



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA TIP FAKÜLTESİ



AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

SİGARA İÇEN EVLİ KADINLARDA RUHSAL HASTALIK RİSKİ VE YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

Dr. Sevilay TUNA ÇÖKÜK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA, 2023



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA TIP FAKÜLTESİ



AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

SİGARA İÇEN EVLİ KADINLARDA RUHSAL HASTALIK RİSKİ VE YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

Dr. Sevilay TUNA ÇÖKÜK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Kenan TOPAL

ADANA, 2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca deneyimleri ile bize rehber olan, araştırma ve tez sürecim boyunca desteğini, hoşgörüsünü esirgemeyen iyi bir aile hekimi uzmanı olma yolunda bana rol model olan değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Kenan TOPAL'a,

Birinci basamak sağlık hizmetinin önemini kavramamızda çok kıymetli katkıları olan, bilgi ve deneyimlerini asistanlarına aktarma çabasında olan hocam Doç. Dr. Muhteşem Erol YAYLA'ya,

Tüm asistanlık sürecimiz boyunca her zaman desteğini ve yakınlığını bizden esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerini bize aktaran Uzm. Dr. Hüseyin AKSOY'a

Tez hazırlama sürecinde her konuda desteğini esirgemeyen yol arkadaşım Dr. Ayhan KILIÇ'a ve değerli çalışma arkadaşlarıma,

Sonsuz destekleri ile her zaman yanımda olan canım aileme,

Tıp fakültesi öğrencilik dönemimden bu yana gerek mesleki ve gerekse aile hayatım boyunca benden desteğini esirgemeyen, asistanlık ve tez aşamamda her zaman yanımda olan sevgili eşim iç hastalıkları Uzm. Dr. İsmail ÇÖKÜK'e,

Bu yoğun çalışma temposunda bana anlayış ve sabır gösteren sevgili çocuklarım Mira, Ata ve tezimi yazıya aktarmamda bana destek veren doktor adayı tıp öğrencisi kızım Ada'ya,

Çok teşekkür ederim.

Dr. Sevilay TUNA ÇÖKÜK

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR LİSTESİ	iii
TABLolar LİSTESİ	iv
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	12
2. GENEL BİLGİLER	14
3. GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1. Veri Toplama Formu	25
3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçekler	27
3.2.1. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)	27
3.2.2. Aile Apgar Ölçeği	27
3.2.3. Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği (HAD-Ö)	27
3.2.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa formu (WHOQOL Bref)	28
3.3. İstatistiksel Yöntem	29
4-BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	113
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	121
KAYNAKLAR	124
EKLER	132
Ek-1.Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	132
Ek-2: Veri Toplama Formu	133
Ek-3: Etik Kurul Onayı	140

KISALTMALAR LİSTESİ

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
HAD	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HAD-A	: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği- Anksiyete
HAD-D	: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği- Depresyon
WHOQOL Bref:	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
FNBT	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
BM	: Birleşmiş Milletler
VKI	: Vücut kitle indeksi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences
SS	:Standart Sapma
SD	: Standart Deviasyon

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Tablo 1. Katılımcılara ait sosyodemografik veriler	30
Tablo 2. Katılımcıların antropometik ölçümleri	31
Tablo 3. Katılımcıların yaşam tarzı ile ilgili verileri.....	31
Tablo 4. Katılımcının aile durumuna ilişkin veriler.....	31
Tablo 5. Sigara içen katılımcıların Fagerström testin sınıflaması.....	32
Tablo 6. Katılımcıların sigara kullanımı ile ilgili veriler.....	33
Tablo 7. Katılımcıların diğer alışkanlıkları ile ilgili veriler.....	33
Tablo 8. Katılımcıların eşlerinin eğitim durumu ile ilgili veriler.....	33
Tablo 9. Katılımcıların eşlerinin diğer alışkanlıkları ile ilgili veriler.....	34
Tablo 10. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği ortalama puanına göre sınıflandırılması.....	34
Tablo 11. Katılımcıların Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) ölçeği ile anksiyete-depresyon riskinin değerlendirilmesi.....	35
Tablo 12. Katılımcıların Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) ölçeği ile anksiyete-depresyon puan ortalamalarının dağılımı.....	35
Tablo 13. Katılımcıların WHOQOL-Bref yaşam kalitesi ölçeği boyutlarının likert ortalama skorları	36
Tablo 14. Katılımcıların WHOQOL-Bref yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları.....	36
Tablo 15. Katılımcıların eğitim durumuna göre yaş, boy, ağırlık, VKİ, ve bel çevresinin karşılaştırılması.....	38
Tablo 16. Katılımcıların eğitim durumuna göre yaş, boy, ağırlık, VKİ, ve bel çevresinin karşılaştırılması.....	38
Tablo 17. Katılımcıların bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet durumlarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 18. Katılımcıların bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet durumlarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 19. Katılımcıların evlendiği yaş, evlilik süresi ve çocuk sayısının karşılaştırılması	42
Tablo 20. Katılımcıların evlendiği yaş, evlilik süresi ve çocuk sayısının karşılaştırılması	42
Tablo 21. Katılımcıların eğitim durumuna göre APGAR puan , HADA puan ve HADD puanlarıyla karşılaştırılması.....	43
Tablo 22. Katılımcıların eğitim durumuna göre APGAR puan ve HADD puanlarıyla karşılaştırılması.....	44
Tablo 23. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. . soru skorlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması.....	45
Tablo 24. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 1. soru skorunun eğitim durumuna göre karşılaştırılması.....	45

Tablo 25. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması.....	47
Tablo 26. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması.....	48
Tablo 27. Katılımcıların çalışma durumuna göre yaş,boy, ağırlık, VKİ ve bel çevresinin karşılaştırılması.....	49
Tablo 28. Katılımcıların çalışma durumuna göre bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet durumunun karşılaştırılması.....	50
Tablo 29. Katılımcıların çalışma durumuna göre evlilik yaşı, evlilik süresi, çocuk sayısı durumunun karşılaştırılması.....	50
Tablo 30. Katılımcıların çalışma durumuna göre kahve ve alkol kullanımının karşılaştırılması.....	51
Tablo 31. Katılımcıların çalışma durumuna göre APGAR, HADA, HADD puanlarının karşılaştırılması.....	51
Tablo 32. Katılımcıların çalışma durumuna göre WHOQOL-BREF 1. VE 2.soru puanlarının karşılaştırılması.....	51
Tablo 33. Katılımcıların çalışma durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	52
Tablo 34. Katılımcıların gelir durumuna göre bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet durumlarının karşılaştırılması.....	53
Tablo 35. Katılımcıların gelir durumuna göre bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet durumlarının karşılaştırılması.....	54
Tablo 36. Katılımcıların gelir durumuna göre evlendiği yaş, evlilik süresi ve çocuk sayısının karşılaştırılması.....	55
Tablo 37. Katılımcıların evlendiği yaş, evlilik süresi ve çocuk sayısının karşılaştırılması.....	56
Tablo 38. Katılımcıların kahve ve alkol alışkanlıklarının karşılaştırılması.....	57
Tablo 39. Katılımcıların gelir durumuna göre APGAR puan , HADA puan ve HADD puanlarıyla karşılaştırılması.....	58
Tablo 40. Katılımcıların gelir durumuna göre APGAR puan ve HADD puanlarıyla karşılaştırılması.....	58
Tablo 41. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve ,2. . soru skorlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması.....	60
Tablo 42. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 1. soru skorunun gelir durumuna göre karşılaştırılması.....	61
Tablo 43. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması.....	63
Tablo 44. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması.....	63
Tablo 45. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre yaş,boy, ağırlık, VKİ ve bel çevresinin karşılaştırılması.....	64

Tablo 46. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet durumunun karşılaştırılması.....	65
Tablo 47. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre APGAR, HADA, HADD puanlarının karşılaştırılması.....	65
Tablo 48. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre WHOQOL-BREF 1. VE 2.soru puanlarının karşılaştırılması.....	66
Tablo 49. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	66
Tablo 50. Katılımcıların ruhsal hastalık durumuna göre bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet durumunun karşılaştırılması.....	67
Tablo 51. Katılımcıların ruhsal hastalık durumuna göre APGAR, HADA, HADD puanlarının karşılaştırılması.....	67
Tablo 52. Katılımcıların ruhsal hastalık durumuna göre WHOQOL-BREF 1. VE 2.soru puanlarının karşılaştırılması.....	68
Tablo 53. Katılımcıların ruhsal hastalık durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	69
Tablo 54. Katılımcıların aile tipine göre bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet durumunun karşılaştırılması.	69
Tablo 55. Katılımcıların aile tipine göre evlilik yaşı, evlilik süresi, çocuk sayısı durumunun karşılaştırılması.....	70
Tablo 56. Katılımcıların aile tipine göre APGAR, HADA, HADD puanlarının karşılaştırılması	70
Tablo 57. Katılımcıların aile tipine göre WHOQOL-BREF 1. VE 2.soru puanlarının karşılaştırılması.....	70
Tablo 58. Katılımcıların aile tipine göre WHOQOL-BREF ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	71
Tablo 59. Katılımcıların engelli çocuk durumuna göre APGAR, HADA, HADD puanlarının karşılaştırılması.....	71
Tablo 60. Katılımcıların engelli çocuk durumuna göre WHOQOL-BREF 1. VE 2.soru puanlarının karşılaştırılması.....	72
Tablo 61. Katılımcıların engelli çocuk durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	72
Tablo 62. Katılımcıların engelli aile bireyi durumuna göre APGAR, HADA, HADD puanlarının karşılaştırılması.....	73
Tablo 63. Katılımcıların engelli aile bireyi durumuna göre WHOQOL-BREF 1. VE 2.soru puanlarının karşılaştırılması.....	73
Tablo 64. Katılımcıların engelli aile bireyi durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	74
Tablo 65. Katılımcıların yaşadığı eve göre evlilik yaşı, evlilik süresi, çocuk sayısı durumunun karşılaştırılması.....	74

Tablo 66. Katılımcıların yaşadığı eve göre APGAR, HADA, HADD puanlarının karşılaştırılması	75
Tablo 67. Katılımcıların yaşadığı evne göre WHOQOL-BREF 1. VE 2.soru puanlarının karşılaştırılması.....	75
Tablo 68. Katılımcıların yaşadığı eve göre WHOQOL-BREF ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	76
Tablo 69. Eşlerin eğitim durumuna göre kadınların yaş, boy, ağırlık, VKİ, ve bel çevresinin karşılaştırılması.....	77
Tablo 70. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların yaş ve boy karşılaştırması.....	77
Tablo 71. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet durumlarının karşılaştırılması.	78
Tablo 72. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların sosyal faaliyet durumlarının karşılaştırılması.....	79
Tablo 73. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların evlendiği yaş, evlilik süresi ve çocuk sayısının karşılaştırılması	80
Tablo 74. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların evlendiği yaş, evlilik süresi ve çocuk sayısının karşılaştırılması	80
Tablo 75. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların kahve ve alkol alışkanlıklarının karşılaştırılması.....	81
Tablo 76. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların kahve alışkanlıklarının karşılaştırılması.....	81
Tablo 77. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların APGAR puan , HADA puan ve HADD puanlarının karşılaştırılması.....	83
Tablo 78. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların APGAR puan , HADA puan ve HADD puanlarının karşılaştırılması.....	83
Tablo 79. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve ,2. soru skorlarının karşılaştırılması.....	84
Tablo 80. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	85
Tablo 81. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	86
Tablo 82. Katılımcıların Apgar ölçeği puanına göre yaş, boy, ağırlık, VKİ, ve bel çevresinin karşılaştırılması.....	87
Tablo 83. Katılımcıların Apgar ölçeği puanına göre yaş ve bel çevresinin karşılaştırılması.....	88
Tablo 84. Katılımcıların Apgar ölçeği puanına göre bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet durumlarının karşılaştırılması.....	89
Tablo 85. Katılımcıların Apgar ölçeği puanına göre sosyal faaliyet durumlarının karşılaştırılması	89
Tablo 86. Katılımcıların Apgar ölçeği puanına göre evlendiği yaş, evlilik süresi ve çocuk sayısının karşılaştırılması.....	90

Tablo 87. Katılımcıların Apgar ölçeği puanına göre evlilik süresi ve çocuk sayısının karşılaştırılması.....	90
Tablo 88. Katılımcıların Apgar ölçeği puanına göre kahve ve alkol alışkanlıklarının karşılaştırılması.....	91
Tablo 89. Katılımcıların Apgar ölçeği puanına göre anksiyete ve depresyon puanlarının karşılaştırılması.....	92
Tablo 90. Katılımcıların Apgar ölçeği puanına göre anksiyete ve depresyon puanlarının karşılaştırılması.....	92
Tablo 91. Katılımcıların Apgar ölçeği puanına göre yaşam kalitesi ölçeği 1. ve ,2. . soru skorlarının karşılaştırılması	93
Tablo 92. Katılımcıların Apgar ölçeği puanına göre yaşam kalitesi ölçeği 1. Ve 2. soru skorunun karşılaştırılması.....	93
Tablo 93. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarınınAPGAR ölçeğine göre karşılaştırılması.....	95
Tablo 94. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının APGAR ölçeğine göre karşılaştırılması.....	96
Tablo 95. Katılımcıların HAD-A ölçeğine göre evlilik yaşı, evlilik süresi, çocuk sayısı durumunun karşılaştırılması.....	97
Tablo 96. Katılımcıların HAD-A ölçeğine göre APGAR puanlarının karşılaştırılması	97
Tablo 97. Katılımcıların HAD-A ölçeğine göre WHOQOL-BREF 1. VE 2.soru puanlarının karşılaştırılması.....	98
Tablo 98. Katılımcıların HAD-A ölçeğine göre WHOQOL-BREF ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	98
Tablo 99. Katılımcıların HAD-D ölçeğine göre evlilik yaşı, evlilik süresi, çocuk sayısı durumunun karşılaştırılması.....	99
Tablo 100. Katılımcıların HAD-A ölçeğine göre APGAR puanlarının karşılaştırılması	99
Tablo 101. Katılımcıların HAD-D ölçeğine göre WHOQOL-BREF 1. VE 2.soru puanlarının karşılaştırılması	100
Tablo 102. Katılımcıların HAD-D ölçeğine göre WHOQOL-BREF ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması	100
Tablo 103. Katılımcıların sigara kullanımına göre yaş,boy, ağırlık, VKİ ve bel çevresinin karşılaştırılması.	101
Tablo 104. Katılımcıların sigara kullanımına göre yaşam tarzlarının, katılımcıların ve eşlerinin kahve ve alkol kullanımlarının karşılaştırılması.	101
Tablo 105. Katılımcıların sigara kullanımına göre APGAR, HADA, HADD puanlarının karşılaştırılması	102
Tablo 106. Katılımcıların aile tipine göre WHOQOL-BREF 1. , 2.soru ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	102

Tablo 107. Fagerström nikotin bağımlılık testinin sınıflamasına göre yaşam tarzı, katılımcılar ve eşlerinin alkol ve sigara kullanım durumlarının karşılaştırılması.	103
Tablo 108. Fagerström nikotin bağımlılık testinin sınıflamasına göre sağlıklı beslenme durumlarının karşılaştırılması.	104
Tablo 109. Fagerström nikotin bağımlılık testinin sınıflamasına göre APGAR puan, HADA puan ve HADD puanlarıyla karşılaştırılması.....	104
Tablo 110. Fagerstrom nikotin bağımlılık testinin sınıflamasına göre APGAR puan, HADA ve HADD puanlarıyla karşılaştırılması.	105
Tablo 111. Fagerström nikotin bağımlılık testinin sınıflamasına göre Katılımcıların WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği skorlarının karşılaştırılması.....	106
Tablo 112. Fagerström nikotin bağımlılık testinin sınıflamasına göre katılımcıların WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği skorlarının karşılaştırılması.....	107
Tablo 113. Katılımcıların bazı sosyodemografik verileri ve fagerström testi ile yaşam tarzları,katılımcı ve eşlerinin kahve ,alkol kullanımı arasındaki ilişkinin Spearman korelasyon analizi ile incelenmesi	109
Tablo 114. Katılımcıların bazı sosyodemografik verileri ve fagerström testi ile APGAR, HADA ve HADD puanları arasındaki ilişkinin Spearman korelasyon analizi ile incelenmesi	110
Tablo 115. Katılımcıların bazı sosyodemografik verileri ve fagerström testi ile WHOQOL-BREF 1. , 2.soru ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin Spearman korelasyon analizi ile incelenmesi	111

ÖZET

Sigara İçen Evli Kadınlarda Ruhsal Hastalık Riski ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi

Amaç: Bu araştırmanın amacı Adana ili Yüreğir ilçesine bağlı Yenidoğan Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı sigara içen evli kadınların ruhsal hastalık risklerinin ve yaşam kalitelerinin araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışma, 01.01.2023-31.03.2023 tarihleri arasında Adana ili Yüreğir ilçesine bağlı Yenidoğan Aile Sağlık Merkezinde kayıtlı sigara içen ve içmeyen 18 yaş üstü 312 evli kadınla gerçekleştirilmiştir. Araştırmamızda katılımcılara, hazırladığımız anket formu ile sosyodemografik verileri, antropometrik ölçümleri, özgeçmişe ait veriler ile ilgili sorular sorulmuştur. Sigara kullanan katılımcılara fagerström nikotin bağımlılık testi ve sigara kullanımı ile ilgili sorular, katılımcı ve eşlerine diğer alışkanlıkları ile ilgili sorular sorulmuştur. Aile APGAR Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve WHOQOL BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Veriler SPSS 27.0 istatistik programında analiz edilmiş, $p<0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 312 katılımcının yaş ortalaması $39,9\pm10,0$ yıl idi. Katılımcılardan %44,6'sı düşük eğitimli, %17,9'u orta eğitimli, %37,5 yüksek eğitimli idi. Katılımcıların %85,9'u ev hanımı idi. %44,9'u düşük gelir, %31,4 orta gelir, %23,7'si yüksek gelirli idi. Katılımcıların %69,2'sinde kronik bedensel bir rahatsızlık yok iken, %30,8'de mevcut idi. Katılımcıların %93,6'sında ruhsal hastalık tanısı yok iken, %6,4'de mevcut idi. Katılımcıların APGAR Ölçeğine göre %14,1'i ağır bozukluk, %25,6'sı orta bozukluk, %60,3'ü yükek işlevsellik göstermektedir. HAD Ölçeğine göre katılımcıların %27,6'da anksiyete riski, %35,9'da depresyon riski mevcuttur. Yaşam kalitesi ölçeğinde en düşük puanı $10,6\pm2,6$ ile 'sosyal ilişkiler' alt boyutu almıştır.

Sonuç: Sigara kullanımı, hem yurdumuzda hem dünyada gerek erken ölüm nedeni gerekse psikolojik, fiziksel, sosyal, ekonomik birçok olumsuz etkileri olan önlenabilir risk faktörleri arasında en başta gelen nedenlerdendir. Bu araştırma ile sigara içen evli kadınların anksiyete ve depresyon riskinin daha yüksek, aile işlevselliklerinin daha düşük olduğunu tespit ettik. Yaşam kalitelerinin başka faktörlerinde katkısı ile daha negatif yönde etkilendiği sonucuna ulaştık.

Anahtar sözcükler: Sigara, evli kadınlar, anksiyete ve depresyon, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Determination of Mental Illness Risk and Quality of Life in Married Women Who Smoke

Aim: The aim of this research is to investigate the mental illness risks and quality of life of married women who smoke registered at the Yenidoğan health center in Yüreğir district of Adana province.

Materials and methods: This cross-sectional study was conducted between Dec 01.01.2023 and Dec 31.03.2023 with 312 married women over the age of 18 who are registered smokers and non-smokers at the Yenidoğan Family Health Center in Yüreğir district of Adana province. In our research, the participants were asked questions about the sociodemographic data, anthropometric measurements, CV data with the questionnaire we prepared. Participants who used cigarettes were asked questions about the fagerström nicotine addiction test and cigarette use, and the participant and their spouses were asked questions about their other habits. The Family APGAR Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale and WHOQOL BREF-TR Quality of Life Scale were used. The data were analyzed in the SPSS 27.0 statistical program, and a p value of <0.05 was considered significant.

Results: The average age of the 312 participants participating in the study was 39.9 ± 10.0 years. 44.6% of the participants were low-educated, 17.9% were middle-educated, 37.5% were highly educated. 85.9% of the participants were housewives. 44.9% were low income, 31.4% were middle income, 23.7% were high income. While 69.2% of the participants did not have a chronic physical ailment, 30.8% did. While 93.6% of the participants did not have a diagnosis of mental illness, it was present in 6.4%. According to the APGAR Scale, 14.1% of the participants showed severe impairment, 25.6% had moderate impairment, and 60.3% showed high functionality. According to the HAD Scale, there is a risk of anxiety in 27.6% of the participants and a risk of depression in 35.9%. It received the lowest score on the quality of life scale in the 'social relations' sub-dimension with 10.6 ± 2.6 .

Conclusion: Cigarette use is one of the leading causes among preventable risk factors that have many negative effects both in our country and in the world, both as a cause of premature death and psychological, physical, social, economic. With this research, we found that married women who smoke have a higher risk of anxiety and depression, and their family functioning is lower. We have reached the conclusion that their quality of life is affected in a more negative way with the contribution of other factors.

Keywords: Smoking, married women, anxiety and depression, quality of life

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara, içinde önemli miktarda bağımlılık yapıcı psikoaktif madde ve nikotin barındırmaktadır. Sigara kullanımının olumsuz etkileri kısa ve orta vadede daha çok ekonomik ve sosyal alanlarda görülmekte iken uzun vadede ise daha çok fiziksel ve sağlık alanında olumsuz etkileri ortaya çıkmaktadır. Bu etkilerinden dolayı dünyada ve ülkemizde büyük bir toplum sorunudur.

Sigara kullanımı genellikle genç erişkin döneminde merak, özent, özgüven eksikliği, çevresel baskılar, kendini sosyal olarak kabul ettirme arzuları, çeşitli kişilik bozuklukları, arkadaş baskısı veya etkisi vb. sebeplerden dolayı başlamaktadır. Yapılan araştırmalarda da ergenlik döneminde sigara ve alkol kullanımı gibi riskli davranışlar oldukça sık görülmektedir (1,2).

Sigara kullanımı konusunda yapılmış olan ‘Küresel Yetişkin Tütün Araştırmaları’ sonuçlarına göre: sigara kullanımı tüm ülkeler genelinde önemli sağlık sorunlarından biri olmakla birlikte, önlenabilir mortalite ve morbidite nedenleri arasında üst sınırlarda bulunmaktadır (3,4).

Dünya Sağlık Örgütü’nün(WHO) sigara kullanımı konusunda yaptığı çalışmalara göre sigara içiminin devam etmesi durumunda, içerisinde bulunduğumuz yüzyılda bir milyar insanın yaşamının tehdit altına gireceği tahmin edilmektedir (5).Tütün kullanımına bağlı olarak her bir dakika içerisinde 10 kişi yaşamını yitirmektedir (6).

Sigara kullanım derecesi eşit olan kadın ve erkekler karşılaştırıldığında: kadınlarda görülen AC kanserine erkeklere kıyasla daha fazla rastlandığı tespit edilmiştir(7). Ayrıca öksürük, dispne, hırıltı, astım gibi solunumsal semptomların kadınlarda erkeklerden daha fazla tespit edildiği rapor edilmiştir(7,8).

Sigara ve nikotin bağımlılığının genel nüfusa oranına bakıldığında, psikiyatrik hastalarda bu bağımlılığın oranının daha fazla olduğu görülmektedir (9,10).

Sigara içenlerin farklı maddelere karşı da bağımlı olma risklerinin bulunduğu tespit edilmiştir(11). Ülkemizde sigara kullanımı genç nüfus açısından önemi gittikçe artan bir sağlık sorunu olarak göze çarpmaktadır(12).

Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada majör depresyon oranının, sigara bağımlılarında normal popülasyona göre yaklaşık üç kat fazla olduğu ve aynı zamanda majör depresyon yaşayan bireylerin %44,7 oranında sigara bağımlısı olduğu ifade edilmiştir ((13).

Yaşamının herhangi bir döneminde depresyona girenlerin oranı kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha fazladır (14). Sigara içenler uyuma güçlüğü, erken uyanma ve tüm gün uykulu olma gibi sorunlarla daha sık karşılaşmaktadırlar(15). Ayrıca sigara kullanımının MSS'ni uyatarak uykuyu olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (16).

Sigara kullanımının; yaklaşık %40'ın üzerinde hastalığın etiyojisinde önemli bir etken olduğu, ayrıca kanser ve kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin üçte birinden ve KOAH'ın %80'inden sorumlu olduğu bilinmektedir(17).

Biz de bu çalışmamızda Adana ili Yüreğir ilçesi Yenidoğan ASM'nde kayıtlı 18 yaş ve üzeri evli, sigara içen ve içmeyen kadınların ruhsal hastalık ve yaşam kalitelerinin nasıl etkilendiğini bulmak için araştırmamızı bu yönde yaptık.

2. GENEL BİLGİLER

1-SİGARA KULLANIMININ TARİHÇESİ:

Milattan önce(M.Ö.) birinci asırda Orta Amerika ve Meksika’da yaşayan İnka ve Maya ırklarında, insanların ibadetlerinde ve dini ayinlerinde tütün yapraklarını yakarak dumanını etrafa üfledikleri bilinmektedir. Ayrıca o dönemin şifacılarının taze tütün yapraklarını yaraların üzerine koyarak yarayı iyileştirmeye çalıştıkları, tütün dumanını koklatarak baş ağrısını tedavi etmeye çalıştıkları bilinmektedir(18).

Sonrasında güneyde İnkalar ve kuzeyde Kızılderililer ile tütün kullanımı yaygınlaşmıştır. 16. yy.da sigara içmek sağlıklı bir alışkanlık olarak görülmeye başlanmış ve ‘kutsal ot’, ‘tanrının şifası’ olarak adlandırılmıştır (19).

Tütünün Avrupa ile tanışması ve yaygınlaşması ise Christopher Colombus’un Küba seyahati sonrasında olmuştur. Tütün Avrupa’ya ilk dönemlerde az miktarda getirildiği için ilk kullanıldığı dönemlerde varlıklı kişiler tarafından tüketilmekteydi(20). 1700-1800’lü yıllar arasında kaygıyı azalttığına, insanı sakinleştirdiğine, kulak ağrısına iyi geldiğine inanılan sigara; tıbbi muayenede kullanılıyordu. 19. yy.a gelindiğinde ise tıbbi alanda kullanımı yerine keyif için tüketimi ön plana çıkmıştır(20).

2- ÜLKEMİZDE TÜTÜN KULLANIMININ TARİHÇESİ:

Tütünün ilk defa İspanyol İtalyan ve İngiliz gemileriyle İstanbul’a getirildiği düşünülmektedir. Sultan 4. Murat 1611’de tütün kullanımını yasaklamıştır. Uygulanan tüm cezalara rağmen tütün kullanımının yaygınlaşmasının önüne geçilememiştir (21).

Bir başka tütün kullanım şekli olan nargile geleneksel olarak Asya topraklarına özgü bir tütün içme aracı olup, keşfedilme yeri Hindistan dır . Hindistan’dan İranlılar ve Araplar arasında yaygınlaşmış ve 16. yüzyılda Doğuya uzanan Osmanlı imparatorluğu sınırlarında kullanılmaya başlamıştır. Tarihe dayalı bir bilgiye göre nargilenin ilk tüketimi bir hekimin buluşuyla tütün kullanımının daha az zararlı bir yöntemi olarak Hindistan’dan geliştirilmiştir. Nargile Kullanım şekli, bir köz yada odun kömürü ile tütünün yerleştirildiği ve yakıldığı çukur bir hazne (lüle), genellikle kısmen su ile dolu bir sürahi ya da duman haznesi (şişe), boru şeklindeki bir hat üzerinden lüle ile hazneyi birbirine bağlayan suyu taşıyan uzun gövde (ser), dumanın hazneden çekilmesini sağlayan uç kısmında bir ağızlığın (sipsi, imame) bulunduğu hortumdan (marpuç)

oluşmaktadır. Temelde nargile dumanında 3 madde bulunmaktadır. Bunlar katran, nikotin, ve ağır metallerdir (arsenik, krom, kurşun vb). Osmanlı'da ilk kez tütün üretimi Batı Trakya'da yapılmıştır. Şark tütünü olarak bilinen Türk tütünü Polonya, Almanya, ve Rusya'da Şark Tütünü piyasada önemli bir paya sahip olmuştur. İlerleyen yıllarda İse Osmanlıda tütün ekiminin yarı hissesini 1884 yılında Fransız Reji şirketine vermiştir. Kurtuluş savaşından kısa bir süre sonra ülkemizde 1924'te "Ulusal Tekel" kurulmuştur (22).

Ülkemizde sigara ve sigara ürünlerinin üretim, satış ve pazarlaması 1984 yılına kadar devlet kontrolünde TEKEL eli ile yapılmıştır. 1988 yılından sonra tütün ithal edilmeye başlanmış ve piyasa hakimiyetini ele geçiren uluslararası tütün firmalarının reklam çabaları ile sigara kullanımı daha da yüksek düzeylere ulaşmıştır (20). Dünya'da saygın bir yeri olan Türk tütünü, ülkemizin önemli tarım ürünlerindendir. Coğrafi koşullarımızla uyum içinde olması sebebiyle başta Ege, Karadeniz, Doğu-Güneydoğu, Marmara-Trakya gibi bölgelerimizde yetişmektedir.“Bölgelere göre ekolojik faktörler ve çeşitli karakteristikleri nedeni ile sigara harmanlarının aranan ürünlerindendir” (21).

3- NİKOTİN BAĞIMLILIĞI:

Sigara, tütün bitkisinin işlenerek ince havalandırma delikleri bulunan kağıda sarılarak meydana gelir. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki sigara da 4000 farklı kimyasal madde bulunmaktadır. Bu kimyasal maddelerin bir çoğu yanma sonucu tepkimeye girmektedir. Tütünün kalitesini arttırarak tadını değiştirmek için sigara içerisine tolüen, benzen, etilbenzen, siyanid, gibi kimyasal maddeler ilave edilmektedir (23).

Nikotin bağımlılığı için madde bağımlılığı alt başlığında ki tanı kriterlerine işaret etmiştir. Bağımlılıktan bahsetmek için 12 aylık süre zarfında herhangi bir zaman ortaya çıkan, aşağıdaki belirtilerden üçü ya da daha fazlasının görülmesi gerekmektedir.

- 1) Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması
 - a) İstenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarda madde kullanımının gereksinmesi
 - b) Aynı miktarda madde kullanılması ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması
- 2) Madde kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın madde kullanımının sürdürülmesi olması.
- 3) Maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcaması
- 4) Madde kullanımının daha yüksek miktarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınmaya başlanması
- 5) Madde kullanımını bırakmak için sürekli bir istek yada boşa çıkan çabaların olması
- 6) Madde kullanımından dolayı toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zaman etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır. Sigaradan ilk nefesin alınması ile nikotin kısa bir sürede beyin de bazı merkezleri uyarak etkisini başlatır.
- 7) Yoksunluk bulgularının gelişmiş olması reseptörleri ile sağlanır (23).

Suda çözünen renksiz bir alkanoid olan nikotin sigaranın fiziksel bağlayıcılığındaki en önemli etkidir. İçilen her bir sigaranın içerisindeki nikotinin yaklaşık %10'u absorbe edilir(24).Nikotin kana karıştıktan sonra kan-beyin bariyerini geçerek MSS(Merkezi Sinir Sistemi) içerisinde hızla dağılarak birçok nörotransmitterin ve hormonun (ACTH gibi) salınımına neden olur(25).

Bu nörotransmitterlerden özellikle dopamin salınımı neticesinde, kişide rahatlatıcı ve keyif verici bir etki oluşur. Kişide bağımlılık döngüsünün başlaması da bu etkiyle bağlantılıdır. Kişinin sigara içmediği dönemlerde dopamin miktarı azalmaya başlar ve bundan dolayı kişi strese girer ajitasyon bulguları görülür. Bunun sonucunda kişi nikotin açlığı çekmeye başlar(26).

Kişilerin sigara içip içmediğini belirlemek için expiriyum havasındaki karbonmonoksit(CO) düzeyinin ölçülmesi pratik ve önemli bir yöntemdir. Expiriyum havasındaki CO düzeyinin 6 ppm üzerinde olması kişinin sigara içme ihtimalinin çok güçlü olduğu şeklinde belirtilmektedir (27,28). Sigarayı bıraktıktan sonra meydana gelen yoksunluk belirtileri nikotin yoksunluğu olarak ifade edilir. Sigaranın uzun süre kullanımı

sonucunda beyinde nikotin reseptörlerinin artmasına bağı olarak nikotinin etkilerine tolerans gelişir ve sigaranın bırakılması sonucu yoksunluk belirtileri meydana gelir.

Sigara bağımlılarında, sigarayı bıraktıktan sonra 24 saat içinde iritabilite, sinirlenme ya da öfkelenme, düşünceleri yoğunlaştıramama, disforik ya da depresif duygu durum bozuklukları, anksiyete gibi belirtilerin olması, huzursuzluk, iştah artma yada kilo alma, huzursuzluk gibi belirtilerin dört ya da daha fazlası ortaya çıkar(29).

Sigara içme oranı ile nikotin bağımlılığı yönünden bakıldığında bu konuda yapılan araştırmalarda şizofreni hastalarının sigara ve nikotin bağımlılığının %86-92 düzeylerinde olduğu saptanmıştır (30).

Yine kronik şizofreni hastalarında yapılan çalışmalarda, bu hastaların kullandıkları nöroepileptiklerin ekstrapiramidal yan etkilerini gidermek için sigaraya başvurabildikleri görülmüştür (31).

Nikotinin nücleus akumbensde dopamin salınımını artırması nedeniyle şizofreni hastalarında sigara içme oranının normal popülasyona göre daha yüksek olduğu düşünülmektedir (32).

Nikotin bağımlılık testi Karl O. Fagestrom tarafından, sigaraya fiziksel bağımlılık düzeyini saptamak amacıyla geliştirilmiş olup altı sorudan oluşmaktadır (33).

Sigarada bulunan nikotinin merkezi dopaminejik sistemi etkileyerek Periyodik Bacak Hareket Bozukluğu(PBHBS) ve huzursuz bacak sendromuna neden olarak uyku mekanizmasını olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (34).

Yine sigara kullanan hamile kadınların aktif sigara içtiği durumlarda, gece uyku rahatsızlıklarının yanı sıra gündüz aşırı uyku haline sebep olduğu da bilinmektedir (35).

Nikotin yoksunluğu sırasındaki uykusuzluk şikayetleri, vakaların %39'unda tespit edilmiştir. Uyku bozuklukları da depresif ruh hali için risk faktörü oluşturur (36).

4- KADINLARDA SİĞARA KULLANIMI VE DEPRESYON İLİŞKİSİ:

Depresyon görülme sıklığı yüksek olan bir duygu durum bozukluğudur (37). Kişi de üzüntü, bunaltı hissi, alışkanlıklarından zevk almama, cinsel isteksizlik ve yorgunluk görülmektedir. Bu tabloya değersizlik, güçsüzlük, konsantrasyon bozukluğu eşlik etmektedir (38).

Depresif durumda gün içindeki birçok aktiviteden zevk alamama veya aktivitelere ilgisini kaybetme, işe yaramazlık hissi, bitkinlik veya enerjinin azalması, diyet yapmıyorken belirgin kilo kaybı veya kilo artışı, iştahta artma veya iştahta azalma, uykusuzluk veya aşırı uyuma, düşünme ve konsantrasyon yeteneğinde azalma, sürekli ölümü düşünme, dikkatini toplayamama değersizlik duyguları, yineleyici şekilde ölüm düşünceleri gibi semptomlar da eşlik edebilir. En az iki hafta devam eden duygu durumu bozukluğu ile yaşamdan zevk almayarak devam eden ve yukardaki belirtilerden beş yada daha fazlasının eşlik etmesi ve bu sürecin iki haftadan fazla sürmesi depresyon tanısı için yeterlidir. Minör Depresyon da depresif duygu durum bozukluğu genellikle 2 haftadan daha kısa zamanda görülür. Semptomlar beşten daha azdır. Depresyon tanımlandığı günden bugüne kadar psikiyatrik bozukluklar arasında en fazla tanı alan psikiyatrik bozukluktur (39).

Depresyon durumunda kişi kendisini, yaşadıklarını ve geleceğini olumsuz olarak değerlendirmektedir. Sıkıntılarının sonsuza kadar yaşayacağı düşüncesindedir. Olayın temelinde çocukluk yıllarında gelişen temel düşünceler ve değerler ilişkileri önemli yer tutar.

