kendi sağlıkları konusunda söz sahibi olması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemesi beklenmektedir. Bu doğrultuda yapılan çalışmanın amacı, yetişkin bireylerde osteoporoz farkındalık düzeyini, etkileyen etmenler ve osteoporoz farkındalık düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi değerlendirilmeaktır.

1.2. Araştırmanın Sorusu

- 1) Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile osteoporoz farkındalığı arasında anlamlı ilişki var mıdır?
- 2) Bireylerin bazı özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, osteoporoz hakkında bilgi alma durumu, kronik hastalık varlığı, aile öyküsü) göre osteoporoz farkındalıkları arasında istatistiksel olarak fark var mıdır?

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

1H₁ Hipotezi: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve osteoporoz farkındalığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

2H₁ Hipotezi: Bireylerin bazı özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, osteoporoz hakkında bilgi alma durumu, kronik hastalık varlığı, aile öyküsü) göre osteoporoz farkındalıkları arasında anlamlı bir fark vardır.

1.4. Araştırmanın Varsayımları

Yapılan bu çalışmada araştırmacının tarafsız olarak veri topladığı, örnekleme dahil edilen bireylerin evreni yansıttığı, veri toplama leklerinin eksiksiz ve yeterli doldurulduğu, uygulanan analiz yöntemlerinin yeterli olduğu varsayılmaktadır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın bir merkezde gerçekleştirilmesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

1.6. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, yetişkin bireylerde osteoporoz farkındalık düzeyini, etkileyen etmenler ve osteoporoz farkındalık düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Genel Bilgiler

2.1. Osteoporoz

Osteoporoz (OP) kemiğin mikro mimarisinin bozulduğu, kemik kütlesinin azaldığı bir metabolik kemik hastalığıdır. Metabolik kemik hastalıkları arasında en sık görüleni osteoporozdur (Kara, 2009). Yeni kemik üretiminde azalma veya artan yıkım, kemik gücünde azalma ile frajilite denilen kemik kırılabilirliğinin riskinin artışı ile seyreden, etnik köken farketmeksizin özellikle ileri yaştaki kadınları ve erkekleri etkileyebilmektedir (Lane, Russell, Khan, 2000; Kargın, Marakoğlu, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bireyin aynı cins ve ırktaki yetişkin popülasyonun kemik mineral yoğunluğu ölçümlerinin kıyaslanması ile tanı koyulabildiği belirtilmektedir.

Osteoporozun tanınmasında kullanılan Dual enerji X-ray (DXA) osteoporozun tanısı için altın standart sayılan bir görüntüleme yöntemidir. Bu görüntüleme yönteminde bireylerin T ve Z skorlarına bakılmaktadır. Bireylerin KMY (Kemik Mineral Yoğunluğu) ölçümleri genç yetişkin hemcinslerinin KMY ortalamasına göre kıyaslanır bu ortalama göre kaç standart sapma üstünde veya altında olduğunu gösteren değer T skoru Menapoz sonrası kadınlar ve 50 yaş üzeri erkek bireylerde tanı amaçlı T skorunun kullanılması gerekmektedir. 50 yaşından küçük erkekler ve menapoz öncesi kadınlarda ise tanı amaçlı Z skorunun kullanılması gerekmektedir. Z skoru bireylerin aynı yaştaki hemcinslerinin KMY ortalamalarının kaç standart sapma üzerinde veya altında olduğunu gösteren değerdir (Sünbuloğlu 1999; Öncel, 2012; Kanis, Johnell, Oden, Johansson, McCloskey, 2008; Hannon, Eastell, 2003). KMY'ne göre T skoru $>-1,0$ normal olarak kabul edilmiştir. T skorunun 1 ile 2,5 SD'den düşük olması osteopeni, T skorunun 2,5 SD'den düşük olması ise osteoporoz olarak adlandırılmaktadır. Osteoporoz kriterlerinin yanında ek bir ya da birden fazla kırıkla birlikte seyreden tabloya ise yerleşmiş osteoporoz adı verilmektedir (Çarlı, 2012).

Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi osteoporozda da ortalama yaşam süresinin uzamasının artan yaşlı nüfusun etkisi vardır. Frajilite kırığı sonucu artan hastane kalış süreleri, yaşam kalitesinde düşme gibi klinik, ekonomik ve sosyal negatif durumlara neden olmaktadır. Frajilite kırığı morbiditeyi ve mortaliteyi artırarak sağlık bakım maliyetlerini yükseltmektedir (Chan vd., 2019). Vertebra, kalça ve ön kolda kırık meydana gelmesi ise osteoporozun en önemli sonuçları arasında yer almaktadır. Morbititesi ve mortalitesinin yüksek olması nedeniyle kalça kırığı en önemli sonuç olarak değerlendirilmektedir (Öncel, 2012; Gordon, Masud, Gladman, 2014).

2.1.1. Osteoporoz Sınıflandırması

OP sınıflandırmasında tutulan kemik dokusu, lokalizasyon, hastanın yaşı, etiyolojisi, dokunun histolojik görünümü gibi faktörler yer almaktadır. OP etiyolojik faktörlere göre primer ve sekonder OP olarak sınıflandırılmaktadır. OP'ye sebep olan bir hastalığın olmadığı durumlar primer osteoporoz olarak adlandırılırken, altında yatan başka bir hastalık sonucu oluşan osteoporoz sekonder osteoporoz olarak sınıflandırılmaktadır. Primer OP, menopoza sonrası kadınlarda görülen Tip 1 osteoporoz, İdiopatik Juvenil OP, ileri yaşa bağlı gelişen Senil OP Tip II olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır (Ünver, 2015; Riggs, Melton, 1995).

2.1.1.1. Primer Osteoporoz

Menopoz sonrası görülen Tip I OP genellikle 50-75 yaş arasındaki kadınlarda görülmektedir. Bu grupta kemik yıkımının artmasında östrojen yetersizliği, kalsitonin salınımında azalma, parathormon fonksiyonlarında azalma ve D vitamini metabolizmasında azalma rol oynamaktadır. Burada gelişen OP gonadal fonksiyon kaybı temellidir. Östrojen vücuttaki inflamatuvar sitokinleri inhibe eder östrojenin azalmasıyla inflamatuvar sitokinlerin üretimi ve T hücre faaliyetleri artmaktadır. Aktif olan T hücreleri osteoklastların farklılaşmasını ve yaşam süresinin uzamasına etki etmektedir. Bu noktada menopoz sonrası kemik kütle yıkımı hızlı olarak gerçekleşmektedir. Menopozun ilk yıllarında kemik kütlesinin yaklaşık %12'si kaybedilmektedir. KMY için altın standart olarak kabul edilen DXA'da bu kayıp T skorunda 1 standart sapma azalmaya karşılık gelmektedir (Başar, 2021; Recker, Lappe, Davies, Heaney 2000; Balaban 2021; Alkan Melikoğlu, 2012).

Primer osteoporozda ikinci bir grup Senil (Tip 2 OP) osteoporozdur. Tip 2 osteoporozda ise başlıca neden yaşlanma olup özellikle 75 yaş üzeri bireylerde sıklıkla görülmektedir. Yaşa bağlı olarak gelişen bu tipte her iki cinsiyet risk altındadır. İleri yaşlarda kadınlarda ve erkeklerde gonadal hormonların azalmasına bağlı kalsiyum dengesi bozulmakta ve kalsiyuma olan ihtiyaç artmaktadır. Burada ise genellikle kalça, humerus ve femur boynu kırıkları görülmektedir (Riggs ve Melton 1995; Gülbahar, 2011).

Puberte dönemi öncesi hızlı büyüyen çocuklarda bazen karşılaşılan Juvenil Tip Osteoporoz çok nadir görülmektedir. Diğer OP çeşitlerinde olduğu gibi kalsiyum dengesi bozukluklarının neden olabileceği düşünülmektedir (Gülbahar, 2011; Alkan Melikoğlu, 2012).

2.1.1.2. Sekonder Osteoporoz

Sekonder osteoporoz primer osteoporozdan ayrı olarak farklı etiyolojik faktörlerin kemik gelişimini negatif yönde etkilemesiyle kırıklara neden olabilecek kemik gücü kayıpları söz konusudur. Burada, immobilizasyon, glukokortikosteroidlerin kullanılması, vücut ağırlığının düşük olması, inflamatuar sitokinler, endokrin bozukluklar, malignite, kemoterapik ilaçlar, karaciğer hastalıkları, primer bilier siroz ve subtotal gasterotomi gibi gastroinstetinal sistem hastalıkları gibi faktörlerin etkili olabileceği belirtilmektedir (Cooper, 1993). Sekonder osteoporozda osteoporoz tedavisinin yanı sıra altta yatan hastalığın tedavisi büyük önem taşımaktadır (Kışlak, 2019).

2.1.2. Osteoporoz Epidemiyolojisi

Bilindiği gibi insan yaşamının süresinin uzamasıyla kronik hastalıkların görülme sıklığı artmıştır. Uzayan yaşam süreleriyle osteoporozun da görülme sıklığının arttığı belirtilmektedir. Tüm dünyada 200 milyondan fazla kişiyi etkilemekte olan OP önem arz eden bir toplum sağlığı sorunudur. Osteoporozun sessiz ilerleyişi ve kırık oluşana kadar tanı koymanın zor olması nedeniyle tarama çalışmalarının yapılması erken dönem tanı konulması için önemlidir. Kemik kırıklarının tek nedeni elbette osteoporoz değildir. Travma da temel bir kemik kırığı nedenidir. Ancak, erkeklerde kemik kırıklarının $\frac{3}{4}$ 'ü genç yaşlarda ve tramvaya bağlı iken kadınlarda bu durum farklı olup görülen kırıkların $\frac{3}{4}$ 'ünde 45 yaş sonrası osteoporoza bağlı gelişmektedir (Kanis, 1998). Osteoporoz görülme sıklığı ile ilgili ülkemizde yapılan en büyük çaplı çalışma Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Türkiye Osteoporoz Derneği (TOD) beraberliğinde 2010 yılında yapılan FRACTURK çalışmasıdır. Bu çalışmanın sonuçlarına bakıldığında Türkiye'deki 50 yaş üzeri bireylerde osteopeni görülme oranı %50, osteoporoz görülme oranı %25 bulunmuştur. Yine bu çalışmada 50-64 yaş arası grupta %73'ünü kadınlar oluşturmak üzere 24.000 kalça kırığı saptanmıştır. Çalışmadaki diğer bir veri de 50 yaş civarındaki bireylerin yaşamlarının kalan kısmında kalça kırığı görülme ihtimali kadınlarda %14,5, erkeklerde %3,5 şeklindedir. Çalışmada osteopeni prevalansı %49,6, osteoporoz prevalansı %24,8 olarak hesaplanmıştır (Tuzun vd. 2012). 50 yaş üzeri kadınlarla yapılan osteoporoz prevalansı çalışmalarında ABD'de %30,3, Danimarka'da %40,8 Japonya'da %35,4'lük bir oran olduğu gösterilmiştir (Melton, 1995; Gauthier vd., 2011). Amerikalı kadınlar 50 yaş

altında normal sınırlarda KMY gösterirken, 80 yaş üzeri bireylerde %27 oranında osteopeni, %70 oranında osteoporoz saptanmıştır (Dennison, Maysam, Cooper, 2006).

2.1.3. Osteoporoz Risk Faktörleri

OP için risk oluşturan faktörlerin bilinmesi, risk altındaki kişilerin belirlenmesi ve bilinçlendirilmesi, aynı zamanda değiştirilebilen risk faktörlerini değiştirerek komplikasyonların oluşması önlemek için gereklidir (Koyuncu, 2022; Robitaille vd., 2008; Akarımak, Akgün, Eryavuz, 1999). Osteoporozun oluşum sürecinde en önemli faktör Doruk Kemik Kütlesi (DKK)'dir. Yaşam boyu erişilebilen maksimum kemik kütlesini ifade eden bu değerin temel belirleyicisi genetik faktörlerdir fakat çocukluk dönemindeki beslenmenin ve ergenlikte yapılan spor faaliyetlerinin DKK'ye önemli etkileri bulunmaktadır. Fiziksel aktivite, yeterli ve dengeli beslenme gibi durumlar DKK'yı pozitif yönde etkilemektedir. Sedanter yaşam tarzının kırık riskini arttırdığını belirten çalışmalar mevcuttur (Erdoğan Gündüz, 2019; Uğur, Mahir, 2012).

