

**T.C.
RECEP TAYYIP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**18-65 YAŞ ARASI KARDİYOVASKÜLER RİSK FAKTÖRÜ
OLAN BİREYLERDE RAMAZAN AYININ YAŞAM TARZI
DEĞİŞİKLİKLERİNE ETKİSİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Büşra USLUOĞLU

RİZE

2022



**T.C.
RECEP TAYYIP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**18-65 YAŞ ARASI KARDİYOVASKÜLER RİSK FAKTÖRÜ
OLAN BİREYLERDE RAMAZAN AYININ YAŞAM TARZI
DEĞİŞİKLİKLERİNE ETKİSİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Büşra USLUOĞLU

Danışman

Doç. Dr. Cüneyt ARDIÇ

RİZE

2022

ETİK BEYAN

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim dalı programından mezun olmak üzere teslim ettiğim “18-65 Yaş Arası Kardiyovasküler Risk Faktörü Olan Bireylerde Ramazan Ayının Yaşam Tarzı Değişikliklerine Etkisi” adlı tezim, bilim ve araştırma etiği prensiplerine riayet edilerek tarafımdan yazılmıştır.

Tez çalışmamda, başka kaynaklardan aktarılan bütün bilgi ve alıntılar, Enstitünüz Tez Yazım Kılavuzu'na uygun olarak açıkça gösterilmiştir. Kaynağı gösterilenler dışında kalan bütün bilgiler uygun araştırma yöntemi kullanılarak tarafımdan edinilmiş ve esere bu şekilde yansıtılmıştır. Şahsıma ait olmayan hiçbir bilgi, kasıt veya kusurlar, şahsıma aitmiş gibi gösterilmemiştir. İnternet kaynakları dâhil, sahibine/kaynağına atıf yapılmaksızın hiçbir bilgi kullanılmamıştır. Aksinin ortaya çıkması halinde doğacak bütün hukuki, idari, akademik ve etik sorumluluk tarafıma ait olacaktır. Eserin tesliminden sonra herhangi bir zamanda, bilim etiğine aykırılık tespit edilmesi ve / veya eserimle ilgili intihal veya intihal şeklinde anlaşılacak bir durumun ortaya çıkması halinde; üniversiteniz ve eğitim kadronuzun hiçbir şekilde sorumlu tutulmayacağını hür irademle kabul, beyan ve taahhüt ederim.

28/12/2022

Dr. Büşra USLUOĞLU

ÖN SÖZ

Asistanlık serüvenime ilk adımımı atacağım süreçte Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesinin aile hekimliği ekibine dahil olmamı sağlayan kişilerin başında gelen, bilgi ve tecrübeleri ışığında desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, aile hekimi olmanın sadece puan alıp yerleşmekle değil aksine gelişmekle ve geliştirmekle katlanarak devam etmesi gereken ve yaşam boyu devam eden bir süreç olduğunu gösteren saygıdeğer hocam Doç. Dr. Cüneyt ARDIÇ' a,

Üç yıllık asistanlık sürecimde beni destekleyen samimiyet kurduğum, birbirimize hem sevgi hem de bilgi aktarımında bulunabildiğimiz anabilim dalımızdaki tüm asistan arkadaşlarıma,

Asistanlık hayatımızda mutlu anlarımda tebessümünü esirgemeyip, zor zamanlarımda omzunu hissedebildiğim biricik kıdemlim Uzm. Dr. Merve Nur SERÇE' ye; çok uzaklardan tezime katkıda bulunup yakınlığımı hissettiren arkadaşım Derya ÖZDEMİR' e; verdiği emek ve özveriyle her zaman destekçim olan arkadaşım Nesrin GÜNER' e; tez sürecinde yardımlarını esirgemeyen Dr. Beril KARA' ya,

Eğitim hayatımın en sevdiğim dönemi olan lise hayatımın bir parçası olan saygıyı minnet ve borç bildiğim öğretmenim Osman MORSÜNBÜL' e,

Tıp fakültesindeyken Ankara'yı benim için güzelleştiren, tez düzenleme kısmında bana yardımcı olan manevi abim Ömer Fatih SIRAY' a

Bugün buralara gelmeme ve tüm fedakarlıklarıyla yoğrulan hayatımın bir kesiti olan bu gururlu, mutlu anlarımı yaşamama vesile olan en değerlim anneme, babama ve canım kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Büşra USLUOĞLU

Rize, 2022

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN	I
ÖN SÖZ	II
İÇİNDEKİLER	III
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
GİRİŞ	1
1. GENEL BİLGİLER	2
1.1. Kardiyovasküler Hastalık	2
1.1.1. Kardiyovasküler Hastalık Prevalansı.....	2
1.1.2. Kardiyovasküler Risk Faktörleri.....	4
1.1.2.1. Yaş ve Cinsiyet.....	5
1.1.2.2. Aile Hikayesi.....	5
1.1.2.3. Hipertansiyon	6
1.1.2.4. Dislipidemi	6
1.1.2.5. Diyabetes Mellitus.....	7
1.1.2.6. Kronik Böbrek Hastalığı	7
1.1.2.7. Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörlerinin Yaygınlığı.....	7
1.2. Yaşam Tarzı Faktörleri	8
1.2.1. Sigara İçmek.....	8
1.2.2. Diyet.....	8
1.2.3. Egzersiz	9
1.2.4. Alkol.....	9
1.2.5. Obezite	9
1.2.6. Psikososyal Faktörler	10
1.3. Dini Oruçlar	10