Hafif depresyonda kişi olumsuz düşünceleri yani şemalarını daha kolay değerlendirirken ağır depresyonda nesnel değerlendirme yetisi bozulmuştur. Hastanın olumsuz düşünceleri sürdürmesindeki bilişsel hatalar devamlılık gösterir (40). Yapılan hayvan deneylerinde köpeklere bir yandan azami düzeyde elektrik verilirken bir yandan kaçma davranışları engellenirse bir süre sonra kaçmak için mücadele vermedikleri görülmektedir. Buna öğrenilmiş çaresizlik denilmektedir. İnsanların yoğun stres altında yaşamaları ve bu durumlara karşı verdikleri tepkinin yanıtsız kalmasından doğan süreç depresyonu işaret etmektedir. Davranış ve sonuc arasında bağlantısızlık asıl olandır (41).

Kadınlarda özellikle biyolojik, sosyal ve psikolojik değişikliklerin daha çok olduğu gebelik dönemlerinde ortaya çıkan ruhsal bozuklukların tedavi edilmemesi sonucu: kafein, sigara ve başka maddelerin kullanımı gibi kendine zarar verici davranışlarda artış gözlemlenmektedir (42).

Sigara bağımlılığı ruhsal rahatsızlıklardan özellikle depresyon ile yakından ilişkilidir, depresyon ve anksiyete bulguları olan kişilerin sigarayı bırakmada başarısız oldukları bilinmektedir (43,44).

Depresyon vakalarında sigara içiminin olması halinde depresyonun görülme oranının arttığı tespit edilmiştir (38,45).

Depresyonun risk faktörleri: ailede depresyon öyküsü, aile desteğinin olmayışı, sigara kullanımı, ağrı, mutsuzluk, alkol kullanma gibi nedenlerdir (46).

Sigara bağımlıları ile yapılan başka bir çalışmada, anksiyete ve depresyon arasında güçlü bir bağlantı olduğu ve bu ilişkinin genç kadınlarda daha güçlü olduğu görülmüştür(38). Sonuç olarak sigara içen kadınlarda içmeyenlere göre anksiyete ve depresyon oranı daha yüksektir.

5-SİGARA BAĞIMLILIĞI VE UYKU BOZUKLUKLARI:

Anksiyete ve depresyonun eşlik ettiği kişilerle yapılan çalışmalarda: uyku kalitesinde bozulma, erken kalkma, yorgun olarak uyanma, gündüz uykuya meyil halinin fazla olması gibi belirtiler, sigara içen bireylerde daha fazla görülmektedir. Yine sigara içimi ile bağlantılı olan huzursuz bacak sendromu da uyku bozukluğunu tetikleyici etkenlerden biridir. Yani sigara içen bireylerde içmeyenlere göre: anksiyete, depresyon, gündüz uyku hali daha fazla olup özellikle genç kadınlarda bu sonuçlar daha belirgindir. Bu kişilerin uyku kaliteleri de daha düşüktür.

6- SİGARA KULLANIMI VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ:

Uyku akışkanlığı bireyin yaşam kalitesini ve sağlık durumunu etkileyen önemli bir değişkenidir. Uyku bedenin kendisini yenilediği sağlıklı bir hayatın temeli olan yaşamsal zorunluluktur. Uyku bozukluklarının önemli etmenlerinden biri olan uyku apne sendromunun risk faktörleri arasında sigara içiminin çok etkili olduğu bilinmektedir. Sigara içenlerde, içmeyenlere kıyasla uyku apnesi görülme sıklığının 4-5 kat arttığı gösterilmiştir (47).

Yine sigara içenlerde Solunum fonksiyonlarında ki bozulma içmeyenlere göre daha fazla görülmektedir. Bunun neticesi olarak da bireylerin uyku kalitesinde bozukluklar gelişmektedir. Bu durumun tam tersi durumda yani solunum fonksiyonlarındaki iyileşme halinde ise, uyku kalitesine çok daha olumlu etkiler görülmektedir (48).

Yine sigara kullanımı ile bireylerde düşüncelerin yoğunlaştırılamaması, bradikardi, sinirlenme ya da öfkelenme, uykusuzluk, depresif duygu durum yada disforik davranış şekilleri, irritabilite, huzursuzluk gibi belirtiler daha sık görülmekte olup, bu belirtiler genel tıbbi durumla veya başka bir mental bozuklukla da açıklanamaz (49). Sigara içen kadınlarda erken menopoza geçilmesi ve bunun yol açtığı sıcak basmaları gibi problemler, sigara içen kadınlarda 2 kat fazla görülmektedir (50).

Sigara içen kadınlar üzerinde yapılan birçok araştırmalarda; Kadınların sigara içmesinin üreme fonksiyonları ve doğurganlık üzerine olumsuz etkilerinin olduğu gösterilmiştir. Bu konuda yapılmış olan epidemiyolojik araştırmalar göstermiştir ki özellikle içilen sigara miktarı ve süresi ile ilişkili olarak doğurganlığın azaldığını göstermiştir.

Gebe kadınların sigara içimi neticesinde doğum sonu bebeklerde düşük doğum ağırlığı, erken doğum riski, gebelik dönemi ve doğum sonrası mortalitede artışa neden olduğu yapılan birçok çalışma neticesinde görülmüştür. Gebelik dönemi boyunca sigara içen annelerin bebeklerinin doğum kilolarına bakıldığında, bu bebeklerin 150-300 gr arası daha zayıf oldukları rapor edilmektedir.

Sigaranın anti-Östrojenik etkisinden de bahsedilmektedir. Yapılan bir çalışmada sigara içen kadınlarda östrojen yapımının sigara içmeyen kadınlara göre 1/3 oranında az olarak görülmüştür(51). Sigara içiminin kardiyovasküler sistem üzerinde taşikardi ve hipertansif etkilerinin olduğu tesbit edilmiştir. Sigara içimi ile iskemik kalp hastalıkları ve aterosklerotik damar hastalıkları doğrudan ilişkili olup, sigara bu hastalıkların en önemli önlenemez nedenlerinden biri olduğu bilinmektedir.

Sigara kullanımı ile kas iskelet sistemi rahatsızlıkları arasında da ilişki bulunmaktadır, kas, tendon, ligament, kemik problemleri gibi. Ayrıca kemik mineral yoğunluğunun, vertebral disk hernilerinde artma, kırık iyileşmesi üzerine olumsuz etkiler vardır (52).

Solukluluk, horlama seste kabalaşma, kalınlaşma, ses kısıklığı gibi semtomlarla başlayan ve ileri olgularda dispne, taşipne gibi daha ileri safhalarda semtomlara sebep olabilen Reinke ödemi özellikle ileri yaş bayanlarda görülen bir hastalıktır. Her iki vokal kord boyunca uzanan kronik ödematöz inflamatuvar bir hastalık olup etiyolojisindeki en önemli etmen sigara içimidir.

Yapılan çalışmada; sigara içen kadınların erkeklerden daha az sigara içmelerine rağmen Akciğer kanseri ve KOAH (Kronik Obstüktif Akciğer Hastalığı) yönünden erkeklere göre daha çok risk altında oldukları belirlenmiştir (2000 sigara içen kadın), Akciğer kanseri ve

KOAH'ın kadınlarda daha düşük sigara kullanımıyla geliştiği ve kadınların sigara dumanına erkeklerden daha duyarlı oldukları bulunmuştur.

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi(International Physical Activity Questionnaire / IPAQ)kullanılarak yapılan bir çalışmada, olguların yürüme süreleri, orta şiddetli ve şiddetli fizikselaktivite ile sedanter yaşam değerleri alışkanlıklarının öznel olarak değerlendirildi (53). Elde edilen bu verilerden fiziksel aktivite seviyesi hesaplandı. Sonuç olarak tüm değerler toplanıp toplam IPAQ skoru belirlendi. Fiziksel Aktivite Anketi sonuçlarına göre gruplar arasında sigara içmeyen olgular lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Çalışmaya katılan katılımcılar aktif olarak, düşük seviyede aktif ve inaktif olarak kaydedildi. Sonuç olarak sigara içen gruptaki olgularının sigara içmeyen grubla kıyaslandığında daha düşük fiziksel aktivite ve daha fazla oturma süresine sahip olduğu tespit edildi (53).

Kadın katılımcılar arasında gruplar inaktif, düşük seviyede aktif ve yeterli seviyede aktif olmak üzere üç kategoride sınıflandırıldı. Değerlendirmeye göre inaktif olan kadınlara bakıldığında, sigara içen kadın olguların, sigara içmeyen kadın olgulara göre 2 kat fazla olduğu tesbit edildi.

WHOQoL-Bref Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Anketi kullanılarak yapılan bir çalışmada (2006-2008 yılları arasında) sigara içen ve içmeyen kişilerde yaşam kalitesini değerlendirilmiştir. Çalışma esnasında sigara ve alkol kullanımı sorgulanmış ayrıca depresyon ilişkisi de değerlendirilmiştir.

Çalışma gruplar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim seviyesi, açısından farklılık bulunmamış fakat günlük yaşam kalitelerinde ve iş kapasitelerinde evde sigara içilmesi açısından anlamlı fark bulunmuştur.

Klinik özellikleri ve yaşam kalitesini sigara içen ve içmeyen kişilerde karşılaştıran 2006-2008 yılları arasında yapılan bir çalışmada kişilerin yaşam kalitesini değerlendirmede Sigara ve alkol kullanımı sorgulanmış ayrıca depresyon ve nikotin bağıllığı değerlendirilmiştir. Olguların VKİ hesaplanmıştır. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, medeni durum açısından farklılık bulunmamış ancak işkapasitesi, günlük yaşam aktivitelerinde, aile öyküsünde mental rahatsızlık ve evde sigara içilmesi açısından sigara içen grupta yaşam kalitesinin, sosyal ve çevresel alt ölçeklerinde anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Yaşam kalitesini azaltan Sağlıkla ilgili risk faktörleri olarak; sigara içmek, alkol tüketmek ve azalmış fiziksel aktivitenin etkisi olduğu kanıtlanmıştır (54). Bu risk faktörlerine ek olarak yaş, obezite ve sigara kullanımı arasında da kadınlarda güçlü bir ilişki gösterilmiştir (55).

7-SİGARA KULLANIMI İLE EĞİTİM DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ:

Yaşla birlikte öğrencilerin sigara içme oranı da artmaktadır. Sigara içen öğrencilerde alkol kullanma sıklığı daha fazladır. Sigara içme alışkanlığı daha çok genç yaşta başlar ve devam eder. Sigara kullanımı olan insanların büyük çoğunluğu sigaraya 18 yaşın altında başlamaktadır. Sigaraya başlama alışkanlığı ilk kez küçük yaşlarda başlayan bireylerin sigara tiryakiliği açısından daha yüksek risk taşımaktadır (56). Dünya Sağlık Örgütü' nün (W.H.O.) yaptığı çalışmalarda, gençler arasında sigara kullanımının giderek artması nedeniyle çocuk ve ergenlerin sigaraya başlamalarını önleyecek programlar ve eğitim çalışmaları yapılması gerektiği belirtilmektedir (57). Okullardaki sigara karşıtı eğitim programlarının amaçları sigaraya başlama sayısını azaltmak ve sigara kullanımına sekonder oluşan hastalıkların oluşturduğu tehlikeyi azaltmak, sigaraya başlama yaşını geciktirmek, sigara bağımlısı olma riskini azaltmak, sigarayı bırakmayı hızlandırmak ve sigara içmeyenlerin bu kararlarından dolayı desteklenmesi hedeflenmektedir (58).

Okullardaki sigara karşıtı programlar düzenli sigara içicilerin sıklığını azaltmasa da sigarayı denemeyi geciktirebilir (59) veya ileri yaşlarda sigaraya başlama riskini azaltır. Eğitim, sigara kullanma alışkanlığını azaltarak, sigara dumanı olmayan bir çevre

sağlar ve olumlu rol modelleri için fırsatlar oluşturur(60). Gençler arasında sigara kullanım sıklığını azaltmak amacıyla yürütülmekte olan sağlık projelerinde akran eğitimi modellerinden de yararlanılmaktadır. Yani buna örnek olarak aynı yaş grubu gençler içinden lider vasfı olan bir ergenin tesbit edilmesi ve bu kişiye sigara zararları konularında eğitim verilerek, bilgilendirilmesi ve bu şekilde kendi yaş grubundaki arkadaşlarına bu bilgileri yayması şeklinde tanımlanan akran eğitim modeli halen uygulamada olan bir eğitim yöntemidir(61).

Yine madde bağımlılıkların önemli bir bileşeni olan alkolizm nedenleri arasında, gençlerde yapılan araştırmalarda sigara içiminin alkolizmin en güçlü belirleyicisi olduğu da bilinmektedir. Sigara, alkol gibi bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımında bir geçiş aracı olarak kullanılmaktadır (62). Ergenlerin sigara kullanımında arkadaş etkisi en önemli risk faktörlerinden biridir (63). Bu nedenle sigara karşıtı eğitim programlarına özellikle lider vasıflı akranların dahil edilmesi amaca ulaşmayı daha kolay hale getirecektir. Eğitim programları ile sigaranın daha küçük yaşlarda daha kolay bırakıldığını ve eğitim programlarının özellikle erken dönemde daha etkili olduğunu göstermektedir.

8- SİGARA KULLANIMI VE SOSYO EKONOMİK DÜZEY VE KÜLTÜR ARASINDAKİ İLİŞKİ:

Sigara kullanımı ile sosyo ekonomik düzey arasında aslında anlamlı düzeyde ilişki vardır. Özellikle bu ilişki düşük sosyoekonomik düzey ile son derece ilişkilidir. Sigara kullanım oranı düşük sınıf işlerde çalışanlar, düşük eğitim seviyesindekiler, düşük gelir düzeyindekiler ve işsizlerde en yüksek oranlardadır. Toplumdaki ekonomik gelir düzeyleri göz önünde bulundurularak yapılan çalışmada işsiz erişkinlerdeki sigara kullanım oranı, yoksulluk sınırının üzerinde geliri olan erişkinlerin sigara kullanım oranlarına göre 2 kat daha fazla bulunmuştur (50).

Sigara kullanımı ve yapılan meslek durumuna göre en yüksek sigara içme oranı özellikle yiyecek hazırlama ve servis işlerinde çalışanlarda (%45), daha sonra %43 ile inşaat çalışanlarında görülmekteydi. En düşük oranlar ise %12,3 ile eğitim, öğretim ve kütüphane çalışanlarında, %15,4 ile fiziksel ve sosyal bilimlerle ilgili mesleklerle uğraşanlarda görülmekteydi (64). Sigara içme davranışı, mesleki seviyeye göre de

sınıflandırılmıştır. Mesleki saygınlık artışıyla doğru orantılı olarak sigara içme davranışı azalmaktadır.

Gençler yaşamlarının ilk yıllarında sosyal, duygusal ve bilişsel gelişimlerini aile ortamında tamamlamaktadır. Aile içi çatışmalar, aile içi sorunlar, aile bağlarının zayıf oluşu, cinsel sapmalı ya da ruh hastası olan aile üyelerinin olması, aile içinde şiddet ve istismarın olmasının gençlerde madde kullanımı için önemli risk etkenleri olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte Sigara bağımlılığı davranışının ve tüketilen sigara miktarının idamesinde genetik aktarım söz konusu da iken, sigara kullanmaya başlama davranışının yaklaşık %50'si genetik olarak da etkilenmedir. Araştırmacılar nikotin bağımlılığına katkıda bulunan en az dört gen belirlemişlerdir. Bununla birlikte sigara kullanıcısı olma riskini azaltan bazı genetik etmenler de vardır. Bazı genetik etmenler de sigara kullanıcılarını nikotin bağımlılığından korumaktadır (65). Sigara deneyen öğrenciler ailelerinde aile içi iletişimin zayıf olduğunu belirtmişlerdir. Sigara deneyenlerde aile içi beraberlik, dayanışma, karşılıklı sevgi ve güven ortamının, duygusal iletişimin zayıf olduğu saptanmıştır. Gençlik ve adolesan dönemi kimlik arayışının olduğu bir dönemdir. Bu dönemde huzurlu ve sorunsuz aile ortamının olması gencin ruhsal gelişimini daha sağlıklı tamamlamasının en önemli etkenlerindendir. Bu dönemde huzurlu ve sorunsuz aile ortamı gencin ruhsal gelişimini daha sağlıklı tamamlamasını sağlayacaktır, aksine sorunlu bir aile ortamı sigara ve alkol içme için bir risk oluşturacaktır (66).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Kesitsel tipte olan bu tez çalışması, 01.01.2023-30.03.2023 tarihleri arasında Adana ili Yüreğir ilçesine bağlı Yenidoğan Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı ve çalışmayı kabul eden, 18 yaş üstü 312 evli kadın ile yüzyüze görüşülerek yürütüldü. Tez çalışması öncesinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 29.12.2022 tarihli ve 2332 sayılı onayı alındı. Çalışmaya katılacak tüm evli kadınlara çalışmanın amacı, nasıl yapılacağı ve hedefleri hakkında bilgi verilerek yazılı onamları alındı. Tüm araştırma süreci Helsinki deklarasyonuna uygun olarak yürütüldü.

Çalışma evreni Adana ili Yüreğir ilçesine bağlı Yenidoğan Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 18 yaş üzeri evli kadınlardır. Çalışmada 757 kişilik evrenden yeterli örneklem büyüklüğü (595 güven aralığı,%5 hata payı) Epi-info programına göre 156 kişi olarak hesaplanmıştır. Sigara içmeyen 156 evli kadın da kontrol grubu olarak çalışmaya alınmıştır. Toplam 312 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; çalışmaya katılmak için gönüllü olmak ve 18 yaş üzeri sigara içen ve içmeyen evli kadınlar olarak belirlendi. Çalışmada dışlanma kriterleri ;araştırmaya katılmayı reddetmek veya dahil olmaktan vazgeçmek,mental durum bozukluğu olması ve/veya iletişim kurulamaması ,18 yaş altı ve bekar kadınlar olarak belirlendi. Dahil edilme ve dışlama kriterleri gözönüne alınarak çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar ile çalışma yürütüldü.

Anketin uygulanabilir ve anlaşılır olduğunu değerlendirmek amacıyla 20 kişilik örneklem ile pilot çalışma yapıldı. Çalışma sonucunda ankete son hali verildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllüler ile yüz yüze görüşme tekniği ile veri toplama formu dolduruldu.

3.1. Veri Toplama Formu

Çalışmada kullanılan veri toplama formu A,B,C,D,E,F,G ve Ölçekler olmak üzere 8 bölümden oluşup,87 sorudan oluşmaktaydı. Veri toplama formunun 6 soruluk A bölümünde katılımcıların sosyodemografik verileri; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, bedensel ve ruhsal hastalık tanısı sorgulandı. Eğitim durumu düşük, orta ve yüksek eğitilmiş olarak üç gruba ayrıldı. Aylık ortalama gelirleri 8500 TL altı

olanlar düşük, 8500-11500 TL arası olanlar orta ve 11500 TL'den fazla olanlar yüksek gelir düzeyi olarak değerlendirildi.

B bölümünde antropometrik ölçümler yapıldı. Çalışmaya katılan gönüllü kadınların boy ölçümleri, mezura yardımıyla ayakkabısız olarak ayakta dik durur vaziyette ölçüldü. Hafif giyeceklerle, ayakkabısız olarak elektronik tartı aleti ile vücut ağırlıkları ölçüldü. Ayakta ekspiryum sonunda, iliak krest ile 12. kosta arasında, orta noktadan yere paralel olarak bel çevresine sarılan elastik olmayan bir mezura yardımıyla ölçüldü. Vücut ağırlığı kilogram olarak boyun karesine bölünerek (kg/m²) vücut kitle indeksi (VKİ) hesaplandı.

C bölümünde 3 soru ile katılımcıların yaşam tarzı ile ilgili sorular soruldu. "Düzenli bedensel etkinlik yaparmısınız?, Sağlıklı beslenmeye ne kadar uyersınız?, Sosyal faaliyetlere ne derece zaman ayırırsınız?" soruları ile beşli likert şeklinde (1 hiç kullanmam, 2 biraz kullanırım, 3 orta düzeyde kullanırım, 4 çok kullanırım, 5 çok fazla kullanırım) sorgulandı.

D bölümünde 7 soru ile aile durumuna ilişkin veriler sorgulandı. "Kaç yaşında evlendiniz, kaç yıldır evlisiniz, kaç çocuğunuz var, aile tipiniz hangisine uyar (çekirdek, geniş), engelli/bakım gerektiren çocuğunuz var mı, engelli/ bakım gerektiren aile bireyi var mı, yaşadığınız ev (kira, mülk)" sorgulandı.

E bölümünde 7 soru ile sigara kullanımı ile ilgili veriler sorgulandı. "Sigara kullanıyormusunuz, evet ise fagerström test sonucu, fagerström sınıfı (hafif, orta ve şiddetli), kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz, evlenmeden önce sigara kullanıyormuydunuz, sigara kullanmayı bırakmak için sağlık kuruluşuna başvurduğunuzmu, düşünüyormusunuz" sorgulama ile değerlendirildi.

F bölümünde 3 soru ile diğer alışkanlıkları sorgulandı. Kahve, alkol ve madde kullanım durumları beşli likert tipi (1: hiç, 2: biraz, 3: orta, 4: çok, 5: çok fazla) sorgulama ile değerlendirildi.

G bölümünde 5 soru ile eşin eğitim durumu ve sigara kullanımı ile ilgili veriler sorgulandı. Eşin eğitim durumu, sigar kullanma düzeyi, alkol, kahve ve madde kullanma düzeyi beşli likert tipi (1: hiç, 2: biraz, 3: orta, 4: çok, 5: çok fazla) sorgulama ile değerlendirildi.

Veri toplama formunun H bölümünde ölçeklere yer verildi.

3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

3.2.1. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)

Araştırmanın H1 bölümünde katılımcılara Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi uygulandı. Sigara içen hastalara uygulanan Fageström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) sigara bağımlılığının değerlendirilmesinde en sık kullanılan testtir. Karl O. Fageström tarafından nikotine olan bağımlılığın düzeyini saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Uysal ve ark. tarafından Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Türkçeye uyarlanmış, güvenilirlik ve geçerlilik düzeyleri çalışılmıştır. 6 sorudan oluşan bu testte cevaplar doğrultusunda puanlar toplanır ve bağımlılık derecesi belirlenir. 0-3 arası puan düşük derecede bağımlı, 4-6 arası puan orta derecede bağımlı, 7-10 arası puan yüksek derecede bağımlı olarak kabul edilir (67).

3.2.2. Aile Apgar Ölçeği

Aile fonksiyonelliği kişinin iyilik halinin önemli bir bileşeni olup ölçeklerinin aile hekimliği pratiğindeki önemi gittikçe artmaktadır. Aile fonksiyonelliğinin ölçülmesi için 26 çeşitli ölçekler bulunmaktadır. Aile APGAR ölçeği de bu ölçeklerden biri olup 1978 yılında Gabriel Smilkstein tarafından oluşturulmuştur. Kişilerin kendileri tarafından da doldurulabilen Aile APGAR'ı, hekimlerin aile işlevleri hakkında hızlı fikir edinmesini sağlayan bir tarama testidir. Aile üyelerinin kendi ailelerinin işlevselliğine ilişkin algılarını 5 kapalı uçlu soru ile değerlendiren bu ölçek, kısa sürede aile işlevlerindeki zayıf alanları belirlemede hekime yardımcı olmakta ve hekimin ailenin kritik problemlerine odaklanmasını sağlamaktadır. Türkçe Aile APGAR ölçeğini oluşturan maddelerin iç tutarlılığını veren Cronbach Alpha Katsayısı 0.793 olarak belirlenmiştir. Test-tekrar test yöntemi ve iç tutarlılık katsayısının her ikisi de yüksek bulunmuş ve bu nedenle Türkçe Aile APGAR Ölçeği'nin güvenilir olduğu kabul edilmiştir. Aile APGAR Ölçeği kullanılarak yurtdışında yapılan çalışmalarda Cronbach alpha değeri 0.80 ile 0.85 arasında değişmektedir.

3.2.3. Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği (HAD-Ö)

Araştırmanın H3 bölümünde HAD-Ö' ye yer verildi. HAD-Ö birinci basamak da dahil sağlık hizmeti verilen tüm kurumlara başvuran hasta grubuna uygulanabilen,

bireyde anksiyete ve depresyon riskinin olup olmadığını belirlemek ve seviyesini ölçmek amacıyla uygulanan ve 14 sorudan oluşan bir ölçektir. Dörtlü likert tipi maddelerden oluşan ölçekte tek sayılı sorular anksiyeteyi, çift sayılı sorular ise depresyonu ölçmektedir. Ölçeğin puanlamasında 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 şeklinde yapılır. Diğer yandan, 2, 4, 7, 9, 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanır. Değerlendirmede tek sayılı soruların puanı anksiyete alt ölçeği için toplanır, çift sayılı soruların puanı depresyon alt ölçeği için toplanır. Ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Ömer Aydemir ve arkadaşları yapmıştır. Ölçeğin anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için kesme puanı 7/8’ dir. Kesme puanlarının üzerinde puan alan kişiler için anksiyete ve/veya depresyon riski var olarak değerlendirilir(68).

3.2.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa formu (WHOQOL Bref)

Araştırmanın H4 bölümünde katılımcıların yaşam kalitelerini değerlendirmek için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa formu (WHOQOL-Bref) uygulandı. DSÖ tarafından geliştirilen 100 soruluk WHOQOL-100 ölçeğinin kısa formu olan WHOQOL-Bref 26 sorudan oluşur. 1999 yılında Eser ve arkadaşları tarafından Türkçe’ye uyarlaması ile Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında sosyal baskıyı değerlendiren 27. Sorunun eklenmesi uygun görülmüştür. Beşli likert tipi sorulardan oluşan ölçek son 2 hafta göz önüne alınarak cevaplandırılır.

Toplam 27 sorudan oluşan ölçekte 1. Soru algılanan yaşam kalitesini, 2. soru algılanan sağlık durumunu ve sonradan eklenen 27. Soru sosyal baskıyı ölçmektedir. Diğer sorular; bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel olmak üzere 4 alt boyutta değerlendirilebilirler. Her alt boyut için alınan toplam puan 0 ile 100 puan üzerinden hesaplanır. Bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alt boyutlarda hesaplanan puan arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır (15,69).

Bu alt boyutlar şu şekildedir:

- Bedensel alt boyut: gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, bedensel hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü (3, 4, 10, 15, 16, 17 ve 18 no’lu sorular)

- Ruhsal alt boyut: beden imgesi ve dış görünüş, olumlu-olumsuz duygular, benlik saygısı, bellek, dikkatini toplama (5, 6, 7, 11, 19, ve 26 no'lu sorular)
- Sosyal alt boyut: diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam (20, 21 ve 22 no'lu sorular)
- Çevresel alt boyut: maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, ev ortamı, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatı, fiziksel çevre (kirlilik, gürültü, trafik, iklim), ulaşım ve ulusal çevre alanı: sosyal baskı. (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, ve 25 no'lu sorular, 27 no'lu ulusal soru)

3.3. İstatistiksel Yöntem

Bu araştırma gözlemsel tipte tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır. Sürekli değişkenler ortama±standart sapma ve en küçük-en büyük değer olarak, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak gösterildi. Veriler SPSS 27.0 for Windows programına kaydedilip analizi yapılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) dışında niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Testi; normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. İki'den fazla grup arasındaki karşılaştırmalarda normal dağılım gösterenlerde One Way Anova ve Post-hoc LSD testi; normal dağılım göstermeyenlerde ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sayısal veriler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. P değerinin <0,05 olduğu durumlarda aradaki fark anlamlı kabul edildi.

4-BULGULAR

Kesitsel tipte olan bu araştırma, Adana ili Yüreğir İlçesi Yenidoğan Aile Sağlığı Merkezinde kayıtlı 1 Ocak-30 Mart 2023 tarihleri arasında herhangi bir nedenle polikliniğe başvuran 312 evli kadın ile yapıldı. Araştırmaya katılan evli kadınların yaş ortalaması $39,90 \pm 10,0$ yıl (en küçüğü 20, en büyüğü 77yıl) idi. Katılımcılardan 139 kişi (%44,6) düşük eğitilmiş, 56 kişi(%17,9) orta eğitilmiş, 117 kişi(%37,5) yüksek eğitilmişti. Katılımcılardan 268 kişi (%85,9) çalışmıyor ev hanımı, 44 kişi(%14,1) çalışan kendi geliri olan hanımlardı. Katılımcılardan 140 kişi (%44,9) düşük gelir, 98 kişi (%31,4) orta gelir, 74 kişi(%23,7) yüksek gelirli idi. Katılımcıların 216'sında (%69,2) kronik bedensel bir rahatsızlık yok iken,96'sında (%30,8) mevcut idi. Katılımcıların 292'sinde (%93,6) ruhsal hastalık tanısı yok iken, 20'sinde (%6,4) mevcut idi (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcılara ait sosyodemografik veriler

Sosyodemografik özellikler (n=312)		n	%
Kadının eğitim durumu	Düşük eğitilmiş	139	44,6
	Orta eğitilmiş	56	17,9
	Yüksek eğitilmiş	117	37,5
Kadının çalışma durumu	Çalışmıyor	268	85,9
	Çalışıyor	44	14,1
Aile gelir durumu	Düşük gelirli	140	44,9
	Orta gelirli	98	31,4
	Yüksek gelirli	74	23,7
Kadın bedensel hastalık	Yok	216	69,2
	Var	96	30,8
Kadın ruhsal hastalık	Yok	292	93,6
	Var	20	6,4

Katılımcıların boy ortalaması $160,7 \pm 6,1$ cm(en küçük 143 cm- en büyük 176 cm),ağırlıkları ortalaması $72,9 \pm 14,5$ (en küçük 44 kg- en büyük 125 kg), BKİ ortalaması $28,2 \pm 5,7$ (en küçük 17,8 –en büyük 48,8), bel çevresi ortalaması $91,3 \pm 14,3$ cm (en küçük 40 cm– en büyük 136 cm) idi(Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların antropometik ölçümleri

(n=312)	Ort±SS*	En küçük - En büyük
Boy(cm)	160,7±6,1	143-176
Kilo(kg)	72,9±14,5	44-125
BKİ(kg/m²)	28,2±5,7	30-54
Bel çevresi (cm)	91,3±14,3	40-136

BKİ: Vücut Kitle İndeksi, *Ort: ortalama, SS: Standart sapma

Katılımcılara yaşam tarzları ile ilgili sorular soruldu. Beşli Likert tipi puanlama ile hazırlanan sorularda (1= hiç yapmam – 5=çok fazla yaparım) olarak puanlanmıştır. Sonuçlar tek örneklemli t testi ile test değeri 3,0 alınarak değerlendirilmiştir. ‘Düzenli bedensel etkinlik yaparmısınız?’ sorusunun ortalama puanı (1,96±0,9) ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak düşük saptandı (t= -18,753, p=0,000). ‘Sağlıklı beslenmeye ne kadar uyarsınız?’ sorusunun ortalama puanı (2,66±0,9) test değeri olan 3,0’a göre anlamlı olarak düşük saptandı (t= -6,110, p=0,000). ‘Sosyal faaliyetlere ne derece zaman ayırırsınız?’ sorusunun ortalama puanı (2,26±1,0) test değeri olan 3,0 ‘a göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (t= -12,062, p=0,000), (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların yaşam tarzı ile ilgili verileri

Katılımcıların Yaşam Tarzı	Ort. ±SS	Test Değeri 3,0	
		t**	p
Düzenli bedensel etkinlik	1,96±0,9	-18,753	0,000[†]
Sağlıklı beslenme	2,66±0,9	-6,110	0,000[†]
Sosyal faaliyetler	2,26±1,0	-12,062	0,000[†]

(1: En Az, 5: En çok), **Tek örneklemli t testi kullanılmış, test değeri 3,0 alınmıştır. [†] p<0,001

Araştırmaya katılan evli kadınların evlendiği yaş ortalaması 21,54±4,3 yıl (en küçüğü 14, en büyüğü 46yıl) idi. Katılımcılar ortalama 18,39±10,5 yıldır (en az 1 yıl, en fazla 53 yıl) evli idi. Katılımcıların sahip olduğu çocuk sayısı ortalama 2,44±1,1 (en az 0, en çok 8 çocuk) idi. Katılımcıların 279’u (%89,4) çekirdek aile, 33’ü (%10,6) geniş aile tipine sahipti. Katılımcıların 299’nun (%95,8) engelli çocuğu yok, 13’ü (%4,2) engelli çocuğa sahipti. Katılımcıların 292’sinde (%93,6) engelli aile bireyi yok, 20’sinde (%6,4) engelli aile bireyi vardı. Katılımcıların 122’sinin (%39,1) yaşadığı ev kira, 190’nın (%60,9) mülk idi (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcının aile durumuna ilişkin veriler

Aile durumuna ilişkin veriler (n=312)		n	%
Aile tipi	Çekirdek	279	89,4
	Geniş	33	10,6
Engelli çocuk durumu	Yok	299	95,8
	Var	13	4,2
Engelli aile bireyi	Yok	292	93,6
	Var	20	6,4
Yaşadığınız ev	Kira	122	39,1
	Mülk	190	60,9

312 katılımcının 156'sı sigara kullanıyordu. Sigara kullanan katılımcılar ortalama $18,37 \pm 11,2$ yıldır (minimum 1, maximum 49 yıl) kullanıyordu. Sigara içenlere (n=156) uygulanan Fagerström nikotin bağımlılık testin puanlamasının ortalaması $3,50 \pm 2,7$ puan (en küçüğü 0, en büyüğü 9 puan) idi. Fagerström testin sınıflamasının sonucunda ise 84'ü (%26,9) hafif düzeyde (0-3 puan), 41'i (%13,1) ise orta düzeyde (4-6 puan), 31'i (%9,9) şiddetli düzeyde (7-10 puan) saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Sigara içen katılımcıların Fagerström testin sınıflaması

Sigara içen katılımcılar (n=156)		n	%
Fagerström testin sınıfı	Hafif düzeyde (0-3 puan)	84	26,9
	Orta düzeyde (4-6 puan)	41	13,1
	Şiddetli (7-10 puan)	31	9,9

Sigara kullanan 156 katılımcının 62'si (%19,9) evlenmeden önce sigara kullanmıyordu, 94'ü (%30,1) sigara kullanıyordu. Sigara kullanan katılımcıların 141'i (%45,2) sigarayı bırakmak için herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamış, 15 (%4,8) katılımcı başvurmuştu. Sigara kullanan katılımcıların 101'i (%32,4) sigara kullanmayı bırakmak için herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmayı hiç düşünmüyor, 55 (%17,6) katılımcı düşünüyordu (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların sigara kullanımı ile ilgili veriler

Sigara kullanan katılımcılar (n=156)		n	%
Evlenmeden önce sigara kullanımı	Hayır	62	19,9
	Evet	94	30,1
Sigarayı bırakmak için sağlık kurumuna başvurduğunuz mu?	Hayır	141	45,2
	Evet	15	4,8
Sigarayı bırakmayı düşünenler	Hiç düşünmeyenler	101	32,4
	Düşünenler	55	17,6

Katılımcıların alkol ve kahve kullanma durumları ile ilgili sorular soruldu. Beşli likert tipi puanlama ile hazırlanan sorularda (1= hiç kullanmam – 5=çok fazla kullanırım) olarak puanlanmıştır. Sonuçlar tek örneklemli t testi ile test değeri 3,0 alınarak değerlendirilmiştir. 'Kahve kullanırmısınız?' sorusunun ortalama puanı(2,78±1,0) ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak düşük saptandı(t=-3,788, p=0,000). 'Alkol kullanırmısınız?' sorusunun ortalama puanı(1,07±0,317) ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak düşük saptandı (t= -107,244, p=0,000) (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların diğer alışkanlıkları ile ilgili veriler

Katılımcıların Diğer Alışkanlıkları (n=312)	Ort*.±SS	Test Değeri 3,0	
		t**	p
Kahve kullanımı	2,78±1,0	-3,788	0,000 [†]
Alkol kullanımı	1,07±0,3	-107,244	0,000 [†]

*(1: En Az, 5: En çok), **Tek örneklemli t testi kullanılmış, test değeri 3,0 alınmıştır. [†] p<0,001

Katılımcıların eşlerinden 90 kişi (%28,8) düşük eğitilmiş, 180 kişi(%57,7) orta eğitilmiş, 42 kişi(%13,5) yüksek eğitilmişti (Tablo 8)

Tablo 8. Katılımcıların eşlerinin eğitim durumu ile ilgili veriler

Eşlerinin eğitim durumu (n=312)		n	%
Eşlerinin eğitim durumu	Düşük eğitilmiş	90	28,8
	Orta eğitilmiş	180	57,7
	Yüksek eğitilmiş	42	13,5
Eşlerinin sigara durumu	Hiç içmiyor	126	40,4
	İçiyor	186	59,6

Katılımcıların eşlerinin alkol ve kahve kullanma durumları ile ilgili sorular soruldu. Beşli likert tipi puanlama ile hazırlanan sorularda (1= hiç kullanmaz – 5=çok fazla kullanır) olarak puanlanmıştır. Sonuçlar tek örneklemli t testi ile test değeri 3,0 alınarak değerlendirilmiştir. 'Eşiniz alkol kullanır mı?' sorusunun ortalama puanı (1,27±0,5) ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak düşük saptandı (t= -51,084, p=0,000). 'Eşiniz kahve kullanır mı?' sorusunun ortalama puanı (2,16±0,9) test değeri olan 3,0'a göre anlamlı olarak düşük saptandı (t= -15,825, p=0,000) (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların eşlerinin diğer alışkanlıkları ile ilgili veriler

Eşlerinin Diğer Alışkanlıkları	Ort* .±SS	Test Değeri 3,0	
		t**	p
Alkol kullanımı	1,27±0,5	-51,084	0,000[†]
Kahve kullanımı	2,16±0,9	-15,825	0,000[†]

* (1: En Az, 5: En çok), ** Tek örneklemli t testi kullanılmış, test değeri 3,0 alınmıştır. . [†] p<0,001

Katılımcılara uygulanan Aile APGAR Ölçeği ortalama puanı 7,10 ±2,8 olup en az alınan puan 0, en fazla alınan puan ise 10 idi. Katılımcıları Aile APGAR ölçeği puanına göre sınıflandırdığımızda; 44 (%14,1) kişinin ağır bozukluk, 80 (%25,6) kişinin orta bozukluk, 188 (%60,3) kişinin yüksek işlevsellik gösteren aile tipine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 10)

Tablo 10. Katılımcıların Aile APGAR ölçeği ortalama puanına göre sınıflandırılması

(n=312)	Aile APGAR puanı	n	%
Ağır bozukluk	0-3	44	14,1
Orta bozukluk	4-6	80	25,6
Yüksek işlevsellik	7-10	188	60,3

Katılımcıların Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği (HADÖ) ile depresyon ve anksiyete riskleri değerlendirildiğinde; 86'sında (%27,6) anksiyete riski mevcuttu, 112'sinde (%35,9) de depresyon riski mevcuttu.(Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) ölçeği ile anksiyete-depresyon riskinin değerlendirilmesi

n=312	Değerlendirme	HAD* skor	n	%
HAD-A (Anksiyete)	Risk yok	0-10 puan	226	72,4
	Risk var	11-21 puan	86	27,6
HAD-D (Depresyon)	Risk yok	0-7 puan	200	64,1
	Risk var	8-21 puan	112	35,9

*HAD: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

Katılımcıların Hastane Anksiyete-Depresyon ölçeğinden (HAD) aldıkları ortalama puanlar; HAD-Anksiyete $8,34 \pm 4,5$,HAD-Depresyon $6,55 \pm 3,8$ idi.(Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) ölçeği ile anksiyete-depresyon puan ortalamalarının dağılımı

HAD*	Ort.±SS
HAD-A (Anksiyete)	8,3±4,5
HAD-D (Depresyon)	6,5±3,8

*HAD: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

Katılımcılara yaşam kalitesini değerlendirmek için WHOQOL-Bref Tr ölçeği 5’li likert tipte uygulandı. ‘Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?’ sorusunun ortalama puanı $3,29 \pm 0,87$ ve test değeri olarak alınan 3 puanına göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=5,943$, $p=0,000$), ‘Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?’ sorusunun ortalama puanı $3,20 \pm 0,97$ ve test değeri olarak alınan 3 puanına göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($t= 3,600$, $p= 0,000$) (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların WHOQOL-Bref yaşam kalitesi ölçeği boyutlarının likert ortalama skorları

n=312	Ort. [*] ±SS	TestDeğeri3,0	
		t ^{**}	p
Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	3,29±0,87	5,943	0,000 [†]
Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	3,20±0,97	3,600	0,000

* (1:En az,5:En çok). **Tek Örneklemli t testi,test değeri 3,0 alınmıştır. [†]p<0,001

Katılımcıların yaşam kalitesi WHOQOL-Bref ölçeği ile değerlendirildiğinde; bedensel sağlık ortalama puanı 24,45±4,53, ruhsal sağlık ortalama puanı 21,13±4,22 , sosyal ilişki ortalama puanı 10,63±2,66 ve çevre ortalama puanı 29,74±5,45 ve ölçeğin toplam ortalama puanı 92,49±15,42 idi(Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların WHOQOL-Bref yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları

n=312	Ort.±SS
Bedensel Alan	24,45±4,53
Ruhsal Alan	21,13±4,22
Sosyal İlişkiler Alanı	10,63±2,66
Çevre Alanı	29,74±5,45
Toplam	92,49±15,42

Katılımcı kadınların eğitim seviyelerine göre yaş ortalamaları karşılaştırıldığında, düşük eğitim seviyesine sahip olanların yaş ortalaması 43,65±9,4, orta eğitim seviyesine sahip olanların 35,84±11,8ve yüksek eğitimseviyesine sahip olanların 37,39±8,1 olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi (F=20,189, p=0.000). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; düşük eğitim seviyesine sahip olanların yaş ortalaması orta eğitim seviyesine(p=0,000) ve yüksek eğitim seviyesine(p=0,000) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı.