DKK'ndeki yetersizlik osteoporotik kırık riskini arttırmaktadır. Bu nedenle OP'de korunmada genetik alt yapının müsaade ettiği en yüksek miktarda DKK'ye ulaşılması önemlidir (Balaban, 2021; Erdoğan Gündüz, Akalın, 2019). Bu noktada OP için risk faktörlerinin iyi bilinmesi ve etkili önleme stratejilerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

2.1.3.1. Değiştirelemeyen Risk Faktörleri

OP için risk oluşturan faktörlere bakıldığında, ilerleyen yaş, beyaz ırk, kadın olmak, ailede osteoporoz tanısı alan kişilerin olması, menopoz gibi değiştirilemeyen risk faktörleri bulunmaktadır. İleri yaş her iki cinsiyette de osteoporoz için değiştirilemeyen bir risk faktörüdür. Yaş ile birlikte kemik yapım süreci yavaşlamakta ve kemik yıkımı hızlanmaktadır. Böbrek ve karaciğer fonksiyonları, hormonal değişimler, kas gücünde azalma da ileri yaşın kemikler üzerinde olumsuz etkilerini arttıran diğer sebeplerdendir (Schuit vd., 2004; Güler, 1997; Baysal, 1999). Osteoporoz için değiştirilemeyen bir diğer risk faktörü de cinsiyettir. Kadınlarda özellikle menapoz dönemi ile birlikte hormonal değişikliklere bağlı kemik mineral yoğunluğu değişmekte, dolayısıyla kemik yıkım artmaktadır. Menarş yaşı, menopoz yaşı, laktasyon süresi, doğum sayısı gibi üremeye ilgili faktörler de osteoporozu etkileyebilmektedir (Aygün, 1998; Berker, 1988). Kadınların gebelik ve maternal dönemde kalsiyum kaybı yaşaması, menopoz sonrası östrojen azalmasının kemik

sağlığı üzerinde negatif etkileri, DKK'nin erkeklerde daha çok olması gibi faktörler iki cinsiyetteki oransal farkı açıklamaktadır (Baysal, 1999; Akyüz, 2013).

2.1.3.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Osteoporoz için değiştirilebilir risk faktörleri ise, özellikle sedanter yaşam tarzı, sigara ve alkol kullanımı, kalsiyum ve D vitamini açısından yetersiz beslenmedir. Kemik sağlığının korunması, kırıkların önlenmesi için egzersiz, fiziksel aktivitenin rolü oldukça önemlidir. Osteoporozun önlenmesinde öncelikle yerçekimine karşı yapılan egzersizler ve ağırlık kaldırma egzersizleri ön plandadır. Kasların güçlenmesi iyi bir postur ve kemik sağlığı açısından gereklidir. Genç yaşlardan başlanarak düzenli egzersiz yapılması DKK'yi artırarak ileri yaşlarda oluşabilecek kemik kayıplarını azaltmaktadır (Ünsaldı, 1996; Ünver, 2015). Alkol tüketiminde aşırıya kaçılması (günde iki kadehten fazla) kalsiyum ve D vitamini emilimini azaltarak kemik sağlığı üzerinde negatif etkileri olan diğer bir değiştirilebilir risk faktörüdür ve kemik yapım sürecinde öncü hücreler olan osteoblastların üzerinde de toksik etkisi bulunmaktadır (Uğur, Mahir, 2012). Sigara da alkol gibi kemik kaybı üzerinde hızlandırıcı bir etkiye sahip bir faktördür ve östrojenin kemikler üzerinde olumlu etkisini inhibe ettiği vurgulanmaktadır (Uğur, Mahir, 2012; Henry, Fateyerji, Eastell, 2004; Yalıman, 1998; Rodriguez-Martinez, Garcia-Cohen, 2002).

2.1.4. Osteoporoz Farkındalığı

Engellenebilir ya da gelişimi geciktirilebilir olan osteoporoz hastalığı için risk grubundaki bireylerin bilinçlendirilmesi morbitideyi ve mortaliteyi azaltmak için büyük önem taşımaktadır. Osteoporozu kontrol altında tutmak için iyi bir kemik sağlığı bilgisi ve yaşam tarzı değişiklikleri bir gerekliliktir fakat dünya çapında yapılan çalışmalarda bireylerin bu konularda bilgi ve uygulama eksikliklerinin olduğu bildirilmiştir. Osteoporoz konusunda yeterli düzeyde bilgisi ve farkındalığı olmayan kişilerin kemik koruyucu yani osteoprotektif davranış biçimi göstermediği belirtilmektedir (D'Silva, Pinto, 2017; Riaz vd., 2008).

2.2. Sağlık

Sağlık insanlık tarihine bakıldığında üzerinde en çok durulan en eski kavramlar arasında yer almaktadır. Sağlığın tanımına bakıldığı zaman 'Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin bulunmasıdır' şeklinde DSÖ tarafından tanımlanmaktadır (Phalank, 1991; WHO,

1947). Yirminci yüzyılın ortalarına kadar salgın hastalıklarla mücadele eden insanlık günümüzde obezite, diyabet, osteoporoz gibi sorunlarla mücadele etmektedir. Günümüzde hastalıklarından korunmak adına sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öğretilmesi ve geliştirilmesi tavsiye edilmektedir. Her bir bireyin sağlığını koruması, pozitif yönde sağlık davranışında bulunup sağlığını geliştirmek için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemesi önemlidir (Allender, Spradley, 2001; Zaybak, Fadılhoğlu, 2004).

2.2.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Bireylerin sağlığını korumak ve sağlığını geliştirmek adına sergilediği davranışlar sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise sağlıklı bir yaşam için uygun, olumlu davranışlar sergilenmesidir. Yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite, maneviyat, stresin doğru yönetilmesi, sağlıklı kişilerarası ilişkiler, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, bireyin kendi sağlığı için sorumluluk alması sağlıklı yaşam biçimi kavramı içerisinde yer almaktadır (Pender, Walker, Sechrist, 1987). Bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışları göstermesi, yaşam biçimine bağlı gelişen hastalık ve ölümlerin önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Sağlık davranışlarının gösterilmesi ilk olarak kronik hastalıkların önlenmesinde, ikincil olarak kronik hastalık oluşsa dahi yaşam kalitesinin yükseltilmesinde ve ilerleyen yaşlarda sağlıklı bir yaşam sürdürülmesi açısından önem taşımaktadır. Bu davranışların temelini ise erken çocukluk dönemlerinden itibaren aile aracılığı ile atıldığı ve bunun sağlıklı bir geleceğin temelini oluşturduğu vurgulanmaktadır (Esin, 1997; Li, Phowdthayee, 2014).

Engellenebilir ya da gelişimi geciktirilebilir bir hastalık olan OP'nin önlenmesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi ve uygulanması oldukça önemlidir. Yeterli ve dengeli beslenme, egzersiz, D vitamini-Ca almanın yanı sıra sağlık sorumluluğuna sahip olan bireylerin negatif sağlık davranışı olarak nitelendirilen sigara ve alkol kullanımından uzak durulması beklenmektedir (Turhanoğlu, Özer, 2008).

2.2.1.1. Sağlıklı Beslenme

OP'dan korumak için en önemli faktörlerden biri sağlıklı beslenmedir. Sağlıklı beslenmek için besin öğelerinden dengeli ve düzenli olarak tüketilmelidir. Özellikle kemik sağlığı açısından önemli olan süt ve süt ürünleri tüketiminin yeterli alınması

gerekmektedir. Yaşamın her döneminde sağlıklı ve güçlü kemiklere sahip olabilmek için yeterli kalsiyum ve d vitamini alımı önemlidir. Kalsiyum için bireylerin günlük alması gereken miktar yaşa ve cinsiyete göre değişmektedir bununla beraber yetişkin kadın ve erkeklerin günlük ortalama 1000 mg kalsiyum alması gerektiği belirtilmektedir. D vitamini için haftada en az 3 günü 10- 15 dakika güneşlenmek önerilmekte, yetersizlik durumlarında hekim önerisiyle dışarıdan alımı önerilmektedir. D vitamini serum konsantrasyon seviyesinin <20 ng/ml'den düşük olması eksikliği, 21-29 ng/ml aralığında olması yetersizliği, 30-100 ng/ml aralığında olması ise yeterliliği olarak tanımlanmaktadır (Institute of Medicine, 2011; Holick, Binkley, Bischoff-Ferrari, 2011).

2.2.1.2. Fiziksel Aktivite

Fiziksel hareketsizlik kemik sağlığı için önemli bir diğer risk faktörüdür. Kemik sağlığını korumak ve OP'dan korunmak için düzenli egzersiz yapılması gerekmektedir (TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Beslenme Rehberi, 2015; Özer, Baltacı, 2008; WHO, 2014). Egzersiz osteoporozun önlenmesi, tedavi edilmesi ve kırık riskinin azaltılması için önem arz etmektedir. Egzersiz kemiklerin doruk kemik kütlelerinin maksimum kapasitesine ulaşabilmesi için oldukça önemli bir faktördür. Kemik sağlığı açısından egzersizin uyarıcı bir rolü bulunmaktadır. Düzenli olarak haftada 2-3 kez 15 dk ile 1 saat arası bireylerin yapısına uygun egzersizler tercih edilerek yapılması önerilmektedir (Body vd., 2011)

2.2.1.3. Sağlık Sorumluluğu / Farkındalığı

Sağlık sorumluluğu kavramı kişinin bedenini iyi tanıması ve sağlığı için koruyucu ve geliştirici davranışlar göstermesini kapsamaktadır. Sağlık bakımının kalitesini etkileyen bu kavram kişilerin kendi normal ve anormallerini bilmesi açısından önemlidir. Sağlık sorumluluğuna sahip bireyler uygun sağlık davranışları ile sağlığını koruyabilir, geliştirebilir (Battorf, Johnson, 1996; Bozhüyük vd., 2012). Uzun ve sağlıklı bir yaşam sürmek için kişilerin en önemli durumlarından biri sağlık sorumluluğudur. Bu, OP'da da büyük önem taşımaktadır. Bireylerin kendi vücutlarını tanıyıp önleyici ve düzenleyici faaliyetlerde bulunması gerekmektedir. Pozitif sağlık davranışları ve negatif sağlık davranışlarını anlamayı sağlayan sağlık sorumluluğu; sigara ve alkol tüketimi, sedanter yaşam, sağlıksız beslenme gibi davranışlardan uzak durmayı sağlamaktadır. Sağlıkla ilgili konularda güncel araştırmaları takip etmek,

bilgi alışverişine açık olmak, yolunda gitmeyen durumları tespit ederek sağlık kurumlarına başvurmak kişinin kendi sağlığına önem verdiğinin bir göstergesidir (Bottorf vd., 1996).



Gereç ve Yöntem

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ağustos-Ekim 2023 tarihleri arasında İzmir Kemalpaşa Devlet Hastanesi Dahili Klinik ve Polikliniğine başvuran bireylerle yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın Evreni: Araştırmanın evrenini, Ağustos-Ekim 2023 tarihlerinde Kemalpaşa Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği'ne ve Polikliniği'ne başvuran bireyler oluşturmuştur.

Araştırmanın Örneklemi: Araştırma örneklemine, Ağustos-Ekim 2023 tarihlerinde Kemalpaşa Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği'ne ve Polikliniği'ne başvuran dahil edilme ve dışlanma kriterlerine uyan 165 birey dahil edilmiştir. Araştırmanın örneklemini belirlemek için Çıtıl ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılan bir çalışma referans alınmıştır (Çıtıl, 2007). Bu çalışmada osteoporozun ne olduğunu tam olarak bilen kadınların oranı %12,1 olarak bulunmuştur. Buna göre evrendeki birey sayısının bilinmediği durumlarda örneklem hesaplama formülünden yararlanılmış, ulaşılmak istenen minimum örneklem 162 kişi bulunmuştur.

Araştırmaya dahil olma ölçütleri;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma
- 18 yaş üzeri olma
- Erkeklerde 65 yaş altı olma
- Kadınlarda menopoza girmemiş olma
- Okur-yazar olma
- İletişim kurulabiliyor olma
- Osteopeni ya da Osteoporoz tanısı almama

Araştırmadan dışlama ölçütleri;

- Formlarda yer alan tüm sorulara cevap vermeme
- Demans, mental retardasyon, alzheimer gibi iletişime engel bir tanısı olma

3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımsız değişkenler: Katılımcıların cinsiyeti, eğitim düzeyi, ekonomik durumları, yaşı gibi sosyodemografik özellikleri; alkol-sigara tüketimi, kronik hastalık varlığı, D vitamini takviyesi alma gibi tanımlayıcı özellikler araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

Bağımlı değişkenler: Osteoporoz farkındalık düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.5. Veri Toplama Yöntemleri

Araştırma verileri, dış uyaranların rahatsızlık vermeyeceği bir odada yüz yüze görüşme yapılarak toplanmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireylere önce amaç ve izlenecek yöntem konusunda bilgi verilmiştir. Katılımcıların için çalışmaya katılma konusunda gönüllü onamları sözel olarak aldıktan sonra yazılı onamları da alınmıştır. Görüşmeler yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerinin elde edilmesinde;

- Kişisel Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek IV),
- Osteoporoz Farkındalık Ölçeği (Ek V),
- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek VI) kullanılmıştır.

3.6.1. Kişisel Tanıtıcı Bilgi Formu

Kişisel Tanıtıcı Bilgi Formu: Form literatür doğrultusunda hazırlanmış olup, katılımcıların sosyodemografik özellikleri (cinsiyeti, medeni hali, yaşı, eğitim düzeyi, ekonomik durumu, yaşadığı yer, vd.) ile sağlık hastalık durumuna ilişkin verileri (alkol ve sigara kullanımı, kronik hastalıkları, sürekli kullandığı ilaçlar, vd.) ve sağlıklı yaşam biçimine ilişkin verilerin (düzenli egzersiz yapma durumu, kalsiyum ve d vitamini tüketim durumu) sorgulandığı toplam 19 sorudan oluşmaktadır (Özentürk ve Aktürk, 2019; Bahar ve ark., 2008).