1.4. Ramazan Ayı ve Etkileri	12
1.5. Aile Hekimliği İlkeleri	16
2. GEREÇ VE YÖNTEMLER	17
2.1. Çalışmanın Yapısı	17
2.2. Örneklem.....	17
2.3. Veri Toplanması Ve Kullanılan Araçlar	18
3. BULGULAR.....	21
4.TARTIŞMA.....	77
5.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	82
KAYNAKÇA.....	83
EKLER	85

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ana Bilim Dalı: Aile Hekimliği
Tez Türü: Uzmanlık Tezi
Danışman: Doç. Dr. Cüneyt ARDIÇ
Hazırlayan: Dr. Büşra USLUOĞLU
Yıl: 2022
Sayfa Sayısı: 98

ÖZET

18-65 YAŞ ARASI KARDİYOVASKÜLER RİSK FAKTÖRÜ OLAN BİREYLERDE RAMAZAN AYININ YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİNE ETKİSİ

Amaç: Çalışmanın amacı, 18-65 yaş arası kardiyovasküler riski olan bireylerde ramazan ayının yaşam tarzı değişikliklerine etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ve Dahiliye polikliniklerinde, 18-65 yaş arası 176 hastaya Ramazan ayı öncesi ve Ramazan ayı içerisinde yüz yüze görüşme yöntemiyle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ), sosyodemografik ve tıbbi özgeçmiş verilerini içeren anket uygulanmıştır. Sonrasında Ramazan ayı öncesi ve Ramazan ayı içerisinde incelenen veriler karşılaştırılarak bu sürecin yaşam tarzı değişikliklerine etkisi değerlendirilmiştir.

Bulgular: Ramazan ayı içerisinde SYBDÖ puanlarının arttığını ve artışın manevi gelişim alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlenmiştir ($p=0,013$). Ayrıca Ramazan ayı içerisinde Ramazan ayı öncesine göre VKİ ve uyku sürelerinde anlamlı derecede azalma olmuştur (sırasıyla $p=0,035$; $p<0,001$). Medeni durumu bekâr olanlarda Ramazan ayı içerisinde sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı, manevi gelişim alt ölçek puanı ve stres yönetimi alt ölçek puanı Ramazan ayı öncesine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,049$, $p=0,003$ ve $p=0,039$).

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışma ile en yüksek ölüm nedeni olarak bilinen kardiyovasküler hastalık riskine sahip 18-65 yaş arası grupta Ramazan ayının bu risk faktörlerine daha çok olumlu yönde bir etkide bulunduğu tespit edilmiştir ve bu süreçte hayata katılan yaşam tarzı değişikliklerinin ilerleyen dönemde yaşam biçimi haline dönüşmesinin teşviki sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: Kardiyovasküler Risk Faktörleri, Yaşam Tarzı Değişiklikleri, Ramazan ayı.

Recep Tayyip Erdogan University Faculty of Medicine
Department : Family Medicine
Thesis Type : Dissertation
Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Cüneyt ARDIÇ
Author : Dr. Büşra USLUOĞLU
Year : 2022
Pages : 98

ABSTRACT

THE EFFECT OF RAMADAN ON LIFESTYLE CHANGES IN INDIVIDUALS AGED 18-65 WITH CARDIOVASCULAR RISK FACTOR

Objective: The aim of the study is to examine the effect of Ramadan on lifestyle changes in individuals aged 18-65 with cardiovascular risk.

Materials and Methods: In the Rize Recep Tayyip Erdoğan University Training and Research Hospital Family Medicine and Internal Medicine outpatient clinics, 176 patients aged 18-65 were interviewed before and during the month of Ramadan with a questionnaire including the Healthy Lifestyle Behaviors Scale (SYBDS), sociodemographic and medical history data. . Afterwards, the effects of this process on lifestyle changes were evaluated by comparing the data examined before and during the month of Ramadan.

Results: It was observed that HLBS scores increased during the month of Ramadan and the increase was statistically significant in the spiritual development subscale ($p=0.013$). In addition, there was a significant decrease in BMI and sleep durations during Ramadan compared to the pre-Ramadan month ($p=0.035$; $p<0.001$, respectively). Health responsibility subscale score, spiritual development subscale score and stress management subscale score were found to be significantly higher in those who were single in the month of Ramadan than before Ramadan ($p=0.049$, $p=0.003$ and $p=0.039$, respectively).