Düşük eğitim seviyesine sahip olanların boy ortalaması $159,0 \pm 5,9$, orta eğitim seviyesine sahip olanların $160,8 \pm 5,6$, yüksek eğitim seviyesine sahip olanların ise $162,6 \pm 6,1$ olarak saptandı. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=11,334$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; düşük eğitim seviyesine sahip olanların boy ortalaması yüksek eğitim seviyesine ($p=0,000$) sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük saptandı.

Düşük eğitim seviyesine sahip olanların ağırlık ortalamaları $76,2 \pm 15,1$, orta eğitim seviyesine sahip olanların $70,5 \pm 13,3$ ve yüksek eğitim seviyesine sahip olanların $70,2 \pm 13,7$ olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=6,528$, $p=0,002$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; düşük eğitim seviyesine sahip olanların ağırlık ortalamaları yüksek eğitim seviyesine ($p=0,001$) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı.

Düşük eğitim seviyesine sahip olanların VKİ ortalaması $30,1 \pm 5,8$, orta eğitim seviyesine sahip olanların $27,2 \pm 4,7$, yüksek eğitim seviyesine sahip olanların ise $26,5 \pm 5,3$ olarak saptandı. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=14,862$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; düşük eğitim seviyesine sahip olanların VKİ ortalaması orta eğitim seviyesine ($p=0,001$) ve yüksek eğitim seviyesine ($p=0,000$) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı.

Düşük eğitim seviyesine sahip olanların bel çevresi ortalaması $95,7 \pm 12,4$, orta eğitim seviyesine sahip olanların $86,9 \pm 15,6$, yüksek eğitim seviyesine sahip olanların ise $88,0 \pm 14,3$ olarak saptandı. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=13,151$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; düşük eğitim seviyesine sahip olanların bel çevresi ortalaması orta eğitim seviyesine ($p=0,000$) ve yüksek eğitim seviyesine ($p=0,000$) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların eğitim durumuna göre yaş, boy, ağırlık, VKİ, ve bel çevresinin karşılaştırılması.

(n=312)	Katılımcının eğitim durumu			F*	P
	Düşük eğitim (n=139) Ort±SS	Orta eğitim (n=56) Ort±SS	Yüksek eğitim (n=117) Ort±SS		
Katılımcı yaşı	43,65±9,4	35,84±11,8	37,39±8,1	20,189	0,000 ⁺
Katılımcı boyu	159,0±5,9	160,8±5,6	162,6±6,1	11,334	0,000 ⁺
Katılımcı ağırlık	76,2±15,1	70,5±13,3	70,2±13,7	6,528	0,002 ⁺
Katılımcı VKİ	30,1±5,8	27,2±4,7	26,5±5,3	14,862	0,000 ⁺
Katılımcı bel çevresi	95,7±12,4	86,9±15,6	88,0±14,3	13,151	0,000 ⁺

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†]p<0,01

Tablo 16. Katılımcıların eğitim durumuna göre yaş, boy, ağırlık, VKİ, ve bel çevresinin karşılaştırılması.

	(I) Eğitim durumu	(J) Eğitim durumu	Ortalama Fark (I-J)**	P
Katılımcı yaşı	Düşük eğitim	Orta eğitim	7,815	0,000 ⁺⁺
		Yüksek eğitim	6,262	0,000 ⁺⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-7,815	0,000 ⁺⁺
		Yüksek eğitim	-1,554	0,313
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-6,262	0,000 ⁺⁺
		Orta eğitim	1,554	0,313
Katılımcı boyu	Düşük eğitim	Orta eğitim	-1,807	0,057
		Yüksek eğitim	-3,572	0,000 ⁺⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	1,807	0,057
		Yüksek eğitim	-1,765	0,70
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	3,572	0,000 ⁺⁺
		Orta eğitim	1,765	0,070
Katılımcı ağırlık	Düşük eğitim	Orta eğitim	5,6337*	0,013 ⁺
		Yüksek eğitim	6,0093*	0,001 ⁺⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-5,6337*	0,013 ⁺
		Yüksek eğitim	0,3756	0,872
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-6,0093*	0,001 ⁺⁺
		Orta eğitim	-0,3756	0,872
Katılımcı VKİ	Düşük eğitim	Orta eğitim	2,8790*	0,001 ⁺⁺
		Yüksek eğitim	3,5989*	0,000 ⁺⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-2,8790*	0,001 ⁺⁺
		Yüksek eğitim	,7199	0,420
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-3,5989*	0,000 ⁺⁺
		Orta eğitim	-,7199	0,420
Katılımcı bel çevresi	Düşük eğitim	Orta eğitim	8,766*	0,000 ⁺⁺
		Yüksek eğitim	7,671*	0,000 ⁺⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-8,766*	0,000 ⁺⁺
		Yüksek eğitim	-1,095*	0,626
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-7,671*	0,000 ⁺⁺
		Orta eğitim	1,095	0,626

***Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,01*

Katılımcıların eğitim seviyelerine göre düzenli bedensel etkinlikleri karşılaştırıldığında, düşük eğitim seviyesine sahip olanların bedensel etkinlik puan ortalaması $1,8 \pm 0,9$, orta eğitim seviyesine sahip olanların $2,0 \pm 0,8$ ve yüksek eğitim seviyesine sahip olanların $2,0 \pm 1,0$ olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=5,036$, $p=0.026$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; düşük eğitim seviyesine sahip olanların düzenli bedensel etkinlik puan ortalaması yüksek eğitim seviyesine ($p=0,026$) sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük saptandı.

Düşük eğitim seviyesine sahip olanların sağlıklı beslenme puan ortalaması $2,5 \pm 1,0$, orta eğitim seviyesine sahip olanların $2,7 \pm 0,7$, yüksek eğitim seviyesine sahip olanların ise $2,7 \pm 1,0$ olarak saptandı. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=3,694$, $p=0,026$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; düşük eğitim seviyesine sahip olanların sağlıklı beslenme puan ortalaması yüksek eğitim seviyesine ($p=0,039$) sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük saptandı.

Düşük eğitim seviyesine sahip olanların sosyal faaliyet puan ortalaması $1,9 \pm 0,9$, orta eğitim seviyesine sahip olanların $2,3 \pm 1,1$, yüksek eğitim seviyesine sahip olanların ise $2,5 \pm 1,1$ olarak saptandı. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=8,635$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; yüksek eğitim seviyesine sahip olanların sosyal faaliyet puan ortalaması düşük eğitim seviyesine ($p=0,000$) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı. (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet durumlarının karşılaştırılması.

(n=312)	Katılımcının eğitim durumu			F*	P
	Düşük eğitim (n=139) Ort±SS	Orta eğitim (n=56) Ort±SS	Yüksek eğitim (n=117) Ort±SS		
Bedensel etkinlik	1,8 ±0,9	2,0±0,8	2,0± 1,0	5,036	0,026 ⁺
Sağlıklı beslenme	2,5±1.0	2,7±0,7	2,7±1,0	3,694	0,026 ⁺
Sosyal faaliyet	1,9±0.9	2,3±1,1	2,5±1,1	8,635	0,000 ⁺⁺

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†]p<0,05 ^{††}p<0,01

Tablo 18. Katılımcıların bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet durumlarının karşılaştırılması

	(I) Eğitim durumu	(J) Eğitim durumu	Ortalama Fark (I-J)*	P
Bedensel etkinlik	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,216	0,162
		Yüksek eğitim	-0,274*	0,026 ⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,216	0,162
		Yüksek eğitim	-0,058	0,712
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,274*	0,026 ⁺
		Orta eğitim	0,058	0,712
Sağlıklı beslenme	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,182	0,241
		Yüksek eğitim	-0,254*	0,039 ⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,182	0,241
		Yüksek eğitim	-0,072	0,651
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,254*	0,039 ⁺
		Orta eğitim	0,072	0,651
Sosyal faaliyet	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,382*	0,023 ⁺
		Yüksek eğitim	-0,537*	0,000 ⁺⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,382*	0,023 ⁺
		Yüksek eğitim	-0,155	0,366
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,537*	0,002 ⁺⁺
		Orta eğitim	0,155	0,366

*Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,01

Katılımcıların eğitim seviyelerine göre evlendikleri yaş ortalaması karşılaştırıldığında, düşük eğitim seviyesine sahip olanların evlendiği yaş puan ortalaması $20,9 \pm 5,1$, orta eğitim seviyesine sahip olanların $19,5 \pm 2,9$ ve yüksek eğitim seviyesine sahip olanların $23,2 \pm 3,3$ olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=17,155$, $p=0.000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; orta eğitim seviyesine sahip olanların puan ortalaması yüksek eğitim seviyesine ($p=0,000$) sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük saptandı.

Düşük eğitim seviyesine sahip olanların evlilik süresi puan ortalaması $22,7 \pm 10,2$, orta eğitim seviyesine sahip olanların $16,0 \pm 11,5$, yüksek eğitim seviyesine sahip olanların ise $14,3 \pm 8,3$ olarak saptandı. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=24,919$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; düşük eğitim seviyesine sahip olanların puan ortalaması yüksek eğitim seviyesine ($p=0,000$) ve orta eğitim seviyesine ($p=0,000$) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı.

Katılımcıların eğitim seviyelerine göre çocuk sayısı ortalamaları karşılaştırıldığında, düşük eğitim seviyesine sahip olanların çocuk sayısı ortalaması $2,9 \pm 1,2$, orta eğitim seviyesine sahip olanların $2,2 \pm 0,9$ ve yüksek eğitim seviyesine sahip olanların $1,9 \pm 0,8$ olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=26,068$, $p=0.000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; düşük eğitim seviyesine sahip olanların çocuk sayısı ortalaması orta eğitim seviyesine ($p=0,000$) ve yüksek eğitim seviyesine ($p=0,000$) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı.(Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların evlendiği yaş, evlilik süresi ve çocuk sayısının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcının eğitim durumu			F*	P
	Düşük eğitim (n=139) Ort±SS	Orta eğitim (n=56) Ort±SS	Yüksek eğitim (n=117) Ort±SS		
Evlendiği yaş	20,9 ±5,1	19,5±2,9	23,2± 3,3	17,155	0,000 ⁺
Evlilik süresi	22,7±10,2	16,0±11,5	14,3±8,3	24,919	0,000 ⁺
Çocuk sayısı	2.9 ±1,2	2,2±0,9	1.9± 0,8	26,068	0,000 ⁺

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†]p<0,01

Tablo 20. Katılımcıların evlendiği yaş, evlilik süresi ve çocuk sayısının karşılaştırılması

	(I) Eğitim durumu	(J) Eğitim durumu	Ortalama Fark (I-J)**	P
Evlendiği yaş	Düşük eğitim	Orta eğitim	1,357*	0,041 ⁺
		Yüksek eğitim	-2,294*	0,000 ⁺⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-1,357*	0,041 ⁺
		Yüksek eğitim	-3,651*	0,000 ⁺⁺
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	2,294*	0,000 ⁺⁺
		Orta eğitim	3,651*	0,000 ⁺⁺
Evlilik süresi	Düşük eğitim	Orta eğitim	6,630*	0,000 ⁺⁺
		Yüksek eğitim	8,369*	0,000 ⁺⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-6,630*	0,000 ⁺⁺
		Yüksek eğitim	1,739	0,277
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-8,369*	0,000 ⁺⁺
		Orta eğitim	-1,739	0,277
Çocuk sayısı	Düşük eğitim	Orta eğitim	0,621*	0,000 ⁺⁺
		Yüksek eğitim	0,941*	0,000 ⁺⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-0,621*	0,000 ⁺⁺
		Yüksek eğitim	0,320	0,063
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-0,941*	0,000 ⁺⁺
		Orta eğitim	-0,320	0,063

**Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,01

Katılımcıların eğitim seviyelerine göre APGAR puan ortalamaları karşılaştırıldığında, düşük eğitim seviyesine sahip olanların APGAR puan ortalamaları $6,3 \pm 3,0$, orta eğitim seviyesine sahip olanların $7,3 \pm 2,3$ ve yüksek eğitim seviyesine sahip olanların $7,8 \pm 2,6$ olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=9,347$, $p=0.000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; düşük eğitim seviyesine sahip olanların APGAR puan ortalaması orta eğitim seviyesine($p=0,025$) ve yüksek eğitim seviyesine($p=0,000$) sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük saptandı.

Katılımcıların eğitim seviyelerine göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete skorları eğitim seviyelerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Katılımcıların eğitim seviyelerine göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon skorları karşılaştırıldığında, düşük eğitim seviyesine sahip olanların HADD puan ortalamaları $7,0 \pm 4,0$, orta eğitim seviyesine sahip olanların $6,2 \pm 3,1$ ve yüksek eğitim seviyesine sahip olanların $6,0 \pm 3,8$ olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=4,114$, $p=0.043$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; düşük eğitim seviyesine sahip olanların HADD puan ortalaması yüksek eğitim seviyesine($p=0,043$) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı(Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcıların eğitim durumuna göre APGAR puan , HADA puan ve HADD puanlarıyla karşılaştırılması.

(n=312)	Eğitim durumu			F*	P
	Düşük eğitim (n=139) Ort±SS	Orta eğitim (n=56) Ort±SS	Yüksek eğitim (n=117) Ort±SS		
APGAR Skoru	6,3 ±3,0	7,3±2,3	7.8± 2,6	9,347	0,000⁺⁺
Anksiyete Skoru	8,6 ±4,7	8,5±4,3	7.8± 4,4	1,033	0.357
Depresyon Skoru	7,0 ±4,0	6,2±3,1	6,0± 3,8	4,114	0,043⁺

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. ⁺p<0,05 ⁺⁺p<0,01

Tablo 22. Katılımcıların eğitim durumuna göre APGAR puan ve HADD puanlarıyla karşılaştırılması.

	(I) Eğitim durumu	(J) Eğitim durumu	Ortalama Fark (I-J)**	P
APGAR Skoru	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,983*	0,025 ⁺
		Yüksek eğitim	-1,472*	0,000 ⁺⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,983*	0,025 ⁺
		Yüksek eğitim	-0,489	0,276
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	1,472*	0,000 ⁺⁺
		Orta eğitim	0,489	0,276
Depresyon Skoru	Düşük eğitim	Orta eğitim	0,808	0,183
		Yüksek eğitim	0,972*	0,043 ⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-0,808	0,183
		Yüksek eğitim	0,165	0,791
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-0,972*	0,043 ⁺
		Orta eğitim	-0,165	0,791

**Post-hoc LSD testi kullanılmıştır . * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği skor ve puanları eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında 1. soru (yaşam kalitesi) ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı($p=0,116$). Katılımcıların eğitim seviyelerine göre yaşam kalitesi ölçeği 2. Soru(genel sağlık algısı) ortalamaları karşılaştırıldığında, düşük eğitim seviyesine sahip olanların genel sağlık algısı puan ortalamaları $3,0 \pm 0,9$, orta eğitim seviyesine sahip olanların $3,1 \pm 0,8$ ve yüksek eğitim seviyesine sahip olanların $3,3 \pm 0,9$ olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=0,023$, $p=0,023$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; düşük eğitim seviyesine sahip olanların genel sağlık algısı puan ortalaması yüksek eğitim seviyesine($p=0,008$) sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük saptandı(Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. . soru skorlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcı eğitim durumu			F*	P
	Düşük eğitim (n=139) Ort±SS	Orta eğitim (n=56) Ort±SS	Yüksek eğitim (n=117) Ort±SS		
Genel yaşam kalitesi (1. soru)	3,2 ±0,8	3,2±0,9	3,4± 0,8	2,173	0,116
Genel sağlık algısı (2.soru)	3,0 ±0,9	3,1±0,8	3,3± 0,9	0,023	0.023 ⁺

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. ⁺p<0,05, ⁺⁺p<0,01

Tablo 24. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 1. soru skorunun eğitim durumuna göre karşılaştırılması

	(I) Eğitim durumu	(J) Eğitim durumu	Ortalama Fark (I-J)**	P
Genel sağlık algısı (2. soru)	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,035	0,818
		Yüksek eğitim	-0,321 [*]	0,008 ⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,035	0,818
		Yüksek eğitim	-0,286	0,069
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,321 [*]	0,008 ⁺⁺
		Orta eğitim	0,286	0,069

**Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. , ⁺p<0,01

Katılımcıların eğitim durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında bedensel alt boyut ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=11,123, p=0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda düşük ve orta eğitim seviyesine sahip olanlara göre bedensel alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,000) (p=0,005).

Katılımcıların ruhsal alt boyut ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=3,979$, $p=0,020$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda; düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre ruhsal alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,005$). Eğitim seviyesi düşük ve orta olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,495$).

Katılımcıların sosyal alt boyut ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=5,918$, $p=0,003$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda; düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre sosyal alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,001$). Eğitim seviyesi düşük ve orta olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,488$).

Katılımcıların çevre alt boyut ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=7,807$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda; düşük ve orta eğitim seviyesine sahip olanlara göre sosyal alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla $p=0,001$; $p=0,001$). Eğitim seviyesi düşük ve orta olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,510$).

Katılımcıların WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ortalama toplam puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=9,443$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda; düşük ve orta eğitim seviyesine sahip olanlara göre yaşam kalitesi toplam alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla $p=0,000$; $p=0,003$). Eğitim seviyesi düşük ve orta olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,805$) (Tablo 25)

Tablo 25. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması

(n=31 2)	Eğitim durumu			F	p
	Düşük (n=139) Ort±SS	Orta (n=56) Ort±SS	Yüksek (n=117) Ort±SS		
Bedensel alt boyut	23,40±4,9	23,9±3,6	25,9±4,0	11,123	0,000 [†] †
Ruhsal alt boyut	20,5±4,2	20,9±3,7	21,9±4,2	3,979	0,020 [†]
Sosyal alt boyut	10,1±2,7	10,4±2,8	11,2±2,4	5,918	0,003 [†] †
Çevre alt boyut	28,9±5,2	28,4±5,4	31,2±5,4	7,807	0,000 [†] †

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,01

Tablo 26. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	Eğitim Durumu	Ortalama Fark	p
Bedensel alt boyut)	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,5257	0,451
		Yüksek eğitim	-2,5458*	0,000^{††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,5257	0,451
		Yüksek eğitim	-2,0201*	0,005[†]
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	2,5458*	0,000^{††}
		Orta eğitim	2,0201*	0,005[†]
Ruhsal alt boyut	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,450	0,495
		Yüksek eğitim	-1,461*	0,005[†]
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,450	0,495
		Yüksek eğitim	-1,011	0,136
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	1,461*	0,005[†]
		Orta eğitim	1,011	0,136
Sosyal alt boyut	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,288	0,488
		Yüksek eğitim	-1,115*	0,001[†]
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,288	0,488
		Yüksek eğitim	-0,827	0,053
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	1,115*	0,001[†]
		Orta eğitim	0,827	0,053
Çevre alt boyut	Düşük eğitim	Orta eğitim	0,557	0,510
		Yüksek eğitim	-2,271*	0,001[†]
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-,557	0,510
		Yüksek eğitim	-2,828*	0,001[†]
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	2,271*	0,001[†]
		Orta eğitim	2,828*	0,001[†]
Alt boyutlar toplamı	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,586	0,805
		Yüksek eğitim	-7,789*	0,000^{††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,586	0,805
		Yüksek eğitim	-7,203*	0,003[†]
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	7,789*	0,000^{††}
		Orta eğitim	7,203*	0,003[†]

**Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. [†]p<0,01, ^{††}p<0,001

Katılımcıların yaş ortalaması, katılımcının çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında çalışanlar ile çalışmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($t=1,540$, $p=0,125$). Katılımcıların boy ortalamaları, çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında çalışmayan ev hanımlarının boy ortalaması çalışanlardan anlamlı olarak düşük saptandı ($t=-3,762$, $p=0,000$). Katılımcıların ağırlık ortalaması, katılımcının çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında çalışanlar ile çalışmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($t=0,504$, $p=0,615$). Katılımcıların VKİ ortalaması, katılımcının çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında çalışmayanların VKİ ortalamaları, çalışanlardan anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=2,016$, $p=0,045$). Katılımcıların bel çevresi ortalaması, katılımcının çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında çalışanlar ile çalışmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($t=1,566$, $p=0,122$). (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcıların çalışma durumuna göre yaş,boy, ağırlık, VKİ ve bel çevresinin karşılaştırılması.

	Katılımcı çalışma durumu		t*	p
	Çalışıyor (n=44)	Çalışmıyor(n=268)		
Yaş	37,7±7,7	40,2±10,3	1,540	0,125
Boy	163,9±5,6	160,2±6,1	-3,762	0,000⁺⁺
Ağırlık	71,9±12,8	73,1±14,8	,504	0,615
VKİ	26,6±4,7	28,5±5,8	2,016	0,045⁺
Bel çevresi	88,5±12,4	91,7±14,5	1,400	0,163

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır, [†] $p<0,05$, ^{††} $p<0,01$

Katılımcının düzenli bedensel etkinliğinin katılımcının çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında çalışanların bedensel etkinlik puanı çalışmayanlardan anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=-2,293$, $p=0,023$). Katılımcının sağlıklı beslenmeye uyumu, çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında çalışanlar ile çalışmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($t=-1,652$, $p=0,099$). Katılımcının sosyal faaliyetlere ayırdığı zaman çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında çalışanlar ile çalışmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($t=-1,576$, $p=0,181$). (Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların çalışma durumuna göre bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet durumunun karşılaştırılması.

	Katılımcı çalışma durumu		t*	p
	Çalışıyor (n=44)	Çalışmıyor(n=268)		
Bedensel etkinlik	2,2±1,2	1,9±0,9	-2,293	0,023⁺
Sağlıklı beslenme	2,8±1,2	2,6±0,9	-1,652	0,099
Sosyal faaliyet	2,5±1,2	2,2±1,0	-1,576	0,116

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır, ⁺p<0,05

Katılımcının kaç yaşında evlendiğinin katılımcının çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında çalışanların evlendiği yaş ortalama puanı çalışmayanlardan anlamlı olarak yüksek saptandı (t=-3,232, p=0,001) . Katılımcıların kaç yıldır evli oldukları, çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında çalışanların evli olduğu süre ortalaması çalışmayanlardan anlamlı olarak düşük saptandı (t=2,506, p=0,013). Katılımcının sahip olduğu çocuk sayısı çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında çalışanların çocuk sayısının çalışmayanlardan anlamlı olarak düşük saptandı (t=4,340, p=0,000).(Tablo 29).

Tablo 29. Katılımcıların çalışma durumuna göre evlilik yaşı, evlilik süresi, çocuk sayısı durumunun karşılaştırılması

	Katılımcı çalışma durumu		t*	p
	Çalışıyor (n=44)	Çalışmıyor(n=268)		
Evlilik yaşı	23,5±4,7	21,2±4,2	-3,232	0,001⁺⁺
Evlilik süresi(yıl)	14,7±8,4	18,9±10,7	2,506	0,013⁺
Çocuk sayısı	1,7±1,0	2,5±1,1	4,340	0,000⁺⁺

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır, ⁺p<0,05, ⁺⁺p<0,01

Katılımcının kahve kullanma alışkanlığı çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında çalışanların kahve kullanma ortalama puanı çalışmayanlardan anlamlı olarak yüksek saptandı (t=-2,188, p=0,029) . Katılımcının alkol kullanma alışkanlığı çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında çalışanların alkol kullanma ortalama puanı çalışmayanlardan anlamlı olarak yüksek saptandı (t=-4,635, p=0,000) (Tablo 30).

Tablo 30. Katılımcıların çalışma durumuna göre kahve ve alkol kullanımının karşılaştırılması

	Katılımcı çalışma durumu		t*	p
	Çalışıyor (n=44)	Çalışmıyor(n=268)		
Kahve kullanımı	3,0±0,9	2,73±1,0	-2,188	0,029 ⁺
Alkol kullanımı	1,2±0,5	1,0±0,2	-4,635	0,000 ⁺⁺

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır, ⁺p<0,05, ⁺⁺p<0,01

Katılımcıların APGAR puan ortalamaları (t=-1,642, p=,102) ,HAD ölçeğine göre hesaplanan Anksiyete puan ortalamalarına (t=1,385, p=,167) ve HAD ölçeğine göre hesaplanan Depresyon puan ortalamaları(t= 1,065, p=,288) ,katılımcının çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. (Tablo31).

Tablo 31. Katılımcıların çalışma durumuna göre APGAR, HADA, HADD puanlarının karşılaştırılması

	Katılımcı çalışma durumu		t*	p
	Çalışıyor (n=44)	Çalışmıyor(n=268)		
Apgar puan	7,7±2,5	7,0±2,8	-1,642	0,102
HADA puan	7,4±4,7	8,4±4,5	1,385	0,167
HADD puan	5,9±4,8	6,6±3,6	1,065	0,288

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır

Katılımcıların WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği 1.soru (yaşam kalitesi) puan ortalaması (t=-0,933, p= 0,352) ve 2. Soru (genel sağlık algısı) puan ortalamaları(t=-1,716 , p= ,087) çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. (Tablo32).

Tablo 32. Katılımcıların çalışma durumuna göre WHOQOL-BREF 1. VE 2.soru puanlarının karşılaştırılması

	Katılımcı çalışma durumu		t*	p
	Çalışıyor (n=44)	Çalışmıyor(n=268)		
Genel yaşam kalitesi(1.soru)	3,4±1,1	3,2±0,8	-,933	0,352
Genel sağlık algısı(2.soru)	3,4±1,1	3,1±0,9	-1,716	0,087

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır, ⁺p<0,05, ⁺⁺p<0,01

Katılımcıların çalışma durumuna göre whoqol-bref yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında ; bedensel alt boyut ortalama puanı ile çalışma durumu karşılaştırıldığında çalışanların fiziksel alt boyut puanı çalışmayanlardan anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=-2,830$, $p=0,005$). Katılımcıların ruhsal alt boyut ortalama puanı ile çalışma durumu karşılaştırıldığında çalışanların ruhsal alt boyut puanı çalışmayanlardan anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=-2,360$, $p=0,019$) . Katılımcıların sosyal alt boyut ortalama puanı ile çalışma durumu karşılaştırıldığında çalışanların sosyal alt boyut puanı çalışmayanlardan anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=-2,049$, $p=0,041$) . Katılımcıların çevre alt boyut ortalama puanı ile çalışma durumu karşılaştırıldığında çalışanların çevre alt boyut puanı çalışmayanlardan anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=-2,392$, $p=0,017$) . Katılımcıların WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ortalama toplam puanı ile çalışma durumu karşılaştırıldığında çalışanların alt boyut ortalama toplam puanı çalışmayanlardan anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=-2,348$, $p=0,023$) (Tablo33).

Tablo 33. Katılımcıların çalışma durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Katılımcı çalışma durumu		t*	p
	Çalışıyor (n=44)	Çalışmıyor (n=268)		
Bedensel alt boyut	26,2±5,0	24,1±4,4	-2,830	0,005 ⁺⁺
Ruhsal alt boyut	22,5±5,2	20,9±3,9	-2,360	0,019 ⁺
Sosyal alt boyut	11,3±2,7	10,5±2,6	-2,049	0,041 ⁺
Çevre alt boyut	31,5±6,2	29,4±5,2	-2,392	0,017 ⁺
Alt boyutlar toplamı	98,5±18,8	91,5±14,5	-2,818	0,005 ⁺⁺

* İki örneklemler t testi kullanılmıştır, ⁺p<0,05, ⁺⁺p<0,01

Katılımcıların gelir seviyelerine göre düzenli bedensel etkinlikleri karşılaştırıldığında, düşük gelir seviyesine sahip olanların bedensel etkinlik puan ortalaması 1,7 ±0,9, orta gelir seviyesine sahip olanların 2,0±0,8 ve yüksek gelir seviyesine sahip olanların 2,0± 10,9 olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=6,633$, $p=0,002$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; düşük gelir seviyesine sahip olanların düzenli bedensel etkinlik puan ortalaması yüksek gelir seviyesine($p=0,001$) ve orta gelir seviyesine ($p=0,012$) sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük saptandı .Orta ve

yüksek gelir seviyesine sahip olanların bedensel etkinlik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Düşük gelir seviyesine sahip olanların sağlıklı beslenme puan ortalaması $2,4 \pm 1,0$, orta gelir seviyesine sahip olanların $2,6 \pm 0,7$, yüksek gelir seviyesine sahip olanların ise $2,9 \pm 1,0$ olarak saptandı. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=6,954$, $p=0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; yüksek gelir seviyesine sahip olanların sağlıklı beslenme puan ortalaması orta gelir seviyesine ($p=0,042$) ve düşük gelir seviyesine ($p=0,000$) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı.

Düşük gelir seviyesine sahip olanların sosyal faaliyet puan ortalaması $1,9 \pm 0,9$, orta gelir seviyesine sahip olanların $2,2 \pm 1,1$, yüksek gelir seviyesine sahip olanların ise $2,8 \pm 1,1$ olarak saptandı. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=18,478$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; orta gelir seviyesine sahip olanların sosyal faaliyet puan ortalaması düşük gelir seviyesine ($p=0,028$) göre anlamlı olarak yüksek ,yüksek gelir seviyesine ($p=0,000$) sahip olanlardan anlamlı olarak düşük saptandı. (Tablo 34).

Tablo 34. Katılımcıların gelir durumuna göre bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet durumlarının karşılaştırılması.

(n=312)	Katılımcının gelir durumu			F*	P
	Düşük gelir (n=140) Ort±SS	Orta gelir (n=98) Ort±SS	Yüksek gelir (n=74) Ort±SS		
Bedensel etkinlik	1,7 ±0,9	2,0±0,8	2,0± 0,9	6,633	0.002 ⁺⁺
Sağlıklı beslenme	2,4±0,9	2,6±0,7	2,9±1,0	6,954	0,001 ⁺⁺
Sosyal faaliyet	1,9±0.9	2,2±1,1	2,8±1,1	18,478	0,000 ⁺⁺

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. ⁺p<0,01

Tablo 35. Katılımcıların gelir durumuna göre bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet durumlarının karşılaştırılması

	(I) Gelir durumu	(J) Gelir durumu	Ortalama Fark (I-J)**	P
Bedensel etkinlik	Düşük gelir	Orta gelir	-0,321	0,012⁺
		Yüksek gelir	-0,466	0,001⁺
	Orta gelir	Düşük gelir	0,321	0,012⁺
		Yüksek gelir	-0,145	0,329
	Yüksek gelir	Düşük gelir	0,466	0,001⁺⁺
		Orta gelir	0,145	0,329
Sağlıklı beslenme	Düşük gelir	Orta gelir	-0,212	0,096
		Yüksek gelir	-0,515	0,000⁺⁺
	Orta gelir	Düşük gelir	0,212	0,096
		Yüksek gelir	-0,303	0,042⁺
	Yüksek gelir	Düşük gelir	0,515	0,000⁺⁺
		Orta gelir	0,303	0,042⁺
Sosyal faaliyet	Düşük gelir	Orta gelir	-0,298	0,135
		Yüksek gelir	-0,894	0,000⁺⁺
	Orta gelir	Düşük gelir	0,298	0,028⁺
		Yüksek gelir	-0,596	0,000⁺⁺
	Yüksek gelir	Düşük gelir	0,894	0,000⁺⁺
		Orta gelir	0,596	0,000⁺⁺

**Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. ⁺p<0,05, ⁺⁺p<0,01

Katılımcıların gelir seviyelerine göre evlendikleri yaş ortalaması karşılaştırıldığında, düşük gelir seviyesine sahip olanların evlendiği yaş puan ortalaması $20,9 \pm 4,1$, orta gelir seviyesine sahip olanların $21,5 \pm 4,9$ ve yüksek gelir seviyesine sahip olanların $23,2 \pm 4,3$ olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=12,925$, $p=0.000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; yüksek gelir seviyesine sahip olanların puan ortalaması düşük gelir seviyesine ($p=0,000$) ve orta gelir seviyesine ($p=0,000$) sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük saptandı.