3.6.2. Osteoporoz Farkındalık Ölçeği

Osteoporoz Farkındalık Ölçeği'nin orijinal dili İngilizce olup, Euysoon Choi ve arkadaşları tarafından 2008 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinali 31 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır (Euysoon Choi ve ark., 2008). Osteoporoz Farkındalık Ölçeği'nin Özentürk ve Aktürk tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması

yapılarak Osteoporoz Farkındalık Ölçeği Türkçe Formu oluşturulmuştur. Ölçeğin Türkçe formu 27 madde ile 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin toplam Cronbach alfa değeri 0,94'dür (Aktürk, Meseri, Özentürk, 2021). Yapılan bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri ise benzer şekilde 0,96 olarak bulunmuştur. Ölçeğin 22, 23, 24, 25, 26 ve 27. maddeleri Kemik Fizyolojisi alt boyutunu; 4, 5, 7, 8, 9, 10, ve 21. maddeleri Koruyucu Davranışlar alt boyutunu; 11, 12, 13, 14 ve 15. maddeleri Risk Faktörleri alt boyutunu; 1, 2, 3 ve 6. maddeler Egzersiz alt boyutunu; 16, 17, 18, 19 ve 20. maddeler ise Osteoporozun Özellikleri alt boyutunu değerlendiren maddelerdir. Ölçekte kesme noktası ve ters madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe osteoporozla ilişkin farkındalık artmaktadır (Aktürk ve ark., 2021).

3.6.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Formu

1987'de Pender ve arkadaşlarının geliştirdiği SYBD Ölçeği'nin ülkemizde ilk geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1997'de Esin tarafından gerçekleştirilmiştir (Esin, 1997). Daha sonra 1996 yılında Walker ve arkadaşları tarafından revize edilerek SYBDÖ II şeklinde güncellenmiştir (Walker ve ark., 1996). 2008 yılında Bahar ve arkadaşları SYBD II ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışmasını gerçekleştirmiştir. Ölçeğin orijinalinde Cronbach alfa değeri 0,94 bulunmuştur. Bahar ve arkadaşları tarafından düzenlenen ölçekte ise bu değer Cronbach alfa değeri 0,92'dir. Yapılan bu çalışmada da orijinaline benzer şekilde bu değer 0,95 olarak bulunmuştur. SYBD II ölçeği 52 maddeden oluşan ve 6 alt boyut içeren bir ölçektir. Ölçeğin, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutları bulunmaktadır. Dörtlü likert tipinde bir ölçektir. Ölçekte yer alan sorulara hiçbir zaman, bazen, sık sık ve düzenli olarak şeklinde yanıt verilebilmektedir. SYDÖ II'den alınan en düşük puan 52, en puan ise 208'dir. Puan arttıkça bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olduğu kabul edilmektedir (Bahar ve ark., 2008).

3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Bu çalışmanın verilerini değerlendirirken Statistical Package for the Social Sciences version 25 (SPSS v25) yazılım programı kullanılmıştır. Elde edilen verilerden ordinal olanlar aritmetik ortalama, standart sapma, min-max değerlerle, verilerden nominal olanlar ise yüzde, frekans olarak analiz edilmiştir. Çalışmada Mann Whitney U, ANOVA, Kruskal-Wallis kullanılarak bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki

ilişki incelenmiştir. Pearson Korelasyon analizi yöntemi de normal dağılıp dağılmama durumuna göre ilişki analizlerinde uygulanmıştır. Sonuçlarda anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ düzeyinde, güven aralığı ise %95 aralığında değerlendirilmiştir.

3.8. Süre ve Olanaklar

Araştırmanın planlanması ve planlandığı gibi ilerletilmesi için zaman takvimi Tablo 1.'de verilmiştir.

Tablo 1. Araştırmanın Zamansal Planlaması ve Aşamaları

İş No	İşin Adı, Tanımı	Aylar					
		Şubat- Mart 2022	Temmuz- Ağustos 2023	Ağustos -Ekim 2023	Ekim- Kasım 2023	Kasım - Aralık 2023	Ocak 2024
1	Literatür araştırması ve konunun belirlenmesi	x					
2	Etik komite izninin alınması		x				
3	Verilerin toplaması ve işlenmesi			x			
4	Verilerin analizi				x		
5	Tez yazımı (raporlama)					x	
6	Araştırma sonuçlarının paylaşımı						x

3.9. Etik Açıklamalar

-Çalışma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun gerçekleştirilmiştir.

-Çalışmanın planlandığı ve gerçekleştirildiği aşamalarda Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar 23-7T/22 ve Tarih:13.07.2023) (Ek VII) ve çalışmanın gerçekleştirileceği kurum İzmir Kemalpaşa Devlet Hastanesi'nden (Sayı: E-67417943-929-221248104 ve Tarih:04/08/2023) (Ek VIII) yazılı izin alınmıştır.

-Çalışmada kullanılan ölçeklerin kullanım izinleri (Ek II ve Ek III) alınmıştır.

-Çalışmaya katılım gösteren bireylere araştırmanın amacı anlatılarak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek I).

Bulgular

Bu bölümde; (1) bireylerin sosyodemografik ve tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular, (2) bireylerin osteoporoz farkındalığına yönelik bulgular, (3) bireylerin osteoporoz farkındalığı ile tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular, (4) bireylerin sağlıklı yaşam biçimine ilişkin bulgular ve (5) sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve osteoporoz farkındalığı arasındaki ilişkiye ait bulgular verilmiştir.

4.1. Bireylerin Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Özellikleri

Örnekleme alınan bireylerin sosyodemografik ve tanımlayıcı özellikleri Tablo 2’de sunulmuştur.

Bireylerin yaş ortalaması $38,38 \pm 11,84$ olup, %69,1’i kadın, %73,9’u evli, %45,5’i üniversite mezunu ve %61,8’i aktif olarak çalışmaktadır. Bireyler ekonomik durumlarını %29,7 oranında geliri giderden az, %60,0 oranında geliri gidere denk ve %10,3 oranında da gelir giderden fazla tanımlamıştır. Bireylerin yaşadığı yerlere bakıldığında %24,2’sinin köy, %57,6’sının ilçe, %5,5’inin il, %12,7’sinin de büyükşehirde yaşadığı görülmüştür (Tablo 2).

Bireylerin %27,9’u sigara ve %7,3’i alkol kullanmakta (sosyal içici) olup; %29,7 sinin en az bir kronik hastalığı olduğu, %28,5’inin de sürekli ilaç kullandığı belirtilmiştir (Tablo 2). Bireylerin %26,7’si daha önce osteoporoz konusunda eğitim almış olup, %21,7’sinin ailesinde osteoporoz tanısı almış kişiler vardır. Bireylerin %89,7’sinin günlük yeterli kalsiyum aldığı, %27,9’unun D vitamini takviyesi aldığı, D vitamini alan bireylerin ise %84,8’inin D vitaminini doktor tavsiyesi üzerine kullandığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Veriler

Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (S)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	114	69,1
Erkek	51	30,9
Medeni Durum		
Evli	122	73,9
Bekar	43	26,1
Eğitim Durumu		
İlkokul	30	18,2
Ortaokul	12	7,3

Lise	44	26,7
Üniversite	75	45,5
Lisansüstü	4	2,4
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	102	61,8
Çalışmıyor	63	38,2
Ekonomik Durum		
Gelir giderden az	49	29,7
Gelir gidere denk	99	60,0
Gelir giderden fazla	17	10,3
Yaşanılan Yer		
Köy	40	24,2
İlçe	95	57,6
İl	9	5,5
Büyükşehir	21	12,7
Sigara Kullanımı		
Evet	46	27,9
Hayır	119	72,1
Alkol Kullanımı		
Evet	12	7,3
Hayır	153	92,7
Osteoporoz Eğitimi Alma Durumu		
Evet	44	26,7
Hayır	121	73,3
Ailede Osteoporoz Tanısı Alan Kişi Durumu		
Var	36	21,8
Yok	129	78,2
Kronik Hastalık Durumu		
Var	49	29,7
Yok	116	70,3
Sürekli İlaç Kullanımı		
Evet	47	28,5
Hayır	118	71,5
Günlük Kalsiyum Alımı		
Yeterli	148	89,7
Yetersiz	17	10,3
D Vitamini Takviyesi Alma Durumu		
Alıyor	46	27,9
Almıyor	119	72,1
D Vitamini Takviyesi Alanlar Dr önerisi ile mi kullanıyor		
Evet	39	84,8
Hayır	7	15,2

Düzenli Egzersiz Yapma Durumu		
Evet	39	23,6
Hayır	126	76,4
Toplam	165	100

4.2. Bireylerin Osteoporoz Farkındalığına Yönelik Bulgular

Örnekleme alınan bireylerin osteoporoz farkındalığına ilişkin özellikleri Tablo 3'te sunulmuştur.

Örnekleme alınan bireylerin Osteoporoz Farkındalık Ölçeği toplam puan ortalaması $60,15 \pm 18,20$ (min:27, maks:106 puan)'dır. Alt boyutların puan ortalamalarına bakıldığında; Kemik fizyolojisi alt boyutunun puan ortalaması $12,68 \pm 4,19$ (min:6, maks:24 puan), Koruyucu davranışlar alt boyutu puan ortalaması $17,06 \pm 5,22$ (min:7, maks:28 puan), Risk faktörleri alt boyutu puan ortalaması $9,56 \pm 3,96$ (min:5, maks:20 puan), Egzersiz alt boyutu puan ortalaması $9,57 \pm 3,13$ (min:4, maks:16 puan)'dır (Tablo 3).

Bireylerin ölçek alt boyut puanlarından en düşük puan ortalamasını risk faktörleri alt boyutundan, en yüksek puan ortalamasını ise kemik fizyolojisi alt boyutundan aldığı görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 3. Osteoporoz Farkındalık Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Ölçek ve Alt Boyutları	X $\pm$ SD	Min-Maks.
Kemik Fizyolojisi Alt Boyutu	$12,68 \pm 4,19$	6-24
Koruyucu Davranışlar Alt Boyutu	$17,06 \pm 5,22$	7-28
Risk Faktörleri Alt Boyutu	$9,56 \pm 3,96$	5-20
Egzersiz Alt Boyutu	$9,57 \pm 3,13$	4-16
Osteoporozun Özellikleri Alt Boyutu	$11,26 \pm 4,33$	5-20
Osteoporoz Farkındalık Ölçeği Toplam	$60,15 \pm 18,20$	27-106

4.3. Bireylerin Osteoporoz Farkındalığı ile Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu çalışmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özellikleri ve osteoporoz farkındalık durumları Tablo 4'te sunulmuştur.

Osteoporoz Farkındalığı toplam puan ortalamasına yaşa göre bakıldığında yaş ile osteoporoz farkındalık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($r=0,02$, $p=0,72$) (Tablo 4).

Osteoporoz Farkındalığı toplam puan ortalamasına cinsiyete göre bakıldığında kadın katılımcıların puan ortalaması $61,70\pm18,55$ iken erkek katılımcıların puan ortalaması $56,68\pm17,06$ 'dır. İstatistiksel olarak bakıldığında cinsiyet ile osteoporoz farkındalık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($Z= -1,54$, $p>0,05$) (Tablo 4).

Osteoporoz Farkındalığı toplam puan ortalamasına medeni duruma göre bakıldığında evli bireylerin puan ortalaması $59,88\pm17,39$ iken bekar bireylerin puan ortalaması $60,93\pm20,53$ 'dür. İstatistiksel olarak medeni durum ile osteoporoz farkındalık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($Z= -0,19$, $p> 0,05$) (Tablo 4).

Osteoporoz Farkındalığı toplam puan ortalamasına çalışma durumuna göre bakıldığında çalışan bireylerin puan ortalaması $62,57\pm19,92$ iken çalışmayan bireylerin puan ortalaması $56,22\pm14,30$ 'dur. Çalışma durumu ile osteoporoz farkındalık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($Z= -2,02$, $p<0,05$) (Tablo 4).

Osteoporoz Farkındalığı toplam puan ortalamasına sigara kullanma durumuna göre bakıldığında sigara kullanan bireylerin puan ortalaması $55,06\pm17,98$ iken kullanmayan bireylerin $62,12\pm18,00$ 'dir. Sigara kullanma ve osteoporoz farkındalık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($Z= -2,39$, $p<0,01$) (Tablo 4).

Osteoporoz Farkındalığı toplam puan ortalamasına alkol kullanma durumuna göre bakıldığında alkol kullanan bireylerin puan ortalaması $57,91\pm17,65$ iken alkol kullanmayan bireylerin puan ortalaması $60,32\pm18,30$ 'dur. Alkol kullanma durumu ile osteoporoz farkındalık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($Z=-0,39$, $p>0,05$) (Tablo 4).