Conclusions: In this study, it has been determined that the month of Ramadan has a more positive effect on these risk factors in the 18-65 age group with the risk of cardiovascular disease, which is known as the highest cause of death, and it can be ensured that the lifestyle changes that are included in life in this process turn into a lifestyle in the future.

Keywords: Cardiovascular Risk Factors, Lifestyle Changes, Ramadan month

GİRİŞ

Dünya genelindeki ölümlerin en sık nedenine bakıldığında kardiyovasküler hastalıklar (KVH) olduğu görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine bakıldığında 2019 yılında tahmini olarak 17,9 milyon insan KVH' ler nedeniyle yaşamını kaybetmiştir, bu da tüm ölümlerin %32'sine denk gelmektedir. Bu ölümlerin de sebeplerine bakıldığında %85'inin nedeni kalp krizi ve inmedir ("Cardiovascular diseases (CVDs)", 2021). Türkiye'deki verilere bakıldığında ise 2016 yılında ölüm nedenleri arasında 1.sırada kardiyovasküler hastalıklar sonucunda meydana gelen ölümler gelmektedir ve bu oran tüm ölümlerin %39,8'ini oluşturmaktadır ("TÜİK Kurumsal", 2016). KVH' lerin uzun bir süre daha en başta gelen ölüm sebebi olmayı sürdüreceği düşünülmektedir.

KVH açısından olumlu olarak görülen nokta ise bu hastalıkların büyük oranda önlenbilir olmalarıdır. Önlenbilir KVH risk faktörleri; hipertansiyon, dislipidemi, diyabet, kronik böbrek hastalığı gibi kronik hastalıklar, sigara, alkol, diyet, egzersiz, obezite ve psikososyal faktörler gibi yaşam tarzı faktörleridir. Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ), hipertansiyon, obezite, dislipidemi ve sigara kullanımı gibi KVH risk faktörlerin kontrol altına alınması ile KVH' ların görülme sıklığının yarıya indirilebileceğini bildirmektedir ("Cardiovascular diseases (CVDs)", 2021).

Sağlıklı beslenmenin özellikleri değişebilse de sağlıklı beslenmenin genel amacı, hastaların sağlığını iyileştirmek ve hastalık riskini azaltmaktır. Önemli kanıtlar, sağlıklı gıda seçimlerinin ömrü uzatabileceğini ve diğer önemli kronik hastalıkların yanı sıra kardiyovasküler hastalık, diyabet, hipertansiyon ve kanser riskini azaltabileceğini göstermektedir(English ve diğerleri, 2021). Sağlıklı bir diyet ayrıca kilo yönetimine yardımcı olabilir ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini iyileştirebilir (Govindaraju, Sahle, McCaffrey, McNeil ve Owen, 2018; Mancini, Filion, Atallah ve Eisenberg, 2016; Xu ve diğerleri, 2018; Zhong ve diğerleri, 2021). Bireyin seçtiği spesifik diyet veya diyet modeli, kişisel tercihler, sosyal ve kültürel etkiler ve ekonomik hususlar dahil olmak üzere çok çeşitli faktörlerden güçlü bir şekilde etkilenir. Sağlığın korunması veya hastalıkların önlenmesi, diyet seçimlerinin önemli itici güçleri olsa da, bunlar genellikle hastanın tek düşüncesi olmayacaktır; tat tercihleri, maliyet ve gıda mevcudiyeti sorunları, dini gereklilikler, sosyal normlar ve medya ve pazarlama güçlerinin tümü katkıda bulunur.

Ramazan ayının uykusu, yemek, fiziksel aktivite, çeşitli hastalıklardaki etkisi ile ilgili çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Ancak bu çalışmalarda genellikle bu parametrelerin bir veya birkaçına bakılmıştır. Biz de Ramazan ayının bu parametrelerin hepsine birlikte nasıl etki ettiğini merak ettik ve en fazla karşılaşılan ve en fazla mortaliteye sahip KVH riski olan grupta bu parametrelerde değişiklik oluşturup oluşturmadığını, oluşturmuşsa nasıl bir değişiklik oluşturduğunu incelemek istedik.

Bu çalışmadaki amacımız 1 Mart - 30 Nisan tarihleri arasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ve Dahiliye polikliniğine başvuran 18-65 yaş arası kardiyovasküler riski olan bireylerde Ramazan ayının yaşam tarzı değişikliklerine etkisini incelemektir.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. Kardiyovasküler Hastalık

Bir tanı kategorisi olarak, KVH dört ana alanı içerir:

- Miyokard enfarktüsü (MI), anjina pektoris ve koroner ölüm ile ortaya çıkan Kronik Koroner Kalp Hastalığı (KKH)
- İnme ve geçici iskemik atak ile ortaya çıkan serebrovasküler hastalık
- Periferik arter hastalığı
- Aort ateroskleroza ve torasik veya abdominal aort anevrizması