Düşük gelir seviyesine sahip olanların evlilik süresi puan ortalaması $19,7 \pm 10,2$, orta gelir seviyesine sahip olanların $18,0 \pm 10,5$, yüksek gelir seviyesine sahip olanların ise $15,3 \pm 9,3$ olarak saptandı. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=3,574$, $p=0,029$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; düşük gelir seviyesine sahip olanların puan ortalaması yüksek gelir seviyesine ($p=0,008$) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı.

Katılımcıların gelir seviyelerine göre çocuk sayısı ortalamaları karşılaştırıldığında, düşük gelir seviyesine sahip olanların çocuk sayısı ortalaması $2,9 \pm 1,2$, orta gelir seviyesine sahip olanların $2,4 \pm 1,1$ ve yüksek gelir seviyesine sahip olanların $2,0 \pm 0,9$ olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=8,951$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; yüksek gelir seviyesine sahip olanların çocuk sayısı ortalaması düşük gelir seviyesine ($p=0,000$) ve orta gelir seviyesine ($p=0,018$) sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük saptandı. (Tablo 36).

Tablo 36. Katılımcıların gelir durumuna göre evlendiği yaş, evlilik süresi ve çocuk sayısının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcının gelir durumu			F*	P
	Düşük gelir (n=140) Ort±SS	Orta gelir (n=98) Ort±SS	Yüksek gelir (n=74) Ort±SS		
Evlendiği yaş	20,6 ±4,1	21,5±4,9	23,2± 4,3	12,925	0,000 ⁺⁺
Evlilik süresi	19,7±10,2	18,0±10,5	15,3±9,3	3,574	0,029 ⁺
Çocuk sayısı	2,6 ±1,2	2,4±1,1	2,0± 0,9	8,951	0,000 ⁺⁺

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. ⁺p<0,05 ⁺⁺p<0,01

Tablo 37. Katılımcıların evlendiği yaş, evlilik süresi ve çocuk sayısının karşılaştırılması

	(I) Gelir durumu	(J) Gelir durumu	Ortalama Fark (I-J)**	P
Evlendiği yaş	Düşük gelir	Orta gelir	-0,634	0,257
		Yüksek gelir	-3,054	0,000 ⁺⁺
	Orta gelir	Düşük gelir	0,634	0,257
		Yüksek gelir	-2,421	0,000 ⁺⁺
	Yüksek gelir	Düşük gelir	3,054	0,000 ⁺⁺
		Orta gelir	2,421	0,000 ⁺⁺
Evlilik süresi	Düşük gelir	Orta gelir	1,688	0,222
		Yüksek gelir	4,007	0,008 ⁺⁺
	Orta gelir	Düşük gelir	-1,688	0,222
		Yüksek gelir	2,319	0,151
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-4,007	0,008 ⁺⁺
		Orta gelir	-2,319	0,257
Çocuk sayısı	Düşük gelir	Orta gelir	0,267	0,068
		Yüksek gelir	0,672	0,000 ⁺⁺
	Orta gelir	Düşük gelir	-0,267	0,068
		Yüksek gelir	0,405	0,018 ⁺
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-0,672	0,000 ⁺⁺
		Orta gelir	-0,405	0,018 ⁺

**Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,01

Katılımcıların gelir seviyelerine göre kahve ve alkol kullanma alışkanlıkları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).(Tablo 38).

Tablo 38. Katılımcıların kahve ve alkol alışkanlıklarının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcının gelir durumu			F*	P
	Düşük gelir (n=140) Ort±SS	Orta gelir (n=98) Ort±SS	Yüksek gelir (n=74) Ort±SS		
Katılımcının kahve kullanımı	2,6±1,0	2,7±0,9	3,0± 1,0	2,881	0,058
Katılımcının alkol kullanımı	1,0±0,3	1,1±0,3	1,0±0,3	0,856	0,426

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. *p<0,05 **p<0,01

Katılımcıların gelir seviyelerine göre APGAR puan ortalamaları karşılaştırıldığında, düşük gelir seviyesine sahip olanların APGAR puan ortalamaları 6,3 ±2,0 , orta gelir seviyesine sahip olanların 7,3±3,0 ve yüksek gelir seviyesine sahip olanların 8,1± 2,6 olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi (F=8,958, p=0.000). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; düşük gelir seviyesine sahip olanların APGAR puan ortalaması orta gelir seviyesine(p=0,047) ve yüksek gelir seviyesine(p=0,000) sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük saptandı.

Katılımcıların gelir seviyelerine göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete skorları gelir seviyelerine göre karşılaştırıldığında düşük gelir seviyesine sahip olanların anksiyete puan ortalaması 9,2±4,8, orta gelir seviyesine sahip olanların 7,9±4,0, yüksek gelir seviyesine sahip olanların 7,0±4,3 olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi (F=6,248, p=0,002). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; düşük gelir seviyesine sahip olanların HADA puan ortalaması yüksek gelir seviyesine(p=0,001) ve orta gelir seviyesine (p=0,025) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı.

Katılımcıların gelir seviyelerine göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon skorları karşılaştırıldığında, düşük gelir seviyesine sahip olanların HADD puan ortalamaları 6,9 ±3,0 , orta gelir seviyesine sahip olanların 6,2±4,1 ve yüksek gelir seviyesine sahip olanların 5,6± 4,0 olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi (F=5,271, p=0.022). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını

saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; düşük gelir seviyesine sahip olanların HADD puan ortalaması yüksek gelir seviyesine(p=0,022) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı(Tablo 39).

Tablo 39. Katılımcıların gelir durumuna göre APGAR puan , HADA puan ve HADD puanlarıyla karşılaştırılması.

(n=312)	Katılımcının gelir durumu			F*	P
	Düşük gelir (n=140) Ort±SS	Orta gelir (n=98) Ort±SS	Yüksek gelir (n=74) Ort±SS		
APGAR Skoru	6,3 ±3,0	7,3±2,3	8,1± 2,6	8,958	0,000 ⁺⁺
Anksiyete Skoru	9,2±4,8	7,9±4,0	7,0±4,3	6,248	0,002 ⁺⁺
Depresyon Skoru	6,9 ±3,0	6,2±4,1	5,6± 4,0	5,271	0,022 ⁺

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. ⁺p<0,05 ⁺⁺p<0,01

Tablo 40. Katılımcıların gelir durumuna göre APGAR puan ve HADD puanlarıyla karşılaştırılması.

	(I) Gelir durumu	(J) Gelir durumu	Ortalama Fark (I-J)*	P
APGAR Skoru	Düşük gelir	Orta gelir	-0,726	0,047 ⁺
		Yüksek gelir	-1,670	0,000 ⁺⁺
	Orta gelir	Düşük gelir	0,726	0,047 ⁺
		Yüksek gelir	-0,945	0,027 ⁺
	Yüksek gelir	Düşük gelir	1,670	0,000 ⁺⁺
		Orta gelir	0,945	0,027 ⁺
Anksiyete Skoru	Düşük gelir	Orta gelir	1,333	0,025 ⁺
		Yüksek gelir	2,177	0,001 ⁺⁺
	Orta gelir	Düşük gelir	-1,333	0,025 ⁺
		Yüksek gelir	0,844	0,223
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-2,177	0,001 ⁺⁺
		Orta gelir	-0,844	0,223
Depresyon Skoru	Düşük gelir	Orta gelir	0,193	0,701
		Yüksek gelir	1,258	0,022 ⁺
	Orta gelir	Düşük gelir	-0,193	0,701
		Yüksek gelir	1,066	0,071
	Yüksek gelir	Düşük gelir	-1,258	0,022 ⁺
		Orta gelir	-1,066	0,071

*Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. ⁺p<0,05, ⁺⁺p<0,01



Katılımcıların gelir seviyelerine göre yaşam kalitesi ölçeği 1. soru (yaşam kalitesi) ortalamaları karşılaştırıldığında, düşük gelir seviyesine sahip olanların yaşam kalitesi algısı puan ortalamaları $3,0 \pm 0,9$, orta gelir seviyesine sahip olanların $3,1 \pm 0,8$ ve yüksek gelir seviyesine sahip olanların $3,3 \pm 0,9$ olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=6,800$, $p=0.001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; düşük gelir seviyesine sahip olanların yaşam kalitesi puan ortalaması yüksek gelir seviyesine ($p=0,001$) ve orta gelir seviyesine ($p=0,018$) sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük saptandı(Tablo 26).

Katılımcıların gelir seviyelerine göre yaşam kalitesi ölçeği 2. Soru(genel sağlık algısı) ortalamaları karşılaştırıldığında, düşük gelir seviyesine sahip olanların genel sağlık algısı puan ortalamaları $3,0 \pm 0,9$, orta gelir seviyesine sahip olanların $3,1 \pm 1,0$ ve yüksek gelir seviyesine sahip olanların $3,3 \pm 0,9$ olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=4,589$ $p=0.011$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; düşük gelir seviyesine sahip olanların genel sağlık algısı puan ortalaması yüksek gelir seviyesine ($p=0,004$) sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük saptandı (Tablo 41).

Tablo 41. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve ,2. . soru skorlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcı gelir durumu			F*	P
	Düşük gelir (n=140) Ort±SS	Orta gelir (n=98) Ort±SS	Yüksek gelir (n=74) Ort±SS		
Genel yaşam kalitesi (1. soru)	3,0 ±0,9	3,1±0,8	3,3± 0,9	6,800	0,001 ⁺⁺
Genel sağlık algısı (2.soru)	3,0 ±0,9	3,1±1,0	3,3± 0,9	0,023	0.011 ⁺

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. ⁺ $p<0,05$, ⁺⁺ $p<0,01$

Tablo 42. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 1. soru skorunun gelir durumuna göre karşılaştırılması

	(I) Gelir durumu	(J) Gelir durumu	Ortalama Fark (I-J)**	P
Genel yaşam kalitesi (1.soru)	Düşük gelir	Orta gelir	-0,270	0,018⁺
		Yüksek gelir	-0,433	0,001⁺⁺
	Orta gelir	Düşük gelir	0,270	0,018⁺
		Yüksek gelir	-0,163	0,220
	Yüksek gelir	Düşük gelir	0,433	0,001⁺⁺
		Orta gelir	0,163	0,220
Genel sağlık algısı (2. soru)	Düşük gelir	Orta gelir	-0,237	0,063
		Yüksek gelir	-0,404	0,004⁺⁺
	Orta gelir	Düşük gelir	0,237	0,063
		Yüksek gelir	-0,167	0,261
	Yüksek gelir	Düşük gelir	0,404	0,004⁺⁺
		Orta gelir	0,167	0,261

**Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. ⁺p<0,05, ⁺⁺p<0,01

Katılımcıların gelir durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği bedensel alt boyut puanları karşılaştırıldığında düşük gelir seviyesine sahip olanların bedensel alt boyut ortalama puanı(23,0±4,1), orta gelir seviyesine sahip olanların ortalama puanı (25,0±4,1),yüksek gelir seviyesine sahip olanların ortalama puanı(26,0±4,1) olarak bulundu.. İstatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=13,788, p=0,000). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük gelir seviyesine sahip olanlarda yüksek ve orta gelir seviyesine sahip olanlara göre bedensel alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,05).

Katılımcıların gelir durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği ruhsal alt boyut puanları karşılaştırıldığında düşük gelir seviyesine sahip olanların ruhsal alt boyut ortalama puanı(20,0±3,1), orta gelir seviyesine sahip olanların ruhsal alt boyut ortalama puanı(21,0±4,1),yüksek gelir seviyesine sahip olanların ruhsal alt boyut ortalama puanı(22,0±4,6).Katılımcıların ruhsal alt boyut ortalama puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=7,417, p=0,001). Üç grup arasındaki

farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük gelir seviyesine sahip olanlarda; orta ve yüksek gelir seviyesine sahip olanlara göre ruhsal alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulundu (sırayla $p=0,009$, $p=0,000$).

Katılımcıların gelir durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği sosyal alt boyut puanları karşılaştırıldığında düşük gelir seviyesine sahip olanların sosyal alt boyut ortalama puanı($9,7\pm 2,1$), orta gelir seviyesine sahip olanların sosyal alt boyut ortalama puanı($10,0\pm 2,1$), yüksek gelir seviyesine sahip olanların sosyal alt boyut ortalama puanı($11,7\pm 2,1$) olarak bulundu. Katılımcıların sosyal alt boyut ortalama puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=15,784$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre düşük gelir seviyesine sahip olanlarda; orta ve yüksek gelir seviyesine sahip olanlara göre sosyal alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulundu (sırayla $p=0,000$ $p=0,000$). Gelir seviyesi yüksek ve orta olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı($p=0,055$).

Katılımcıların gelir durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği çevresel alt boyut puanları karşılaştırıldığında düşük gelir seviyesine sahip olanların çevresel alt boyut ortalama puanı($27,7\pm 4,1$), orta gelir seviyesine sahip olanların ($30,0\pm 5,1$), yüksek gelir seviyesine sahip olanların ($32,7\pm 5,1$) olarak bulundu. Katılımcıların çevre alt boyut ortalama puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=22,831$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre orta gelir seviyesine sahip olanlarda; yüksek gelir seviyesine sahip olanlara göre çevresel alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük ($p=0,008$), gelir seviyesi düşük olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu($p=0,000$).

Katılımcıların WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ortalama toplam puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=20,927$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre orta gelir seviyesine sahip olanlarda; yüksek gelir seviyesine sahip olanlara göre yaşam kalitesi toplam alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük ($p=0,045$), gelir seviyesi düşük olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. ($p=0,000$)(Tablo 43).

Tablo 43. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması

(n=312)	Gelir durumu			F	p
	Düşük (n=140) Ort±SS	Orta (n=98) Ort±SS	Yüksek (n=74) Ort±SS		
Bedensel alt boyut	23,0±4,1	25,0±4,1	26,0±4,1	13,788	0,000 ^{††}
Ruhsal alt boyut	20,0±3,1	21,0±4,1	22,0±4,6	7,417	0,001 ^{††}
Sosyal alt boyut	9,7±2,1	10,0±2,1	11,7±2,1	15,784	0,000 ^{††}
Çevre alt boyut	27,7±4,1	30,0±5,1	32,7±5,1	22,831	0,000 ^{††}
Whoqol toplam	86,9±12,2	95,4±16,4	99,2±15,4	20,927	0,000 ^{††}

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†]p<0,01

Tablo 44. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması

	Gelir Durumu	Gelir Durumu	Ortalama Fark	p
Bedensel altboyut)	Düşük gelir	Orta gelir	-2,2051	0,000 ^{††}
		Yüksek gelir	-2,9905	0,000 ^{††}
	Orta gelir	Düşük gelir	2,2051	0,000 ^{††}
		Yüksek gelir	-0,7854	0,243
	Yüksek gelir	Düşük gelir	2,9905	0,000 ^{††}
		Orta gelir	0,7854	0,243
Ruhsal alt boyut	Düşük gelir	Orta gelir	-1,431	0,009 ^{††}
		Yüksek gelir	-2,126	0,000 ^{††}
	Orta gelir	Düşük gelir	1,431	0,009 ^{††}
		Yüksek gelir	-0,695	0,274
	Yüksek gelir	Düşük gelir	2,126	0,000 ^{††}
		Orta gelir	0,695	0,274
Sosyal alt boyut	Düşük gelir	Orta gelir	-1,204	0,000 ^{††}
		Yüksek gelir	-1,958	0,000 ^{††}
	Orta gelir	Düşük gelir	1,204	0,000 ^{††}
		Yüksek gelir	-0,753	0,055
	Yüksek gelir	Düşük gelir	1,958	0,000 ^{††}
		Orta gelir	0,753	0,055
Çevre alt boyut	Düşük gelir	Orta gelir	-2,699	0,000 ^{††}
		Yüksek gelir	-4,804	0,000 ^{††}
	Orta gelir	Düşük gelir	2,699	0,000 ^{††}
		Yüksek gelir	-2,105	0,008 ^{††}
	Yüksek gelir	Düşük gelir	4,804	0,000 ^{††}
		Orta gelir	2,105	0,008 ^{††}
Whoqol toplam	Düşük gelir	Orta gelir	-8,219	0,000 ^{††}
		Yüksek gelir	-12,729	0,000 ^{††}
	Orta gelir	Düşük gelir	8,219	0,000 ^{††}
		Yüksek gelir	-4,509	0,045 [†]
	Yüksek gelir	Düşük gelir	12,729	0,000 ^{††}
		Orta gelir	4,509	0,045 [†]

**Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,01

Katılımcıların yaş ortalaması, katılımcının kronik hastalık durumuna göre karşılaştırıldığında yaş ile kronik hastalığı olan kadınların yaş ortalaması ,olmayanlardan anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=-5,699$, $p=0,000$). Katılımcıların boy ortalamaları, kronik hastalık durumuna göre karşılaştırıldığında kronik hastalığı olan kadınların boy ortalaması ,kronik hastalığı olmayanlardan anlamlı olarak düşük saptandı ($t=2,035$, $p=0,043$). Katılımcıların ağırlık ortalaması, katılımcının kronik hastalık durumuna göre karşılaştırıldığında kronik hastalığı olan kadınların ağırlık ortalaması ,kronik hastalığı olmayanlardan anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=-2,349$, $p=0,019$). Katılımcıların VKİ ortalaması, katılımcının kronik hastalık durumuna göre karşılaştırıldığında kronik hastalığı olan kadınların VKİ ortalamaları, kronik hastalığı olmayanlardan anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=-3,157$, $p=0,002$). Katılımcıların bel çevresi ortalaması, katılımcının kronik hastalık durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($t=-1,617$, $p=0,107$). (Tablo 45).

Tablo 45. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre yaş,boy, ağırlık, VKİ ve bel çevresinin karşılaştırılması.

(n=312)	Katılımcı kronik hastalık durumu		t*	p
	Hayır (n=216)	Evet(n=96)		
Yaş	37,7±8,7	44,2±11,3	-5,699	0,000 ⁺⁺
Boy	161,9±6,6	159,2±6,1	2,035	0,043 ⁺
Ağırlık	71,9±14,8	75,1±13,8	-2,349	0,019 ⁺
VKİ	27,6±5,7	29,5±5,8	-3,157	0,002 ⁺⁺
Bel çevresi	90,5±14,4	93,7±13,5	-1,617	0,107

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır, ⁺p<0,05, ⁺⁺p<0,01

Katılımcının düzenli bedensel etkinliğinin katılımcının kronik hastalık durumuna göre karşılaştırıldığında bedensel etkinlik puanı kronik hastalığı olanlarda anlamlı olarak düşük saptandı ($t=2,441$, $p=0,015$) . Katılımcının sağlıklı beslenmeye uyumu, kronik hastalık durumuna göre karşılaştırıldığında sağlıklı beslenmeye uyanlar ile kronik hastalığı olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($t=0,422$, $p=0,673$). Katılımcının sosyal faaliyetlere ayırdığı zaman kronik hastalık durumuna göre karşılaştırıldığında sosyal faaliyet puanı kronik hastalığı olanlarda anlamlı olarak düşük saptandı ($t=3,019$, $p=0,000$) (Tablo 46).

Tablo 46. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet durumunun karşılaştırılması.

(n=312)	Katılımcı kronik hastalık durumu		t*	p
	Hayır (n=216)	Evet(n=96)		
Bedensel etkinlik	2,0±0,9	1,7±1,0	2,441	0,015⁺
Sağlıklı beslenme	2,6±0,9	2,6±0,9	0,422	0,673
Sosyal faaliyet	2,3±1,1	1,9±0,9	3,019	0,003⁺⁺

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır, ⁺p<0,05, ⁺⁺p<0,01

Katılımcıların APGAR puan ortalamaları (t=1,557, p=0,120) ve HAD ölçeğine göre hesaplanan Depresyon puan ortalamalarına (t=0,371, p=0,711) katılımcının kronik hastalık durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. HAD ölçeğine göre hesaplanan Anksiyete puanı kronik hastalık durumuna göre karşılaştırıldığında kronik hastalığı olanların anksiyete ortalama puanı kronik hastalığı olmayanlardan anlamlı olarak yüksek saptandı (t=-2,705, p=0,007) (Tablo47).

Tablo 47. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre APGAR, HADA, HADD puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcı kronik hastalık durumu		t*	p
	Hayır (n=216)	Evet(n=96)		
Apgar puan	7,2±2,5	6,7±3,1	1,557	0,120
HADA puan	7,4±4,7	9,4±4,5	-2,705	0,007⁺
HADD puan	6,9±3,8	6,6±3,6	0,371	0,711

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır, ⁺p<0,01

Katılımcıların WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği 1.soru (yaşam kalitesi) puan ortalaması (t=0,883 , p=0,378) kronik hastalık durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. 2. Soru (genel sağlık algısı) puan ortalamaları(t=3,733, p= 0,001) kronik hastalık durumuna göre karşılaştırıldığında kronik hastalığı olanların genel sağlık algısı puanı kronik hastalığı olmayanlardan anlamlı olarak düşük saptandı. (Tablo48).

Tablo 48. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre WHOQOL-BREF 1. VE 2.soru puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcı kronik hastalık durumu		t*	p
	Hayır (n=216)	Evet(n=96)		
Genel yaşam kalitesi(1.soru)	3,3±0,9	3,2±0,8	0,883	0,378
Genel sağlık algısı(2.soru)	3,3±0,9	2,9±0,9	3,733	0,001 ⁺

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır, ⁺p<0,01

Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre whoqol-bref yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında ; bedensel alt boyut ortalama puanı ile kronik hastalık durumu karşılaştırıldığında kronik hastalığı olanlarda anlamlı olarak düşük saptandı (t=5,063, p=0,000) . Katılımcıların ruhsal alt boyut ortalama puanı ile kronik hastalık durumu karşılaştırıldığında çalışanların ruhsal alt boyut puanı kronik hastalığı olanlardan anlamlı olarak düşük saptandı (t=2,383, p=0,018) . Katılımcıların sosyal alt boyut ortalama puanı ile kronik hastalık durumu karşılaştırıldığında çalışanların sosyal alt boyut puanı kronik hastalığı olanlardan anlamlı olarak düşük saptandı (t=2,525, p=0,012) . Katılımcıların çevre alt boyut ortalama puanı ile kronik hastalık durumu karşılaştırıldığında çalışanların çevre alt boyut puanı kronik hastalığı olanlarda anlamlı olarak düşük saptandı (t=2,283, p=0,023) . Katılımcıların WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ortalama toplam puanı ile kronik hastalık durumu karşılaştırıldığında çalışanların alt boyut ortalama toplam puanı kronik hastalığı olanlarda anlamlı olarak düşük saptandı (t=3,729, p=0,000) (Tablo 49).

Tablo 49. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcı kronik hastalık durumu		t*	p
	Hayır (n=216)	Evet(n=96) ⁺		
Bedensel alt boyut	25,2±4,0	22,1±4,4	5,063	0,000 ⁺⁺
Ruhsal alt boyut	21,5±4,2	20,9±3,9	2,383	0,018 ⁺
Sosyal alt boyut	10,3±2,7	10,5±2,6	2,525	0,012 ⁺
Çevre alt boyut	30,5±5,2	28,4±5,2	2,283	0,023 ⁺
Alt boyutlar toplamı	94,5±15,8	87,5±14,5	3,729	0,000 ⁺⁺

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır, ⁺p<0,05, ⁺⁺p<0,01

Katılımcıların ruhsal hastalık durumuna göre yaşam tarzları karşılaştırıldığında bedensel etkinlik puan ruhsal hastalığı olanlarda anlamlı olarak düşük saptandı ($z=-2,131$ $p=0,033$). Sağlıklı beslenme puanı ruhsal hastalığı olanlarda anlamlı olarak düşük saptandı ($z=-2,878$ $p=0,004$). Katılımcının sosyal faaliyetlere ayırdığı zaman ruhsal hastalık durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($z=-0,310$, $p=0,756$) (Tablo 50).

Tablo 50. Katılımcıların ruhsal hastalık durumuna göre bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet durumunun karşılaştırılması.

(n=312)	Katılımcı ruhsal hastalık durumu		Z	p*
	Hayır (n=292)	Evet(n=20)		
Bedensel etkinlik	1,9±0,9	1,6±1,0	-2,131	0.033⁺
Sağlıklı beslenme	2,7±0,6	2,0±1,0	-2,878	0.004⁺⁺
Sosyal faaliyet	2,2±1,0	2,1±0,9	-0,310	0.756

*Mann Whitney U kullanılmıştır, ⁺ $p<0,05$, ⁺⁺ $p<0,01$

Katılımcıların ruhsal hastalık durumuna göre APGAR puan ortalamaları ve HAD ölçeğine göre hesaplanan Depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında ruhsal hastalığı olan ve olmayan arasında anlamlı fark saptanmadı (sırayla $p=0.497$, $p=0,681$). Katılımcıların ruhsal hastalık durumuna göre HAD ölçeğine göre hesaplanan Anksiyete puanı karşılaştırıldığında ruhsal hastalığı olanlarda anlamlı olarak yüksek saptandı ($z=-3,588$, $p=0,000$) (Tablo51).

Tablo 51. Katılımcıların ruhsal hastalık durumuna göre APGAR, HADA, HADD puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcı ruhsal hastalık durumu		Z	p*
	Hayır (n=292)	Evet(n=20)		
Apgar puan	7,1±2,7	6,3±3,6	-0,679	0,497
HADA puan	8,0±4,4	12,3±5,1	-3,588	0,000⁺
HADD puan	6,5±3,6	7,2±5,7	-0,412	0,681

*Mann Whitney U kullanılmıştır, ⁺ $p<0,05$

Katılımcıların ruhsal hastalık durumuna göre WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği 1.soru (yaşam kalitesi) puan ortalaması karşılaştırıldığında ruhsal hastalığı olanlarda anlamlı olarak düşük saptandı ($z=-2,743$, $p=0,006$). Katılımcıların ruhsal hastalık durumuna göre WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği 2.soru (genel sağlık algısı) puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,079$) (Tablo52).

Tablo 52. Katılımcıların ruhsal hastalık durumuna göre WHOQOL-BREF 1. VE 2.soru puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcı ruhsal hastalık durumu		Z	p*
	Hayır (n=292)	Evet(n=20)		
Genel yaşam kalitesi(1.soru)	3,3±0,8	2,7±1,0	-2,743	0,006 ⁺
Genel sağlık algısı(2.soru)	3,2±0,9	2,8±1,0	-1,754	0,079

*Mann Whitney U kullanılmıştır, ⁺ $p<0,01$

Katılımcıların ruhsal hastalık durumuna göre whoqol-bref yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında ; bedensel alt boyut ortalama puanı ile ruhsal hastalık durumu karşılaştırıldığında ruhsal hastalığı olanlarda anlamlı olarak düşük saptandı ($z=-3,637$, $p=0,000$). Katılımcıların ruhsal alt boyut ortalama puanı ile ruhsal hastalık durumu karşılaştırıldığında, ruhsal alt boyut puanı kronik hastalığı olanlardan anlamlı olarak düşük saptandı ($z=-2,750$, $p=0,006$) . Katılımcıların sosyal alt boyut ortalama puanı ile ruhsal hastalık durumu karşılaştırıldığında, sosyal alt boyut puanı ruhsal hastalığı olanlardan anlamlı olarak düşük saptandı ($z=-2,540$, $p=0,011$) . Katılımcıların çevre alt boyut ortalama puanı ile kronik hastalık durumu karşılaştırıldığında çalışanların çevrel alt boyut puanı kronik hastalığı olanlarda anlamlı olarak düşük saptandı ($z=-2,257$, $p=0,024$) . Katılımcıların WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ortalama toplam puanı ile kronik hastalık durumu karşılaştırıldığında ,alt boyut ortalama toplam puanı kronik hastalığı olanlarda anlamlı olarak düşük saptandı ($t=-3,497$, $p=0,000$) (Tablo 53).

Tablo 53. Katılımcıların ruhsal hastalık durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcı ruhsal hastalık durumu		Z	p*
	Hayır (n=292)	Evet(n=20)		
Bedensel alt boyut	24,4±4,4	20,4±5,8	-3,637	0.000 ⁺⁺
Ruhsal alt boyut	21,7±4,6	18,6±4,3	-2,750	0.006 ⁺⁺
Sosyal alt boyut	10,8±2,7	9,7±2,1	-2,540	0.011 ⁺
Çevre alt boyut	29,2±5,8	27,7±5,3	-2,257	0.024 ⁺
Alt boyutlar toplamı	93,3±15,0	81,7±16,9	-3,497	0.000 ⁺⁺

*Mann Whitney U kullanılmıştır, ⁺p<0,05, ⁺⁺p<0,01

Katılımcının aile tipine göre düzenli bedensel etkinlik ve sosyal faaliyet ortalama puanı karşılaştırıldığında çekirdek ve geniş aile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) . Katılımcının aile tipine göre sağlıklı beslenmeye uyumu karşılaştırıldığında geniş aileye sahip olanların ortalama puanı anlamlı olarak yüksek saptandı (t=-3,080, p=0,002) (Tablo 54).

Tablo 54. Katılımcıların aile tipine göre bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet durumunun karşılaştırılması.

(n=312)	Katılımcının aile tipi		t*	p
	Çekirdek aile (n=279)	Geniş aile(n=33)		
Bedensel etkinlik	1,9±0,9	2,2±1,1	-1,750	0,081
Sağlıklı beslenme	2,6±0,9	3,1±1,0	-3,080	0,002 ⁺
Sosyal faaliyet	2,6±1,0	2,2±1,1	-0,056	0,956

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır, ⁺p<0,05

Katılımcının aile tipine göre, kaç yaşında evlendiği ve kaç yıldır evli oldukları karşılaştırıldığında çekirdek ve geniş aile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Katılımcının aile tipine göre katılımcının çocuk sayısı karşılaştırıldığında geniş aileye sahip olanların ortalama puanı anlamlı olarak yüksek saptandı (t=-2,686, p=0,008) (Tablo 55).

Tablo 55. Katılımcıların aile tipine göre evlilik yaşı, evlilik süresi, çocuk sayısı durumunun karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcının aile tipi		t*	p
	Çekirdek aile (n=279)	Geniş aile(n=33)		
Evlilik yaşı	21,5±4,3	21,8±4,9	-0,377	0,706
Evlilik süresi(yıl)	18,3±10,6	18,8±10,1	-0,263	0,793
Çocuk sayısı	2,3±1,1	2,9±1,1	-2,686	0,008⁺

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır, ⁺p<0,05

Katılımcının aile tipine göre APGAR puan ortalamaları, HAD ölçeğine göre hesaplanan Anksiyete puan ortalamalarına ve HAD ölçeğine göre hesaplanan Depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0.05) (Tablo56).

Tablo 56. Katılımcıların aile tipine göre APGAR, HADA, HADD puanlarının karşılaştırılması

	Katılımcının aile tipi		t*	p
	Çekirdek aile (n=279)	Geniş aile(n=33)		
Apgar puan	7,7±2,5	7,0±2,8	-1,642	0,102
HADA puan	7,4±4,7	8,4±4,5	1,385	0,167
HADD puan	5,9±4,8	6,6±3,6	1,065	0,288

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır

Katılımcıların WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği 1.soru (yaşam kalitesi) puan ortalaması ve 2. Soru (genel sağlık algısı) puan ortalamaları aile tipine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 57).

Tablo 57. Katılımcıların aile tipine göre WHOQOL-BREF 1. VE 2.soru puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcının aile tipi		t*	p
	Çekirdek aile (n=279)	Geniş aile(n=33)		
Genel yaşam kalitesi(1.soru)	3,3±0,8	3,2±0,9	0,363	0,717
Genel sağlık algısı(2.soru)	3,1±0,9	3,3±1,0	-0,838	0,403

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır

Katılımcının aile tipine göre whoqol-bref yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında ; bedensel alt boyut ortalama puanı, ruhsal alt boyut ortalama puanı , sosyal alt boyut ortalama puanı , çevre alt boyut ortalama puanı ile WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlar toplam puanı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo58).

Tablo 58. Katılımcıların aile tipine göre WHOQOL-BREF ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcının aile tipi		t*	p
	Çekirdek aile (n=279)	Geniş aile(n=33)		
Bedensel alt boyut	24,2±4,0	25,1±3,4	-1,959	0,051
Ruhsal alt boyut	21,5±4,2	21,9±4,9	-1,179	0,239
Sosyal alt boyut	10,3±2,7	10,5±2,6	-0,019	0,985
Çevre alt boyut	29,5±5,2	30,4±6,2	-0,731	0,465
Alt boyutlar toplamı	92,5±15,8	96,5±16,5	-1,407	0,160

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır

Katılımcıların engelli çocuk durumuna göre APGAR puan ortalamaları ,HAD ölçeğine göre hesaplanan Anksiyete puanı ve HAD ölçeğine göre hesaplanan Depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında engelli çocuğu olan ve olmayan arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo59).

Tablo 59. Katılımcıların engelli çocuk durumuna göre APGAR, HADA, HADD puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcı engelli çocuk durumu		Z	p*
	Hayır (n=299)	Evet(n=13)		
Apgar puan	7,1±2,7	6,3±3,6	-0,091	0,927
HADA puan	8,0±4,4	8,3±4,1	-0,551	0,582
HADD puan	6,5±3,6	5,5±3,6	-0,803	0,422

*Mann Whitney U kullanılmıştır

Katılımcıların engelli çocuk durumuna göre WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği 1.soru (yaşam kalitesi) puan ortalaması ve WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği 2.soru (genel sağlık algısı) puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 60).

Tablo 60. Katılımcıların engelli çocuk durumuna göre WHOQOL-BREF 1. VE 2.soru puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcı engelli çocuk durumu		Z	p*
	Hayır (n=299)	Evet(n=13)		
Genel yaşam kalitesi(1.soru)	3,3±0,8	3,1±0,8	-0,781	0,435
Genel sağlık algısı(2.soru)	3,2±0,9	3,4±0,9	-0,898	0,369

*Mann Whitney U kullanılmıştır

Katılımcıların engelli çocuk durumuna göre whoqol-bref yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında ; bedensel alt boyut ortalama puanı, ruhsal alt boyut ortalama puanı ,sosyal alt boyut ortalama puanı, çevre alt boyut ortalama puanı ve alt boyut ortalama toplam puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo61).

Tablo 61. Katılımcıların engelli çocuk durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcı engelli çocuk durumu		Z	p*
	Hayır (n=299)	Evet(n=13)		
Bedensel alt boyut	24,4±4,4	23,4±5,8	-1,119	0.263
Ruhsal alt boyut	21,2±4,6	19,6±5,3	-1,551	0.121
Sosyal alt boyut	10,8±2,7	10,7±2.1	-0,473	0.636
Çevre alt boyut	29,2±5,8	28,7±5,3	-0,876	0.381
Alt boyutlar toplamı	92,3±15,0	87,7±17,9	-1,282	0.200

*Mann Whitney U kullanılmıştır

Katılımcıların engelli aile bireyi durumuna göre APGAR puan ortalamaları ,HAD ölçeğine göre hesaplanan Anksiyete puanı ve HAD ölçeğine göre hesaplanan Depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında engelli aile bireyi olan ve olmayan arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 62).

Tablo 62. Katılımcıların engelli aile bireyi durumuna göre APGAR, HADA, HADD puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcı engelli aile bireyi durumu		Z	p*
	Hayır (n=292)	Evet(n=20)		
Apgar puan	7,1±2,7	7,3±2,6	-1,042	0,297
HADA puan	8,2±4,4	9,1±4,1	-0,716	0,474
HADD puan	6,5±3,6	6,9±2,9	-0,904	0,366

*Mann Whitney U kullanılmıştır

Katılımcıların engelli aile bireyi durumuna göre WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği 1.soru (yaşam kalitesi) puan ortalaması ve WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği 2.soru (genel sağlık algısı) puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 63).

Tablo 63. Katılımcıların engelli aile bireyi durumuna göre WHOQOL-BREF 1. VE 2.soru puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcı engelli aile bireyi durumu		Z	p*
	Hayır (n=292)	Evet(n=20)		
Genel yaşam kalitesi(1.soru)	3,2±0,8	3,3±0,8	-0,389	0,697
Genel sağlık algısı(2.soru)	3,2±0,9	3,4±0,7	-1,517	0,129

*Mann Whitney U kullanılmıştır

Katılımcıların engelli aile bireyi durumuna göre whoqol-bref yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında ; bedensel alt boyut ortalama puanı, ruhsal alt boyut ortalama puanı ,sosyal alt boyut ortalama puanı, çevre alt boyut ortalama puanı ve alt boyut ortalama toplam puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo64).