Osteoporoz Farkındalığı toplam puan ortalamasına osteoporoz eğitimi alma durumuna göre bakıldığında osteoporoz eğitimi almış kişilerin puan ortalaması $73,56\pm15,30$ iken eğitim almamış bireylerin puan ortalaması $55,27\pm16,70$ 'dir. Osteoporoz eğitimi alma ile osteoporoz farkındalık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($Z= -5,79$, $p<0,01$) (Tablo 4).

Osteoporoz Farkındalığı toplam puan ortalamasına ailede osteoporoz tanısı alma durumuna göre bakıldığında ailesinde osteoporoz tanısı olan bireylerin puan

ortalaması $66,29 \pm 16,44$ iken ailesinde osteoporoz tanısı olmayan bireylerin puan ortalaması $58,46 \pm 18,37$ 'dir. Ailede osteoporoz tanısı alma durumuna göre osteoporoz farkındalık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($Z = -2,46$, $p < 0,05$) (Tablo 4).

Osteoporoz Farkındalığı toplam puan ortalaması ile kronik hastalık durumu değerlendirildiğinde en az bir kronik hastalığı sahip bireylerin puan ortalaması $58,75 \pm 14,45$ iken kronik hastalığı olmayan bireylerin puan ortalaması $60,74 \pm 19,60$ 'dır. Kronik hastalık ile osteoporoz farkındalık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($Z = -0,43$, $p > 0,05$) (Tablo 4).

Osteoporoz Farkındalığı toplam puan ortalamasına sürekli ilaç kullanımı durumuna göre bakıldığında sürekli ilaç kullanımı olan bireylerin puan ortalaması $60,04 \pm 15,48$ iken sürekli ilaç kullanımı olmayan bireylerin puan ortalaması $60,20 \pm 19,24$ 'dür. Sürekli ilaç kullanımı ile osteoporoz farkındalık düzeyi olarak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($Z = -0,22$, $p > 0,05$) (Tablo 4).

Osteoporoz Farkındalığı toplam puan ortalamasına kalsiyum alımı durumuna göre bakıldığında yeterli kalsiyum alan bireylerin puan ortalaması $60,56 \pm 18,39$ iken yeterli kalsiyum almayan bireylerin puan ortalaması $56,58 \pm 16,52$ 'dir. Günlük kalsiyum alımı ile osteoporoz farkındalık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($Z = -0,65$, $p > 0,05$) (Tablo 4).

Osteoporoz Farkındalığı toplam puan ortalamasına D vitamini takviyesi kullanma durumuna göre bakıldığında D vitamini takviyesi kullanan bireylerin puan ortalaması $62,90 \pm 20,32$ iken D vitamini kullanmayan bireylerin puan ortalaması $59,10 \pm 17,30$ 'dur. D vitamini takviyesi kullanma ile osteoporoz farkındalığı düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($Z = -1,12$, $p > 0,05$) (Tablo 4).

Osteoporoz Farkındalığı toplam puan ortalamasına düzenli egzersiz yapma durumuna göre bakıldığında düzenli egzersiz yapan katılımcıların puan ortalaması $65,02 \pm 19,27$ iken düzenli egzersiz yapmayan katılımcıların puan ortalaması $58,64 \pm 17,67$ 'dir. Düzenli egzersiz yapma ile osteoporoz farkındalık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($Z = -1,80$, $p > 0,05$) (Tablo 4).

Osteoporoz Farkındalığı toplam puan ortalamasına ekonomik duruma göre bakıldığında gelir durumunun gider durumundan az olduğunu ifade eden katılımcıların puan ortalamaları $54,02 \pm 15,17$, gelir durumun gider durumuna denk olduğunu ifade eden katılımcıların puan ortalamaları $61,90 \pm 17,98$, gelir durumunun gider

durumundan fazla olduğunu ifade eden katılımcıların puan ortalamaları $67,58 \pm 23,06$ 'dır. Gelir durumu ile osteoporoz farkındalık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,01$) (Tablo 4).

Osteoporoz Farkındalığı toplam puan ortalamasına eğitim duruma göre bakıldığında İlkokul ve altı eğitim alanlarda puan ortalaması $54,16 \pm 13,74$, ortaokul mezunu olan bireylerin puan ortalaması $55,16 \pm 15,85$, lise mezunu bireylerin puan ortalamaları $56,68 \pm 18,12$, üniversite ve lisansüstü mezunu olan bireylerin puan ortalamaları $65,11 \pm 18,99$ şeklindeydi. Eğitim durumu ile osteoporoz farkındalık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,01$) (Tablo 4).

Tablo 4. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Osteoporoz Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamaları

Sosyo-demografik Özellikler	Osteoporoz Farkındalığı
Yaş	$r=0,02$ $p=0,72$
Cinsiyet	X $\pm$ SD
Kadın	$61,70 \pm 18,55$
Erkek	$56,68 \pm 17,06$
Test	$Z= -1,54$ $p= 0,12$
Medeni Durum	
Evli	$59,88 \pm 17,39$
Bekar	$60,93 \pm 20,53$
Test	$Z= -0,19$ $p= 0,86$
Çalışma Durumu	
Çalışıyor	$62,57 \pm 19,92$
Çalışmıyor	$56,22 \pm 14,30$
Test	$Z= -2,02$ $p= 0,04$
Sigara Kullanma	
Kullanıyor	$55,06 \pm 17,98$
Kullanmıyor	$62,12 \pm 18,00$
Test	$Z= -2,39$ $p= 0,01$
Alkol Kullanma	
Kullanıyor	$57,91 \pm 17,65$
Kullanmıyor	$60,32 \pm 18,30$
Test	$Z= -0,39$ $p= 0,70$
Osteoporoz Eğitimi Alma	
Eğitim Almış	$73,56 \pm 15,30$
Eğitim Almamış	$55,27 \pm 16,70$
Test	$Z= -5,79$ $p= 0,00$
Ailede Osteoporoz Tanısı Durumu	
Tanı Var	$66,29 \pm 16,44$
Tanı Yok	$58,46 \pm 18,37$

Test	Z= -2,46 p= 0,01
Kronik Hastalık	
Var	58,75±14,45
Yok	60,74±19,60
Test	Z= -0,43 p= 0,67
Sürekli İlaç Kullanımı	
Var	60,04±15,48
Yok	60,20±19,24
Test	Z= -0,22 p= 0,82
Günlük Kalsiyum Alımı	
Yeterli	60,56±18,39
Yetersiz	56,58±16,52
Test	Z= -0,65 p= 0,51
D Vitamini Takviyesi Kullanma	
Kullanıyor	62,90±20,32
Kullanmıyor	59,10±17,30
Test	Z= -1,12 p= 0,26
Düzenli Egzersiz Yapma	
Evet	65,02±19,27
Hayır	58,64±17,67
Test	Z= -1,80 p= 0,07
Ekonomik Durum	
Gelir giderden az	54,02±15,17
Gelir gidere denk	61,90±17,98
Gelir giderden fazla	67,58±23,06
Test	KW=9,08 p=0,01
Eğitim Durum	
İlkokul ve altı	54,16±13,74
Ortaokul	55,16±15,85
Lise	56,68±18,12
Üniversite ve Lisansüstü	65,11±18,99
Test	KW=10,97 p=0,01

Z: Mann Whitney U

KW: Kruskal-Wallis

r: pearson korelasyon analizi

4.4. Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulgular

Örnekleme alınan bireylerin sağlıklı yaşam içimi davranışlarına ilişkin özellikleri Tablo 5’de sunulmuştur.

Örnekleme alınan bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği alt boyutların puan ortalamalarına bakıldığında; sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması 21,65±5,19, fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması 16,03±5,53, beslenme alt boyutu puan ortalaması 21,26±4,21, manevi gelişim alt boyutu puan ortalaması 25,55±4,90, kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması 25,36±4,52,

stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması $18,96 \pm 4,35$, sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği toplam puan ortalaması $128,83 \pm 23,86$ 'dır (Tablo 5).

Bireylerin ölçek alt boyut puanlarından en düşük puan ortalamasını fiziksel aktivite alt boyutundan, en yüksek puan ortalamasını ise manevi gelişim alt boyutundan aldığı görülmüştür (Tablo 5).

Tablo 5. SYBDÖ II Ölçeği ve Alt Boyutların Puan Ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	X $\pm$ SD	Min-Maks.
Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	21,65 $\pm$ 5,19	9-36
Fiziksel Aktivite Alt Boyutu	16,03 $\pm$ 5,53	8-31
Beslenme Alt Boyutu	21,26 $\pm$ 4,21	11-34
Manevi Gelişim Alt Boyutu	25,55 $\pm$ 4,90	13-36
Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	25,36 $\pm$ 4,52	11-35
Stres Yönetimi Alt Boyutu	18,96 $\pm$ 4,35	11-35
SYBDÖ II Ölçeği Toplam	128,83 $\pm$ 23,86	74-194

4.5. Bireylerin Osteoporoz Farkındalığı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına

İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin osteoporoz farkındalık durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin bulgular Tablo 6'da sunulmuştur.

Katılımcıların Osteoporoz Farkındalık Ölçeği ile SYBDÖ II'den aldıkları puanlar değerlendirildiğinde osteoporoz farkındalık düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($r=0,52$, $p<0,01$) (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların Osteoporoz Farkındalığı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları

Ölçek Puanları	Osteoporoz Farkındalık Ölçeği
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	$r=0,52$ $p=0,00$

r: pearson korelasyon analizi

Tartışma

Bu bölümde; (1) bireylerin osteoporoz farkındalığına yönelik bulgular, (2) bireylerin osteoporoz farkındalığı ile tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular, (3) bireylerin sağlıklı yaşam biçimine ilişkin bulgular ve (4) bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ve osteoporoz farkındalığı arasındaki ilişkiye ait bulgular tartışılmıştır.

5.1. Bireylerin Osteoporoz Farkındalığına Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamındaki bireylerin Osteoporoz Farkındalık Ölçeği puan ortalaması $60,15 \pm 18,20$ 'dir. Buna göre alınan puan ortalaması osteoporoz farkındalığının düşük olduğunu göstermektedir. Aksu ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılan Osteoporoz eğitim ve farkındalık düzeyi çalışmasında da yapılan bu çalışma sonuçlarına benzer olarak OP farkındalık düzeyinin yetersiz olduğu gösterilmiştir (Aksu vd., 2005). Literatür incelendiğinde de yapılan çalışmalarda OP bilgi ve farkındalık düzeylerinin düşük olduğu görülmüş, fakat bazı çalışmalarda yüksek bilgi düzeyinin tespit edildiği, bunun da çalışma yapılan grubun eğitim seviyesinin yüksek olması ve osteoporoz hakkında daha önceden bilgi sahibi olması ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Ungan, Türner, 2001; Ailinger, Emarson, 1998).

Yapılan bu çalışmada Osteoporoz farkındalık ölçeğinin alt boyutlarından alınan en yüksek puan ortalamasının kemik fizyolojisine ait olduğu, alınan en düşük puan ortalamasının ise risk faktörleri alt boyutundan olduğu saptanmıştır. Bu durum kemik fizyolojisine ait genel bilgilerin ilkökul eğitimlerinden itibaren tekrarlı bir şekilde anlatılması ve televizyon-telefon gibi basın yayın organlarında akılda kalıcı bilgiler olarak yer almasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Risk faktörleri alt boyutunda ise en düşük puan ortalamasının alınmasının bireylerin daha önce OP hakkında profesyonel bir kişiden eğitim almaması ve doğru kaynaklardan bilgiye ulaşamamış olmasına bağlı olabileceği akla gelmektedir.

5.2. Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ile Osteoporoz Farkındalıklarına İlişkin

Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada yaş değişkeninin osteoporoz farkındalık düzeyini istatistiksel yönden anlamlı derecede etkilemediği saptanmıştır. Literatür incelendiğinde yaş ile ilgili durumun tartışmalı olduğu görülmektedir. Von Hurst ve Wham (2007)' de yapılmış

bir çalışmada yaş artışının osteoporoz hakkındaki bilgi düzeyini arttırdığı ifade edilmiştir. Fakat ülkemizde ve uluslararası farklı alanlarda yapılan bazı çalışmalarda ise yapılan bu çalışma ile benzer şekilde yaş ve osteoporoz arasında bir ilişki bulunmamıştır (Öner, Şimşek, Güzel, Çetin, 2022; Kılıç, Erci, 2004; Algahtani, Alghamdi, 2021). Bu durumda yaş ile birlikte diğer değişkenlerin osteoporoz hakkındaki bilgi düzeyini etkilediği düşünülmektedir.