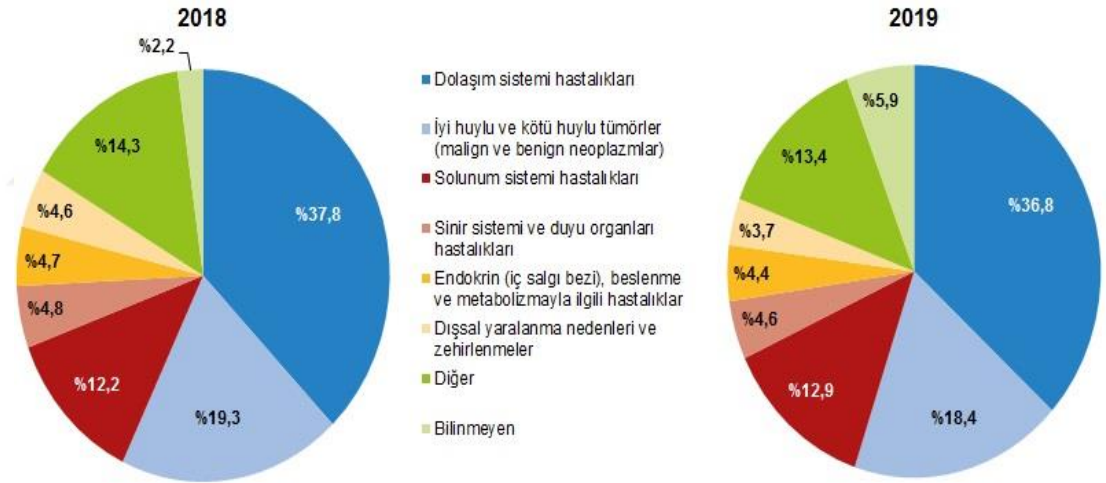
1.1.1. Kardiyovasküler Hastalık Prevalansı

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), dünya genelinde yaygındır ve 60 yaşını geçen yetişkinlerin çoğunu etkilemektedir. 2019'da KVH'in dünya çapında yıllık 17,9 milyon ölümlerle sonuçlandığı tahmin edilmektedir ("Cardiovascular diseases (CVDs)", 2021). Amerikan Kalp Derneği'nin (AHA) 2019 Kalp Hastalığı ve İnme Verileri'nin yenilenmiş halinde Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ≥ 20 yaşındaki kişilerin yüzde

48'inde KVH olduğunu bildirdi(Benjamin ve diğerleri, 2019). Bildirilen prevalans her iki cinsiyette yaşla beraber yükselmektedir.

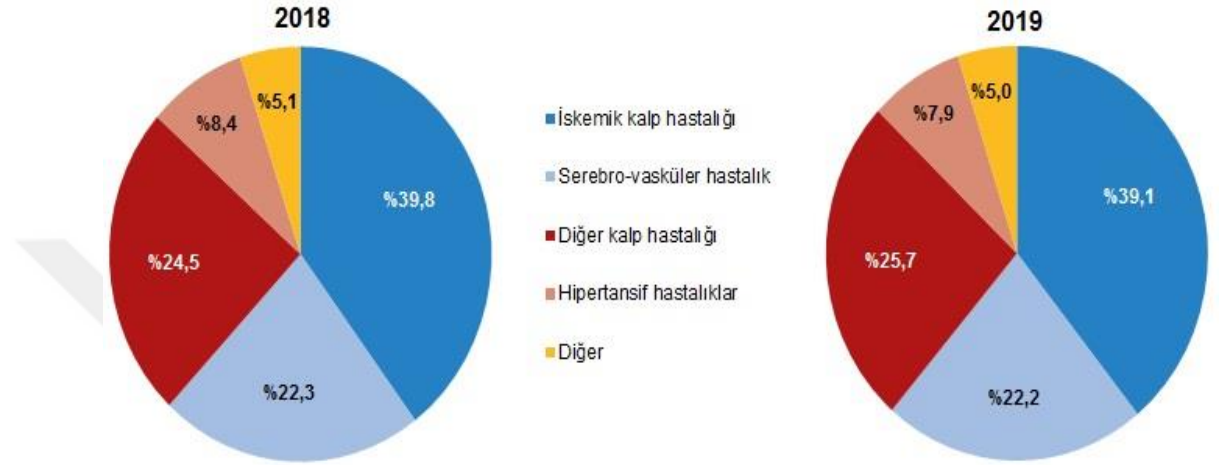
Ülkemizin mortalite bilgilerine bakıldığında tüm ölümlerin içerisinde kalp damar hastalıklarının oranının gittikçe yükselmekte olduğu görülmektedir. Ölümler nedenlerine göre incelendiğinde, 2019 yılında %36,8 ile dolaşım sistemi hastalıklarının ilk sırada yer aldığı görülmüştür. Bu ölüm nedenini %18,4 ile iyi ve kötü huylu tümörler, %12,9 ile solunum sistemi hastalıkları izlemektedir.(“TÜİK Kurumsal”, 2019). Kardiyovasküler hastalıklar sebebiyle ölümlerin oranlarına bakıldığında yüzde 39,1'i iskemik kalp hastalığı, yüzde 22,2'si serebrovasküler hastalık, yüzde 25,7'si diğer kalp hastalığından dolayı meydana gelmiştir.