Tablo 64. Katılımcıların engelli aile bireyi durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcı engelli aile bireyi durumu		Z	p*
	Hayır (n=292)	Evet(n=20)		
Bedensel alt boyut	24,4±4,4	25,0±4,8	-0,299	0.765
Ruhsal alt boyut	21,2±4,1	20,9±4,5	-0,307	0.759
Sosyal alt boyut	10,8±2,7	10,7±2,1	-0,126	0.899
Çevre alt boyut	29,2±5,8	28,7±5,3	-0,417	0.677
Alt boyutlar toplamı	92,3±15,0	93,1±16,0	-0,021	0.984

*Mann Whitney U kullanılmıştır

Katılımcının yaşadığı eve göre, kaç yaşında evlendiği karşılaştırıldığında evi mülk olanların yaş ortalaması anlamlı olarak düşük saptandı ($t=2,517$, $p=0,012$) . Katılımcının yaşadığı eve göre kaç yıldır evli oldukları karşılaştırıldığında evi mülk olanların evlilik süresi anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=-4,015$, $p=0,000$) .Katılımcının yaşadığı eve göre çocuk sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). (Tablo 65).

Tablo 65. Katılımcıların yaşadığı eve göre evlilik yaşı, evlilik süresi, çocuk sayısı durumunun karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcının yaşadığı ev		t*	p
	Kira (n=122)	Mülk(n=190)		
Evlilik yaşı	22,3±4,6	21,0±4,1	2,517	0,012 ⁺
Evlilik süresi(yıl)	15,4±9,6	20,2±10,7	-4,015	0,000 ⁺⁺
Çocuk sayısı	2,3±1,0	2,5±1,1	-1,842	0,066

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır, ⁺p<0,05

Katılımcının yaşadığı eve göre APGAR puan ortalamaları karşılaştırıldığında kira da yaşayan katılımcıların APGAR puan ortalamaları anlamlı olarak düşük saptandı ($t=-2,249$, $p=0,025$) . Katılımcının yaşadığı eve göre, HAD ölçeğine göre hesaplanan Anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcının yaşadığı eve göre HAD ölçeğine göre hesaplanan Depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında kira da yaşayan katılımcıların Depresyon puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=2,599$, $p=0,010$) (Tablo 66).

Tablo 66. Katılımcıların yaşadığı eve göre APGAR, HADA, HADD puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcının yaşadığı ev		t*	p
	Kira (n=122)	Mülk(n=190)		
Apgar puan	6,6±2,9	7,3±2,7	-2,249	0,025⁺
HADA puan	8,4±4,4	8,2±4,6	0,405	0,686
HADD puan	7,2±3,9	6,1±3,6	2,599	0,010⁺

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır, ⁺p<0,05

Katılımcıların yaşadığı eve göre WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği 1.soru (yaşam kalitesi) puan ortalaması (t=-2,534 , p=0,012) ve 2. Soru (genel sağlık algısı) puan ortalamaları (t=-2,062 , p=0,040) karşılaştırıldığında kira da yaşayan katılımcıların puan ortalamaları anlamlı olarak düşük saptandı (Tablo67).

Tablo 67. Katılımcıların yaşadığı evne göre WHOQOL-BREF 1. VE 2.soru puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcının yaşadığı ev		t*	p
	Kira (n=122)	Mülk(n=190)		
Genel yaşam kalitesi(1.soru)	3,1±0,8	3,3±0,9	-2,534	0,012
Genel sağlık algısı(2.soru)	3,0±0,9	3,2±0,9	-2,062	0,040

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır, ⁺p<0,05

Katılımcının yaşadığı eve göre whoqol-bref yaşam kalitesi ölçeği bedensel alt boyut ortalama puanı ve ruhsal alt boyut ortalama puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Sosyal alt boyut ortalama puanı(t=-2,221, p=0,027) çevre alt boyut ortalama puanı (t=-3,307, p=0,001) ve WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlar toplam puanı (t=-2,746, p=0,006) kirada yaşayanlarda anlamlı olarak düşük saptandı(Tablo68).

Tablo 68. Katılımcıların yaşadığı eve göre WHOQOL-BREF ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcının yaşadığı ev		t*	p
	Kira (n=122)	Mülk(n=190)		
Bedensel alt boyut	23,9±4,6	24,7±4,4	-1,489	0,138
Ruhsal alt boyut	20,6±4,2	21,4±4,1	-1,502	0,134
Sosyal alt boyut	10,2±2,8	10,8±2,4	-2,221	0,027 ⁺
Çevre alt boyut	28,4±5,4	30,5±5,2	-3,307	0,001 ⁺⁺
Alt boyutlar toplamı	89,5±15,3	94,3±15,2	-2,746	0,006 ⁺⁺

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır, ⁺p<0,05, ⁺⁺p<0,01

Eşlerin eğitim seviyelerine göre katılımcı kadınların yaş ortalamaları karşılaştırıldığında, düşük eğitim seviyesine sahip olanların yaş ortalaması 44,1±10,6, orta eğitim seviyesine sahip olanların 38,5±9,8 ve yüksek eğitim seviyesine sahip olanların 36,4±6,7 olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi (F=12,848, p=0.000). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; eşleri düşük eğitim seviyesine sahip olan kadınların yaş ortalaması orta eğitim seviyesine (p=0,000) ve yüksek eğitim seviyesine (p=0,000) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı.

Düşük eğitim seviyesine sahip olanların boy ortalaması 159,7±6,5, orta eğitim seviyesine sahip olanların 160,8±5,6, yüksek eğitim seviyesine sahip olanların ise 163,0±5,7 olarak saptandı. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi (F=4,207, p=0,016). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; yüksek eğitim seviyesine sahip olanların boy ortalaması düşük (p=0,004) ve orta eğitim seviyesine (p=0,027) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı.

Eşlerin eğitim seviyelerine göre katılımcı kadınların ağırlık ortalamaları, VKİ ortalaması ve bel çevresi ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 69).

Tablo 69. Eşlerin eğitim durumuna göre kadınların yaş, boy, ağırlık, VKİ, ve bel çevresinin karşılaştırılması.

(n=312)	Eşin eğitim durumu			F*	P
	Düşük eğitim (n=90) Ort±SS	Orta eğitim (n=180) Ort±SS	Yüksek eğitim (n=42) Ort±SS		
Katılımcı yaşı	44,1±10,6	38,5±9,8	36,4±6,7	12,848	0,000 ⁺⁺
Katılımcı boyu	159,7±6,5	160,8±5,6	163,0±5,7	4,207	0,016 ⁺
Katılımcı ağırlık	74,2±14,1	72,5±14,3	72,2±15,7	0,609	0,545
Katılımcı VKİ	29,1±5,8	28,2±5,7	27,5±5,3	2,071	0,128
Katılımcı bel çevresi	92,7±12,4	91,9±13,6	89,4±17,3	0,834	0,435

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. ⁺p<0,05 ⁺⁺p<0,01

Tablo 70. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların yaş ve boy karşılaştırması.

	(I) Eğitim durumu	(J) Eğitim durumu	Ortalama Fark (I-J)**	P
Katılımcı yaşı	Düşük eğitim	Orta eğitim	5,528*	0,000 ⁺⁺
		Yüksek eğitim	7,646*	0,000 ⁺⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-5,528*	0,000 ⁺⁺
		Yüksek eğitim	2,118	0,202
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-7,646*	0,000
		Orta eğitim	-2,118	0,202
Katılımcı boyu	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,989	0,211
		Yüksek eğitim	-3,314*	0,004
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,989	0,211
		Yüksek eğitim	-2,325*	0,027
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	3,314*	0,004
		Orta eğitim	2,325*	0,027

**Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. ⁺p<0,05, ⁺⁺p<0,01

Eşlerin eğitim seviyelerine göre katılımcı kadınların düzenli bedensel etkinlikleri, sağlıklı beslenme düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı($p>0,05$).

Eşleri düşük eğitim seviyesine sahip olan kadınların sosyal faaliyet puan ortalaması $1,9\pm1,0$, orta eğitim seviyesine sahip olanların $2,3\pm1,0$, yüksek eğitim seviyesine sahip olanların ise $2,7\pm1,1$ olarak saptandı. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=9,685$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; orta eğitim seviyesine sahip olanların eşlerinin sosyal faaliyet puan ortalaması düşük eğitim seviyesine($p=0,002$) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek, yüksek eğitim seviyesine sahip($p=0,023$) olanlara göre anlamlı olarak düşük saptandı (Tablo 71).

Tablo 71. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet durumlarının karşılaştırılması.

(n=312)	Eşin eğitim durumu			F*	P
	Düşük eğitim (n=90) Ort±SS	Orta eğitim (n=180) Ort±SS	Yüksek eğitim (n=42) Ort±SS		
Bedensel etkinlik	1,9 ±1,1	1,8±0,8	2,2± 1,2	2,775	0.064
Sağlıklı beslenme	2,6±0,9	2,6±0,9	2,9±1,1	2,167	0,116
Sosyal faaliyet	1,9±1,0	2,3±1,0	2,7±1,1	9,685	0,000⁺

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. ⁺ $p<0,01$

Tablo 72. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların sosyal faaliyet durumlarının karşılaştırılması

	(I) Eğitim durumu	(J) Eğitim durumu	Ortalama Fark (I-J)**	P
Sosyal faaliyet	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,417*	0,002 ⁺⁺
		Yüksek eğitim	-0,827*	0,000 ⁺⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,417*	0,002 ⁺
		Yüksek eğitim	-0,410*	0,023 ⁺
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,827*	0,000 ⁺⁺
		Orta eğitim	0,410*	0,023 ⁺

**Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Eşlerin eğitim seviyelerine göre katılımcı kadınların evlendikleri yaş ortalaması karşılaştırıldığında, düşük eğitim seviyesine sahip olanların evlendiği yaş puan ortalaması $20,6 \pm 4,9$, orta eğitim seviyesine sahip olanların $21,2 \pm 3,8$ ve yüksek eğitim seviyesine sahip olanların $24,8 \pm 4,0$ olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=15,393$, $p=0.000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; eşi yüksek eğitim seviyesine sahip olan kadınların evlendiği yaş ortalaması düşük ($p=0,000$) ve orta eğitim seviyesine($p=0,000$) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı.

Eşi düşük eğitim seviyesine sahip olan kadınların evlilik süresi puan ortalaması $23,4 \pm 10,6$, orta eğitim seviyesine sahip olanların $17,3 \pm 9,9$, yüksek eğitim seviyesine sahip olanların ise $12,1 \pm 7,8$ olarak saptandı. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=20,992$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; eşi orta eğitim seviyesine sahip olan kadınların evlilik süresi yüksek eğitim seviyesine($p=0,003$) sahip olandan yüksek, düşük eğitim seviyesine($p=0,000$) sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük saptandı.

Eşi düşük eğitim seviyesine sahip olan kadınların çocuk sayısı ortalaması $2,9 \pm 1,3$, orta eğitim seviyesine sahip olanların $2,3 \pm 0,9$ ve yüksek eğitim seviyesine sahip olanların $1,9 \pm 0,9$ olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=12,753$, $p=0.000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; eşi düşük eğitim seviyesine sahip olan kadınların çocuk sayısı ortalaması orta eğitim seviyesine($p=0,000$) ve yüksek eğitim seviyesine($p=0,000$) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı.(Tablo 73).

Tablo 73. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların evlendiği yaş, evlilik süresi ve çocuk sayısının karşılaştırılması

(n=312)	Eşin eğitim durumu			F*	P
	Düşük eğitim (n=90) Ort±SS	Orta eğitim (n=180) Ort±SS	Yüksek eğitim (n=42) Ort±SS		
Evlendiği yaş	20,6 ±4,9	21,2±3,8	24,8± 4,0	15,393	0,000 ⁺⁺
Evlilik süresi	23,4±10,6	17,3±9,9	12,1±7,8	20,992	0,000 ⁺⁺
Çocuk sayısı	2.9 ±1,3	2,3±0,9	1.9± 0,9	12,753	0,000 ⁺⁺

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. †p<0,01

Tablo 74. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların evlendiği yaş, evlilik süresi ve çocuk sayısının karşılaştırılması

	(I) Eğitim durumu	(J) Eğitim durumu	Ortalama Fark (I-J)**	P
Evlendiği yaş	Düşük eğitim	Orta eğitim	-	0,297
		Yüksek eğitim	-4,178	0,000 ⁺⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,567	0,297
		Yüksek eğitim	-3,611	0,000 ⁺⁺
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	4,178	0,000 ⁺⁺
		Orta eğitim	3,611	0,000 ⁺⁺
Evlilik süresi	Düşük eğitim	Orta eğitim	6,122	0,000 ⁺⁺
		Yüksek eğitim	11,302	0,000 ⁺⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-6,122	0,000 ⁺⁺
		Yüksek eğitim	5,179	0,003 ⁺⁺
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-11,302	0,000 ⁺⁺
		Orta eğitim	-5,179	0,003 ⁺⁺
Çocuk sayısı	Düşük eğitim	Orta eğitim	0,578	0,000 ⁺⁺
		Yüksek eğitim	0,924	0,000 ⁺⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-0,578	0,000 ⁺⁺
		Yüksek eğitim	0,346	0,066
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-0,924	0,000 ⁺⁺
		Orta eğitim	-0,346	0,066

**Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. †p<0,05, ††p<0,01

Eşlerin eğitim seviyelerine göre katılımcı kadınların kahve kullanma alışkanlıkları karşılaştırıldığında, düşük eğitim seviyesine sahip olanların kahve kullanma alışkanlık puan ortalaması $2,4 \pm 0,9$, orta eğitim seviyesine sahip olanların $2,8 \pm 0,9$ ve yüksek eğitim seviyesine sahip olanların $3,1 \pm 1,1$ olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=8,115$, $p=0.000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; eşi düşük eğitim seviyesine sahip olan kadınların puan ortalaması yüksek eğitim seviyesine ($p=0,001$) ve orta eğitim seviyesine ($p=0,001$) sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük saptandı. Eşlerin eğitim seviyelerine göre katılımcı kadınların alkol kullanma alışkanlıkları karşılaştırıldığında üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 75).

Tablo 75. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların kahve ve alkol alışkanlıklarının karşılaştırılması

(n=312)	Eşin eğitim durumu			F*	P
	Düşük eğitim (n=90) Ort±SS	Orta eğitim (n=180) Ort±SS	Yüksek eğitim (n=42) Ort±SS		
Katılımcı kadının kahve kullanımı	2,4±0,9	2,8±0,9	3,1± 1,1	8,115	0,000 ⁺
Katılımcı kadının alkol kullanımı	1,0±0,2	1,0±0,3	1,0±0,3	1,115	0,329

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. * $p<0,01$

Tablo 76. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların kahve alışkanlıklarının karşılaştırılması

	(I) Eğitim durumu	(J) Eğitim durumu	Ortalama Fark (I-J)**	P
Katılımcı kadının kahve kullanımı	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,433*	0,001 ⁺
		Yüksek eğitim	-0,651*	0,001 ⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,433*	0,001 ⁺
		Yüksek eğitim	-0,217	0,203
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,651*	0,001 ⁺
		Orta eğitim	0,217	0,203

**Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. * $p<0,01$

Eşlerin eğitim seviyelerine göre katılımcı kadınların APGAR puan ortalamaları

karşılaştırıldığında, düşük eğitim seviyesine sahip olanların APGAR puan ortalamaları $6,6 \pm 3,0$, orta eğitim seviyesine sahip olanların $7,1 \pm 2,6$ ve yüksek eğitim seviyesine sahip olanların $7,9 \pm 2,8$ olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=5,660$, $p=0.018$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; düşük eğitim seviyesine sahip olanların APGAR puan ortalaması yüksek eğitim seviyesine ($p=0,018$) sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük saptandı. Eşlerin eğitim seviyelerine göre katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete skorları karşılaştırıldığında düşük eğitim seviyesine sahip olanların ortalaması $9,1 \pm 4,5$, orta eğitim seviyesine sahip olanların $8,2 \pm 4,4$ ve yüksek eğitim seviyesine sahip olanların $7,1 \pm 4,7$ olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=5,715$, $p=0.017$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; eş düşük eğitim seviyesine sahip olanların anksiyete puan ortalaması yüksek eğitim seviyesine ($p=0,017$) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı.

Eşlerin eğitim seviyelerine göre katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon skorları karşılaştırıldığında, düşük eğitim seviyesine sahip olanların HADD puan ortalamaları $7,1 \pm 3,5$, orta eğitim seviyesine sahip olanların $6,4 \pm 3,6$ ve yüksek eğitim seviyesine sahip olanların $5,6 \pm 4,8$ olarak bulundu. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=4,569$, $p=0.033$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; düşük eğitim seviyesine sahip olanların HADD puan ortalaması yüksek eğitim seviyesine ($p=0,033$) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı (Tablo 77).

Tablo 77. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların APGAR puan , HADA puan ve HADD puanlarının karşılaştırılması.

(n=312)	Eşin eğitim durumu			F*	P
	Düşük eğitim (n=90) Ort±SS	Orta eğitim (n=180) Ort±SS	Yüksek eğitim (n=42) Ort±SS		
APGAR Skoru	6,6 ±3,0	7,1±2,6	7.9± 2,8	5,660	0,018 ⁺
Anksiyete Skoru	9,1 ±4,5	8,2±4,4	7.1± 4,7	5,715	0.017 ⁺
Depresyon Skoru	7,1 ±3,5	6,4±3,6	5,6± 4,8	4,569	0,033 ⁺

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†]p<0,05

Tablo 78. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların APGAR puan , HADA puan ve HADD puanlarının karşılaştırılması.

	(I) Eğitim durumu	(J) Eğitim durumu	Ortalama Fark (I-J)**	P
APGAR Skoru	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,444	0,222
		Yüksek eğitim	-1,251	0,018 ⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,444	0,222
		Yüksek eğitim	-0,806	0,095
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	1,251	0,018 ⁺
		Orta eğitim	0,806	0,095
Anksiyete Skoru	Düşük eğitim	Orta eğitim	0,889	0,130
		Yüksek eğitim	2,027	0,017 ⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-0,889	0,130
		Yüksek eğitim	1,138	0,144
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-2,027	0,017 ⁺
		Orta eğitim	-1,138	0,144
Depresyon Skoru	Düşük eğitim	Orta eğitim	0,678	0,170
		Yüksek eğitim	1,525	0,033 ⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-0,678	0,170
		Yüksek eğitim	0,848	0,196
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-1,525	0,033 ⁺
		Orta eğitim	-0,848	0,196

**Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. [†]p<0,05

Eşlerin eğitim seviyelerine ile katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği WHOQOL-BREF 1. soru (yaşam kalitesi) ile 2. Soru(genel sağlık algısı) ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı($p>0,05$) (Tablo 79).

Tablo 79. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve ,2. soru skorlarının karşılaştırılması

(n=312)	Eşin eğitim durumu			F*	P
	Düşük eğitim (n=90) Ort±SS	Orta eğitim (n=180) Ort±SS	Yüksek eğitim (n=42) Ort±SS		
Genel yaşam kalitesi (1. soru)	3,2 ±0,8	3,2±0,9	3,4± 0,8	1,137	0,322
Genel sağlık algısı (2.soru)	3,0 ±0,9	3,1±0,8	3,3± 0,9	0,540	0.583

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır.

Eşlerin eğitim seviyelerine göre katılımcı kadınlarınWHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında bedensel alt boyut ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=4,413$, $p=0,013$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre eşi yüksek eğitim seviyesine sahip olan kadınların bedensel alt boyut ortalama puanı ,eşi düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,004$) .

Eşi düşük eğitim seviyesine sahip olan kadınların ruhsal alt boyut ortalama puanı($F=3,258$, $p=0,040$) eşi orta ve yüksek eğitimlilerden anlamlı olarak daha yüksek bulundu(sırayla $p=0,040$, $p=0,023$).

Eşlerin eğitim seviyeleri ile katılımcı kadınların sosyal alt boyut ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=3,834$, $p=0,023$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre eşi düşük eğitim seviyesine sahip olan kadınlarda; orta($p=0,036$) ve yüksek ($p=0,011$)eğitim seviyesine sahip olanlara göre sosyal alt boyut ortalama puanı

anlamlı olarak daha düşük bulundu. Eğitim seviyesi yüksek ve orta olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı($p=0,226$).

Eşlerin eğitim seviyeleri ile katılımcı kadınların çevre alt boyut ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=3,799$, $p=0,023$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre eşi yüksek eğitim seviyesine sahip olan kadınlarda; düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre sosyal alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,006$). Eğitim seviyesi düşük ve orta olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,131$).

Katılımcıların WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ortalama toplam puanı ile eşin eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=4,547$, $p=0,011$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre eşi yüksek eğitim seviyesine sahip olan kadınlar; düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre yaşam kalitesi toplam alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,003$) (Tablo 80).

Tablo 80. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	Eğitim durumu			F	p
	Düşük (n=90) Ort±SS	Orta (n=180) Ort±SS	Yüksek (n=42) Ort±SS		
Bedensel alt boyut	23,4±4,8	24,6±4,1	25,9±5,0	4,413	0,013 [†]
Ruhsal alt boyut	20,2±4,1	21,3±4,0	22,0±4,8	3,258	0,040 [†]
Sosyal alt boyut	10,0±2,5	10,7±2,7	11,3±2,4	3,834	0,023 [†]
Çevre alt boyut	28,7±5,1	29,8±5,5	31,5±5,4	3,799	0,023 [†]
Toplam alt boyut	89,1±15,4	92,9±14,8	97,6±16,4	4,547	0,011 [†]

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†] $p<0,05$

Tablo 81. Eşlerin eğitim durumuna göre katılımcı kadınların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	Eğitim Durumu	Ortalama Fark (I-J)**	p
Bedensel alt boyut)	Düşük eğitim	Orta eğitim	-1,1222	0,054
		Yüksek eğitim	-2,4270	0,004⁺⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	1,1222	0,054
		Yüksek eğitim	-1,3048	0,091
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	2,4270	0,004⁺⁺
		Orta eğitim	1,3048	0,091
Ruhsal alt boyut	Düşük eğitim	Orta eğitim	-1,111	0,040⁺
		Yüksek eğitim	-1,779	0,023⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	1,111	0,040⁺
		Yüksek eğitim	-0,668	0,350
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	1,779	0,023⁺
		Orta eğitim	0,668	0,350
Sosyal alt boyut	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,717	0,036⁺
		Yüksek eğitim	-1,265	0,011⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,717	0,036⁺
		Yüksek eğitim	-0,548	0,226
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	1,265	0,011⁺
		Orta eğitim	0,548	0,226
Çevre alt boyut	Düşük eğitim	Orta eğitim	-1,056	0,131
		Yüksek eğitim	-2,768	0,006⁺⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	1,056	0,131
		Yüksek eğitim	-1,713	0,065
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	2,768	0,006⁺⁺
		Orta eğitim	1,713	0,065
Alt boyutlar toplamı	Düşük eğitim	Orta eğitim	-3,767	0,057
		Yüksek eğitim	-8,406	0,003⁺⁺
	Orta eğitim	Düşük eğitim	3,767	0,057
		Yüksek eğitim	-4,640	0,077
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	8,406	0,003⁺⁺
		Orta eğitim	4,640	0,077

**Post-hoc LSD testi kullanılmıştır . ⁺p<0,05, ⁺⁺p<0,01

Katılımcıların APGAR ölçeği puan ortalamalarına göre yaş ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=9,291$, $p=0.000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; ağır bozukluk seviyesine sahip olanların yaş ortalaması orta bozukluk($p=0,000$) ve yüksek işlevsellik($p=0,000$) seviyesine sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı.

Katılımcıların APGAR ölçeği puan ortalamalarına göre boy, ağırlık, VKİ karşılaştırmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi($p>0,05$).

Katılımcıların APGAR ölçeği puan ortalamalarına göre bel çevresi ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=4,227$, $p=0.015$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; aile işlevselliği orta bozukluk seviyesine sahip olanların bel çevresi, ailesi ağır bozukluk ($p=0,038$)ve yüksek işlevsellik seviyesine($p=0,006$) sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük saptandı (Tablo 82).

Tablo 82. Katılımcıların Apgar ölçeği puanına göre yaş, boy, ağırlık, VKİ, ve bel çevresinin karşılaştırılması.

(n=312)	APGAR ölçeği			F*	P
	Ağır bozukluk (n=44) Ort±SS	Orta bozukluk (n=80) Ort±SS	Yüksek işlevsellik (n=188) Ort±SS		
Katılımcı yaşı	45,4±11,0	37,6±8,4	39,5±9,9	9,291	0,000⁺⁺
Katılımcı boyu	159,0±5,9	160,8±5,6	161,6±6,1	1,977	0,140
Katılımcı ağırlık	73,2±15,1	70,5±13,3	73,2±13,7	1,566	0,210
Katılımcı VKİ	28,1±5,8	27,2±4,7	28,5±6,0	1,779	0,171
Katılımcı bel çevresi	92,7±12,4	87,3±14,6	92,0±14,3	4,227	0,015⁺

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. ⁺ $p<0,05$ ⁺⁺ $p<0,01$

Tablo 83. Katılımcıların Apgar ölçeği puanına göre yaş ve bel çevresinin karşılaştırılması.

	(I)APGAR ölçeği	(J)APGAR ölçeği	Ortalama Fark (I-J)**	P
Katılımcı yaşı	Ağır bozukluk	Orta bozukluk	7,794	0,000 ⁺⁺
		Yüksek işlevsellik	5,857	0,000 ⁺⁺
	Orta bozukluk	Ağır bozukluk	-7,794	0,000 ⁺⁺
		Yüksek işlevsellik	-1,937	0,139
	Yüksek işlevsellik	Ağır bozukluk	-5,857	0,000 ⁺⁺
		Orta bozukluk	1,937	0,139
Katılımcı bel çevresi	Ağır bozukluk	Orta bozukluk	5,561	0,038 ⁺
		Yüksek işlevsellik	0,269	0,910
	Orta bozukluk	Ağır bozukluk	-5,561	0,038 ⁺
		Yüksek işlevsellik	-5,292	0,006 ⁺⁺
	Yüksek işlevsellik	Ağır bozukluk	-0,269	0,910
		Orta bozukluk	5,292	0,006 ⁺⁺

****Post-hoc LSD testi kullanılmıştır . ⁺p<0,05, ⁺⁺p<0,01**

Katılımcıların APGAR ölçeği puan ortalamalarına göre düzenli bedensel etkinlikleri ve sağlıklı beslenme puan ortalaması karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi(p>0,05). Katılımcıların APGAR ölçeği puan ortalamalarına göre sosyal faaliyet puan ortalaması karşılaştırıldığında aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi (F=7,950, p=0,000). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre ailesi yüksek işlevsellik gösterenlerin sosyal faaliyet puanı ağır bozukluk(p=0,000) ve orta bozukluk (p=0,028) gösterenler göre anlamlı olarak yüksek saptandı (Tablo 84).

Tablo 84. Katılımcıların Apgar ölçeği puanına göre bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet durumlarının karşılaştırılması.

(n=312)	APGAR ölçeği			F*	P
	Ağır bozukluk (n=44) Ort±SS	Orta bozukluk (n=80) Ort±SS	Yüksek işlevsellik (n=188) Ort±SS		
Bedensel etkinlik	1,8 ±0,9	1,9±0,8	1,9± 1,0	0,229	0.795
Sağlıklı beslenme	2,5±1.0	2,6±0,7	2,7±1,0	0,907	0,405
Sosyal faaliyet	1,7±0.9	2,1±0,9	2,4±1,1	7,950	0,000⁺

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†]p<0,01

Tablo 85. Katılımcıların Apgar ölçeği puanına göre sosyal faaliyet durumlarının karşılaştırılması

	(I)APGAR ölçeği	(J)APGAR ölçeği	Ortalama Fark (I-J)**	P
Sosyal faaliyet	Ağır bozukluk	Orta bozukluk	-0,352	0,077
		Yüksek işlevsellik	-0,663	0,000⁺⁺
	Orta bozukluk	Ağır bozukluk	0,352	0,077
		Yüksek işlevsellik	-0,311	0,028⁺
	Yüksek işlevsellik	Ağır bozukluk	0,663	0,000⁺⁺
		Orta bozukluk	0,311	0,028⁺

**Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,01

Katılımcıların APGAR ölçeği puan ortalamalarına göre evlendikleri yaş ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı(p>0,05). Katılımcıların APGAR ölçeği puan ortalamalarına göre evlilik süresi puan ortalaması karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (F=6,952, p=0.001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; aile işlevselliğinde ağır bozukluk olan katılımcıların orta bozukluk (p=0,001) ve yüksek işlevsellik (p=0,001) seviyesine sahip olanlara göre evlilik süresinin daha yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların APGAR ölçeği puan ortalamalarına göre çocuk sayısı ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=4,446$, $p=0.012$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; Ağır bozukluk seviyesine sahip olanların çocuk sayısı ortalaması Orta bozukluk seviyesine($p=0,014$) ve yüksek işlevsellik seviyesine($p=0,004$) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı.(Tablo 86).

Tablo 86. Katılımcıların Apgar ölçeği puanına göre evlendiği yaş, evlilik süresi ve çocuk sayısının karşılaştırılması

(n=312)	APGAR ölçeği			F*	P
	Ağır bozukluk (n=44) Ort±SS	Orta bozukluk (n=80) Ort±SS	Yüksek işlevsellik (n=188) Ort±SS		
Evlendiği yaş	21,9 ±5,1	20,5±2,9	21,2± 3,3	1,357	0,259
Evlilik süresi	23,7±12,2	16,8±8,5	17,3±10,3	6,952	0,001 ⁺
Çocuk sayısı	2.9 ±1,2	2,3±0,9	2,3± 0,8	4,446	0,012 ⁺⁺

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. ⁺ $p<0,05$ ⁺⁺ $p<0,01$

Tablo 87. Katılımcıların Apgar ölçeği puanına göre evlilik süresi ve çocuk sayısının karşılaştırılması

	(I)APGAR ölçeği	(J)APGAR ölçeği	Ortalama Fark (I-J)**	P
Evlilik süresi	Ağır bozukluk	Orta bozukluk	6,817	0,001 ⁺⁺
		Yüksek işlevsellik	5,917	0,001 ⁺⁺
	Orta bozukluk	Ağır bozukluk	-6,817	0,001 ⁺⁺
		Yüksek işlevsellik	-0,900	0,516
	Yüksek işlevsellik	Ağır bozukluk	-5,917	0,001 ⁺⁺
		Orta bozukluk	0,900	0,516
Çocuk sayısı	Ağır bozukluk	Orta bozukluk	0,522	0,014 ⁺
		Yüksek işlevsellik	0,553	0,004 ⁺⁺
	Orta bozukluk	Ağır bozukluk	-0,522	0,014 ⁺
		Yüksek işlevsellik	0,031	0,836
	Yüksek işlevsellik	Ağır bozukluk	-0,553	0,004 ⁺⁺
		Orta bozukluk	-0,031	0,836

**Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. ⁺ $p<0,05$, ⁺⁺ $p<0,01$

Katılımcıların APGAR ölçeği puan ortalamalarına göre kahve ve alkol kullanma alışkanlıkları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı($p>0,05$)(Tablo 88).

Tablo 88. Katılımcıların Apgar ölçeği puanına göre kahve ve alkol alışkanlıklarının karşılaştırılması

(n=312)	APGAR ölçeği			F*	P
	Ağır bozukluk (n=44) Ort±SS	Orta bozukluk (n=80) Ort±SS	Yüksek işlevsellik (n=188) Ort±SS		
Katılımcının kahve kullanımı	2,7±0,9	2,7±1,1	2,8± 0,9	0,167	0,847
Katılımcının alkol kullanımı	1,0±0,2	1,1±0,2	1,0±0,3	0,553	0,576

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır.

Katılımcıların APGAR ölçeği puan ortalamalarına göre HAD ölçeği Anksiyete puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=9,021$, $p=0.000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; orta bozukluk seviyesine sahip olanların anksiyete puanı; yüksek işlevsellikten($p=0,044$)yüksek, ağır bozukluktan($p=0,027$) düşük olarak saptandı.

Katılımcıların APGAR ölçeği puan ortalamalarına göre HAD ölçeği Depresyon puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=15,206$, $p=0.000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; yüksek işlevselliğe sahip olanların depresyon puanı; orta($p=0,000$) ve ağır bozukluktan($p=0,000$) anlamlı olarak düşük olarak saptandı (Tablo 89).

Tablo 89. Katılımcıların Apgar ölçeği puanına göre anksiyete ve depresyon puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	APGAR ölçeği			F*	P
	Ağır bozukluk (n=44) Ort±SS	Orta bozukluk (n=80) Ort±SS	Yüksek işlevsellik (n=188) Ort±SS		
Anksiyete puan	10,6±5,0	8,8±4,4	7,6± 4,3	9,021	0,000 ⁺
Depresyon puan	8,5±4,9	7,6±3,6	5,6±3,3	15,206	0,000 ⁺

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. †p<0,01

Tablo 90. Katılımcıların Apgar ölçeği puanına göre anksiyete ve depresyon puanlarının karşılaştırılması

	(I)APGAR ölçeği	(J)APGAR ölçeği	Ortalama Fark (I-J)**	P
Anksiyete puan	Ağır bozukluk	Orta bozukluk	1,859	0,027 ⁺
		Yüksek işlevsellik	3,063	0,000 ⁺⁺
	Orta bozukluk	Ağır bozukluk	-1,859	0,027 ⁺
		Yüksek işlevsellik	1,204	0,044 ⁺
	Yüksek işlevsellik	Ağır bozukluk	-3,063	0,000 ⁺⁺
		Orta bozukluk	-1,204	0,044 ⁺
Depresyon puan	Ağır bozukluk	Orta bozukluk	0,900	0,193
		Yüksek işlevsellik	2,856	0,000 ⁺⁺
	Orta bozukluk	Ağır bozukluk	-0,900	0,193
		Yüksek işlevsellik	1,956	0,000 ⁺⁺
	Yüksek işlevsellik	Ağır bozukluk	-2,856	0,000 ⁺⁺
		Orta bozukluk	-1,956	0,000 ⁺⁺

**Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. †p<0,05, ††p<0,01

Katılımcıların APGAR ölçeği puan ortalamalarına göre yaşam kalitesi ölçeği 1. soru (yaşam kalitesi) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (F=15,124, p=0.000). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; yüksek işlevsellığe sahip olanların yaşam kalitesi puan ortalaması ağır

bozukluk($p=0,000$) ve orta bozukluk seviyesine($p=0,000$) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı. Katılımcıların APGAR ölçeği puan ortalamalarına göre yaşam kalitesi ölçeği 2. Soru(genel sağlık algısı) ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=9,735$, $p=0.000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; yüksek işlevselliğe sahip olanların genel sağlık algısı puan ortalaması ağır bozukluk($p=0,000$) ve orta bozukluk seviyesine($p=0,003$) sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı (Tablo 91).

Tablo 91. Katılımcıların Apgar ölçeği puanına göre yaşam kalitesi ölçeği 1. ve ,2. . soru skorlarının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcı APGAR ölçeği			F*	P
	Ağır bozukluk (n=44) Ort±SS	Orta bozukluk (n=80) Ort±SS	Yüksek işlevsellik (n=188) Ort±SS		
Genel yaşam kalitesi (1.soru)	2,8 ±0,8	3,0±0,7	3,5± 0,8	15,124	0,000 ⁺
Genel sağlık algısı (2.soru)	2,7±1,0	3,0±0,9	3,3± 0,9	9,735	0,000 ⁺

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. , ⁺ $p<0,01$

Tablo 92. Katılımcıların Apgar ölçeği puanına göre yaşam kalitesi ölçeği 1. Ve 2. soru skorunun karşılaştırılması

	(I)APGAR ölçeği	(J)APGAR ölçeği	Ortalama Fark (I-J)**	P
Genel yaşam kalitesi (1. soru)	Ağır bozukluk	Orta bozukluk	-0,222	0,160
		Yüksek işlevsellik	-0,659	0,000 ⁺
	Orta bozukluk	Ağır bozukluk	0,222	0,160
		Yüksek işlevsellik	-0,437	0,000 ⁺
	Yüksek işlevsellik	Ağır bozukluk	0,659	0,000 ⁺
		Orta bozukluk	0,438	0,000 ⁺
Genel sağlık algısı (2. soru)	Ağır bozukluk	Orta bozukluk	-0,227	0,203
		Yüksek işlevsellik	-0,610	0,000 ⁺
	Orta bozukluk	Ağır bozukluk	0,227	0,203
		Yüksek işlevsellik	-0,383	0,003 ⁺
	Yüksek işlevsellik	Ağır bozukluk	0,610	0,000 ⁺
		Orta bozukluk	0,383	0,003 ⁺

**Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. [†] $p<0,05$, ^{††} $p<0,01$

Katılımcıların APGAR ölçeğine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları

karşılaştırıldığında bedensel alt boyut ortalama puanı ile APGAR ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=16,789$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek işlevsellik seviyesine sahip olanlarda ağır ($p=0,000$) ve Orta bozukluk ($p=0,000$) seviyesine sahip olanlara göre bedensel alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu .

Katılımcıların ruhsal alt boyut ortalama puanı ile APGAR ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=23,896$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek işlevsellik seviyesine sahip olanlarda; ağır ($p=0,000$) ve Orta bozukluk ($p=0,000$) seviyesine sahip olanlara göre ruhsal alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu .

Katılımcıların sosyal alt boyut ortalama puanı ile APGAR ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=27,031$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre orta bozukluk seviyesine sahip olanlarda; Ağır bozukluk seviyesine ($p=0,024$) sahip olanlara göre sosyal alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek ,yüksek işlevsellik seviyesine ($p=0,000$) göre daha düşük saptandı.

Katılımcıların çevre alt boyut ortalama puanı ile APGAR ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=27,029$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek işlevsellik seviyesine sahip olanlarda; ağır ve Orta bozukluk seviyesine sahip olanlara göre çevre alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla $p=0,000$; $p=0,000$). Apgar düzeyi ağır ve orta olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,787$).

Katılımcıların WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ortalama toplam puanı ile APGAR ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=34,577$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre yüksek işlevsellik seviyesine sahip olanlarda; ağır ve Orta bozukluk seviyesine sahip olanlara göre yaşam kalitesi toplam alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla $p=0,000$; $p=0,00$) (Tablo 93).

Tablo 93. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarınınAPGAR ölçeğine göre karşılaştırılması

(n=312)	APGAR ölçeği			F*	p
	Ağır bozukluk (n=44) Ort±SS	Orta bozukluk (n=80) Ort±SS	Yüksek işlevsellik (n=188) Ort±SS		
Bedensel alt boyut	22,40±4,9	23,9±3,6	25,9±4,0	16,789	0,000 [†]
Ruhsal alt boyut	18,5±4,2	19,9±3,7	22,9±3,2	23,896	0,000 [†]
Sosyal alt boyut	8,7±2,7	9,4±2,8	11,2±2,4	27,031	0,000 [†]
Çevre alt boyut	27,3±5,4	27,0±4,2	31,4±5,2	27,029	0,000 [†]
Boyutlar toplamı	82,5±15,6	85,5±11,9	97,7±14,3	34,577	0,000 [†]

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†]p<0,01

Tablo 94. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının APGAR ölçeğine göre karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	Eğitim Durumu	Ortalama Fark(I-J)**	p
Bedensel alt boyut)	Ağır bozukluk	Orta bozukluk	-0,8557	0,293
		Yüksek işlevsellik	-3,4033	0,000⁺⁺
	Orta bozukluk	Ağır bozukluk	0,8557	0,293
		Yüksek işlevsellik	-2,5476	0,000⁺⁺
	Yüksek işlevsellik	Ağır bozukluk	3,4033	0,000⁺⁺
		Orta bozukluk	2,5476	0,000⁺⁺
Ruhsal alt boyut	Ağır bozukluk	Orta bozukluk	-0,788	0,285
		Yüksek işlevsellik	-3,606	0,000⁺⁺
	Orta bozukluk	Ağır bozukluk	0,788	0,285
		Yüksek işlevsellik	-2,819	0,000⁺⁺
	Yüksek işlevsellik	Ağır bozukluk	3,606	0,000⁺⁺
		Orta bozukluk	2,819	0,000⁺⁺
Sosyal alt boyut	Ağır bozukluk	Orta bozukluk	-1,050	0,024⁺
		Yüksek işlevsellik	-2,670	0,000⁺⁺
	Orta bozukluk	Ağır bozukluk	1,050	0,024⁺
		Yüksek işlevsellik	-1,620	0,000⁺⁺
	Yüksek işlevsellik	Ağır bozukluk	2,670	0,000⁺⁺
		Orta bozukluk	1,620	0,000⁺⁺
Çevre alt boyut	Ağır bozukluk	Orta bozukluk	0,256	0,787
		Yüksek işlevsellik	-4,123	0,000⁺⁺
	Orta bozukluk	Ağır bozukluk	-0,256	0,787
		Yüksek işlevsellik	-4,379	0,000⁺⁺
	Yüksek işlevsellik	Ağır bozukluk	4,123	0,000⁺⁺
		Orta bozukluk	4,379	0,000⁺⁺
Alt boyutlar toplamı	Ağır bozukluk	Orta bozukluk	-2,932	0,265
		Yüksek işlevsellik	-15,224	0,000⁺⁺
	Orta bozukluk	Ağır bozukluk	2,932	0,265
		Yüksek işlevsellik	-12,293	0,000⁺⁺
	Yüksek işlevsellik	Ağır bozukluk	15,224	0,000⁺⁺
		Orta bozukluk	12,293	0,000⁺⁺

**Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. ⁺p<0,05, ⁺⁺p<0,01

Katılımcıların HAD-A(Anksiyete) ölçeğine göre evlendiği yaş karşılaştırıldığında anksiyete riski olanların anlamlı olarak düşük saptandı($t=2,437$ $p=0,015$). HAD-A ölçeğine göre kaç yıldır evli oldukları karşılaştırıldığında anksiyete riski olanların anlamlı olarak yüksek saptandı($t=-3,108$, $p=0,002$). Katılımcıların HAD-A(Anksiyete) ölçeğine göre çocuk sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) .

Tablo 95. Katılımcıların HAD-A ölçeğine göre evlilik yaşı, evlilik süresi, çocuk sayısı durumunun karşılaştırılması

(n=312)	HAD-A ölçeği		t*	p
	Risk yok(n=226)	Risk var(n=86)		
Evlilik yaşı	21,5±4,3	20,8±4,9	2,437	0,015 ⁺
Evlilik süresi(yıl)	17,3±9,6	21,8±12,1	-3,108	0,002 ⁺⁺
Çocuk sayısı	2,3±1,1	2,6±1,1	-1,901	0,058

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır, ⁺p<0,05 ,⁺⁺p<0,01

Katılımcıların HAD-A(Anksiyete) ölçeğine göre APGAR puan ortalamaları karşılaştırıldığından anksiyetesi olanların APGAR puan anlamlı olarak düşük saptandı($t=3,218$ $p=0,001$) (Tablo96).

Tablo 96. Katılımcıların HAD-A ölçeğine göre APGAR puanlarının karşılaştırılması

	HAD-A ölçeği		t*	p
	Risk yok(n=226)	Risk var(n=86)		
Apgar puan	7,4±2,5	6,2±3,2	3,218	0,001 ⁺

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır ,⁺p<0,01

Katılımcıların HAD-A(Anksiyete) ölçeğine göre WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği 1.soru (yaşam kalitesi) puan ortalaması karşılaştırıldığında anksiyetesi olanların yaşam kalitesi puanı anlamlı olarak düşük saptandı($t=6,695$, $p=0,000$). Katılımcıların HAD-A(Anksiyete) ölçeğine göre WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği 2. Soru (genel sağlık algısı) puan ortalaması karşılaştırıldığında anksiyetesi olanların genel sağlık algısı puanı anlamlı olarak düşük saptandı($t=5,744$, $p=0,000$) (Tablo97).

Tablo 97. Katılımcıların HAD-A ölçeğine göre WHOQOL-BREF 1. VE 2.soru puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	HAD-A ölçeği		t*	p
	Risk yok(n=226)	Risk var(n=86)		
Genel yaşam kalitesi(1.soru)	3,3±0,8	3,2±0,9	0,363	0,717
Genel sağlık algısı(2.soru)	3,1±0,9	3,3±1,0	-0,838	0,403

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır

Katılımcının aile tipine göre whoqol-bref yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında ; bedensel alt boyut ortalama puanı anksiyete riski olanlarda anlamlı olarak düşük saptandı(t= 6,002 p=0,000) . Ruhsal alt boyut ortalama puanı anksiyete riski olanlarda anlamlı olarak düşük saptandı(t= 8,524 p=0,000) . Sosyal alt boyut ortalama puanı anksiyete riski olanlarda anlamlı olarak düşük saptandı(t= 4,726 p=0,000) . Çevre alt boyut ortalama puanı anksiyete riski olanlarda anlamlı olarak düşük saptandı(t= 5,639 p=0,000) . WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlar toplam puanı anksiyete riski olanlarda anlamlı olarak düşük saptandı(t= 7,908 p=0,000) (Tablo98).

Tablo 98. Katılımcıların HAD-A ölçeğine göre WHOQOL-BREF ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	HAD-A ölçeği		t*	p
	Risk yok(n=226)	Risk var (n=86)		
Bedensel alt boyut	25,2±4,0	22,1±4,2	6,002	0,000 ⁺
Ruhsal alt boyut	22,5±3,2	18,1±3,5	8,524	0,000 ⁺
Sosyal alt boyut	11,3±2,7	9,5±2,6	4,726	0,000 ⁺
Çevre alt boyut	30,5±5,2	27,4±5,2	5,639	0,000 ⁺
Alt boyutlar toplamı	96,5±14,8	82,5±13,5	7,908	0,000 ⁺

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır, ⁺p<0,01

Katılımcıların HAD-D (Depresyon) ölçeğine göre evlendiği yaş karşılaştırıldığında depresyon riski olanların anlamlı olarak düşük saptandı($t=2,162$ $p=0,031$). HAD-D ölçeğine göre kaç yıldır evli oldukları ve çocuk sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 99).

Tablo 99. Katılımcıların HAD-D ölçeğine göre evlilik yaşı, evlilik süresi, çocuk sayısı durumunun karşılaştırılması

(n=312)	HAD-D ölçeği		t*	p
	Risk yok(n=200)	Risk var(n=112)		
Evlilik yaşı	21,5±4,3	20,8±3,9	2,162	0,031 ⁺
Evlilik süresi(yıl)	17,3±10,3	19,8±10,1	-0,998	0,319
Çocuk sayısı	2,3±1,1	2,5±0,9	-1,297	0,196

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır, ⁺p<0,05

Katılımcıların HAD-D (Depresyon) ölçeğine göre APGAR puan ortalamaları karşılaştırıldığında depresyon riski olanların APGAR puan anlamlı olarak düşük saptandı($t=4,673$ $p=0,000$) (Tablo 100).

Tablo 100. Katılımcıların HAD-A ölçeğine göre APGAR puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	HAD-D ölçeği		t*	p
	Risk yok(n=200)	Risk var(n=112)		
Apgar puan	7,6±2,5	6,2±2,2	4,673	0,000 ⁺

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır ⁺p<0,01

Katılımcıların HAD-D (Depresyon) ölçeğine göre WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği 1.soru (yaşam kalitesi) puan ortalaması karşılaştırıldığında depresyon riski olanların yaşam kalitesi puanı anlamlı olarak düşük saptandı($t=5,652$, $p=0,000$). Katılımcıların HAD-D (Depresyon) ölçeğine göre WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği 2. Soru (genel sağlık algısı) puan ortalaması karşılaştırıldığında depresyon riski olanların genel sağlık algısı puanı anlamlı olarak düşük saptandı($t=3,867$, $p=0,000$) (Tablo 101).

Tablo 101. Katılımcıların HAD-D ölçeğine göre WHOQOL-BREF 1. VE 2.soru puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	HAD-D ölçeği		t*	p
	Risk yok(n=200)	Risk var(n=112)		
Genel yaşam kalitesi(1.soru)	3,5±0,8	2,9±0,8	5,652	0,000 ⁺
Genel sağlık algısı(2.soru)	3,3±0,9	2,9±1,0	3,867	0,000 ⁺

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır ⁺p<0,01

Katılımcıların HAD-D (Depresyon) ölçeğine göre whoqol-bref yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında ; bedensel alt boyut ortalama puanı depresyon riski olanlarda anlamlı olarak düşük saptandı(t= 3,154 p=0,002) . Ruhsal alt boyut ortalama puanı depresyon riski olanlarda anlamlı olarak düşük saptandı(t= 7,216p=0,000) . Sosyal alt boyut ortalama puanı depresyon riski olanlarda anlamlı olarak düşük saptandı(t= 6,056 p=0,000) . Çevre alt boyut ortalama puanı depresyon riski olanlarda anlamlı olarak düşük saptandı(t= 4,308 p=0,000) . WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlar toplam puanı depresyon riski olanlarda anlamlı olarak düşük saptandı(t= 6,153 p=0,000) (Tablo 102).

Tablo 102. Katılımcıların HAD-D ölçeğine göre WHOQOL-BREF ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	HAD-D ölçeği		t*	p
	Risk yok(n=200)	Risk var (n=112)		
Bedensel alt boyut	25,2±4,0	23,1±4,2	3,154	0,002 ⁺
Ruhsal alt boyut	22,5±3,2	19,1±3,5	7,216	0,000 ⁺
Sosyal alt boyut	11,3±2,7	9,5±2,6	6,056	0,000 ⁺
Çevre alt boyut	30,5±5,2	28,4±5,2	4,308	0,000 ⁺
Alt boyutlar toplamı	96,5±14,8	85,5±14,5	6,153	0,000 ⁺

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır ⁺p<0,01

Katılımcıların sigara kullanımına göre yaş , ağırlık, VKİ, bel çevresi ortalaması karşılaştırıldığında sigara kullanan ve kullanmayan arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların sigara kullanımına göre boy ortalamaları karşılaştırıldığında sigara kullananların boy ortalaması anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=-2,306$, $p=0,022$) (Tablo 103).

Tablo 103. Katılımcıların sigara kullanımına göre yaş,boy, ağırlık, VKİ ve bel çevresinin karşılaştırılması.

(n=312)	Katılımcının sigara kullanımı		t*	p
	Hayır (n=156)	Evet(n=156)		
Yaş	39,4±8,9	40,3±11,0	-0,812	0,417
Boy	159,9±6,0	161,2±6,1	-2,306	0,022⁺
Ağırlık	73,1±14,8	72,6±13,1	0,050	0,960
VKİ	28,3±6,0	27,4±5,3	0,951	0,342
Bel çevresi	91,2±15,9	91,3±13,3	-0,075	0,940

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır, ⁺p<0,05

Katılımcıların sigara kullanımına göre düzenli bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme ve sosyal faaliyet ortalama puanı karşılaştırıldığında sigara kullanan ve kullanmayan arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) . Katılımcılardan sigara kullananların kahve ve alkol kullanım alışkanlıkları anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=-4,354$, $p=0,000$; $t=-3,829$, $p=0,000$). Katılımcılardan sigara kullananların, eşlerinin kahve ve alkol kullanım alışkanlıkları anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=-6,209$, $p=0,000$; $t=-1,386$, $p=0,000$) (Tablo 104).

Tablo 104. Katılımcıların sigara kullanımına göre yaşam tarzlarının, katılımcıların ve eşlerinin kahve ve alkol kullanımlarının karşılaştırılması.

(n=312)	Katılımcının sigara kullanımı		t*	p
	Hayır (n=156)	Evet (n=156)		
Bedensel etkinlik	1,9±1,0	1,9±0,9	0,000	1,000
Sağlıklı beslenme	2,7±0,9	2,6±1,0	0,922	0,357
Sosyal faaliyet	2,2±1,0	2,2±1,0	-0,419	0,676
Kahve kullanımı	2,5±0,8	3,0±1,0	-4,354	0,000⁺
Alkol kullanımı	1,0±0,0	1,1±0,4	-3,829	0,000⁺
Eşin alkol kullanımı	1,0±0,3	1,4±0,7	-6,209	0,000⁺
Eşin kahve kullanımı	2,0±0,8	2,2±1,0	-1,386	0,000⁺

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır, ⁺p<0,01

Katılımcıların sigara kullanımına göre APGAR puan ortalamaları karşılaştırıldığında sigara kullanan ve kullanmayan arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Sigara kullanan katılımcıların ,HAD ölçeğine göre hesaplanan Anksiyete ve Depresyon puan ortalamaları yüksek saptandı ($t=-2,107$, $p=0,036$; $t=-2,668$, $p=0,008$) (Tablo 105).

Tablo 105. Katılımcıların sigara kullanımına göre APGAR, HADA, HADD puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcının sigara kullanımı		t*	p
	Hayır (n=156)	Evet (n=156)		
Apgar puan	7,3±2,5	6,8±2,8	1,483	0,139
HADA puan	7,7±4,7	8,8±4,5	-2,107	0,036 ⁺
HADD puan	5,9±4,8	7,1±3,6	-2,668	0,008 ⁺⁺

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. ⁺ $p<0,05$, ⁺⁺ $p<0,01$

Katılımcıların sigara kullanımına göre ,WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği 1.soru (yaşam kalitesi),2. Soru (genel sağlık algısı) ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 106).

Tablo 106. Katılımcıların aile tipine göre WHOQOL-BREF 1. , 2.soru ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

(n=312)	Katılımcının sigara kullanımı		t*	p
	Hayır (n=156)	Evet (n=156)		
Genel yaşam kalitesi(1.soru)	3,3±0,8	3,2±0,9	1,554	0,121
Genel sağlık algısı(2.soru)	3,2±0,9	3,1±1,0	1,279	0,202
Bedensel alt boyut	24,7±4,5	24,1±4,5	1,110	0,268
Ruhsal alt boyut	21,3±4,0	20,8±4,5	0,984	0,326
Sosyal alt boyut	10,9±2,3	10,3±2,6	1,923	0,055
Çevre alt boyut	29,8±5,2	29,6±4,5	0,332	0,740
Toplam alt boyut	93,4±14,5	91,4±16,2	1,146	0,253

* İki örneklemlili t testi kullanılmıştır

Katılımcılara uygulanan fagerström nikotin bağımlılık testinin sınıflamasına göre sağlıklı beslenme puan ortalaması karşılaştırıldığında aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=4,521$, $p=0.012$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; şiddetli nikotin bağımlılığına sahip olanların sağlıklı beslenme puan ortalaması hafif düzey($p=0,004$) ve orta düzey ($p=0,014$) bağımlılığa sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük saptandı.

Düzenli bedensel etkinlik, sosyal faaliyet , katılımcının kahve ve alkol kullanımı, katılımcının eşinin kahve ve alkol kullanımı ile fagerström nikotin bağımlılık test sınıflaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı($p>0,05$) (Tablo 107).

Tablo 107. Fagerström nikotin bağımlılık testinin sınıflamasına göre yaşam tarzı, katılımcılar ve eşlerinin alkol ve sigara kullanım durumlarının karşılaştırılması.

(n=312)	Fagerström nikotin bağımlılık test sınıflaması			F*	P
	Hafif düzey (n=84) Ort±SS	Orta düzey (n=41) Ort±SS	Şiddetli düzey (n=31) Ort±SS		
Bedensel etkinlik	2,0 ±0,9	1,9±1,1	1,8± 0,8	0,292	0,747
Sağlıklı beslenme	2,7±0,8	2,7±0,9	2,1±1,0	4,521	0,012 ⁺
Sosyal faaliyet	2,2±1,0	2,3±1,1	2,2±1,1	0,162	0,850
Katılımcının kahve kullanımı	2,9±0,8	3,0±1,0	3,1±1,3	0,461	0,631
Katılımcının alkol kullanımı	1,1±0,4	1,0±0,2	1,1± 0,4	1,319	0,271
Katılımcının eşinin alkol kullanımı	1,5±1,0	1,4±0,7	1,4±0,7	0,319	0,728
Katılımcının eşinin kahve kullanımı	2,3±0,9	1,9±1,1	2,3±1,1	1,846	0,161

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. ⁺p<0,05

Tablo 108. Fagerström nikotin bağımlılık testinin sınıflamasına göre sağlıklı beslenme durumlarının karşılaştırılması.

	(I) Fagerström sınıflaması	(J) Fagerström sınıflaması	Ortalama Fark (I-J)**	P
Sağlıklı beslenme	Hafif düzey	Orta düzey	0,019	0,915
		Şiddetli düzey	0,565	0,004 ⁺⁺
	Orta düzey	Hafif düzey	-0,019	0,915
		Şiddetli düzey	0,546	0,014 ⁺
	Şiddetli düzey	Hafif düzey	-0,565	0,004 ⁺⁺
		Orta düzey	-0,546	0,014 ⁺

**Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. ⁺p<0,05, ⁺⁺p<0,01

Katılımcılara uygulanan fagerström nikotin bağımlılık testinin sınıflamasına göre APGAR puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi (F=4,724, p=0.031). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; şiddetli nikotin bağımlılığına sahip olanların APGAR puan ortalaması, hafif düzey(p=0,031) bağımlılığa sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük saptandı.

Katılımcılara uygulanan fagerström nikotin bağımlılık testinin sınıflaması ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı idi (F=3,635, p=0.029). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; şiddetli nikotin bağımlılığına sahip olanların HADA puan ortalaması , hafif düzey(p=0,031) nikotin bağımlılığına sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı

Katılımcılara uygulanan fagerström nikotin bağımlılık testinin sınıflaması HAD Ölçeği Depresyon skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı idi (F=4,364, p=0.014). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; şiddetli nikotin bağımlılığına sahip olanların HADD puan ortalaması , hafif düzey (p=0,007) nikotin bağımlılığına sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı (Tablo 109).

Tablo 109. Fagerström nikotin bağımlılık testinin sınıflamasına göre APGAR puan, HADA puan ve HADD puanlarıyla karşılaştırılması.

(n=312)	Fagerström nikotin bağımlılık test sınıflaması			F*	P
	Hafif düzey (n=84) Ort±SS	Orta düzey (n=41) Ort±SS	Şiddetli düzey (n=31) Ort±SS		
APGAR Skoru	7,3 ±3,0	6,4±2,3	6,0± 2,6	4,724	0,031⁺
Anksiyete Skoru	8,0 ±4,7	9,2±4,3	10,6± 4,4	3,635	0.029⁺
Depresyon Skoru	6,3 ±4,0	7,7±3,1	8,5± 3,8	4,364	0,014⁺

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†]p<0,05

Tablo 110. Fagerstrom nikotin bağımlılık testinin sınıflamasına göre APGAR puan, HADA ve HADD puanlarıyla karşılaştırılması.

	(I) Fagerström sınıflaması	(J) Fagerström sınıflaması	Ortalama Fark (I-J)**	P
APGAR Skoru	Hafif düzey	Orta eğitim	0,894	0,099
		Şiddetli düzey	1,293	0,031⁺
	Orta düzey	Hafif düzey	-0,894	0,099
		Şiddetli düzey	0,399	0,555
	Şiddetli düzey	Hafif düzey	-1,293	0,031⁺
		Orta düzey	-0,399	0,555
Anksiyete Skoru	Hafif düzey	Orta düzey	-1,172	0,196
		Şiddetli düzey	-2,630	0,009⁺⁺
	Orta düzey	Hafif düzey	1,172	0,196
		Şiddetli düzey	-1,458	0,198
	Şiddetli düzey	Hafif düzey	2,630	0,009⁺⁺
		Orta düzey	1,458	0,198
Depresyon Skoru	Hafif düzey	Orta düzey	-1,398	0,062
		Şiddetli düzey	-2,239	0,007⁺⁺
	Orta düzey	Hafif düzey	1,398	0,062
		Şiddetli düzey	-0,841	0,366
	Şiddetli düzey	Hafif düzey	2,239*	0,007⁺⁺
		Orta düzey	0,841	0,366

**Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. [†]p<0,05, ⁺⁺p<0,01

Katılımcılara uygulanan fagerström nikotin bağımlılık testinin sınıflaması ile WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği 1. soru (yaşam kalitesi) arasında anlamlı bir ilişki

saptandı($F=7,545$, $p=0.001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; hafif düzey nikotin bağımlılığına sahip olanların orta($p=0,028$) ve şiddetli($p=0,000$) nikotin bağımlılığına sahip olanlardan yaşam kalitesi puanı anlamlı olarak yüksek saptandı.

Katılımcılara uygulanan fagerström testine göre yaşam kalitesi ölçeği 2. Soru(genel sağlık algısı) ortalamaları karşılaştırıldığında, aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($F=3,905$, $p=0.022$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; şiddetli nikotin bağımlılığına sahip olanların, genel sağlık algısı puan ortalaması hafif ($p=0,006$) nikotin bağımlılığına sahip olanlardan anlamlı olarak düşük saptandı. Katılımcılara uygulanan fagerström testine göre bedensel alt boyut ortalama puanı arasında anlamlı bir ilişki saptandı($F=7,761$, $p=0.001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; hafif düzey nikotin bağımlılığına sahip olanların orta($p=0,013$) ve şiddetli ($p=0,000$)) nikotin bağımlılığına sahip olanlardan bedensel alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak yüksek saptandı. Katılımcılara uygulanan fagerström testi ile ruhsal alt boyut ortalama puanı arasında anlamlı bir ilişki saptandı($F=5,919$, $p=0.003$). Hafif düzey nikotin bağımlılığına sahip olanların şiddetli ($p=0,001$) düzey nikotin bağımlılığına sahip olanlardan ruhsal alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak yüksek saptandı. Katılımcılara uygulanan fagerström testi ile sosyal alt boyut ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı($p>0,05$). Katılımcılara uygulanan fagerström testi ile çevresel alt boyut ortalama puanı arasında anlamlı bir ilişki saptandı($F=6,564$, $p=0.002$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; hafif düzey nikotin bağımlılığına sahip olanların orta($p=0,007$) ve şiddetli ($p=0,002$) nikotin bağımlılığına sahip olanlardan çevresel alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak yüksek saptandı. Katılımcılara uygulanan fagerström testi ile alt boyut toplamaları ortalama puanı arasında anlamlı bir ilişki saptandı($F=8,616$, $p=0.000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc LSD testine göre; hafif düzey nikotin bağımlılığına sahip olanların orta($p=0,007$) ve şiddetli ($p=0,000$) nikotin bağımlılığına sahip olanlardan alt boyut toplamaları ortalama puanı anlamlı olarak yüksek saptandı. (Tablo 111).

Tablo 111. Fagerström nikotin bağımlılık testinin sınıflamasına göre Katılımcıların WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği skorlarının karşılaştırılması

(n=312)	Fagerström nikotin bağımlılık test sınıflaması			F*	P
	Hafif düzey (n=84) Ort±SS	Orta düzey (n=41) Ort±SS	Şiddetli düzey (n=31) Ort±SS		
Genel yaşam kalitesi (1. soru)	3,4 ±0,8	3,0±0,9	2,7± 1,0	7,545	0,001 ⁺⁺
Genel sağlık algısı (2.soru)	3,3 ±0,9	3,0±0,8	2,7± 0,9	3,905	0,022 ⁺
Bedensel alt boyut	25,3±3,9	23,2±4,6	22,0± 4,7	7,761	0,001 ⁺⁺
Ruhsal alt boyut	21,8 ±4,1	20,4±3,8	18,9 ±4,8	5,919	0,003 ⁺⁺
Sosyal alt boyut	10,7 ±2,9	9,8±2,8	9,8± 2,8	1,829	0,164
Çevre alt boyut	31,1 ±5,5	28,2±5,4	27,5± 5,5	6,564	0,002 ⁺⁺
Alt boyutlar toplamı	96,0 ±15,8	88,0 ±14,7	83,7 ±15,5	8,616	0,000 ⁺⁺

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. ⁺p<0,05, ⁺⁺p<0,01

Tablo 112. Fagerström nikotin bağımlılık testinin sınıflamasına göre katılımcıların WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği skorlarının karşılaştırılması

	(I) Fagerström sınıflaması	(J) Fagerström sınıflaması	Ortalama Fark (I-J)**	P
Genel yaşam kalitesi (1. soru)	Hafif düzey	Orta eğitim	0,391	0,028 ⁺
		Şiddetli düzey	0,722	0,000 ⁺⁺
	Orta düzey	Hafif düzey	-0,391	0,028 ⁺
		Şiddetli düzey	0,331	0,136
	Şiddetli düzey	Hafif düzey	-0,722	0,000 ⁺⁺
		Orta düzey	-0,331	0,136
Genel sağlık algısı (2.soru)	Hafif düzey	Orta düzey	0,224	0,220
		Şiddetli düzey	0,556	0,006 ⁺⁺
	Orta düzey	Hafif düzey	-0,224	0,220
		Şiddetli düzey	0,331	0,148
	Şiddetli düzey	Hafif düzey	-0,556	0,006 ⁺⁺
		Orta düzey	-0,331	0,148
Bedensel alt boyut	Hafif düzey	Orta düzey	2,0764	0,013 ⁺
		Şiddetli düzey	3,3045	0,000 ⁺⁺
	Orta düzey	Hafif düzey	-2,0764	0,013 ⁺
		Şiddetli düzey	1,2282	0,234
	Şiddetli düzey	Hafif düzey	-3,3045	0,000 ⁺⁺
		Orta düzey	-1,2282	0,234
Ruhsal alt boyut	Hafif düzey	Orta eğitim	1,443	0,074
		Şiddetli düzey	2,954	0,001 ⁺⁺
	Orta düzey	Hafif düzey	-1,443	0,074
		Şiddetli düzey	1,511	0,134
	Şiddetli düzey	Hafif düzey	-2,954	0,001 ⁺⁺
		Orta düzey	-1,511	0,134
Çevre alt boyut	Hafif düzey	Orta düzey	2,851	0,007 ⁺⁺
		Şiddetli düzey	3,579	0,002 ⁺⁺
	Orta düzey	Hafif düzey	-2,851	0,007 ⁺⁺
		Şiddetli düzey	0,728	0,579
	Şiddetli düzey	Hafif düzey	-3,579	0,002 ⁺⁺
		Orta düzey	-0,728	0,579
Alt boyutlar toplamı	Hafif düzey	Orta düzey	8,071	0,007 ⁺⁺
		Şiddetli düzey	12,362	0,000 ⁺⁺
	Orta düzey	Hafif düzey	-8,071	0,007 ⁺⁺
		Şiddetli düzey	4,290	0,247
	Şiddetli düzey	Hafif düzey	-12,362	0,000 ⁺⁺
		Orta düzey	-4,290	0,247

**Post-hoc LSD testi kullanılmıştır. ⁺p<0,05, ⁺⁺p<0,01

Katılımcıların bazı sosyodemografik verileri ve fagerström testi ile bedensel etkinlik,sağlıklı beslenme ,sosyal faaliyet, katılımcının ve eşinin kahve ve alkol kullanma alışkanlığı arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Katılımcı kadınların aile tipi ile bedensel etkinlik ,sosyal faaliyet, katılımcının ve eşlerinin kahve ve alkol kullanımı karşılaştırıldığında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcı kadınların aile tipi ile sağlıklı beslenme arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı ($r=0,1460$, $p=0,010$). Katılımcıların eğitim durumu ile bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet,katılımcının kahve kullanımı, eşlerinin kahve ve alkol kullanımı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla $r=0,132$, $p=0,020$; $r=0,120$; $p=0,034$, $r=0,225$; $p=0,000$; $r=0,189$, $p=0,001$; $r=0,146$, $p=0,010$ ve $r=0,137$, $p=0,015$).Katılımcının eğitim durumu ile alkol kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların gelir düzeyi ile bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet, katılımcının kahve ve alkol kullanımı, eşlerinin kahve kullanımı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla $r=0,232$, $p=0,000$; $r=0,209$, $p=0,000$; $r=0,311$, $p=0,000$; $r=0,141$, $p=0,013$; $r=0,115$, $p=0,042$ ve $r=0,195$, $p=0,001$). Katılımcıların gelir düzeyi ile eşlerinin alkol kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların çalışma durumu ile bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet ve eşlerinin kahve kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların çalışma durumu ile kahve, alkol kullanmaları ve eşlerinin alkol kullanmaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla $r=0,134$, $p=0,018$; $r=0,293$, $p=0,000$; $r=0,121$, $p=0,033$). Katılımcıların bedensel kronik hastalık durumu ile bedensel etkinlik, sosyal faaliyet, katılımcının ve eşinin kahve kullanımı negatif yönde anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla $r=-0,175$, $p=0,002$; $r=-0,155$, $p=0,006$; $r=-0,170$, $p=0,003$; $r=-0,1750$, $p=0,002$). Kronik hastalık durumu ile sağlıklı beslenme, katılımcının ve eşinin alkol kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların ruhsal hastalık durumu ile sosyal faaliyet, katılımcının ve eşlerinin kahve ve alkol kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Ruhsal hastalık durumu ile bedensel etkinlik ve sağlıklı beslenme arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla $r=-0,121$, $p=0,033$; $r=-0,163$, $p=0,004$). Sigara kullanan katılımcıların fagerström puanı ile yaşam tarzları, katılımcı ve eşlerinin kahve ve alkol kullanımı karşılaştırıldığında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$).fagerström sınıfı ile sağlıklı beslenme karşılaştırıldığında negatif yönde anlamlı ilişki saptandı ($r=-0,166$, $p=0,038$). Fagerström sınıfı ile bedensel etkinlik, sosyal faaliyet, katılımcının ve eşlerinin kahve ve alkol kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 113).

Tablo 113. Katılımcıların bazı sosyodemografik verileri ve fagerström testi ile yaşam tarzları, katılımcı ve eşlerinin kahve ,alkol kullanımı arasındaki ilişkinin Spearman korelasyon analizi ile incelenmesi

Spearman' s rho ⁺		Bedensel etkinlik	Sağlıklı beslenme	Sosyal faaliyet	Kahve kullanımı	Alkol kullanımı	Eş alkol kullanımı	Eş kahve kullanımı
Aile tipi	r	0,083	0,146**	-0,007	0,006	-0,039	-0,073	0,062
	p	0,144	0,010⁺	0,898	0,922	0,498	0,198	0,272
Eğitim durumu	r	0,132*	0,120*	0,225**	0,189**	0,095	0,146**	0,137*
	p	0,020⁺	0,034⁺	0,000⁺⁺	0,001⁺⁺	0,095	0,010⁺	0,015⁺
Gelir düzeyi	r	0,232**	0,209**	0,311**	0,141*	0,115*	0,062	0,195**
	p	0,000⁺⁺	0,000⁺⁺	0,000⁺⁺	0,013⁺	0,042⁺	0,273	0,001⁺⁺
Çalışma durumu	r	0,099	0,082	0,068	0,134*	0,293**	0,121*	0,054
	p	0,079	0,149	0,232	0,018⁺	0,000⁺⁺	0,033⁺	0,338
Kronik hastalık	r	-0,175**	-0,020	-0,155**	-0,170**	-0,046	-0,078	-0,175**
	p	0,002⁺⁺	0,721	0,006⁺⁺	0,003⁺⁺	0,418	0,167	0,002⁺⁺
Ruhsal hastalık	r	-0,121*	-0,163**	-0,018	-0,100	-0,006	-0,058	-0,096
	p	0,033⁺	0,004⁺⁺	0,757	0,078	0,912	0,303	0,089
Fagerström puanı	r	-0,081	-0,141	0,018	0,064	-0,012	-0,070	-0,067
	p	0,315	0,080	0,825	0,426	0,879	0,384	0,406
Fagerström sınıfı	r	-0,081	-0,166*	-0,004	0,070	-0,002	-0,080	-0,087
	p	0,312	0,038⁺	0,963	0,385	0,982	0,318	0,278

⁺Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. r= Spearman's rho katsayısı. *Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı, **Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı.

Katılımcıların bazı sosyodemografik verileri ve fagerström testi ile APGAR puan, HADA ve HADD puan ortalamaları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Katılımcı kadınların aile tipi ile Apgar puan, HADA ve HADD puan karşılaştırıldığında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05). Katılımcı kadınların eğitim durumu ile apgar puanı arasında pozitif yönde ; HADD puanı ile negatif yönde anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla r=0,240, p=0,000; r=-0,119, p=0,035). Eğitim durumu ile HADA puanı arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05). Katılımcıların gelir düzeyi ile Apgar puanı arasında pozitif yönde , HADA ve HADD puanı arasında negatif yönde anlamlı

ilişki saptandı (sırasıyla $r=0,240$, $p=0,000$; $r=-0,177$, $p=0,002$; $r=-0,153$, $p=0,007$). Katılımcıların çalışma durumu ile Apgar ,HADA,HADD puanı arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Kronik hastalık durumu ile HADA puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı($r=0,139$, $p=0,014$). Kronik hastalık durumu ile Apgar ve HADD puanı arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Ruhsal hastalık durumu ile HADA puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı($r=0,203$, $p=0,000$). Ruhsal hastalık durumu ile Apgar ve HADD puanı arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Fagerström puanı ile Apgar puanı arasında negatif yönde, HADA ve HADD puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı(sırasıyla $r=-0,177$, $p=0,027$; $r=0,201$, $p=0,012$ ve $r=0,181$, $p=0,024$). Fagerström sınıfı ile Apgar puanı arasında negatif yönde; HADA ve HADD puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı(sırasıyla $r=-0,189$, $p=0,018$; $r=0,217$, $p=0,007$ ve $r=0,191$, $p=0,017$) (Tablo 114).