Katılımcıların Osteoporoz Farkındalık Ölçeği'nden aldıkları puanlar cinsiyete göre karşılaştırıldığında iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır, fakat kadın katılımcıların toplam ortalama puanı erkeklerden bir miktar daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde erkek bireylerin osteoporoz konusunda hassasiyetinin ve farkındalığının daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Juby, Davis, 2001; Sinclair, Bond 1993). Özişler ve arkadaşları (2015)'nin çalışmasında da yapılan bu çalışma sonuçlarına benzer olarak erkek ve kadınlar arasında osteoporoz farkındalığı konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Erkeklerin osteoporoz konusunda kadınlara göre farkındalığının daha düşük olduğu saptanan çalışmaların eski tarihli olduğu ve artık osteoporozun sadece bir kadın hastalığı olarak görülme durumunun kırıldığı düşünülmektedir. Bu çalışmada her iki cinsiyette de Osteoporoz Farkındalık Ölçeği puan ortalamalarının düşük olması dikkat çekicidir.

Bireylerin medeni durumuna bakıldığında evli ve bekarların Osteoporoz Farkındalık Ölçeği ortalama puanları hemen hemen eşit olup farklılık saptanmamıştır. Çalışma durumuna bakıldığında ise çalışan bireylerin çalışmayan bireylere oranla osteoporoz farkındalık düzeyinin istatistiksel olarak daha anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma hayatında olan bireylerin yaşamda daha aktif olabildiği ve güncel bilgileri takip etme olanaklarının daha yüksek olduğu tahmin edilmekte ve aradaki farkın büyük olasılıkla buradan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada dikkat çeken bir diğer sonuç, sigara kullanmayan bireylerin osteoporoz farkındalık düzeyinin sigara kullananlara göre istatistiksel olarak pozitif düzeyde yüksek olmasıdır ($p<0,01$). 18-35 yaş aralığındaki kadınlarla yapılan bir çalışmada sigara kullanan bireylerin osteoporoz bilgisinin yüksek olduğuna dair veriler elde edilmiştir (Koç vd., 2016). Bu veriler bilgi düzeyi yeterli olsa da davranış biçimine yansımadığını düşündürmüştür. Yapılan bu çalışmada bireylerin OP konusunda farkındalığının olması sigaradan kaçınmak yönünde olumlu etkilerinin olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyerek

sigaradan kaçınan bireylerin sağıklarına ilişkin farkındalıklarının yüksek olabileceğı fikrinden hareketle burada da OP konusunda farkındalığın yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Katılımcıların alkol kullanma durumuna bakıldığında alkol kullanan bireylerle kullanmayan bireyler arasında osteoporoz farkındalık düzeyi yönünden anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bağcı tarafından 2023 yılında yapılan bir çalışmada yapılan bu çalışma sonuçlarına benzer olarak alkol tüketimi ile osteoporoz farkındalığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu çalışmada alkol kullanan birey sayısının %7.3 gibi düşük bir oranda olmasının sonuca etki ettiği akla gelmektedir.

Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında osteoporoz farkındalığını ve bilgi seviyesini etkileyen etmenler çoğunlukla eğitim düzeyi ve osteoporoz hakkında daha önce bilgi sahibi olma/eğitim alma oluşturmaktadır (Aksu vd., 2005; Genalmaz, Oge, 2008; Magnus vd., 1996) Yapılan bu çalışmada da benzer olarak eğitim düzeyinin ve daha önce osteoporoz eğitimi almanın osteoporoz farkındalık düzeyini etkilediğı belirlenmiştir ($p<0,01$). Eğitim seviyesinin artması bireylerin doğru bilgiyi öğrenme ve kendi kendine öğrenmeyi sağladığı düşünülmektedir. Bu doğrultuda eğitim düzeyinin sağıklı ve doğru bilgiye edinme ile sağıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseme, hastalıklara ilişkin yüksek farkındalık düzeyini sağlamada kuvvetli bir faktör olduğu kabul edilebilir.

Yapılan bu çalışmada ekonomik durum ile osteoporoz farkındalığı arasında istatistiksel yönden anlamlı fark saptanmıştır. Bu durumun ekonomik durumu iyi olan bireylerin eğitimlerinin de yüksek olduğu dolaylı şekilde osteoporoz farkındalığını arttırmış olması ile açıklanabilir. Ayrıca yüksek sosyoekonomik seviyedeki bireylerde sportif aktivitelere ve sağıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamaya ilişkin daha fazla imkana sahip olmasının da burada etkili olabileceğı akla gelmektedir.

Katılımcıların ailede osteoporoz tanısı alan bireylerin olup olmadığı sorgulanmış ve ailesinde OP tanısı olan bireylerin osteoporoz farkındalık düzeyinin ailesinde OP tanısı olmayan bireylere göre anlam ifade edecek düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında yapılan bu çalışmaya benzer olarak ailede osteoporoz tanısının olması OP bilgi ve farkındalık düzeyini etkilemektedir (Koç vd., 2016; Şahin, vd., 2013). Ailede osteoporoz tanısının olmasının bireylerde OP'a yönelik farkındalık sağladığı ve bu konuda hassasiyetlerini arttığını düşünülmüştür.

Yapılan bu çalışmada katılımcıların kronik hastalık durumları ve sürekli ilaç kullanımı durumlarının OP farkındalık düzeyini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği belirlenmiştir. Günlük yeterli kalsiyum alımı ve D vitamini kullanımı sorgulanmış fakat veriler istatistiksel olarak incelendiğinde OP farkındalık yönünden anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bağcı (2023) tarafından OP farkındalığı değerlendirmek için yapılan bir çalışmada D vitamini almanın OP farkındalık puanları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Burada ileride yapılacak çalışmalarda d vitamini kullanım amaçlarının sorgulanmasının bu konuya detaylı veri sağlayacağı düşünülmektedir.

Yapılan bu çalışmada katılımcıların düzenli egzersiz yapma durumları sorgulanmıştır. Düzenli egzersiz yapan bireylerin Osteoporoz Farkındalık Ölçeği puanları düzenli egzersiz yapmayanlara göre yüksek fakat fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Örneklemi oluşturan bireylerin yalnızca %23,6'sının düzenli egzersiz yapıyor olmasının sonuçları etkileyebileceği akla gelmektedir. Nitekim çalışmaya dahil olan bireylerin çoğunun düzenli egzersiz yapmadığı ve OP farkındalık puanlarının düşük olduğu açıktır.

5.3. Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimine Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması $128,83 \pm 23,86$ (min:74, maks:194 puan)'dır. Bireylerin ölçek alt boyut puanlarından en düşük puan ortalamasını fiziksel aktivite alt boyutundan, en yüksek puan ortalamasını ise manevi gelişim alt boyutundan aldığı görülmüştür. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinden alınabilecek en yüksek puanın 208 olduğuna bakıldığında katılımcıların puan ortalaması orta düzeyde olduğu söylenebilir. Literatürde benzer şekilde yapıları bir çalışmada üniversitede okuyan öğrencilerin puan ortalaması 136.12 ± 19.16 şeklinde, ev kadınlarıyla yapılan bir çalışmada puan ortalaması 132.30 ± 121.86 , fabrikada çalışan kişilerle yapılan bir çalışmada da 136.12 ± 19.16 şeklinde bulunmuştur (Aksoy, Uçar, 2014; Pehlivan, Ada, Öztaş, 2017; Kolaç vd., 2018).

Yapılan bu araştırmada fiziksel aktivite alt boyutundan en düşük puan ortalaması alınmıştır. Yine benzer şekilde Pehlivan (2017)'in ev kadınlarıyla yapılan bir araştırmada en düşük puan ortalaması 'fiziksel aktivite' alt boyutundan alındığı görülmüştür (Pehlivan vd., 2017). Yapılan bu çalışmanın bulgularına benzer olarak Tambağ (2011)'in öğrencilerle yaptığı çalışmasında en düşük puan ortalaması yine fiziksel aktivitededir (Tambağ, 2011). Postmenapozal dönemdeki kadınlarla yapılan

bir çalışmada kadınların fiziksel aktiviteye katılma gerekçelerinin motivasyonlarının iyi hissetmek, fiziksel aktiviteden keyif almak, sağlığını geliştirmek, ideal kiloda olmak şeklinde olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada fiziksel aktiviteye katılmayanların önlerindeki engeller ise yeterli zaman olmaması, aktivite için kendilerini yalnız hissetmesi ve aktivitelere nereden başlayıp nasıl bir planlama yapacaklarını bilmemesinden kaynaklandığı ifade edilmiştir (Ransdell vd., 1998). Tarihsel süreçte kadına yüklenen roller ve kültüre bağlı olarak kadınların fiziksel aktivite katılımı yeterli seviyede değildir. Fiziksel aktivitenin az olmasının bir diğer nedeni de sosyoekonomik sebeplerin kişileri olumsuz etkilemesi sayılabilir (Coakley, 2001; Koca, Bulgu, 2005). Bunun yanı sıra çalışmada hem kadınların hem erkeklerin sedanter yaşadığı, düzenli bir fiziksel aktivitelerinin diğer bir değişle egzersiz alışkanlıklarının olmadığı dikkat çekici önemli bir diğer sonuçtur. Bunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin farkındalığın düşük olmasından kaynaklanabileceği gibi yaşanan toplumun özelliklerinden de ileri gelebileceği düşünülmektedir. Nitekim ülkemiz özelinde düşünüldüğünde de düzenli egzersiz yapma konusunda toplumsal yetersizliklerin olduğu da görülmektedir.

SYBDÖ II puan alt grupları arasında ‘manevi gelişim’ alt boyutundan en yüksek puan ortalaması alınmıştır. Alınan sonuç literatürdeki Savaşan (2013) ve Demir (2014)’in yaptıkları çalışmalarla benzerdir (Savaşan, Ayten, Ergene, 2013; Demir, Arısöz, 2014). Manevi gelişim alt boyutundaki bu puan yüksekliğini yorumlarken aslında bireyin kendini nasıl algıladığı, zihninde kendini gerçekçi bir gözle görüp göremediği önem taşımaktadır. Zihinde bireyin kendini algılama şekli potansiyelinin ne olduğu ve ne kadarını gerçekleştirdiğinin bir yansımasıdır. Bireyin hem kendi hem de çevremizdekiler için iyi düşüncelere sahip olması manevi gelişimin bir parçasıdır (Ayaz, Tezcan, Akıncı, 2005). Maneviyat alt boyutunun yüksek olmasının yine yaşanan toplumun özellikleri ile yakından ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

5.4. Bireylerin Osteoporoz Farkındalığı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına

İlişkin Bulguların Tartışılması

Yapılan bu çalışmada osteoporoz farkındalık düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzey bir ilişki saptanmıştır ($p<0,01$)($r=0,52$). Bu beklenen ve istendik bir sonuçtur. Osteoporozun önlenmesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gerekliliği osteoporoz farkındalığı olan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda hassasiyet göstermesini ve hayatına

adapte etmesi gerektiği beklenmektedir. Osteoporoz oluşumundan sonra yaşam şekli değişikliklerini gerektirir fakat öncelikli yapılması gereken OP için risk faktörlerinin bilinip hastalık oluşmadan önce sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesidir (International Osteoporosis Foundation, 2017). Engellenebilir ya da gelişimi geciktirilebilir bir hastalık olan OP'nin önlenmesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi ve uygulanması oldukça önemlidir. Egzersiz, doğru beslenme, D vitamini-Ca almanın yanı sıra sağlık sorumluluğuna sahip olan bireylerin negatif sağlık davranışı olarak nitelendirilen sigara ve alkol kullanımından uzak durulması beklenmektedir (Turhanoğlu, Özer, 2008). Yapılan bu çalışmayla aynı paralelde bir çalışma literatürde bulunamamıştır fakat hasta ve hasta yakınlarıyla yapılan çalışmalarda sağlıklı yaşam biçimi ile hastalıkların farkındalığında pozitif korelasyon olduğu görülmüştür (Yılmaz, Kumsar, Çelik, 2018; Çürük, Bayındır, Oğuzhan, 2018).

Sonuç ve Öneriler

6.1. Sonuç

Yetişkin bireylerde osteoporoz farkındalık düzeyini, etkileyen etmenler ve osteoporoz farkındalık düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek için gerçekleştirilen bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $38,38 \pm 11,84$ olup, %69,1'i kadın, %73,9'u evli, %45,5'i üniversite mezunudur.
- Bireylerin %29,7 sinin en az bir kronik hastalığı olduğu, %28,5'inin de sürekli ilaç kullandığı belirtilmiştir.
- Bireylerin osteoporoz farkındalık ölçeği toplam puan ortalaması $60,15 \pm 18,20$ 'dir.
- Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği toplam puan ortalaması $128,83 \pm 23,86$ 'dır.
- Bireylerin %27,9'u sigara ve %7,3'i alkol kullanmakta olup; %29,7 sinin en az bir kronik hastalığı olduğu, %28,5'inin de sürekli ilaç kullandığı belirtilmiştir.
- Bireylerin %26,7'si daha önce osteoporoz konusunda eğitim almış olup, %21,7'sinin ailesinde osteoporoz tanısı almış kişiler vardır. Bireylerin %89,7'sinin günlük yeterli kalsiyum aldığı, %27,9'unun D vitamini takviyesi kullandığı, D vitamini takviyesi alan bireylerin ise %84,8'inin D vitaminini doktor tavsiyesi üzerine kullandığı belirlenmiştir.
- Bireylerin Osteoporoz Farkındalık Ölçeği alt boyutlarından kemik fizyolojisi alt boyutunun puan ortalaması $12,68 \pm 4,19$, koruyucu davranışlar alt boyutu puan ortalaması $17,06 \pm 5,22$, risk faktörleri alt boyutu puan ortalaması $9,56 \pm 3,96$, egzersiz alt boyutu puan ortalaması $9,57 \pm 3,13$ 'dür.
- Örneklemeye dahil edilen bireylerin eğitim düzeyi, çalışma durumu sigara kullanımı, osteoporoz eğitimi alma durumu, ailede osteoporoz tanısı olma durumu osteoporoz farkındalık düzeyini etkilemektedir.
- Örneklemeye alınan katılımcıların SYBDÖ II alt boyutların puan ortalamalarına bakıldığında; sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması $21,65 \pm 5,19$, fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması $16,03 \pm 5,53$, beslenme alt boyutu puan ortalaması $21,26 \pm 4,21$, manevi gelişim alt boyutu puan ortalaması $25,55 \pm 4,90$, stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması $18,96 \pm 4,35$, kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması $25,36 \pm 4,52$ 'dir

- Bireylerin osteoporoz farkındalık düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel açıdan pozitif bir ilişki görülmüştür.