Şekil 1: Nedenlere göre ölüm oranı, 2018, 2019(Türkiye)



(“TÜİK Kurumsal”, 2019)

Şekil 2: Dolaşım sistemi hastalıklarından ölenlerin oranı, 2018, 2019(Türkiye)



(“TÜİK Kurumsal”, 2019)

1.1.2. Kardiyovasküler Risk Faktörleri

KVH için birçok risk faktörü, spesifik önlemlerle değiştirilebilir. 52 ülkeden değişik kişilerin katıldığı INTERHEART araştırmasında, potansiyel olarak değiştirilebilir dokuz faktör, kardiyovasküler riskin yüzde 90'ından fazlasını oluşturuyordu. Bunlar sigara, dislipidemi, hipertansiyon, diyabet, KBH, abdominal obezite, psikososyal faktörler, meyve ve sebze tüketimi ve alkol tüketimidir (Yusuf ve diğerleri, 2004a) .

Genellikle birliktelik gösteren çeşitli faktörler, koroner arterlerde ve diğer arter yataklarında aterosklerotik plaklar için artan risk ile ilişkilidir (Wilson, 1994). Risk faktörü değerlendirmesi, yetişkinlerde dislipidemi, hipertansiyon ve diyabet tedavisine rehberlik etmek için yararlıdır ve koroner hastalık olayları olasılığını kestirmeye destek olmak için çok değişkenli formülasyonlar kullanılabilir (Ridker, 1999; Wilson ve diğerleri, 1998) .

1.1.2.1. Yaş ve Cinsiyet

Tek başına yaş da KVH gelişimine katkıda bulunuyor gibi görünmektedir. KVH için taranan 40 yaş ve üstü 3,6 milyondan fazla bireyden oluşan bir kohortta, hayatın her on yılında herhangi bir vasküler hastalığın prevalansı ciddi derecede arttığı gösterilmiştir (Savji ve diğerleri, 2013). Erkeklerde 45 yaş ve üzeri , kadınlarda 55 yaş ve üzeri olmak KVH için ciddi bir risk faktörüdür.

Tek başına erkek olmak KKH riskini destekler. Birkaç popülasyon araştırması, erkek olmayı daha fazla KKH ve KKH ile ilişkili ölüm oranları için bir risk faktörü olarak görmektedir (D'Agostino ve diğerleri, 2008; Kappert ve diğerleri, 2012; Tunstall-Pedoe ve diğerleri, 1999). Ortalama 56 ay boyunca gözlenen ONTARGET ve TRANSCEND araştırmasındaki kişilerden (9378 kadın, 22,168 erkek) 31.000 hasta arasında, kadınlar erkeklerden yaklaşık yüzde 20 daha az riske sahipti (Kappert ve diğerleri, 2012). Menapoz öncesi kadınlarda, MI ve ani ölüm gibi kardiyovasküler hastalığın önemli semptomları nispeten nadirdir. Postmenapozal dönemde, kardiyovasküler hastalığın insidansı ve şiddeti, aynı yaşta premenopozal kalan kadınlara oranla üç kat daha fazla olmak üzere aniden artar(Gordon, Kannel, Hjortland ve McNamara, 1978).

1.1.2.2. Aile Hikayesi

Aile hikayesi, özellikle ailede erken hastalık hikayesi olan genç kişiler arasında, KKH için bağımsız bir risk faktörüdür(Lloyd-Jones ve diğerleri, 2004; MB, G, H ve V, 2002; Murabito ve diğerleri, 2005; Otaki ve diğerleri, 2013; Roncaglioni ve diğerleri, 1992; Sesso ve diğerleri, 2001; Sivapalaratnam ve diğerleri, 2010). Birinci derece akrabada (yani biyolojik ebeveyn veya kardeşte) 55 yaşından (erkekler) veya 65 yaşından (kadınlar) önce aterosklerotik KVH gelişmesi veya KVH' dan ölümün önemli bir aile öyküsü olduğuyla ilgili genel bir görüş birliği bulunmaktadır (Berg ve diğerleri, 2009; J. Patel ve diğerleri, 2018; Stone ve diğerleri, 2014).