Tablo 114. Katılımcıların bazı sosyodemografik verileri ve fagerström testi ile APGAR, HADA ve HADD puanları arasındaki ilişkinin Spearman korelasyon analizi ile incelenmesi

Spearman's rho⁺		Apgar puanı	HADA puanı	HADD puanı
Aile tipi	r	0,002	-0,044	0,005
	p	0,972	0,436	0,928
Eğitim durumu	r	0,240**	-0,058	-0,119*
	p	0,000	0,309	0,035
Gelir düzeyi	r	0,240**	-0,177**	-0,153**
	p	0,000	0,002	0,007
Çalışma durumu	r	0,092	-0,093	-0,096
	p	0,106	0,103	0,092
Kronik hastalık	r	-0,054	0,139*	-0,031
	p	0,344	0,014	0,581
Ruhsal hastalık	r	-0,039	0,203**	-0,023
	p	0,498	0,000	0,681
Fagerström puanı	r	-0,177*	0,201*	0,181*
	p	0,027	0,012	0,024
Fagerström sınıfı	r	-0,189*	0,217**	0,191*
	p	0,018	0,007	0,017

⁺Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. $r=$ Spearman's rho katsayısı. *Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı, **Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı.

Katılımcıların bazı sosyodemografik verileri ve fagerström testi ile WHOQOL-BREF 1. , 2.soru ve alt boyut puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile

incelendi. Katılımcı kadınların aile tipi ile fiziksel alt boyut arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı($r=0,120$, $p=0,035$). Katılımcı kadınların eğitim durumu ile Genel sağlık algısı, fiziksel. Ruhsal, sosyal, çevresel ve alt boyutlar toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı(sırasıyla $r=-0,159$, $p=0,005$; $r=0,256$, $p=0,000$; $r=0,150$, $p=0,008$; $r=0,189$, $p=0,001$; $r=0,192$, $p=0,001$ ve $r= 0,234$, $p=0,000$). Katılımcıların gelir düzeyi ile genel yaşam kalitesi, Genel sağlık algısı, fiziksel. Ruhsal, sosyal boyutlar puanı arasında pozitif yönde (sırasıyla $r=-0,212$, $p=0,000$; $r=0,187$, $p=0,001$; $r=0,289$, $p=0,000$; $r=0,229$, $p=0,000$; $r=0,306$, $p=0,000$), çevresel ve alt boyutlar toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı(sırasıyla $r=0,384$, $p=0,000$; $r=0,346$, $p=0,000$). Katılımcıların çalışma durumu ile fiziksel. Ruhsal, sosyal ,çevresel ve alt boyutlar toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı(sırasıyla $r=0,163$, $p=0,004$; $r=0,116$, $p=0,041$; $r=0,114$, $p=0,043$; $r=0,122$, $p=0,031$ ve $r= 0,137$, $p=0,015$). Çalışma durumu ile genel yaşam kalitesi ve genel sağlık algısı puanı arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Kronik hastalık durumu ile Genel sağlık algısı, fiziksel. Ruhsal, sosyal, çevresel ve alt boyutlar toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptandı(sırasıyla $r=-0,212$, $p=0,000$; $r=-0,287$, $p=0,000$; $r=-0,158$, $p=0,005$; $r=-0,150$, $p=0,008$; $r=-0,148$, $p=0,009$ ve $r=- 0,228$, $p=0,000$). Ruhsal hastalık durumu ile genel yaşam kalitesi, fiziksel. ruhsal, sosyal ,çevresel ve alt boyutlar toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptandı(sırasıyla $r=-0,156$, $p=0,006$; $r=-0,206$ $p=0,000$; $r=-0,156$, $p=0,006$; $r=-0,144$, $p=0,011$, $r=- 0,128$, $p=0,024$ ve $r =-0,198$, $p= 0,000$). Fagerström puanı ile genel yaşam kalitesi, Genel sağlık algısı, Ruhsal, sosyal ,çevresel boyutlar puanı arasında negatif yönde (sırasıyla $r=-0,288$ $p=0,000$; $r=-0,229$, $p=0,004$; $r=-0,265$, $p=0,001$; $r=-0,203$, $p=0,011$; $r=-0,309$, $p=0,000$) ; fiziksel ve alt boyutlar toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptandı(sırasıyla $r=-0,341$, $p=0,000$; $r=-0,348$, $p=0,000$). Fagerström sınıfı ile genel yaşam kalitesi, Genel sağlık algısı, fiziksel ,Ruhsal, sosyal ,çevresel boyutlar puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla $r=-0,276$ $p=0,000$; $r=-0,225$, $p=0,005$; $r=-0,303$, $p=0,000$; $r=-0,237$, $p=0,003$; $r=-0,280$, $p=0,000$; $r=-0,318$, $p=0,000$). Fagerström sınıfı ile sosyal alt boyut puanı arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 115).

Tablo 115. Katılımcıların bazı sosyodemografik verileri ve fagerström testi ile WHOQOL-BREF 1. , 2.soru ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin Spearman korelasyon analizi ile incelenmesi

Spearman's rho ⁺		Genel Yaşam kalitesi	Genel Sağlık algısı	Bedensel alt boyut	Ruhsal alt boyut	Sosyal alt boyut	Çevre alt boyut	Toplam alt boyut
Aile tipi	r	-0,016	0,039	0,120*	0,073	0,016	0,039	0,080
	p	0,777	0,488	0,035	0,200	0,781	0,497	0,160
Eğitim durumu	r	0,086	0,159**	0,256**	0,150**	0,189**	0,192**	0,234**
	p	0,129	0,005	0,000	0,008	0,001	0,001	0,000
Gelir düzeyi	r	0,212**	0,187**	0,289**	0,229**	0,306**	0,384**	0,346**
	p	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Çalışma durumu	r	0,053	0,101	0,163**	0,116*	0,114*	0,122*	0,137*
	p	0,348	0,076	0,004	0,041	0,043	0,031	0,015
Kronik hastalık	r	-0,076	-0,212**	-0,287**	-0,158**	-0,150**	-0,148**	-0,228**
	p	0,180	0,000	0,000	0,005	0,008	0,009	0,000
Ruhsal hastalık	r	-0,156**	-0,099	-0,206**	-0,156**	-0,144*	-0,128*	-0,198**
	p	0,006	0,079	0,000	0,006	0,011	0,024	0,000
Fagerström puanı	r	-0,288**	-0,229**	-0,341**	-0,265**	-0,203*	-0,309**	-0,348**
	p	0,000	0,004	0,000	0,001	0,011	0,000	0,000
Fagerström sınıfı	r	-0,276**	-0,225**	-0,303**	-0,237**	-0,140	-0,280**	-0,318**
	p	0,000	0,005	0,000	0,003	0,081	0,000	0,000

⁺Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. r= Spearman's rho katsayısı. *Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı, **Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı.

5. TARTIŞMA

Günümüzde kadınlarda sigara kullanma oranında artış görülmektedir. Sigara; akciğer kanseri, KOAH ,larinx kanseri , iskemik kalp hastalığı gibi hastalıklara neden olması yanında kadın hastalıklarına da (serviks kanseri, erken menopoz) zemin hazırlamaktadır. Sigara, bulaşıcı olmayan hastalıkların ve önlenabilir ölümlerin başlıca nedenidir. Dünyada tütün kullanımına bağlı olarak her altı saniyede bir kişi hayatını kaybetmektedir. Türkiye sigara içme oranlarının yüksek olduğu ülkeler arasındadır(70). Sigara kullanımı ve zararları incelendiğinde, tüm dünyada kadınlar arasında sigara kullanımının yaygınlaştığı görülmektedir(71). Sigara kullanan evli kadınların ruhsal hastalık ve yaşam kalitelerini araştırdığımız bu çalışma Adana ili Yüreğir ilçesi Yenidoğan Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 312 hasta ile yürütülmüştür.

Çalışmamıza katılan evli kadınların yaş ortalaması $39,90 \pm 10,0$ yıl idi. Araştırmaya katılan evli kadınların evlendiği yaş ortalaması $21,54 \pm 4,3$ yıldır. Katılımcılar ortalama $18,3 \pm 10$ yıldır evli idi. Katılımcıların sahip olduğu çocuk sayısı ortalama $2,4 \pm 1,1$ idi. Katılımcıların 279'u (%89,4) çekirdek aile, 33'ü (%10,6) geniş aile tipine sahipti. Katılımcılar eğitim durumlarına göre incelendiğinde, %44,6 düşük eğitilmiş, %17,9 orta eğitilmiş, %37,5 yüksek eğitilmişti. Denizli'de yapılan bir çalışmada (2007) kadınlarda eğitim seviyesi arttıkça sigara içme oranının da arttığı belirtilmiştir(72). Sivas'ta yaşayan ev kadınlarında yapılan bir çalışmada, yaşları 15-99 (ort: $35,5 \pm 14$) idi. Kadınların %15,5'i sigara içerken, %3,5'i sigarayı bırakmıştı.

Kadınlarda eğitim seviyesi arttıkça sigara kullanımının arttığı görülmüştür(73).

Çalışmamızda eğitim seviyesi arttıkça katılımcıların kilo ortalamasının, VKİ nin ve bel çevresinin azaldığı görülmüştür. Kadınlarda kilo sorununu etkileyen faktörlerle ilgili yapılan çalışmada eğitim düzeylerinde önemli etkenlerden olduğu görülmüştür(74).

Çalışmamızda katılımcıların eğitim seviyesi arttıkça bedensel etkinliklerinin, sağlıklı beslenmelerinin ve sosyal faaliyetlerinin arttığı görülmüştür. Kişilerin eğitim düzeyinin spora yönelmede etkili faktörlerden olduğu yönünde çalışmalar mevcuttur(75). Başka çalışmalarda da egzersizin sigara içme isteği üzerinde olumlu bir etkisi olduğu tespit edilmiş ve egzersizin sigara kullanma isteği üzerinde pozitif etkisi

olabileceği neticesine varılmıştır(76). Erişkinlerde sağlıklı beslenmenin eğitim ile ilişkisini de destekleyen araştırmalar mevcuttur(77).

Çalışmamızda katılımcıların eğitim seviyesi, eşlerinin eğitim seviyesi ve gelir düzeyleri arttıkça evlendikleri yaşın artmakta olduğu, evlilik süresi ve çocuk sayılarının azaldığı görülmüştür. Literatürde bunu destekleyen çalışmalarda mevcuttur. Evlilik süresinin artması ile eşler arasındaki güven duygusu daha sağlam temellere oturmakta ve eşler arasındaki ilişkinin anksiyete ve takıntılardan uzaklaşmakta olduğu sonucuna varılabilir. Evlilik yaşı küçük olan kişilerde en sık görülen durum eşe karşı olan güven kaybıdır (78) (boran vd.2013). Bundan dolayı evlilik yaşı daha yüksek olan kişilerde daha yüksek güven duygusu beklenir. Daha az çocuğa sahip olanların daha yüksek güven ilişkisine sahip oldukları ortaya çıkmaktadır. Bu durum eğitim ve ekonomik düzeyin artmasına bağlı olarak çocuk yetiştirme isteğinin azalmasına bağlanabilir. Erken yaş evlilikleri tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde önemli toplum sorunlarından. Bu durumun pek çok sebebi olmasına rağmen gelir yetersizliği ve eğitim eksikliği en önemli etkenlerdendir. Eğitim düzeyi düşük ailelerin çocuklarında düşük eğitilmiş olduğu ve erken yaşta evlendirildikleri görülmektedir(79).

Nwachukwu (2017) araştırmasında eğitim imkanlarının iyileştirilmesi ile erken yaşta evliliğin önüne geçilebileceğini desteklemiştir(80). Anne-baba eğitimlerinin, ebeveynlerin çocuklarıyla güçlü iletişim kurmalarında, çocuklarını daha net anlayarak ona göre davranmalarında, dolayısıyla daha sağlıklı bir anne-baba-çocuk ilişkisinin kurulmasında çok önemli bir unsurdur.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça aile işlevselliklerinin arttığı, depresyon skorlarının azaldığı görülmüş, yine çalışmamızda eğitim düzeyi ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Eğitim düzeyi ile evlilik doyumu arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (81). Kadınlar doğaları ve hormonal yapıları gereği ruhsal belirtilere erkeklerden daha yatkındırlar. Özellikle anksiyete ve depresyonun kadınlarda görülme oranı daha fazladır (Uğuz ve ark. 2006)(82). Genel literatüre bakıldığında depresyon ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır(83). Lorant, Philippot ve Deliege (2003) tarafından yapılan çok sayıda araştırma neticesinde de eğitim ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Hertsgaard ve Light (1984)'ün kadınlarda anksiyete ve

depresyonu araştırdıkları çalışmalarında kadınların eēitim düzeyi ile anksiyete puanları arasında ilişkili bulunmamıştır(83).

Eēitim, yaşam kalitesi üzerine etkili, önemli faktörlerdendir. Eēitim düzeyi yüksek olanların genellikle daha fazla maddi gelir getiren işe, sosyal imkanlara sonuç olarak daha iyi yaşam kalitesine sahip olurken, eēitim düzeyi düşük olanların düşük maddi gelir, kısıtlı sosyal imkanlar, psikolojik stres, saēlıklı beslenememe gibi daha kötü yaşam kalitesine sahip olmaları beklenen sonuçtur. Torlak ve Yavuzçehre' nin yaptıēı araştırmada eēitimin yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediēi gösterilmiştir(84). Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda da eēitim düzeyi ve gelir arttıa kullandıēımız yaşam kalitesi lēiēinin bedensel, ruhsal, sosyal, evre alt boyut puanlarının anlamlı olarak arttıēı görüldü.

alışan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, çalışanların spor aktivitelerinde diēer etkinliklerine göre daha aktif olduēu gösterilmiştir (85). Araştırmamızda da çalışan katılımcıların bedensel etkinliklerinin daha yüksek olduēu saptandı.

Araştırmamızda alışan bireylerin kahve ve alkol tüketiminin daha fazla olduēu tespit edildi. Bu durumun kahvenin stresi azaltıp, konsantrasyonu yükseltmek gibi etkilerinden kaynaklandıēı düşünülmektedir.

alışan ve çalışmayan evli, ocuk sahibi kadınların anksiyete düzeylerini araştıran bir çalışmada gruplar arasında anksiyete skorlarına göre anlamlı bir fark tespit edilmemiş, çalışan kadınlar kendi aralarında karřılařtırıldıēında; maddi gelirleri, yaş, çalışma süresi, eşinin desteēi, çocuklarının bakımı gibi konularda önemli derecede anksiyete skor farkları tespit edilmiştir (Beba,1979). Anksiyete ve depresyonun saēlık çalışanları üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmada, etkinin anlamlı olarak yüksek olduēu tespit edilmiştir(86). Bizim alışmamızda katılımcıların çalışma durumu ile aile iřlevselliēi, anksiyete ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi.

Her ne kadar tek başına yeterli bir kriter olmasada yüksek gelirli bireylerin yaşam kalitelerinin daha iyi olduēu bilinen bir gerçektir. Ancak maddi imkanları daha iyi olup bu imkanlarını yaşam kalitesini daha da yükseltme yönünde kullanamayanlarda olabilir(87). Araştırmamızda alışan bireylerin, çalışmamızda kullandıēımız yaşam kalitesi lēiēi alt boyut puanlarının anlamlı olarak yüksek olduēu görüldü.

Çalışmamızda gelir durumu arttıkça bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet puanının artmakta olduğu görüldü. Gelirin gideri karşılama oranı arttıkça, yaşam kalitesi skor ortalamasında artmaktadır.

Çalışmamızda gelir durumu attıkça katılımcının aile işlevselliğinin arttığı, anksiyete ve depresyonunun azaldığı tespit edildi. Kişilerin gelir düzeyi arttıkça; daha iyi beslenme ,düzenli bedensel etkinlik, sağlık, sosyal ve eğitim imkanlarına ulaşımının kolaylaşmasında ve dolayısıyla anksiyete ve depresyon riskinin azalmasında etkili faktör olduğunu düşünmekteyiz. Literatürde çalışmamızla benzer sonuçlar gösteren yayınlar mevcuttur. Tudoran I. ve Tudoran R' nin yaptığı araştırmada eğitim düzeyine benzer şekilde gelir düzeyi ile stres puan ortalaması arasında zıt yönlü ilişki vardır(88).

Aile işlevselliği ile ilgili genel literatür incelendiğinde evli bireylerin evlilik doyumu düzeylerinin çalışma durumuna göre farklılaşmadığı tespit edilmiş, yine kadınlarla yapılan bir çalışmada da çalışma durumunun evlilik doyumu üzerinde anlamlı bir farkının olmadığı saptanmıştır(89,90).

Çalışmamızda, katılımcıların gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitelerinin paralel olarak arttığı görüldü. Gelirin gideri karşılama oranı ve aile bireylerinin ekonomik geliri arttıkça yaşam kalitesinin tüm boyutlarında artış gözlenmektedir. Genel literatür araştırıldığında çalışmamızı destekler sonuçlar bulunmuştur. “Ailede yaşam kalitesi; aile bireylerinin ihtiyaçlarının karşılanması, beraber yaşaması, aile bireyleri için anlam taşıyan hedeflere sahip olma ve bunlara ulaşma olarak tanımlanır”(91). Yaşam kalitesinin en temel ögesi gelir düzeyidir. Ailelerin ihtiyaçlarını karşılamının yanında sağlık, barınma, eğitim ve sosyal imkanları kullanabilme ile de ilişkilidir. Çoğu çalışma, gelir düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki pozitif ilişkiyi göstermektedir(87).

Çalışmamızda bedensel kronik hastalığı olan katılımcıların yaşlarının daha fazla, ağırlık ve VKİ nin daha fazla olduğu görüldü. Çalışmamızda kronik hastalığı olan katılımcıların bedensel etkinlik ve sosyal faaliyet puanlarının daha düşük olduğu görüldü. Egzersiz yapan kadınların, sedanter yaşayan kadınlardan çalışma oranlarının daha yüksek, maddi gelir düzeylerinin daha iyi olduğu, alkol kullanma düzeylerinin daha fazla ve sağlık algılarının daha iyi olduğu, kendilerine daha fazla zaman ayırdıkları, sosyal ilişkilerinin ve öz güvenlerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir(92)

Çalışmamızda bedensel kronik hastalığın olması ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Aba ve Tel'in yaptığı araştırmada

çalışmayan kronik hastalığa sahip kişilerin depresyon oranının yüksek olduğunu göstermişlerdir (93).

Bedensel kronik hastalığı olan katılımcıların anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu görüldü. Çalışkan ve ark 'nın Eskişehir'de, Deleş ve Kaytez'in Trabzon'da üniversite öğrencilerinde yaptığı araştırmalarda kronik hastalığı olanların, kronik hastalığı olmayanlara göre stres oranları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur(94).

Çalışmamızda bedensel kronik hastalığı olan katılımcıların yaşam kalitesi alt boyut puanlarının daha düşük olduğu görüldü. Günlük temel yaşam aktivitelerini yerine getirmede (banyo yapamama, yürüme, tuvalete gitme, alış veriş yapma, ev işi yapma gibi) çeşitli sorunlar yaşayabilmektedirler (95). Kronik hastalıklar, toplumsal yaşam için son derece önemli olan toplumsal rolleri kesintiye uğratabilmekte yada tamamen kaybedilebilmektedir. Bu sebeple hasta kişiye, yakın çevresine ve sağlık ekibine büyük görev düşmektedir (96).

Çalışmamızda ruhsal hastalığı olan katılımcıların bedensel etkinlik ve sağlıklı beslenme puanlarının daha düşük olduğu görüldü. Sağlık yalnızca bedensel değil beraberinde ruhsal ve psikolojik olarak da iyi olma halidir. Literatür incelendiğinde düzenli bedensel etkinlik ile kişiler gerginliklerinden, üzerlerinde hissettikleri baskılardan uzak daha huzurlu bir yaşam sürdürebildikleri gösterilmiştir (Tunay ve Tedavi,2008)(92) . Düzenli bedensel etkinliğin ruh sağlığını iyileştirebileceği, depresyon, anksiyete gibi psikolojik hastalıkların oluşumunu engelleyebileceği ve tedavi edebileceği belirtilmiştir (97).

Çalışmamızda ruhsal hastalığı olan katılımcıların anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu görüldü. Anksiyete, genel anlamı ile kaygı; korku, sıkıntı, endişe duygularını içerir. Anksiyete, çoğunlukla kaynağı bilinmeyen bir tehlikenin beklentisiyle sınırlandırılarak korkudan ayrılır. Az miktarda anksiyete kişiyi teşvik edebilmekte, performansı arttırabilmekte iken anksiyetenin artması bireyin performansını düşürür, öz saygı azalmasına ve başarısızlığa neden olur. Anksiyete çocuklarda, ergenlerde ve özellikle kadınlarda sık görülür (98).

Çalışmamızda ruhsal hastalığı olan katılımcıların yaşam kalitesi alt boyut puanlarının daha düşük olduğu görüldü. Oğuz ve Sorias (2001), araştırmalarında konversiyon bozukluğu tanısı alan kadın hastaları yaşam kalitesi, sosyal aktivite ve aile işlevselliği açısından kontrol grubu ile karşılaştırmış, konversif grubun yaşam stres

skorlarının sağlıklı kadın kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu, sosyal aktivite skorlarının daha az olduğu gösterilmiştir. Konversiyon tanısı alan kadınlar evliliklerini daha az doyum verici bulmuşlardır(99).

Katılımcıların, çekirdek veya geniş aileye sahip olmalarına göre aile işlevsellikleri, anksiyete, depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi.

Çalışmamızda katılımcılardan yaşadığı ev kira olanların evlilik yaşı daha büyük, evlilik süresi daha küçük olarak tespit edildi.

Evi mülk olanların aile işlevselliği daha yüksek, depresyon puanları daha düşük, yaşam kalitesi alt boyutlarından sosyal ve çevre alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu görüldü.

Katılımcıların eşlerinin eğitim durumu arttıkça, katılımcıların sosyal faaliyetlerinin, kahve kullanma alışkanlıklarının, aile işlevselliklerinin, yaşam kalitelerinin arttığı, anksiyete ve depresyon puanlarının azaldığı tespit edildi. Sonuç olarak depresyon evlilik yaşı, çocuk sayısı, eğitim düzeyi ve eşin eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların aile işlevsellik puanları arttıkça anksiyete ve depresyon puanlarının azaldığı, yaşam kalitesi alt boyut puanlarının arttığı görüldü.

Çalışmamızda Anksiyete riski ve Depresyon riski olan katılımcıların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu tespit edildi. Muşlu C ve ark. nın anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesini; birinci basamak ve hastanede çalışan hemşirelerde araştırmış ve çalışmamız ile uyumlu sonuçlara ulaşılmıştır(100).

Çalışmamızda Sigara kullanan katılımcıların kahve ve alkol kullanım oranlarının daha fazla olduğu tespit edildi. Katılımcıların sigara kullanımıyla paralel olarak eşlerinde alkol, kahve kullanım oranlarının arttığı tespit edildi. Literatürde sonucumuza benzer çalışmalar mevcuttur(101). Bunların yaşam kalitesini düşüren etkenler olduğu kanıtlanmıştır(54). Yapılan araştırmalarda nikotin ile birleşen kafeinin bağımlılık yapma potansiyelinin çok daha fazla olduğu gösterilmiştir. Neticede sigara kullanan bireylerde ek madde kullanım oranının yüksek olduğu görüldü. Benzer şekilde sigara kullanan katılımcıların, eşlerinin de kahve ve alkol kullanım oranlarının daha fazla olduğu araştırmalarda tespit edildi.

Araştırmamızda sigara kullanımının anksiyete ve depresyon üzerine etkisini incelemek için Ademir ve ark. Tarafından Türkçeye çevrilip, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanılmıştır(102). Araştırmamızın sonuçlarına göre sigara kullanan ve kullanmayan gruplar karşılaştırıldığında sigara kullanan evli kadınlarda anksiyete ve depresyon puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi. Çalışmamızda evli kadınlarda nikotin bağımlılık düzeyi arttıkça anksiyete ve depresyon görülme sıklığının arttığı tespit edildi. Kenney BA ve ark. nın yaptığı araştırmada sigara ve depresyon arasındaki ilişkinin sigara kullanım miktarı ile paralel arttığını göstermiştir(103). Sigara kullanımının depresyona sebep olduğunu destekleyen araştırmaların tersine depresyon ve obezite arasındaki durumu sigara kullanımının azalttığı yönünde bir araştırma yapılmıştır. Depresif bireylerde sigara kullanımı fazla olduğundan ve sigaranın depresyon, sedanter yaşam, stres den kurtulmak için arkadaş gibi kullanılıyor olabileceği bildirilmiş(104). Kadınlarda sigara ve depresif semptomlar arasındaki güçlü ilişki birçok çalışmada gösterilmiştir (55).

Çalışmamızda sigara kullanımı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Ancak sigara kullanmak, fazla alkol kullanmak, bedensel aktivite azlığının yaşam kalitesini düşüren risk faktörleri olduğu bilinen bir gerçektir(54).

Sigara kullanan katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyi arttıkça sağlıklı beslenme puanının azaldığı tespit edildi. Açık ve ark. nın yaptığı araştırmada sigara kullananların beslenme alışkanlık puanı daha düşük olduğu görülmüş (105). Yapılan çalışmalar sigara kullananların sebze ve meyveleri beslenmelerinde daha az kullandıkları, sonuç olarak beslenmelerinin negatif yönde etkilendiği görülmüştür. Sigara kullananların iştahı daha az olduğu için beslenmeleri negatif yönde etkilenmektedir(106). Çalışmamızda nikotin bağımlılık düzeyi arttıkça (Fagerström sınıfı) sağlıklı beslenme düzeyinin negatif yönde etkilendiği tespit edildi. Bu durumun literatürle uyumlu olduğu görülmüştür. Yine sigara kullanan ve kullanmayan üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ile ilgili yapılan bir çalışmada öğrencilerin günlük sigara kullanımının oldukça fazla olduğu tespit edilmiştir. Sigara kullanan öğrencilerin daha fazla öğün atladıkları ve sağlıksız besinler tükettikleri saptanmıştır(107).

Çalışmamızda sigara içenlerin FNBT skor ortalaması $3,50 \pm 2,7$ idi. Sigara içen katılımcıların %9,9'u şiddetli, %13,1'i orta düzeyde nikotin bağımlılığına sahip olduğu görüldü. Ağırman ve ark. nın yaptığı çalışmada herhangi bir sebeple genel polikliniğe

başvuran kişilerin %27,2 si şiddetli düzeyde bağımlı, %23,1 nin çok şiddetli bağımlı olduğu görülmüş(108).

Çalışmamızda sigara kullanan katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyi arttıkça aile işlevsellikleri azalmakta, anksiyete ve depresyon düzeyi artmaktadır.

Çalışmamızda sigara kullanan katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyi arttıkça uyguladığımız yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından yaşam kalitesi, genel sağlık algısı, bedensel, ruhsal ve çevre alt boyut puanlarında azalmakta olduğu görüldü. Esen ve ark 'nın yaptığı araştırmada sigara kullanmayan katılımcıların bedensel aktivite, sağlık, beslenme ve stres kontrolü skorlarının sigara kullananlardan daha yüksek puana sahip olmuşturlardır(109). Güleç'in tıp fakültesi talebeleri üzerinde yaptığı araştırmada sigara kullanımının beslenme ve stres yönetimi skor ortalamalarını anlamlı düzeyde azalttığı, diğer sağlıklı yaşam biçimi davranış etkenlerinde anlamlı bir fark tespit edilmediği belirtilmiştir (110).

Çalışmamızda Fagerström sınıfı ve puanı ile aile işlevsellik ölçeği (APGAR) arasında negatif; anksiyete ve depresyon ile pozitif yönde ilişkinin olduğu görüldü. Literatürdeki çalışmalarda genellikle sigara kullanımı ile anksiyete arasında ilişki saptanmıştır(111). Tıp fakültesi öğrencileri arasında sigara kullanım sıklığı ve anksiyete arasında yapılan çalışmada anlamlı ilişki bulunamamıştır(112).

Çalışmamızda Fagerström puanı ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde anlamlı ilişkinin olduğu görüldü. Literatürde benzer çalışmalar incelendiğinde, 688 öğrenci ile yapılan bir araştırmada sigara kullananların yaşam kalitesi skorunun daha düşük olduğu gösterilmiştir (Cihangiroğlu)(113). Yine sigara kullanan kişilerin yaşam kalitesi nin anlamlı derecede düşük olduğunu gösteren araştırmalar vardır(114,115). Bazı araştırmalarda da sigara kullanımı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir (116).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Katılımcı kadınların eğitim durumu arttıkça bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet durumlarının arttığı saptandı.
2. Katılımcı kadınların eğitim durumu arttıkça evlendiği yaş daha büyük; evlilik süresi ve çocuk sayısı daha düşük saptandı.
3. Katılımcı kadınların eğitim durumu arttıkça APGAR skorları artmakta, Anksiyete ve Depresyon skorları azalmaktadır.
4. Katılımcı kadınların eğitim durumu arttıkça WHOQOL-BREF Yaşam kalitesi ölçeği; yaşam kalitesi (1. Soru), genel sağlık algısı (2. Soru) ve bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alt boyut puanları artmaktadır.
5. Çalışan kadınların evlilik yaşı daha yüksek; , evlilik süresi ve çocuk sayısı daha düşük saptandı.
6. Çalışan kadınların kahve ve alkol kullanımı daha yüksek bulundu.
7. Çalışan kadınların WHOQOL-BREF Yaşam kalitesi ölçeği bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alt boyut puanları daha yüksek bulundu.
8. Katılımcı kadınların gelir durumu arttıkça bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, sosyal faaliyet durumlarının arttığı saptandı.
9. Katılımcı kadınların gelir durumu arttıkça evlendiği yaş daha büyük; evlilik süresi ve çocuk sayısı daha düşük saptandı.
10. Katılımcı kadınların gelir durumu arttıkça APGAR skorları artmakta, Anksiyete ve Depresyon skorları azalmaktadır.
11. Katılımcı kadınların gelir durumu arttıkça WHOQOL-BREF Yaşam kalitesi ölçeği ; yaşam kalitesi (1. Soru),genel sağlık algısı (2. Soru) ve bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alt boyut puanları artmaktadır.
12. Kronik hastalığı olan katılımcı kadınların bedensel etkinlik ve sosyal faaliyet durumlarının daha düşük, anksiyete puanının daha yüksek olduğu saptandı.
13. Kronik hastalığı olan katılımcı kadınların WHOQOL-BREF Yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık algısı(2. Soru) ,bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alt boyut puanları daha düşük bulundu.
14. Ruhsal hastalığı olan katılımcı kadınların bedensel etkinlik ve sağlıklı beslenme puanları daha düşük, anksiyete puanı daha yüksek saptandı.

15. Ruhsal hastalığı olan katılımcı kadınların WHOQOL-BREF Yaşam kalitesi ölçeği; yaşam kalitesi (1. Soru) ,bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alt boyut puanları daha düşük bulundu.
16. Geniş aileye sahip katılımcı kadınların sağlıklı beslenme puanı daha yüksek saptandı.
17. Geniş aileye sahip katılımcı kadınların çocuk sayısı yüksek saptandı
18. Evi kira olan katılımcı kadınların Apgar puanı daha düşük, Depresyon puanı daha yüksek olarak saptandı.
19. Evi kira olan katılımcı kadınların WHOQOL-BREF Yaşam kalitesi ölçeği; yaşam kalitesi (1. Soru),genel sağlık algısı (2. Soru) ,sosyal, çevresel alt boyut ve alt boyutlar toplam puanı düşük olarak saptandı.
20. Eşlerin eğitim seviyesi arttıkça katılımcı kadınların sosyal faaliyet puanının arttığı saptandı.
21. Eşlerin eğitim seviyesi arttıkça katılımcı kadınların evlilik yaşı daha yüksek; evlilik süresi ve çocuk sayısı daha düşük saptandı.
22. Eşlerin eğitim seviyesi arttıkça katılımcı kadınların kahve kullanımı daha yüksek bulundu.
23. Eşlerin eğitim seviyesi arttıkça katılımcı kadınların APGAR skorları artmakta, Anksiyete ve Depresyon skorları azalmaktadır.
24. Eşlerin eğitim seviyesi arttıkça katılımcı kadınların bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alt boyut puanları artmaktadır.
25. APGAR ölçeği yüksek işlevsellik gösteren katılımcı kadınların sosyal faaliyetlerinin yüksek olduğu saptandı.
26. APGAR ölçeği orta bozukluk gösteren katılımcı kadınların anksiyete puanı ağır bozukluk gösterenlerden düşük; yüksek işlevsellik gösterenlerden yüksek olarak saptandı. APGAR ölçeği yüksek işlevsellik gösteren katılımcı kadınların depresyon puanı düşük olarak saptandı.
27. APGAR ölçeği yüksek işlevsellik gösteren katılımcı kadınların WHOQOL-BREF Yaşam kalitesi ölçeği; yaşam kalitesi (1. Soru) ve genel sağlık algısı (2. Soru) puanı daha yüksek bulundu.
28. APGAR ölçeğine göre katılımcı kadınların aile işlevselliği arttıkça bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alt boyut puanları artmaktadır.

29. Anksiyetesi olan katılımcı kadınların evlilik yaşı daha düşük, evlilik süresi daha uzun saptandı.
30. Anksiyetesi olan katılımcı kadınların Apgar puanı ve bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alt boyut puanları düşük olarak saptandı.
31. Depresyonu olan katılımcı kadınların Apgar puanı ve WHOQOL-BREF Yaşam kalitesi ölçeği; yaşam kalitesi (1. Soru) ve genel sağlık algısı (2. Soru) puanı, bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alt boyut puanları düşük olarak saptandı.
32. Sigara kullanan katılımcı kadınların kahve, alkol kullanımı ve eşlerinin kahve, alkol kullanımı yüksek saptandı.
33. Sigara kullanan katılımcı kadınların anksiyete ve depresyon puanı yüksek saptandı.
34. Fagerström testine göre nikotin bağımlılığı arttıkça sağlıklı beslenmenin azaldığı saptandı.
35. Fagerström testine göre nikotin bağımlılığı arttıkça Apgar puanı azalmakta; anksiyete ve depresyon puanı artmaktadır.
36. Fagerström testine göre nikotin bağımlılığı arttıkça WHOQOL-BREF Yaşam kalitesi ölçeği; yaşam kalitesi (1. Soru), genel sağlık algısı (2. Soru) puanı, bedensel, ruhsal ve çevresel alt boyut puanları düşük olarak saptandı.

Çalışmamızda sigara kullanımının anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Dünyada, sigara kullanımı; gerek erken ölüm gerekse psikolojik, fiziksel, sosyal, ekonomik birçok olumsuz etkileri olan önlenebilir risk faktörleri arasında en başta gelen nedenlerden biri olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sigara içerisinde bağımlılık yapıcı maddeler bulundurmaktadır. Bu etkilerinden dolayı toplum açısından büyük bir sorundur. Son yıllarda sigara kullanım oranının kadınlarda daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Sigaranın kanıtlanmış fiziksel zararlarının (akciğer ca, KOAH, kalp ve damar hastalıkları gibi) yanısıra kişilerin yaşam kalitesinde ve psikolojisinde de önemli ölçüde değişikliklere sebep olduğu yaptığımız çalışma ile de görülmüştür. Bu durum dolayısı ile sigara ile mücadele kapsamında eğitim programları ile sigaranın daha küçük yaşlarda daha kolay bırakıldığını ve eğitim programlarının özellikle erken dönemde daha etkili olduğu bilinmektedir. Sigara ile erken yaşlardan itibaren mücadele edebilmek için toplumumuzda eğitim düzeyini arttıracak çalışmalara öncülük edilebilir. Bu kapsamda Aile Sağlığı Merkezlerinde gerek broşür ve afişlerle, gerekse yapılacak eğitimlerle sigara ile mücadelede etkin rol oynanabilir.