6.2. Öneriler

Çalışma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmaktadır;

- Özellikle risk altında olan bireyler olmak üzere tüm yetişkin bireylerin osteoporoz farkındalıkları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik bilgi ve uygulama durumlarının değerlendirilmesi,
- Sağlık profesyonellerinin osteoporoz açısından riskli birey ve toplulukları belirleyip onlara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin eğitimlerin verilmesi,
- Bireylerin özellikleri doğrultusun desteklenmesi ve bireylere özgü girişimlerin planlanması,
- Yetişkin bireylere osteoporoz farkındalıkları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi için gereken motivasyonun sağlanması,
- Daha geniş ve farklı örneklem grupları ile araştırmanın tekrarının yapılması önerilmektedir.

Kaynaklar

- Ailinger, R.L. ve Emanson, J. (1998). Women's knowledge of osteoporosis. Appl Nurs Res; 11: 111-4.
- Akarırmak, Ü., Akgün, K., Eryavuz M editör., Hatemi H, Seyisoğlu H, Taşan E, vd. Osteoporoz. Eryavuz M, editor. İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu; 1999.
- Akkaya, F. (2006). Beslenmenin Osteoporozdan Korunma ve Tedavi ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Besin Hijyeni ve Teknolojisi Ana Bilim Dalı. Konya. (s.21).
- Aksoy, T. ve Uçar, H. (2014). Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1(2), 53-67.
- Aksu, A., Zinnuroğlu, M., Karaoğlu, B., Akın, S., Kutsal, Y.G., Atalay, F. ve Dinçer, G. (2005). Osteoporoz, eğitim durumu ve farkındalık düzeyi araştırma sonuçları. Turk J Osteoporos; 11: 36-40.
- Aktürk, S.O., Meseri, R. ve Özentürk, M.G. (2021). The Psychometric Property Evaluation of the Turkish.
- Akyüz, G. ve Bayındır, Ö. (2013). Pregnancy Associated Osteoporosis Tark J PhysMed Rehab; 59:145-50.
- Akyüz, G. ve Ofloğlu, D. (2001). Osteoporozda ağrı ve yaşam kalitesi. Y Gökçe Kutsal, editör. Osteoporoz. Ankara: Güneş Kitabevi. (s.204-11).
- Alataş Demirtaş, S. (2018). Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Avrasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Trabzon.
- Algahtani, G.M. ve Alghamdi, AM. (2021). Assessment of osteoporosis knowledge among adult Saudi females attending the family medicine department at Security Forces Hospital, Riyadh, Saudi Arabia. J Family Med Prim Care; 10(3): 1209-14.
- Alkan Melikoğlu, M. (2012). Osteoporoz Tanımlama ve Sınıflaması Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Ad, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzurum Türkiye Klinikleri J Pm&R-Special Topics, 5(3):1-5.

- Allender, J.A. ve Spradley, W.B. (2001). Health Promotion and Wellness, Community Health Nursing Concept and Practice, 5th Edition, USA, Lippincott Williams and Wilkins: 440-45.
- Allsworth, A. (2005). Osteoporosis nursing implications. In: Kneale J, Davis P, editors. Orthopedic and trauma nursing. 2nd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone. (s.380-9).
- Ayaz, S., Tezcan, S. ve Akıncı, F. (2005). “Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları”, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9 (2):26- 34.
- Aygün, F. (1998) Kalça Kırığı Olan Osteoporozlu Olgularda Risk Faktörleri, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1-49.
- Baccaro, L.F., Conde, D.M., Costa-Paiva, L. ve Pinto-Neto, A.M. (2015). The epidemiology and management of postmenopausal osteoporosis: a view point from Brazil. Clin Interv Aging. 10: 583-91.
- Bağcı, B. (2023). 18-64 Yaş Arası Bireylerde Osteoporoz Farkındalığının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi. İstanbul
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F. ve Kıssal, A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. C.U. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1),1-13.
- Balaban, B. (2021). Postmenopozal kadınların osteoporoz yönünden taranma durumunun ve fraktür risklerinin değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Antalya. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi.
- Balcıoğlu, İ. (2005). Medikal açıdan stres ve çareleri. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:47.
- Başar, H. (2021). Trakya üniversitesi tıp fakültesi araştırma görevlilerinin osteoporoz hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi. Edirne.
- Battorf, J.L. ve Johnson, J.L. (1996) The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. Nursing Research; 45(1): 30-36.
- Baysal, A. (1991). Osteoporozda Beslenme, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyet Dergisi, Ankara, 20, 3-7

- Baysal, A. (1999). Beslenme, Hatipoğlu Yayınevi, 8. Baskı, Ankara
- Berker, C. (1988). Osteoporozdan Korunma ve Tedavide Egzersizin Rolü, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1-48
- Body, J. J., Bergmann, P., Boonen, S., Boutsen, Y., Bruyère, O., Devogelaer, J. P., Reginster, J. Y. (2011) Non-pharmacological Management of Osteoporosis: a Consensus of the Belgian Bone Club. *Osteoporosis international*, 22, 2769-2788.
- Bottorff, L., Joy, L., Johnson, S., Pamela, A., Ratner, S. ve Leslie, A. (1996). The effects of cognitive perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nursing Research*, 45(1):30-36.
- Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E. ve Bozdemir, N. (2012). Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. *TJFMPC*; 6:13-21.
- Chan, C.Y., Subramaniam, S., Chin, K.Y., Ima-Nirwana, S., Muhammad, N., Fairus, A.,...Mohamed, N. (2019). Levels of Knowledge, Beliefs, and Practices Regarding Osteoporosis and the Associations with Bone Mineral Density among Populations More Than 40 Years Old in Malaysia. *Int J Environ Res Public Health*;16(21):4115.
- Choi, E., Kim, J., Chung, M. ve Hwang, K. (2008). Development of an osteoporosis awareness scale for women. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38(6), 813-821.
- Cihangiroğlu, Z. ve Deveci, S.E. (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2), 78-83.
- Coakley, J. (2001). *Sport in Society: Issues & Controversies*. Seventh Ed. New York: McGraw-Hill.
- Cooper, C., O'Neill, T.W. ve Silman, A., (1993). The Epidemiology of Vertebral Fractures. *European Vertebral Osteoporosis Study Group. Bone*;14(1); (s.589-597).
- Çarlı, A., (2012). Diz Osteoartritli Kadın Hastalarda Osteoporozun Femoral Kıkırdak Kalınlığı ile İlişkisinin Ultrasonografi ile Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Servis Şefli. İstanbul. (s.2).

- Çıtıl, R., Özdemir, M., Poyrazoğlu, S., Balcı, E., Aykut, M. ve Öztürk, Y. (2007). Kayseri Melikgazi Sağlık Grup Başkanlığı bölgesindeki kadınların osteoporoza yönelik bilgi ve davranışları. *Osteoporoz Dünyasından*, 13: 60-6.
- Çürük, G. N., Bayındır, S. K., ve Oğuzhan, A. (2018). Kardiyovasküler Hastalığı Olan Hasta ve Hasta Yakınlarında Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 27(1), 40-47.
- D'Silva, D.F. ve Pinto, C.A. (2017). Knowledge Level of Pre- and Post Menopausal Women on Osteoporosis: A Cross-Sectional Study. *IOSR J. Nurs. Health Sci.* 06:70–75.
- Demir, G. ve Arıöz, A. (2014). Göç eden kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4:1-8.
- Dennison, E., Maysam, A.M. ve Cooper, C. (2006). *Rheum Dis Clin N Am*; 32:617-629.
- Devito, J. (2000). *Human Communication The Basic Course*. 5.Baskı, New York: Harper Collins Publishers,198-211.
- Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, N. ve İbrikçi, S. (1994). Sağlık Sürdürme, Sağlık Geliştirme ve Hemşirelik. *Hemşirelik Bülteni*, 3(8), 28-36.
- Esin, M.N. (1997). Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Firth, H. (2019). Osteogenesis imperfecta: Clinical features and diagnosis, Uptodate.
- Forlino, A. ve Marini, J.C. (2016). Osteogenesis imperfecta. *Lancet*. 387(10028):1657-71.
- Gauthier, A., Kanis, J.A., Martin, M., Compston, J., Borgström, F., Cooper, C. ... & Committee of Scientific Advisors, International Osteoporosis Foundation. (2011). Development and validation of a disease model for postmenopausal osteoporosis. *Osteoporos Int*; 22:771-80.

- Gordon, A.L., Masud, T. ve Gladman, J. (2014). Now that We Have a Definiton for Physical Frailty, What Shape Should Frailty Medicine Take? Age and Ageing. 43(1) (s.8-9).
- Güçlü, N. (2001). Stres yönetimi. G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, Ankara, 21(1), 91-109.
- Gülbahar, A. (2011). Postmenopozal Osteoporozda Metabolik Problemler ve Kemik Mineral Dansitometresi ile Serum Bor Düzeylerinin İlişkisi.Tıpta Uzmanlık Tezi.Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Ankara. (s.19).
- Güler, M. (1997) Romatizmal Ağrılar ve Tedavi Yolları, Timaş Yayınları, İstanbul, 36-40.
- Hannon, R.A. ve Eastell, R. (2003). Biochemical markers of bone turnover and fructose prediction. J Br Menopause Sec., 9:10-5.
- Henry, J.M., Fateyerji, D. ve Eastell, R. (2004) Attainmet Of Peat Bone Mass At The Lumber Spine, Femoral Neck And Radius İn Men And Women; Relative Contribotions of Bone Size And Volumetric Bone Mineral Density, Osteoporozis İnternational, April, 15(14), 263-273
- Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, vd, Evaluation, treatment and prevention of vitamin D deficiency; an Endocrine Society clinical pratice guideline, J Clin Endocrinol Metah, 2011; 96(7):1911e1930
- House, J.S., Umberson, D. ve Landis, K.R. (1988). Structures and Processes of Social Support. Annual Review of Sociology; 14;293–318.
- Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
- İnfal, S. (2016). Halk Sağlığı Esenlik Ölçeği: Türkçe Versiyonu Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, Konya.
- International Osteoporosis Foundation. (2017). What Is Osteoporosis? <https://www.iofhealth.org/what-is-osteoporosis> 79
- Juby, A.G. ve Davis P.A. (2001). Prospective evaluation of the awareness, knowledge, risk factors and current treatment of osteoporosis in a cohort of elderly subjects. Osteoporosis Int, 12:617-22.

- Kanis, J.A. (1998). Osteoporosis. Blackwell Healthcare Communications, Oxford; 2-21.
- Kanis, J.A., Johnell, O., Oden, A., Johansson, H. ve McCloskey, E. (2008). FRAXtm and the assesment of fracture probality in men and women from the UK. Osteoporos Int. 19:385-97
- Kara, B. (2009). Osteoporozda göz ardı edilen bir risk faktörü; sigara içmek. Turk J Geriatr, 12:49-54.
- Kargın, N.Ç. ve Marakoğlu, K. (2016). Osteoporoza Genel Yaklaşım. Euras J Fam Med, 5(3), 95-102.
- Kavuncu, V. (2000). Osteoporozda Sınıflama. Osteoporozda Tanı ve Tedavi. Ed: Göksoy T İstanbul: Özlem Grafik Matbaacılık, 205–214.
- Kılıç, D. ve Erci, B. (2004). Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği, Osteoporoz Öz - Etkililik/Yeterlik Ölçeği ve Osteoporoz Bilgi Testi'nin geçerlilik ve güvenirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(2): 89-102.
- Kışlak, P. ve Genç, F. (2019). Osteoporoz ve Tedavisi. Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences, 3(1):1–18
- Koca, C. ve Bulgu, N. (2005). Türk spor medyasında kadın. Hacettepe Spor Bilimleri Dergisi, 19(4), 201-219.
- Koç, A., Aypak, C., Yıkılkan, H., Akbıyık, D.İ. ve Görpelioğlu, S. (2016). On Sekiz-35 yaş arası kadınların osteoporoz hakkındaki bilgi tutum ve davranış düzeyleri. Turk J Osteoporos, 22: 11-6.
- Kolaç, N., Balcı, A. S., Şişman, F.N., Ataçer, B.E. ve Dinçer, S. (2018). Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. Bakırköy Tıp Dergisi, 14(3), 267-274.
- Koyuncu, E.G. (2022). Osteoporozlu Hastalarda Kemik Kütlesi ile Kas Kütlesi Ve Fonksiyonu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Kutsal, Y.G., Özsemir, O. ve Ersan, Ö. (2020). Bir toplum sağlığı sorunu olarak osteoporoz bilinmesi gerekenler. Türk Geriatri Derneği (Vol. 1). Hangar Marka İletişim Reklam Yayıncılık.
- Lane, J.M., Russell L. ve Khan, S.N. (2000). Osteoporosis. Clin Orthop Relat Res. (372):139-50.