1.1.2.3. Hipertansiyon

Hipertansiyon, KKH ve felçten ölüm dahil olumsuz kardiyovasküler neticeler için bir risk faktörüdür (Lewington, Clarke, Qizilbash, Peto ve Collins, 2002; Miura ve diğerleri, 2001). Yaşam boyu KVH geliştirme riski, hipertansiyonu olan hastalarda anlamlı olarak daha yüksektir. Başlangıç KVH' si olmayan 30 yaş ve üzeri 1,25 milyondan fazla hastadan oluşan bir kohortta, başlangıçta tedavi edilen hipertansiyonu olan yüzde 20'si dahil olmak üzere, başlangıç hipertansiyonu olan hastaların yaşam boyu KVH geliştirme riski yüzde 63,3 iken, başlangıç kan basıncı düzeyi normal olanlarda yüzde 46,1 risk vardı (Rapsomaniki ve diğerleri, 2014). INTERHEART grubundan başka bir çalışmada, hipertansiyon, ilk MI' ın popülasyona atfedilebilir riskinin yüzde 18'inden sorumluydu (Yusuf ve diğerleri, 2004b). Bir ziyaretten diğerine kan basıncındaki daha büyük değişiklikler, daha yüksek KVH ve mortalite riski ile de ilişkili olabilir (Muntner ve diğerleri, 2015).

1.1.2.4. Dislipidemi

Aşağıdaki lipid ve lipoprotein anormallikleri, artan KKH riski ile bağlantılıdır.

- Artmış total kolesterol ve artmış LDL kolesterol
- Düşük HDL kolesterol
- Hipertrigliseridemi
- HDL olmayan kolesterolde artış
- Yüksek Lp(a)
- Yüksek apolipoprotein C-III
- Apolipoprotein E'nin (apoE) farklı genotipleri, kolesterol ve trigliserit düzeylerinin yanı sıra KKH riskini de etkiler.

Kan kolesterolünün yüksek olması kalp krizi ve inme olasılığını yükseltmektedir. Çoğunlukla iskemik kalp hastalıklarının 1/3'ü artmış kolesterolle ilintili bulunmuştur. Yüksek serum kolesterolünü azaltmak kalp hastalığı riskinde azalmaya yol açmaktadır. 40 yaşındaki bir erkekte kolesteroldeki yüzde 10'luk düşüş 5 sene içerisinde kalp hastalığı olasılığını yüzde 50 azaltmıştır ("Global atlas on cardiovascular disease prevention and control: published by the World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke

Organization”, 2011; “Prevention of cardiovascular disease : guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk”, 2007).

1.1.2.5. Diabetes Mellitus

İnsülin direnci, insülin yüksekliği ve artmış glukoz KVH ile ilişkilidir (Al-Delaimy ve diğerleri, 2004; Almdal, Scharling, Jensen ve Vestergaard, 2004; Gerstein, Pais, Pogue ve Yusuf, 1999; Kannel ve McGee, 1979a, 1979b; Reaven, 1988; Singer, Nathan, Anderson, Wilson ve Evans, 1992; Zavaroni ve diğerleri, 1989). INTERHEART çalışmasında diyabet, popülasyona atfedilebilir ilk MI riskinin yüzde 10'unu oluşturuyordu (Yusuf ve diğerleri, 2004b). Diyabetle ilişkili tüm nedenlere bağlı mortalite riski, önceki bir MI ile ilişkili tüm sebeplere bağlı mortalite riski ile karşılaştırılmıştır (Vaccaro ve diğerleri, 2004). Bu gruplarda ölüm nedenleri eşit sıklıkta olmamakla birlikte (KVH ölümü MI sonrası daha fazla görülürken, diyabetli hastalarda KVH dışı ölüm daha fazladır.2002’de yapılan bir bildiri de diyabet KKH risk eşdeğeri olarak belirlenmiştir, dolayısıyla en yüksek risk kategorisine yükseltmişlerdir (“Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report”, 2002).

1.1.2.6. Kronik Böbrek Hastalığı

Son dönem böbrek hastalığı olan hastalarda artan KKH riski iyi tanımlanmamıştır, ancak şimdi hafif ile orta derecede böbrek işlev azlığının da KKH olasılığında ciddi bir artış ile ilişkili olduğuna dair net kanıtlar vardır (Gansevoort ve diğerleri, 2013). Ulusal Böbrek Vakfı'nın 2002'deki uygulama kılavuzları ve 2004'teki Amerikan Kardiyoloji Koleji (ACC)/Amerikan Kalp Derneği (AHA) görev gücü, kronik böbrek hastalığının (KBH) KKH risk eşdeğeri olarak kabul edilmesini önermiştir (Levey ve diğerleri, 2002; Members ve diğerleri, 2004).

1.1.2.7. Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörlerinin Yaygınlığı

Genel popülasyondaki birçok bireyde koroner kalp hastalığı (KKH) için bir veya daha fazla risk faktörü mevcuttur ve KKH olaylarının yüzde 90'ından fazlası bir veya daha fazla risk faktörüne sahip bireylerde meydana gelir (Stamler ve diğerleri,

1999; Vasan ve diğeri, 2005; Yusuf ve diğeri, 2004a). Önde gelen beş değiştirilebilir risk faktörü (dislipidemi, diyabet, hipertansiyon, obezite ve sigara) kardiyovasküler mortalitenin %50'sinden fazlasından sorumludur (S. A. Patel, Winkel, Ali, Narayan ve Mehta, 2015). Öte yandan, majör risk faktörlerinin yokluğu, çok daha düşük bir KKH riskini öngörmektedir (Stamler ve diğeri, 1999).