KAYNAKLAR

1. Havaçeliği Atlam D, Aldemir E, Altıntoprak A. Üniversite öğrencilerinde riskli davranışların yaygınlığı ve madde kullanımı ilişkisi. Düşünen Adam Psikiyatri Ve Nörolojik Bilim Derg. 01 Aralık 2017;
2. Yıldırım B. Üniversite öğrencilerinde riskli sağlık davranışlarının belirlenmesi. 2016 [a.yer 15 Haziran 2023]; Erişim adresi: <http://acikerisim.medipol.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12511/6972>
3. TÜRKİYE HASTALIK YÜKÜ ÇALIŞMASI PDF Ücretsiz indirin [İnternet]. [a.yer 16 Haziran 2023]. Erişim adresi: <https://docplayer.biz.tr/327417-Turkiye-hastalik-yuku-calismasi-2004.html>
4. Amerika’da sigara ve sağlık: Pan Amerikan Sağlık Örgütü ile işbirliği içinde Surgeon General’in 1992 tarihli bir raporu [İnternet]. [a.yer 15 Haziran 2023]. Erişim adresi: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/52469>
5. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products [İnternet]. [a.yer 16 Haziran 2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240032095>
6. Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. PLOS Med. 28 Kasım 2006;3(11):e442.
7. Henschke CI, Miettinen OS. Women’s susceptibility to tobacco carcinogens. Lung Cancer Amst Neth. Ocak 2004;43(1):1-5.
8. Pelucchi C, Gallus S, Garavello W, Bosetti C, La Vecchia C. Alcohol and tobacco use, and cancer risk for upper aerodigestive tract and liver. Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP. Ağustos 2008;17(4):340-4.
9. Pomerleau OF, Pomerleau CS. Research on stress and smoking: progress and problems. Br J Addict. Mayıs 1991;86(5):599-603.
10. Breslau N. Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. Behav Genet. Mart 1995;25(2):95-101.
11. Alkolizm ve Klinik Psikiyatri. 1982.
12. Korkut B, Sevinç N. Bir Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Nikotin Bağımlılığı ve Etkili Faktörler. SDÜ Tıp Fakültesi Derg. 11 Mart 2021;28(1):137-43.
13. **Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH.** Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. JAMA. 22 Kasım 2000;284(20):2606-10.
14. Paarlberg KM, Vingerhoets JJM, Passchier J, Dekker GA, Heinen AGJJ, Geijn HP. Psychosocial predictors of low birthweight: a prospective study. BJOG Int J Obstet Gynaecol. Ağustos 1999;106(8):834-41.

15. Mak KK, Ho SY, Thomas GN, Lo WS, Cheuk DKL, Lai YK, vd. Smoking and sleep disorders in Chinese adolescents. *Sleep Med.* Mart 2010;11(3):268-73.
16. Li H, Liu Y, Xing L, Yang X, Xu J, Ren Q, vd. Association of Cigarette Smoking with Sleep Disturbance and Neurotransmitters in Cerebrospinal Fluid. *Nat Sci Sleep.* 2020;12:801-8.
17. Ofisi UKHÖ ve SGM (ABD) S ve S. Sigaranın Sağlıkla İlgili Sonuçları—50 Yıllık İlerleme. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (ABD); 2014.
18. Edirne’de öğretmenlerin sigara içme ve bırakma davranışları ile etkileyen faktörler | AVESİS [İnternet]. [a.yer 16 Haziran 2023]. Erişim adresi: <https://avesis.comu.edu.tr/yonetilen-tez/f82e9b9d-9cd3-40a5-959f-006d79129533/edirne-de-ogretmenlerin-sigara-icme-ve-birakma-davranislari-ile-etkileyen-faktorler>
19. Mamak Kibris Aile Sağlığı Merkezi, Ankara, Türkiye, Fidancı I, Unal M, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye, Oruc MA, Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kirsehir, Türkiye, vd. Tobacco Missions in Societies. *ADDICTA Turk J Addict.* 20 Mayıs 2020;6(Supp4):426-31.
20. Bilir N, Çak B, Da E, Ergüder T, Önder Z. Türkiye’de Tütün Kontrolü Politikaları.
21. Şahin G, Taşlıgil N. TÜRKİYE’DE TÜTÜN (*Nicotiana tabacum* L.) YETİŞTİRİCİLİĞİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE COĞRAFİ DAĞILIMI Le Developpement Historique et la Dispersion Géographique de la Cultivation de Tabac en Turquie [İnternet]. 2013 [a.yer 16 Haziran 2023]. Erişim adresi: [https://www.semanticscholar.org/paper/T%C3%9CRK%C4%B0YE%E2%80%99DE-T%C3%9CT%C3%9CN-\(Nicotiana-tabacum-L.\)-TAR%C4%B0HSEL-VE-%C5%9Eahi%CC%87n-Ta%C5%9F%C4%B1gil/469cbf160c4b2ddaa60ad3532e63942c17a16280](https://www.semanticscholar.org/paper/T%C3%9CRK%C4%B0YE%E2%80%99DE-T%C3%9CT%C3%9CN-(Nicotiana-tabacum-L.)-TAR%C4%B0HSEL-VE-%C5%9Eahi%CC%87n-Ta%C5%9F%C4%B1gil/469cbf160c4b2ddaa60ad3532e63942c17a16280)
22. Bilir DN. Dünya’da ve Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi.
23. Arslan FT, Sevinik H. Determination of internalized stigma and social functioning level in schizophrenia patients. *Psikiyatri Hemşireliği Derg.* 2020;11(3):173-80.
24. Tezcan S, Altıntaş H, Sönmez R, Akinci A, Doğan B, Çakır B, vd. Cardiovascular risk factor levels in a lower middle-class community in Ankara, Turkey. *Trop Med Int Health.* 2003;8(7):660-7.
25. Tutka P, Mosiewicz J, Wielosz M. Pharmacokinetics and metabolism of nicotine. *Pharmacol Rep PR.* 2005;57(2):143-53.
26. Aslan D, Vaizoglu SA, Subaşı N, Özcebe H, Bilir N. Van ili merkez ilçesi kentsel kesim nüfusunun sosyo-demografik özellikleri, yaşam kalitesi ve sağlık düzeyinin belirlenmesi araştırması. *undefined.* 15 Mayıs 2003;1-1.
27. Deveci SE, Deveci F, Açık Y, Ozan AT. The measurement of exhaled carbon monoxide in healthy smokers and non-smokers. *Respir Med.* Haziran 2004;98(6):551-6.
28. Middleton ET, Morice AH. Breath carbon monoxide as an indication of smoking habit. *Chest.* Mart 2000;117(3):758-63.
29. Sezik HA, Can H, Kiliç EA, Çulha G, Polat S. Tütün ve Tütün Ürünleriyle Mücadele. *Klin Tıp Aile Hekim.* 01 Aralık 2016;8(6):42-7.
30. Lohr JB, Flynn K. Smoking and schizophrenia. *Schizophr Res.* Aralık 1992;8(2):93-102.
31. Decina P, Caracci G, Sandik R, Berman W, Mukherjee S, Scapicchio P. Cigarette smoking and neuroleptic-induced parkinsonism. *Biol Psychiatry.* 15 Eylül 1990;28(6):502-8.

32. Wise RA, Bozarth MA. Brain reward circuitry: four circuit elements “wired” in apparent series. *Brain Res Bull.* Şubat 1984;12(2):203-8.
33. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav.* 1978;3(3-4):235-41.
34. Ohayon MM, Roth T. Prevalence of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in the general population. *J Psychosom Res.* Temmuz 2002;53(1):547-54.
35. Ohida T, Kaneita Y, Osaki Y, Harano S, Tanihata T, Takemura S, vd. Is Passive Smoking Associated With Sleep Disturbance Among Pregnant Women? *Sleep.* 01 Eylül 2007;30(9):1155-61.
36. Cohen A, Ben Abu N, Haimov I. The Interplay Between Tobacco Dependence and Sleep Quality Among Young Adults. *Behav Sleep Med.* 2020;18(2):163-76.
37. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. 2011;45(2).
38. Mykletun A, Overland S, Aaro LE, Liabo HM, Stewart R. Smoking in relation to anxiety and depression: Evidence from a large population survey: The HUNT study. *Eur Psychiatry.* Mart 2008;23(2):77-84.
39. Özkan İ, Göktaş K. Yaşlılarda depresyon. *Türkiyede Psikiyatri Derg.* 2006;8(1):30-7.
40. Arkar H. Beck’in Depresyon Modeli Ve Bilişsel Terapisi.
41. Hovardaoğlu S. ÖĞRENİLMİŞ ÇARESİZLİK VE DEPRESYON: YÜKLEME BİÇİMİ ÖLÇEĞİ VE BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİYLE YAPILAN BİR ÇALIŞMA. *Ank Üniversitesi Dil Ve Tarih Coğrafya Fakültesi Derg.* 01 Ocak 1990;33(1-2):221-30.
42. Sevsen AC, Aydemir Ç., Göka E. PUERPERAL DÖNEMDE DEPRESYON SEMPTOM PREVALANSI: OBSTETRİK RİSK FAKTÖRLERİ, KAYGI DÜZEYİ VE SOSYAL DESTEK İLE İLİŞKİSİ. *Kriz Derg.* 01 Mart 2002;10(1):0-0.
43. Feldner MT, Babson KA, Zvolensky MJ. Smoking, Traumatic Event Exposure, and Posttraumatic Stress: A Critical Review of the Empirical Literature. *Clin Psychol Rev.* Ocak 2007;27(1):14-45.
44. Morissette SB, Tull MT, Gulliver SB, Kamholz BW, Zimering RT. Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: a critical review of interrelationships. *Psychol Bull.* Mart 2007;133(2):245-72.
45. McCabe RE, Chudzik SM, Antony MM, Young L, Swinson RP, Zolvensky MJ. Smoking behaviors across anxiety disorders. *J Anxiety Disord.* 2004;18(1):7-18.
46. Brawman-Mintzer O, Monnier J, Wolitzky KB, Falsetti SA. Patients with generalized anxiety disorder and a history of trauma: somatic symptom endorsement. *J Psychiatr Pract.* Mayıs 2005;11(3):212-5.
47. Lakadamyalı H. Uykuda Solunum Bozuklukları Sınıflaması ve Tanımlar.
48. Boskabady MH, Dehghani H, Esmailzadeh M. Pulmonary Function Tests and Their Reversibility in Smokers.
49. Yöneticisi T, Karlıkaya DC. SİĞARA BIRAKMANIN SOLUNUM FONKSİYON TESTİ VE UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİ.
50. Hardy R, Kuh D, Wadsworth M. Smoking, body mass index, socioeconomic status and the menopausal transition in a British national cohort. *Int J Epidemiol.* Ekim 2000;29(5):845-51.

51. Barbieri RL, McShane PM, Ryan KJ. Constituents of cigarette smoke inhibit human granulosa cell aromatase. *Fertil Steril*. Ağustos 1986;46(2):232-6.
52. Cornuz J, Feskanich D, Willett WC, Colditz GA. Smoking, smoking cessation, and risk of hip fracture in women. *Am J Med*. Mart 1999;106(3):311-4.
53. Bauman A, Bull F, Chey T, Craig CL, Ainsworth BE, Sallis JF, vd. The International Prevalence Study on Physical Activity: results from 20 countries. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 31 Mart 2009;6(1):21.
54. Brønnum-Hansen H, Juel K, Davidsen M, Sørensen J. Impact of selected risk factors on quality-adjusted life expectancy in Denmark. *Scand J Public Health*. 2007;35(5):510-5.
55. Hamalainen J, Kaprio J, Isometsa E, Heikkinen M, Poikolainen K, Lindeman S, vd. Cigarette smoking, alcohol intoxication and major depressive episode in a representative population sample. *J Epidemiol Community Health*. Ağustos 2001;55(8):573-6.
56. Elders MJ, Perry CL, Eriksen MP, Giovino GA. The report of the Surgeon General: preventing tobacco use among young people. *Am J Public Health*. Nisan 1994;84(4):543-7.
57. Unger JB, Rohrbach LA, Howard KA, Boley Cruz T, Johnson CA, Chen X. Attitudes toward anti-tobacco policy among California youth: associations with smoking status, psychosocial variables and advocacy actions. *Health Educ Res*. Aralık 1999;14(6):751-63.
58. Doğan DG, Ulukol B. Ergenlerin Sigara İçmesini Etkileyen Faktörler ve Sigara Karşısı İki Eğitim Modelinin Etkinliği. *J Turgut Ozal Med Cent*. 01 Haziran 2010;17(3):179-85.
59. Flay BR, Koepke D, Thomson SJ, Santi S, Best JA, Brown KS. Six-year follow-up of the first Waterloo school smoking prevention trial. *Am J Public Health*. Ekim 1989;79(10):1371-6.
60. Youth and Tobacco Use [İnternet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2023 [a.yer 18 Haziran 2023]. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/youth_data/tobacco_use/index.htm
61. Kırsal Alanda Adolesan ve Gençlerin Üreme Sağlığı Konusundaki Bilgi Düzeyinin Saptanması ve Bilgi Düzeyinin Artırılması İçin Bir Müdahale: Adolesan ve Genç Sağlık Gönüllüsü | Hilal Özcebe | Tez | genclikbirikimi.org [İnternet]. [a.yer 18 Haziran 2023]. Erişim adresi: <https://genclikbirikimi.org/kunye-26504-kirsal-alanda-adolesan-genclerin-ureme-sagligi-konusundaki-bilgi-duzeyinin-saptanmasi-bilgi-duzeyinin-artirilmesi-icin-bir-mudahale-adolesan-genc-saglik-gonullusu-tez>
62. Torabi MR, Bailey WJ, Majd-Jabbari M. Cigarette smoking as a predictor of alcohol and other drug use by children and adolescents: evidence of the “gateway drug effect”. *J Sch Health*. Eylül 1993;63(7):302-6.
63. Jackson C. Initial and experimental stages of tobacco and alcohol use during late childhood: relation to peer, parent, and personal risk factors. *Addict Behav*. 1997;22(5):685-98.
64. Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafò M. Socioeconomic status and smoking: a review. *Ann N Y Acad Sci*. Şubat 2012;1248:107-23.
65. Pesut D, Bursuc B, Ciobanu L, Nagorni-Obradović L. Psychosocial and genetic determinants of tobacco smoking as an addictive disease. *Vojnosanit Pregl Mil-Med Pharm Rev*. 01 Kasım 2006;63:883-7.
66. Akfert KS, Çakıcı M, Çakıcı E. Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2009;10(1):40-7.

67. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram NG, Uysal Ö, Yılmaz V, vd. Fagerstrom test for nicotine dependence: Reliability in a Turkish sample and factor analysis#.
68. Aydemir O, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Reliability and Validity of the Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale. Turk Psikiyatri Derg Turk J Psychiatry. 01 Ocak 1997;8:280-7.
69. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, Göker E. Psychometric properties of the WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF. 3P Derg. 01 Ocak 1999;7:23-40.
70. Doğanay S, Sözmen K, Kalaça S, Ünal B. Türkiye’de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor? Türkiye Halk Sağlığı Derg. 12 Aralık 2015;10(2):93-93.
71. Efendi V. Kadınlarda sigaranın fiziksel aktivite, vücut kompozisyonu ve yaşam kalitesi üzerine etkisi [İnternet] [Thesis]. DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012 [a.yer 09 Haziran 2023]. Erişim adresi: <http://acikerisim.deu.edu.tr:8080/xmlui/handle/20.500.12397/9932>
72. Kiter G, Hacıoğlu M, Başer S, Özkurt S, Evyapan F, Zencir M. Denizli il merkezinde yaşayan erişkinlerin sigara içme özellikleri. Toraks Derg. 2007;8(3):179-84.
73. SeyfiKli Z, Gönügür U, Sümer H, Topçu S. Sivas’ta Ev Kadınlarında Sigara Alışkanlıkları.
74. Aslan N. Kadınlarda Beden Kitle İndeksi İle İlişkili Psikososyal Faktörlerin Belirlenmesi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 30 Mayıs 2018;4(2):50-6.
75. Sunay H, Akça NŞ. Özel Spor Merkezlerine Üye Olan Bireylerin Spora Yönelme Nedenleri ve Beklentilerinin Gerçekleşme Düzeyleri. OPUS Uluslar Toplum Araştırmaları Derg [İnternet]. 30 Haziran 2019 [a.yer 12 Haziran 2023]; Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.26466/opus.549924>
76. Roberts V, Maddison R, Simpson C, Bullen C, Prapavessis H. The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect, and smoking behaviour: systematic review update and meta-analysis. Psychopharmacology (Berl). Temmuz 2012;222(1):1-15.
77. Özenoğlu A, Gün B, Karadeniz B, Koç F, Bilgin V, Bembeyaz Z, vd. YETİŞKİNLERDE BESLENME OKURYAZARLIĞIN SAĞLIKLI BESLENMEYE İLİŞKİN TUTUMLAR VE BEDEN KÜTLE İNDEKSİ İLE İLİŞKİSİ. NWSA Acad J. 01 Ocak 2021;16(1):1-18.
78. Boran P, Gökçay G, Devocioğlu E, Eren T. Çocuk gelinler. Marmara Med J. 01 Ekim 2015;26(2):58-62.
79. Sarkar. Determinants and effect of early marriage in Bangladesh, 2007. Res J Appl Sci. 01 Ocak 2009;4:178-84.
80. Jude Uwaoma Nwachukwu. The Impact of Early Marriage and Low Level of Education on Agricultural Development in Sub-Saharan Africa. J Cult Relig Stud [İnternet]. 28 Temmuz 2017 [a.yer 15 Haziran 2023];5(7). Erişim adresi: <http://www.davidpublisher.org/index.php/Home/Article/index?id=34329.html>
81. Evli bireylerinde eş desteği, evlilik doyumu, soru çözme yöntemlerini ve ev içi bakımları tamamlamayı inceleme [İnternet]. [a.yer 15 Haziran 2023]. Erişim adresi: <https://acikerisim.kent.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12780/386>
82. Kaya N. Behçet hastalarında ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi1. 01 Ocak 2006 [a.yer 15 Haziran 2023]; Erişim adresi: https://www.academia.edu/6683965/Beh%C3%A7et_hastalarinda_ruhsal_belirtiler_ve_ya%C5%9Fam_kalitesi1

83. Hertsgaard D, Light H. Anxiety, depression, and hostility in rural women. Psychol Rep. Ekim 1984;55(2):673-4.
84. Torlak Evinç S, Savaş Yavuzçehre P. Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme. Çağdaş Yerel Önetimler. 2008;17(2):23-44.
85. Karaca A. A N K A R A İLENDE ÇALIŞAN BİREYLERİN BEDENSEL ETKİNLİK DÜZEYLERİ. 2000;
86. Saygin M, Yaşar S, Çetinkaya G, Kayan M, Özgüner M, Korucu C. Radyoloji Çalışanlarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 22 Mart 2012;2(3):139-44.
87. Boylu AA, Paçacıoğlu B. YAŞAM KALİTESİ VE GÖSTERGELERİ. Akad Araştırmalar Ve Çalışmalar Derg AKAD. 14 Kasım 2016;8(15):137-50.
88. Tudoran I, Tudoran R. ASSESSMENT OF PERCEIVED STRESS, SOCIO- DEMOGRAPHIC AND ECONOMIC CHARACTERISTICS IN ROMANIAN ADULTS.
89. Demir E. Farklı denetim odağına sahip evli bireylerin evlilik doyumlarının incelenmesi [İnternet] [masterThesis]. Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2018 [a.yer 15 Haziran 2023]. Erişim adresi: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/355758>
90. Polatoğlu MF. Kadınlarda evlilik doyumu, depresyon ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi [İnternet] [masterThesis]. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2022 [a.yer 15 Haziran 2023]. Erişim adresi: <http://acikerisim.gelisim.edu.tr/xmlui/handle/11363/3823>
91. Park J, Turnbull A, Turnbull H. Impacts of Poverty on Quality of Life in Families of Children with Disabilities. Except Child. 01 Aralık 2002;68.
92. Egzersiz Yapmanın Kadın Öz Güvenine Etkisi [İnternet]. [a.yer 15 Haziran 2023]. Erişim adresi: <https://www.acarindex.com/samsun-saglik-bilimleri-dergisi/egzersiz-yapmanin-kadin-oz-guvenine-etkisi-1205638>
93. Aba N, Tel H. Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon ve Özbakım Gücü. Cumhuriyet Hemşire Derg. 30 Ocak 2012;1(1):18-23.
94. Çalışkan S, Aydoğan S, Işıklı B, Metintaş S, Yenilmez F, Yenilmez Ç. ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ALGILANAN STRES DÜZEYİ ve İLİŞKİLİ OLABİLECEK FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ. ESTÜDAM Halk Sağlığı Derg. 01 Ekim 2018;3(2):39-49.
95. Üçku DR, Ergin DS. Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktiviteleri.
96. Sütçü S. Kronik Hastalıklarda Sosyal Hizmet. Doğu Karadeniz Sağlık Bilim Derg. 31 Mart 2023;2(1):50-9.
97. Babic M, Morgan P, Plotnikoff R, Lonsdale C, White R, Lubans D. Physical Activity and Physical Self-Concept in Youth: Systematic Review and Meta-Analysis. Sports Med Auckland NZ. 23 Temmuz 2014;18.
98. Kiliç D, Erci B, Tortumluoğlu G. Anksiyete ile başetme eğitiminin adolesanlarda anksiyete düzeyine etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşire Üksekokulu Derg. 2003;6(3):57-63.
99. Soriaş O, Oğuz MK. Konversiyon bozukluğu tanısı alan kadınların stres verici yaşam olayları, sosyal destek kaynakları ve evlilik doyumu açısından incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 2001;15(2):139-44.

100. Muşlu C. Birinci Basamak ve Hastanede Çalışan Hemşirelerde Anksiyete, Depresyon ve Hayat Kalitesi. Konuralp Tıp Derg [İnternet]. 2012 [a.yer 15 Haziran 2023]; Erişim adresi: <https://www.semanticscholar.org/paper/Birinci-Basamak-ve-Hastanede-%C3%87a1%C4%B1%C5%9Fan-Hem%C5%9Firelerde-Mu%C5%9Flu/c6d160449ad9741c9fef08bf2d102d2aae51ccc2>
101. Pisinger C, Toft U, Jørgensen T. Can lifestyle factors explain why body mass index and waist-to-hip ratio increase with increasing tobacco consumption? The Inter99 study. Public Health. Şubat 2009;123(2):110-5.
102. Aydemir O, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Reliability and Validity of the Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale. Turk Psikiyatri Derg Turk J Psychiatry. 01 Ocak 1997;8:280-7.
103. Kenney BA, Holahan CJ. Depressive symptoms and cigarette smoking in a college sample. J Am Coll Health J ACH. 2008;56(4):409-14.
104. Leventhal AM, Mickens L, Dunton GF, Sussman S, Riggs NR, Pentz MA. Tobacco use moderates the association between major depression and obesity. Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc. Eylül 2010;29(5):521-8.
105. Özdoğan AGY, Yardimci DH, Özçelik PDAÖ. YURTTA KALAN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME ALIŞKANLIKLARI. Karadeniz Uluslar Bilimsel Dergi. 01 Eylül 2012;1(15):139-49.
106. Korkmaz NH. Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinin Spor Yapma ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg. 01 Ağustos 2010;23(2):399-413.
107. Ucar A. SYGARA YÇEN VE YÇMEYEN ÜNYVERSYTE Ö?RENCYLERYNYN BESLENME ALI?KANLIKLARI VE BESLENME DURUMLARI. Soc Sci. 01 Mayıs 2009;4(4):340-57.
108. Ağırman E, Gençer MZ, Arica S. Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Gençlerin Sigara İçme Davranışları ve Bağımlılık Düzeyleri. Ahi Evran Med J. 29 Aralık 2018;2(3):58-66.
109. Esen AD, Kafadar D. Sigara Kullananlarda Sağlıklı Yaşam Davranışları İle Anksiyete Ve Depresyon İlişkisinin Araştırılması. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg. 29 Mart 2019;6(1):8-14.
110. Güleç S. Lise Öğrencilerinde Bilişsel Esneklik İle Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişkide Yaşam Amaçlarının Aracı Rolü. Gelişim Ve Psikol Derg. 15 Haziran 2020;1(1):27-35.
111. Bjørngaard JH, Gunnell D, Elvestad MB, Davey Smith G, Skorpen F, Krokan H, vd. The causal role of smoking in anxiety and depression: a Mendelian randomization analysis of the HUNT study. Psychol Med. Nisan 2013;43(4):711-9.
112. Baştürk M, Koç EM, Sözmek MK, Arslan M, Albaş S. Tıp Fakültesi Birinci ve Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Sigara İçme Durumları, Anksiyete Düzeyleri ve 4207 Sayılı Kanun Hakkındaki Tutumları. Konuralp Tıp Derg. 23 Ekim 2018;10(3):282-8.
113. Cihangiroğlu Z, Deveci SE. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Derg. 01 Nisan 2011;16(2):78-83.
114. Duran Ü, Ögüt S, Asgarpour H, Kunter D. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg. 09 Ekim 2018;2(3):138-47.

- 115.** Güler G, Güler N, Kocataş S, Yildirim F, Akgül Gündoğdu N. BİR ÜNİVERSİTEDE ÇALIŞAN ÖĞRETİM ELEMANLARININ SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI *. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşire Derg. 01 Ocak 2008;12.
- 116.** Kolaç N, Sezer Balcı A, Nevin Şişman F, Eylem Ataçer B, Dinçer S. Health perception and healthy lifestyle behaviors in factory workers. Bakirkoy Tıp Derg Med J Bakirkoy. 24 Eylül 2018;267-74.



EKLER

Ek-1.Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Birimimizde Kenan Topal'ın sorumlu araştırmacısı olduğu “**Sigara İçen Evli Kadınlarda Ruhsal Hastalık Riski ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi**” isimli bir araştırma yapılması planlanmaktadır.

Hekimin Açıklaması: Bu anketin amacı Adana Yüreğir Yenidoğan Aile Sağlığı Merkezinde kesin kayıtlı hastalar olup sigara içen evli kadınlarda ruhsal hastalık ve yaşam kalitesinin belirlenmesidir. Araştırmaya gönüllü olarak katılıyor olmanız durumunda anket sorularını cevaplamanız istenecektir. Kişisel bilgileriniz (ad soyad, TCKN vb.) hiçbir kişi, kurum veya kuruluşlarla paylaşılmayacaktır. Sizin kişisel bilgileriniz deklare edilmeyecek, çalışma karşılığı bir ödeme yapılmayacak ve çalışmaya katıldığınız için parasal yük altına girmeyeceksiniz. Size verilen anket sorularını cevaplayarak çalışmaya dahil olmayı kabul ederseniz, size en uygun cevapları belirtmeniz yeterli olacaktır. Yardıma ihtiyacınız olduğunda soru sormaktan çekinmeyiniz.

Katılımcının Beyanı: Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana tanık huzurunda yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Not: “Bu araştırmada onam yeteneği olmayan ya da kısıtlı olanlar için hastanın birinci derecede yakınlarından onay alınacaktır.”

Katılımcı ve/veya birinci derece yakını

Adı, soyadı:

Tel:

Tarih:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Tel:

Tarih:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Ast. Dr. Sevilay Tuna Çökük

Tel: 0505 567 87 57

Tarih:

İmza:

Ek-2: Veri Toplama Formu

Sigara İçen Evli Kadınlarda Ruhsal Hastalık Riski ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi

Bu alışma ile Adana Yüregir Yenidoğan Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı sigara içen evli kadınların ruhsal hastalık risklerinin ve yaşam kalitelerinin sigara içmeyen kadınlarla karşılaştırılması amaçlanmıştır. Elde edilen verilerle sigara içen kadınlarda ruhsal hastalık risklerinin kolay belirlenmesi ve yaşam kalitesinde iyileşme katkı sağlamayı umuyoruz. Yanıtlarınız kapalı olarak işlenecek, elde edilecek veriler isimsiz olarak kullanılacaktır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle dinleyip size en uygun seçeneği söyleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Anket No:

Tarih:

.....

Katılımcının ad soyadının baş harfleri:

A. Katılımcının Sosyodemografik Verileri:

1. Yaşınız: yaş

2. Eğitim durumunuz nedir?

☐Eğitim almamış ☐İlkokul ☐Ortaokul ☐Lise ☐Üniversite

3.Çalışma durumunuz nedir?

☐alışmıyor-Ev hanımı ☐çalışıyor-kendi geliri var

4.Evdeki toplam gelir durumu nedir?

☐<8.500 TL ☐8.500 – 11.500 TL ☐>11.500 TL

5. Bedensel kronik hastalık tanınız var mı?

☐Hayır ☐Evet(ise belirtiniz;

6. Ruhsal hastalığınız tanınız var mı?

☐Hayır ☐Evet(ise belirtiniz;

B.Katılımcının Antropometrik Ölçümleri:

Boy:.....cm

Ağırlık:.....kg

VKİ. kg/m²

Bel evresi: . . . cm

C. Katılımcının Yaşam Tarzı:

1. Düzenli bedensel etkinlik (örneğin haftanın 4-5 günü, günde 30-45 dk tempolu

yürüyüş) **yapar mısınız?** ☐ Hiç yapmam ☐ Biraz yaparım ☐ Orta düzeyde yaparım ☐ Çok yaparım ☐ Çok fazla yaparım

2. Sağlıklı beslenmeye (örneğin düşük şeker değeri ve içeriği olan sebzeler, salatalar gibi sağlıklı karbonhidratlar, sağlıklı yağlar ve proteinler içeren besinlerle) **ne kadar uyarsınız?**

☐ Hiç uymam ☐ Biraz uyarım ☐ Orta düzeyde uyarım ☐ Çok uyarım ☐ Çok fazla uyarım

3. Sosyal faaliyetlere (komşularla kabul günü, aileyle piknik yapmak, arkadaşlarla avm'ye sinemaya gitmek gibi) **ne derece zaman ayırırsınız?**

☐ Hiç zaman ayırmam ☐ Biraz zaman ayırırım ☐ Orta düzeyde zaman ayırırım ☐ Çok zaman ayırırım ☐ Çok fazla zaman ayırırım

D. Aile Durumuna İlişkin Veriler :

1. Kaç yaşında evlendiniz?

2. Kaç yıldır evlisiniz?

3. Kaç çocuğunuz var?

4. Aile tipiniz hangisine uyar? ☐ Çekirdek Aile ☐ Geniş Aile

5. Engelli/bakım gerektiren bir çocuğunuz var mı? ☐ Hayır ☐ Evet

6. Engelli/bakım gerektiren aile bireyi var mı? ☐ Hayır ☐ Evet

7. Yaşadığınız ev ☐ Kira ☐ Mülk

E. Sigara Kullanımı İle İlgili Veriler :

1. Sigara kullanıyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet

2. Evet ise Fagerström test sonucu: puan

3. Fagerström sınıfı: ☐ Hafif düzeyde (0-3puan) ☐ Orta düzeyde (4-6 puan)

☐ Şiddetli düzeyde (7-10 puan)

4. Kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz?..... yıldır.

5. Evlenmeden önce sigara kullanıyor muydunuz? ☐Hayır ☐Evet

6. Sigara kullanmayı bırakmak için herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu?

☐Hayır ☐Evet

7. Sigara kullanmayı bırakmak için herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmayı düşünüyor musunuz? ☐Hayır hiç düşünmüyorum ☐Biraz düşünüyorum

☐Orta düzeyde düşünüyorum ☐Çok düşünüyorum ☐Çok fazla düşünüyorum

F. Katılımcıların sigara ve diğer alışkanlıkları ile ilgili durumları

- 1.Kahve kullanır mısınız? ☐ Hiç kullanmam ☐ Biraz kullanırım
☐ Orta düzeyde kullanırım ☐ Çok kullanırım ☐ Çok fazla kullanırım
- 2.Alkol kullanır mısınız? ☐ Hiç kullanmam ☐ Biraz kullanırım
☐ Orta düzeyde kullanırım ☐ Çok kullanırım ☐ Çok fazla kullanırım
3. Madde kullanır mısınız? ☐ Hiç kullanmam ☐ Biraz kullanırım
☐ Orta düzeyde kullanırım ☐ Çok kullanırım ☐ Çok fazla kullanırım

G. Eşin Eğitim Durumu ve Sigara Kullanımı İle İlgili Veriler :

1. Eşinizin eğitim durumu nedir?

☐Eğitim almamış ☐İlkokul ☐Ortaokul ☐Lise ☐Üniversite

2. Eşiniz sigara kullanma düzeyi hangisidir. ☐ Hiç kullanmaz ☐ Biraz kullanır

☐ Orta düzeyde kullanır ☐ Çok kullanır ☐ Çok fazla kullanır

3. Eşiniz alkol kullanır mı? ☐ Hiç kullanmaz ☐ Biraz kullanır

☐ Orta düzeyde kullanır ☐ Çok kullanır ☐ Çok fazla kullanır

4. Eşiniz kahve kullanır mı? ☐ Hiç kullanmaz ☐ Biraz kullanır

☐ Orta düzeyde kullanır ☐ Çok kullanır ☐ Çok fazla kullanır

5. Eşiniz madde kullanır mı? ☐ Hiç kullanmaz ☐ Biraz kullanır

☐ Orta düzeyde kullanır ☐ Çok kullanır ☐ Çok fazla kullanır

ÖLÇEKLER

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi:

1. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

- a. İlk 5 dakika içinde (3 puan)
- b. 6-30 dakika içinde (2 puan)
- c. 31-60 dakika içinde (1 puan)
- d. 1 saatten sonra (0 puan)

2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?

- a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)

3. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?

- a. Sabah ilk içilen sigara (1 puan)
- b. Diğer zamanlarda içilen sigaralar (0 puan)

4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- a. 31 ve daha fazla (3 puan)
- b. 21-30 adet (2 puan)
- c. 11-20 adet (1 puan)
- d. 10 ve daha az (0 puan)

5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?

- a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)

6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?

- a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)

Değerlendirme: 0-3 puan: hafif nikotin bağımlısı 4-6 puan: orta nikotin bağımlısı, 7-10 puan: şiddetli nikotin bağımlısı



Aile Apgar Ölçeği:

1.Bir sorunum olduğunda, ailemden yardım alabiliyor olmamdan memnunum.

☐Neredeyse her zaman ☐Bazen ☐Neredeyse hiçbir zaman

2.Ailemin benimle konuşma ve problemleri paylaşma şeklinden memnunum.

☐Neredeyse her zaman ☐Bazen ☐Neredeyse hiçbir zaman

3.Ailemin yeni etkinliklere katılma veya yönelme isteklerimi kabul etmesi ve desteklemesinden memnunum.

☐Neredeyse her zaman ☐Bazen ☐Neredeyse hiçbir zaman

4.Ailemin kızgınlık,üzüntü ve aşk gibi duygularıma ilgi ve tepki gösterme şeklinden memnunum.

☐Neredeyse her zaman ☐Bazen ☐Neredeyse hiçbir zaman

5.Ailemle birlikte vakit geçirme şeklimizden memnunum.

☐Neredeyse her zaman ☐Bazen ☐Neredeyse hiçbir zaman

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

1)Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

☐Çoğu zaman ☐Birçok zaman ☐Zaman zaman, bazen ☐Hiçbir zaman

2)Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

☐Aynı eskisi kadar ☐Pek eskisi kadar değil ☐Yalnızca biraz eskisi kadar

☐Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3)Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

☐Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli ☐Evet, ama çok da şiddetli değil

☐Biraz, ama beni endişelendiriyor ☐Hayır, hiç de öyle değil

4)Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

☐Her zaman olduğu kadar ☐Şimdi pek o kadar değil

☐Şimdi kesinlikle o kadar değil ☐Artık hiç değil

5)Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

☐Çoğu zaman ☐Birçok zaman ☐Zaman zaman, ama çok sık değil ☐Yalnızca bazen

6)Kendimi neşeli hissediyorum.

☐Hiçbir zaman ☐Sık değil ☐Bazen ☐Çoğu zaman

7)Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi rahatlamış hissediyorum.

☐Kesinlikle ☐Genellikle ☐Sık değil ☐Hiçbir zaman

8)Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

☐Hemen hemen her zaman ☐Çok sık ☐Bazen ☐Hiçbir zaman

9)Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

☐Hiçbir zaman ☐Bazen ☐Oldukça sık ☐Çok sık

10)Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

☐Kesinlikle ☐Gerektiği kadar özen göstermiyorum

☐Pek o kadar özen göstermeyebilirim ☐Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11)Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

☐Gerçekten de çok fazla ☐Oldukça fazla ☐Çok fazla değil ☐Hiç değil

12)Olacakları zevkle bekliyorum.

☐Her zaman olduğu kadar ☐Her zamankinden biraz daha az

☐Her zamankinden kesinlikle daha az ☐Hemen hemen hiç

13)Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

☐Gerçekten de çok sık ☐Oldukça sık ☐Çok sık değil ☐Hiçbir zaman

14)İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

☐Sıklıkla ☐Bazen ☐Pek sık değil ☐Çok seyrek

WHOQOL-BREF(TR)

Bu anket yaşamınızın kalitesi, sağlığını ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Yaşamınızın **son 2 haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.**

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi,Ne kötü	Oldukça İyi	Çok iyi
1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2	Sağlığınızdaki ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son 2 hafta içinde kimi şeyleri “ne kadar” yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4	Günlük uğraşlarınızı yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son 2 haftada kimi şeyleri ne ölçüde “tam olarak” yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son 2 hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde “iyi ya da doyurucu” bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son 2 hafta içinde bazı şeyleri “ne sıklıkta” hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5