- Lassi, Z.S., Mansoor, T., Salam, R.A., Bhutta, S.Z., Das, J.K. ve Bhutta, Z.A. (2017). Review of nutrition guidelines relevant for adolescents in low-and middle-income countries. New York Academy of Sciences, 51-60.
- Li, J. ve Phowdthavee, N. (2014). Does more education lead to better health habits? Evidence from the school reforms in Australia. Soc Sci Med. 127: 83–91.
- Magnus, J.H., Joakimsen, R.M., Berntsen, G.K., Tollan, A. ve S gaard, A.J. (1996). What do Norwegian women and men know about osteoporosis? *Osteoporosis international*, 6, 31-36.
- Melton, L.J. (1995) 3rd. How many women have osteoporosis now? J Bone Miner Res; 10:175-7.
- Odabaşı, E., Turan, M., Bilgi , S. ve Kutlu, M. (2009). Osteoporotik Kırıkların Doğum Sayısı ve Fertil Dönem S resi ile İlişkisi. TAF Prev Med Bull, 8:1-4.
- Orhan, İ. ve Yağmur, Y. (2020). Menopozal Dönemde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi ve Motivasyonel Görüşmeler. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 8(2), 496-505.
-  ncel, F. (2012). Osteoporoz Hastalarında İbandronik Asit Tedavisinin Serum ve Sinovyal Sıvıda Kemik Yapım ve Yıkım Belirteçleri zerine Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı. Şanlıurfa. (s.1).
-  ner, C., Şimşek, E.E., G zel, H. ve  etin, H. (2022). Postmenopozal kadınlarda osteoporoz bilgi düzeyi ve ilişkili faktörler. The Journal of Turkish Family Physician, 13(2), 50-58.
- Özer, D. ve Baltacı, G. (2008). İ  Yerinde Fiziksel Aktivite. 1.Basım Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No:730; 9.
-  zi ler, Z., nsal Delialio lu, S.,  zel, S., Şahin Onat, Ş., Yılmaz Şahin, A. ve Dolmu , M. (2015). Yaşlılarda osteoporoz farkındalığı: Yaşlılarımız nerede?
- Pehlivan, Z., Ada, E.N. ve  zta , G. (2017). Ev kadınlarının sosyal görünüş kaygıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Spor Bilimleri Dergisi, 28(1), 11-23.
- Pender, N.J., Walker, S.N. ve Sechrist K.R. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. Nursing Research, 36 (2): 76-81.
- Phalank, C. (1991). Determinant of Health Promotive Behavior; a Preview of Current Research. Nursing Clinic North America, 26 (4): 815- 832.

- Ransdell, L.B., Wells, C.L., Manore, M.M., Swan, P.D. ve Corbin, C.B. (1998). Social physique anxiety in postmenopausal women. *Journal of Women & Aging*, 10(3), 19-39.
- Recker, R., Lappe, J., Davies, K. ve Heaney, R. (2000). Characterization of perimenopausal Bone loss: a prospective study. *Journal of Bone and Mineral Research*, 15.
- Riaz, M., Abid, N., Patel, J., Tariq, M., Khan, M.S., Zuberi, L. (2008). Knowledge about osteoporosis among healthy women attending a tertiary care hospital. *J Pak Med Assoc*. 58(4):190-4.
- Riggs, L.B. ve Melton, L.J., (1995). Osteoporosis: Etiology, Diagnosis and Management. Lippincott Publishing. (s.335-350).
- Robitaille, J., Yoon, P.W., Moore, C.A., Liu, T., Irizarry-Delacruz, M., Looker, A.C. ve Khoury, M.J. (2008). Prevalence, family history and prevention of reported osteoporosis in US women. *American journal of preventive medicine*, 35(1), 47-54.
- Rodriguez-Martinez, M. ve Garcia-Cohen, E.C. (2002). Role of Ca²⁺ and Vitamin D in the Prevention and Treatment of Osteoporosis. *Pharmacol Ther*; 93(1) (s.37-49).
- Savaşan, A., Ayten, M. ve Ergene, O. (2013). Koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4:1-6.
- Schuit, S.C.E., Van der Klift, M., Weel, A.E.A.M., De Laet, C.E.D.H., Burger, H., Seeman, E., ... & Pols, H.A.P. (2004). Fracture incidence and association with bone mineral density in elderly men and women: the Rotterdam Study. *Bone*, 34(1), 195-202.
- Sinclair, H.K., Bond, C.M. ve Taylor, R.J. (1993). Hormone replacement therapy: a study of women's knowledge and attitudes. *Br J Gen Pract.*, 43:365-70.
- Speck, R.N. (2002). Exercise and physical activity. *Holistic Nursing Practice*, 17(1), 24-31.
- Sünbuloğlu, G. (1999). Osteoporoz Osteoartrit İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Antalya, (s.1).

- Şahin, E., Dilek, B., Baydar, M., Köschasanoğulları, M., Uçku, R. ve Öncel, S. (2013). Kırk beş Yaş ve Üzeri Hastalarda Radius Distal Uç Kırıklarından Sonra Osteoporoz Farkındalığı ve Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 59(1).
- Şenol, V., Ünal, D., Soyuer, F. ve Argün, M. (2014). The relationship between health promoting behaviors and quality of life in nursing home residents in Kayseri. Journal of Geriatrics, 2014.
- Tambağ, H. (2011). Hatay sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, (2011), 47-58.
- TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Beslenme Rehberi -TÜBER- (2015). Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Thoits, P.A. (2010). Stress and health: major findings and policy implications. Journal of Health Social Behavior, 51(3), 41-53.
- Tuna, N. (1993). Romatizmal Hastalıklar, Genel Dağıtım Yayınevi, 3.Baskı, İstanbul
- Turhanoglu, A.D. ve Özer, C. (2008). Yaşlı kadınlarda osteoporoz tedavisinin yaşam kalitesine etkisi. Osteoporoz Dünyasından, 14:7-11.
- Tuzun, S., Eskiurt, N., Akarirmak, U., Saridogan, M., Senocak, M., Johansson, H., ... & Turkish Osteoporosis Society. (2012). Incidence of hip fracture and prevalence of osteoporosis in Turkey: the FRACTURK study. *Osteoporosis international*, 23, 949-955.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2019). Osteoporoz metabolik kemik hastalıkları tanı ve tedavi kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190_506164125-2019tbl_kilavuz0f7419cd64.pdf
- Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi. (2015). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik, Ankara (1):15-35.
- Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. (2004). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 10-24.
- Uğur, M. (2012). Osteoporozda Risk Faktörleri.Türkiye Klinikleri Physical Medicine Rehabilitation-Special Topics, 5.3: 17-23.
- Ungan, M. ve Tümer, M. (2001). Turkish women's knowledge of osteoporosis. Fam Pract, 18: 199-203.

- Ünal, M. (2013). Sağlıklı yaşam, sağlığın geliştirilmesi. 1. Baskı. Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Ünsaldı, T. (1996) Ortopedi ve Travmatoloji, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları, Sivas, 19, 127-129
- Ünver, G. (2015). Osteoporoz Tanısı Almış Yaşlı Kadınlarda Ağrı ve Kırılganlığın İncelenmesi.Yüksek Lisans Tezi Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, (s.1-5).
- Üstündağ, N., Korkmaz, M., Öksüzokaya, A., Balbaloklu, Ö., Eray, İ.K. (2013). Osteoporozun sınıflandırılması, risk faktörlerinin belirlenmesi ve bir dakikalık osteoporoz risk testi. Euras J Fam Med., 2:107 14.
- Van Dijk, F. S., Byers, P. H., Dalgleish, R., Malfait, F., Maugeri, A., Rohrbach, M., ... Pals, G. (2012). EMQN best practice guidelines for the laboratory diagnosis of osteogenesis imperfecta. *European Journal of Human Genetics*, 20(1), 11-19.
- Von Hurst, P.R. ve Wham, CA. (2007). Attitudes and knowledge about osteoporosis risk prevention: A survey of New Zealand women. Public Health Nutrition, 10(7):747-53.
- Walker, S.N. ve Hill-Polerecky, D.M. (1996). Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center.
- WHO (World Health Organization). (1947). The constitution of the WHO. WHO Chronicle; 1: 29.
- WHO (World Health Organization). (2014). Basic documents. Forty-eighth edition, Italy 1. http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_ch4.pdf
- Yalıman, A, (1998). Osteoporozdan Korunma, Prospect Bilimsel Tıp Dergisi, 2(3), 161-167
- Yılmaz, F. T., Kumsar, A. K., & Çelik, S. (2018). Tip 2 diyabetli bireylerde kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki
- Yılmaz, M. ve Okyay, N. (2009). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 3, 41-52.

Yılmaz, M., Uyanık, G., Böckün, E., Tokem, Y., Tekin, N. (2019). Kronik hastalıklı yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 13(3): 248-257.DOI: 10.21763/tjfmpe.442410.

Zaybak, A. ve Fadıloğlu, Ç. (2004). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 20(1), 77-95



Ekler

Ek 1. Bilgilendirilmiş Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU
LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!
Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.
Bu çalışmanın adı ne? YETİŞKİN BİREYLERDE OSTEOPOROZ FARKINDALIK DÜZEYİ, ETKİLEYEN ETMENLER VE FARKINDALIK DÜZEYİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLİŞKİSİ
Bu çalışmanın amacı ne? Bu araştırmanın amacı; Yetişkin Bireylerde Osteoporoz Farkındalık Düzeyi, Etkileyen Etmenler ve Farkındalık Düzeyi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İlişkisinin İncelenmesidir.
Size nasıl bir uygulama yapılacaktır? Size yönlendirilmiş olan veri toplama formlarını doldurmanız yeterli olacaktır.
Farklı tedaviler için araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı nedir? Yoktur.
Ne kadar zamanınızı alacaktır? Ortalama 20 dakika
Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır? Çalışma kapsamında minimum 162 bireye ulaşılmak hedeflenmiştir.
Sizden alınacak biyolojik materyallere ne olacak ve analizler nerede yapılacaktır? (analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceğinin açıklanması), Katılımcılardan biyolojik materyal alınmayacaktır.
Sizden beklenen nedir? Sizin sorumluluklarınız nelerdir? Bu çalışmada sizden beklenen size verilmiş olan anket formlarını doldurmanızdır.
Çalışmaya katılmak size ne yarar sağlayacaktır? Bilimsel bir çalışmaya katkı sağlamış olacaksınız.
Araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar nelerdir? Onam vermeyen katılımcılar ya da katılmak istemeyen katılımcılar çalışmaya dahil edilmeyecek ve çalışmadan çıkarılacaktır.
Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar verebilir mi? Hayır, herhangi bir zarar bulunmamaktadır.
Eğer katılmak istemezseniz ne olur? Çalışmaya katılmak istemezseniz veya çalışmaya katılmanız halinde, çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz, ceza almayacaksınız, hiçbir hukuki yaptırımla karşılaşmayacaksınız veya çalışmaya başlamadan önce sahip olduğunuz haklarınızı kaybetmeyeceksiniz. Verileriniz kullanılmayacaktır.

Size uygulanabilecek olan alternatif yöntemler nelerdir?

Alternatif bir yöntem yoktur.

Bu çalışmaya katıldığım için bana herhangi bir ücret ödenecek mi?

Hayır herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Bu çalışmaya katıldığım için ben herhangi bir ücret ödeyecek miyim?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

Bilgilerin gizliliği: Tüm kişisel ve tıbbi bilgileriniz gizli kalacak, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Araştırma kapsamında toplanacak kişisel verilerin, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na uygun toplanıp işlenecek, toplama/işleme amacından başka bir amaç için kullanılmayacak ve paylaşılmayacak, gönüllünün olurunun geri çekmesi, araştırmanın sonlanması veya kişisel verilerin işlenmesinin son bulmasıyla veriler imha edilecek ve toplanan kişisel verilerin destekleyici, sözleşmeli araştırma kuruluşları ve iştirakleri ile paylaşılmayacak, söz konusu hizmet, Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve yürürlükteki mevzuata uygun yürütülecektir.