Hem Batı hem de Asya'da yapılan çeşitli çalışmalarda, çoklu risk faktörleri mevcut olduğunda riskteki artış kaydedilmiştir (Jackson, Lawes, Bennett, Milne ve Rodgers, 2005; Lowe ve diğeri, 1998; Rodgers, 2005; Vasan ve diğeri, 2005).

1.2. Yaşam Tarzı Faktörleri

Çeşitli yaşam tarzı faktörleri KKH riskini etkiler:

1.2.1. Sigara İçmek

Sigara içmek KKH için ciddi ve geri dönüşümlü bir risk faktörüdür. 2016'da, ≥ 18 yaşındaki Amerika Birleşik Devletleri'ndeki erişkinlerin hemen hemen yüzde 15,5'i sigara içiyordu (Benjamin ve diğeri, 2019). Günde en az 20 sigara içen kadınlarda MI insidansı, hiç sigara içmemiş kişilere göre altı kat, erkeklerde üç kat artmıştır (Njølstad, Arnesen ve Lund-Larsen, 1996; Prescott, Hippe, Schnohr, Hein ve Vestbo, 1998). MI riski her iki cinsiyette tütün tüketimi ile orantılıdır (Prescott ve diğeri, 1998). INTERHEART araştırmasında, sigara içmek, ilk MI'ın popülasyona atfedilebilir riskinin yüzde 36'sından sorumluydu (Yusuf ve diğeri, 2004b).

1.2.2. Diyet

KKH riski açısından değerlendirilen diyet unsurları arasında glisemik indeks (GI), meyve ve sebzeler, et, trans yağ asitleri, lif, kahve ve düşük kolesterollü diyetler yer alır.

Riski artırabilecek diyet faktörleri; Yüksek glisemik indeks, az miktarda meyve ve sebze tüketimi, fazla miktarda kırmızı et tüketimi, yüksek trans yağ asitleri tüketimi, düşük lif tüketimi,...

1.2.3. Egzersiz

Orta derecede bile egzersizin KKH' ye ve tüm sebeplere bağlı ölümlere karşı koruyucu etkisi vardır (Lee ve diğerleri, 2011; Leon, 1997; Paffenbarger ve diğerleri, 1993; Powell, Thompson, Caspersen ve Kendrick, 1987; Yusuf ve diğerleri, 2004b). Egzersizin serum HDL kolesterolünde artma, kan basıncında düşme, insülin direncinin azalması ve kilo kaybı gibi faydalı etkileri vardır. Egzersiz miktarına ilave olarak, süre ve bir koşu bandında maksimum oksijen alımı ile tayin edilen kardiyovasküler uygunluk derecesi (fiziksel aktivitenin bir ölçüsü), aynı zamanda KKH riskinde ve genel kardiyovasküler ölüm oranında düşme ile ilişkilidir (Barlow ve diğerleri, 2012; Berry ve diğerleri, 2011; Clausen, Marott, Holtermann, Gyntelberg ve Jensen, 2018; Held ve diğerleri, 2012; Imboden ve diğerleri, 2018; LaMonte ve diğerleri, 2000; Laukkanen ve diğerleri, 2001; Mandsager ve diğerleri, 2018; Myers ve diğerleri, 2002; Sandvik ve diğerleri, 1993; SN ve diğerleri, 1989).

1.2.4. Alkol

Alkol tüketimi ile kardiyovasküler hastalık riski arasında bağlantı bulunmaktadır Ayrıca alkol kullanımı miyokard hasarına neden olabilir, kardiyak aritmiye yol açabilir ve inme riskinde artış meydana getirebilir (“Global atlas on cardiovascular disease prevention and control: published by the World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization”, 2011).

2012 yılında alkol tüketimi dünyada 3,3 milyon (yüzde 5,9) ölümlle sonuçlanmıştır. Bu ölümlerin yarısından fazlası kalp ve damar hastalıkları, diyabet, siroz ve kanser sebebiyledir. Küresel hastalık yükünün yüzde 5,1'i alkol tüketimine bağlı olduğu düşünülmektedir (“Global status report on noncommunicable diseases 2014”, 2014; Mukamal, Chen, Rao ve Breslow, 2010; Rehm ve diğerleri, 2010).