Bu çalışmanın sorumlusunun iletişim bilgileri

1. Adı, soyadı: Doç. Dr. Emine KARAMAN

2. Ulaşılabilir telefon numarası: -

3. Görev yeri: Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Klinik araştırma kapsamında elde edilen tüm kişisel verilerim ile tüm kişisel sağlık verilerimin, bilimsel çalışmalarda kullanılmasını kabul ediyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. “Bilgilerin gizliliği” başlığı altında belirtilen koşulları kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bilgilendirilmiş gönüllü olurunun imzalı ve tarihli bir kopyasının bana verileceğini biliyorum

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		
Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin bir araştırmacının		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		

Ek 2. Osteoporoz Farkındalık Ölçeği Kullanım İzni

**Esra Otman**

Sayın Sibel OCAK AKTÜRK, Merhaba! Ben hemşire Esra Coşkun. Şu anda Ege Üniversitesi SBE İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında yüksek lisa...

Dün saat 14:47 itibarıyla

**sibel aktürk**

Kime: Esra Otman

Dün saat 15:25 itibarıyla

[Ayrıntılar](#)

Re: Ölçek kullanım izni talebi

Esra hanım merhabalar öncelikle tezinizde başarılar ve kolaylıklar dilerim, ölçeği kullanabilirsiniz tezin en arkasında ölçeğin Türkçe yönergesi bulunmaktadır yardıma ihtiyaç duyarsanız yazabilirsiniz.

iPhone'umdan gönderildi

Esra Otman

anları yazdı (12 Nis 2023 14:47):

Sayın Sibel OCAK AKTÜRK,

Merhaba! Ben hemşire Esra Coşkun. Şu anda Ege Üniversitesi SBE İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında yüksek lisans eğitimi görmekteyim ve tez aşamasındayım. Osteoporoz ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi ölçmek için geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yaptığınız " OSTEOPOROZ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ" ni izninizle kullanmak istiyorum.

Teşekkür ederim.

Esra Coşkun
Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Ek 3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Kullanım İzni

AK

Kime: Esra Otman

12:04

Ayrıntılar

Re: Ölçek kullanım izni talebi

2023-06-06 18:59, Esra Otman yazmış:

Sayın Aygül Kısasal

Merhaba! Ben hemşire Esra Coşkun. Şu anda Ege Üniversitesi SBE İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında yüksek lisans eğitimi görmekteyim ve tez aşamasındayım. Osteoporoz ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi ölçmek için geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yaptığınız " SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II" yı izninizle kullanmak istiyorum.

Sayın Coşkun merhaba, Ölçeği kullanabilirsiniz. Ölçek bilgilerine ekteki makaleden ulaşabilirsiniz. Çalışmanızda kolaylık ve başarılar dilerim. Saygılarımla.

Ölçek 52 maddedir ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimidir. Manevi gelişim (9 madde: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52); bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak ruhsal gelişim yeteneğini ve memnuniyetini belirler. Sağlık sorumluluğu (9 madde: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51); bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini gösterir. Fiziksel aktivite (8 madde: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46); egzersiz uygulamalarının birey tarafından uygulanma düzeyini ifade eder. Beslenme alışkanlığı (9 madde: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50); bireyin yiyecek seçimindeki değerlerini, besin seçme ve öğün düzenleme değerlerini gösterir. Kişiler arası ilişkiler (9

Ek 4. Kişisel Tanıtıcı Bilgi Formu

Anket No:

1. Çalışmanın açıklamasını okudum, çalışmaya gönüllü olarak katılmak istiyorum.

a) Evet

2. Yaşınız:

3. Cinsiyetiniz?

a) Kadın

b) Erkek

4. Medeni haliniz?

a) Evli

b) Bekar

5. Eğitim durumunuz?

a) İlkokul

b) Ortaokul

c) Lise

d) Üniversite

e) Lisansüstü

6. Mesleğiniz?

a) Çalışıyor

b) Çalışmıyor

7. Ekonomik durum

a) Gelir giderden az

b) Gelir gidere denk

c) Gelir giderden fazla

8. Yaşadığınız yer?

a) Köy

b) İlçe

c) İl

d) Büyükşehir

9. Sigara kullanıyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

10. Alkol kullanıyor musunuz? (sosyal içicilik dışında haftada, 3 kadehten fazla)

a) Evet

b) Hayır

11. Osteoporoz (kemik erimesi) hastalığına yönelik daha önce bilgi aldınız mı?

a) Evet

b) Hayır

12. Ailenizde osteoporoz tanısı alan var mı?

- a) Evet ise kimler belirtiniz
- b) Hayır

13. Kronik hastalığınızın ne olduğunu belirtir misiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- a) Kalp yetersizliği
- b) Hipertansiyon
- c) Diyabet
- d) Böbrek yetmezliği
- e) Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)
- f) Diğer

14. Kronik hastalığınızın süresi? (Yıl olarak yazınız).

.....

15. Sürekli kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı?

- a) Evet ise yazınız
- b) Hayır

16. Sürekli kullandığınız ilaçların sayısı?

17. Günlük olarak süt, yoğurt ve peynir ürünlerinden en az birini tüketir misiniz?

- a) Evet ise miktarları nedir?
- b) Hayır

18. D vitamini takviyesi kullanıyor musunuz?

- a) Evet ise Dr önerisiyle mi kullanıyorsunuz: (Evet Hayır)
- b) Hayır

19) Düzenli egzersiz yapar mısınız?

- a) Evet ise sıklığı ve egzersiz tipi nedir?
- b) Hayır

Ek 5. Osteoporoz Farkındalık Ölçeği

Osteoporoz Farkındalık Ölçeğinin Türkçe Formu

Yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasından sonra Osteoporoz Farkındalık Ölçeğinin Türkçe Formunun son hali 7 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin ters madde ve kesme noktası bulunmamakla birlikte ölçekten alınan puan arttıkça osteoporoza ilişkin farkındalık artmaktadır. Ölçeğin Kemik Fizyolojisi alt boyutunda (22.,23.,24.,25.,26.,27.maddeler), Koruyucu Davranışlar alt boyutunda (4.,5.,7.,8.,9.,10.,21. maddeler), Risk Faktörleri alt boyutunda (11.,12.,13.,14.,15. maddeler), Egzersiz alt boyutunda (1.,2.,3.,6.maddeler), Osteoporozun Özellikleri alt boyutunda (516.,17.,18.,19.20.maddeler) yer almaktadır.

ÖLÇEK MADDELERİ	Hiç Bilmiyorum	Biraz Biliyorum	Biliyorum	Çok iyi Biliyorum
1. Yirmi ila 3 dakikalık düzenli egzersiz kemik sağlığını geliştirmek ve korumak için önemlidir.				
2. Yavaş tempoda koşu ve yürüyüş osteoporozun önlenmesine yardımcı olur.				
3. Düzenli egzersiz osteoporozun önlenmesinde esastır.				
4. Hamsi ve süt ürünleri osteoporozu önlemek için iyi birer kalsiyum kaynağıdır.				
5. Osteoporozu önlemek için aşırı ağırlık kaybına neden olan diyetlerden kaçınılmalıdır.				
6. Sedanter (hareketsiz) bir yaşam tarzı veya ağırlık kaldırma egzersizlerinin eksikliği osteoporoz gelişme olasılığını artırır.				
7. Osteoporoz, kalsiyumdan zengin bir diyet ve egzersiz gibi yaşam tarzı değişiklikleri ile önlenebilir.				

8. Çok fazla alkol, tütün ve kafein tüketen insanlar osteoporoz için daha büyük risk altındadır.				
9. Sarı, yeşil yapraklı sebzeler yemek osteoporozun önlenmesi için iyidir.				
10. Günde en az iki bardak (5 ml) süt içmek iyi bir kalsiyum kaynağıdır.				
11. Sürekli steroid (kortizon) alan kişiler osteoporoz için daha büyük risk altındadır.				
12. Gastrektomi (midenin kısmen ya da tamamen ameliyatla çıkarılması) olan kişiler osteoporoz için daha büyük risk altındadırlar.				
13. Küçük kemikli veya ince yapılı insanlar osteoporoz için daha büyük risk altındadırlar.				
14. Yumurtalık ameliyatı geçirmiş kişiler osteoporoz için daha büyük risk altındadırlar.				
15. Ailesinde osteoporoz öyküsü olan kişiler osteoporoz açısından daha büyük risk altındadırlar.				
16. Osteoporozu olan kişilerin kemikleri kolaylıkla kırılabilir.				
17. Osteoporoz kadınlarda erkeklere göre daha yaygındır.				
18. Osteoporoz kemik mineral yoğunluğu testi ile tanı konabilir.				
19. Menopoz sonrası östrojen tedavisi osteoporozun ilerlemesini yavaşlatabilir.				
20. Menopoz osteoporozun ilerleyişini hızlandırabilir.				

21. Menopoz öncesi düzenli kalsiyum takviyesi almak osteoporozu önleyebilir.				
22. Tuzlu yiyecekleri yemek vücutta kalsiyum emilimini engeller.				
23. Düzenli öğünler genellikle günlük kalsiyum ihtiyacını karşılamaz.				
24. Kemik kütlesinin en iyi durumda (doruk / pik kemik kütlesi) olduğu yaşlar 20'li - 30'lu yaşlardır.				
25. Kemik başlıca kalsiyumdan oluşur.				
26. Kemik yoğunluğu kaybı 30'lu yaşların sonunda başlar.				
27. Osteoporoz kemik kütlesindeki bozulma sonucu kemiğin boşluklu hale geldiği bir durumdur.				

Ek 6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır.

Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				

18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				

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



Ek 7. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurul İzni



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel : 0 232 390 2134 e-mail: egetaek@gmail.com

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	YETİŞKİN BİREYLERİN OSTEOPOROZ FARKINDALIĞI, ETKİLEYEN ETMENLER VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİSİ
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doc. Dr. Emine Karaman
YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR	Hemşire ESRA COŞKUN
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Ün. Hemşirelik Fak.
DESTEKLEYİCİ	
ARAŞTIRMA TİPİ	Niceliksel Tanımlayıcı Anket Çalışması (Survey)

KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 23-7T/22	Tarih: 13.07.2023
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenilmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun olduğuna toplantıya katılan etik kurul üyelerince Oy birliği ile karar verilmiştir.	

EGE ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI		Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Guzide Aksu				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Guzide Aksu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları A.D.	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Ceyda Kabaroğlu Başkan Yardımcısı	Tıbbi Biyokimya Uzmanı	EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. Aysun Ekşioğlu Raportör	Ebelik A.D.	Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Zeliha Kerry Üye	Farmakoloji	Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji AD	K	Hayır	Hayır	Toplantıya Katılmadı
Prof. Dr. Aliye Mandıracıoğlu Üye	Halk Sağlığı A.D.	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	K	Hayır	Hayır	İzinli (Görevli)
Prof. Dr. Cengiz Çavuşoğlu Üye	Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	Hayır	Evet	Online Katıldı

Ek 8. Kemalpaşa Devlet Hastanesi Kurum İzni

Ege Üniv. Evrak Tarih ve Sayısı: 04.08.2023-E.1391908



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Kemalpaşa Devlet Hastanesi

Sayı : E-67417943-929-221248104
Konu : Esra COŞKUN - Tez İzni

EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

İlgi : 26.07.2023 tarihli ve 86991637-100.03.01-E.1374630 sayılı yazınız.

Ege Üniversitesi Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Emine KARAMAN ve Hastanemiz personeli Hemşire Esra COŞKUN'un "Yetişkin Bireylerin Osteoporoz Farkındalığı, Etkileyen Etmenler ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkisi" başlıklı tezini Hastanemiz Dahiliye Klinik ve Polikliniklerinde tez çalışmasını yapabilmesi kurumumuzca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. Orhan Rahmi FESÇEKOĞLU
Başhekim

Teşekkür

Yüksek lisans eğitim sürecimde bilgisi ve tecrübesiyle yoluma her zaman ışık tutan, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen çok kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Emine KARAMAN'a

Yüksek lisans tez savunmama katılarak araştırma sürecime görüş ve önerileri ile katkı sağlayan çok değerli hocalarım Doç. Dr. Aslı KALKIM ve Doç. Dr. Tülay SAĞKAL MİDİLLİ'ye

Araştırmaya katılmayı kabul edip özveri gösteren tüm katılımcılara,

Bu zorlu eğitim sürecinde her zaman olduğu gibi sevgi, şefkat ve desteğini esirgemeyen canım aileme,

Başarılarıyla bana her zaman örnek olan, sevgi ve desteğini her zaman hissettiğim sevgili eşim Yüksek Ziraat Mühendisi Ramazan COŞKUN'a ve biricik oğluma sonsuz teşekkür ediyorum.

İzmir, 10/01/2024

Esra COŞKUN

Özgeçmiş

Araştırmacı 2016 yılında Manisa Turgutlu Anadolu lisesinden mezun olmuştur. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nden 2020 yılında mezun olmuştur. Aynı yıl Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı'na kabul edilmiştir. Araştırmacı 2021 yılında İzmir Kemalpaşa Devlet Hastanesine atanmış 1 yıl süreyle genel yoğun bakımda çalışmıştır. Şu anda aynı hastanede Dahiliye servisinde hemşire olarak çalışmaktadır. Araştırmacı evli ve bir çocuk annesidir.