1.2.5. Obezite

30'dan büyük Vücut Kitle İndeksi(VKİ) olarak tanımlanan obezite, özellikle gelişmiş ülkelerde oldukça yaygın bir durumdur ve 2011-2012 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri nüfusunun yüzde 35'inin obez olduğu tahmin edilmektedir (Ogden, Carroll, Kit ve Flegal, 2014). Obezite, hipertansiyon, insülin direnci ve glukoz

intoleransı, hipertrigliseridemi, düşük HDL kolesterol ve düşük adiponektin seviyeleri dahil olmak üzere ateroskleroz, KVH ve kardiyovasküler mortalite için bir dizi risk faktörü ile bağlantılıdır (Calle, Thun, Petrelli, Rodriguez ve Heath, 1999; Eckel ve diğerleri, 2004; Tirosh ve diğerleri, 2011; Wolk ve diğerleri, 2007). Bununla beraber, Framingham Offspring Study'deki 4780 yetiştikten elde edilen bir veri analizinde, VKİ ile ölçülen obezite, geleneksel risk faktörleri için ayarlandıktan sonra KKH ve serebrovasküler hastalığın oluşumunu önemli ölçüde ve bağımsız olarak öngördü(Wilson ve diğerleri, 2008). Ek olarak, daha yüksek VKİ ile daha yüksek KVH riski arasında sürekli doğrusal bir ilişki vardır(G ve diğerleri, 2016; MD ve diğerleri, 2014).

1.2.6. Psikososyal Faktörler

Tofler'in kardiyovasküler hastalıkları olanlarda psikososyal faktörleri incelediği 2 çalışmada da psikososyal faktörlerin, aterosklerozun erken gelişimine ve ayrıca MI ve ani kardiyak ölüme sebep olabileceği gösterilmiştir (Tofler, 2022a, 2022b).Bu çalışmalarda psikolojik stres ve ateroskleroz arasındaki ilişkinin gerek endotel hasarı yoluyla doğrudan gerek sigara, hipertansiyon ve lipid metabolizması gibi risk faktörlerinin artması ile olabileceği gösterilmiştir. Bu çalışma neticesinde depresyon, öfke, stres ve diğer faktörler kardiyovasküler sonuçlarla ilişkilendirilmiştir.

1.3. Dini Oruçlar

PubMed, Scopus, Google akademik ve Google'da oruç, dini oruç ve aralıklı oruç olmak üzere üç anahtar kelime kullanılarak literatür taraması yapılmıştır (Persynaki, Karras ve Pichard, 2017).Bu çalışma çeşitli din inançlarıyla ilgili oruç tutmanın metabolik sağlık yararlarını ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır ve Ramazan, Ortodoks, Budist ve 21 günlük Daniel orucu olmak üzere 4 oruç tipi incelenmiştir. Dini oruç, ruhsal nedenlerle belirli gıda türlerinden uzak durma olarak tanımlanır (Trepanowski ve Bloomer, 2010).Dini orucu takip eden kişiler, bunun aslında ölçülülük anlamında eğitilirler. Günlük kalori kısıtlaması bu diyet modelinde yaygın bir özelliktir (Kul, Savaş, Öztürk ve Karadağ, 2014; Lazarou ve Matalas, 2010; Trepanowski ve Bloomer, 2010; Trepanowski, Kabir, Alleman ve Bloomer,

2012).Sonuç olarak, dini oruç tutan kişiler, yıl boyunca uzun süreler boyunca beslenme alışkanlıklarına çok bağlı kılar ve bu nedenle, birçok sağlık parametresini önemli ölçüde etkiler (Trepanowski ve Bloomer, 2010).Farklı dini oruç türleri arasında yıl boyunca sıklık ve süre ile sınırlı gıda tüketimi türü gibi farklı özellikler ayırt edilmelidir (Kul ve diğerleri, 2014; Lazarou ve Matalas, 2010; Trepanowski ve Bloomer, 2010; Trepanowski ve diğerleri, 2012).Bu parametreler, dünya çapında çoğu inanan tarafından takip edilen farklı dini oruç kalıplarının kategorize edilmesinin ana temelidir ve ayrıca manevi nedenlerin ötesinde sağlığı teşvik edici nedenlerle popüler bir diyet kalıbı olarak yaygın olarak benimsenmiştir (Barnosky, Hoddy, Unterman ve Varady, 2014; Longo ve Mattson, 2014).

Ortodoks orucu, Ortodoks dininin temel ve geleneksel bir bileşenidir (Lazarou ve Matalas, 2010). Bir yılda her Çarşamba ve Cuma günü yaklaşık 180-200 gün/yıl boyunca bu oruç gerçekleştirilir (Lazarou ve Matalas, 2010). Ayrıca, 14 ila 40 gün arasında süren dört sürekli oruç dönemi vardır (Noel Oruçları, Paskalya, Theotokos'un Göğe Kabulü, Havari'nin orucu) (Lazarou ve Matalas, 2010). Ortodoks orucu esnasında et, balık, süt ürünleri, zeytinyağı ve alkol tüketimi yasaktır (Lazarou ve Matalas, 2010). Ek olarak, bütün yıl Ortodoks rahipler etten kaçınırlar. Ortodoks orucu, gıda tüketiminin belirli tür ve miktarlarda gıda ile sınırlandırılması gerektiğini önerir ve bu nedenle Akdeniz diyeti ile birçok benzerliği paylaşır (Lazarou ve Matalas, 2010). Oruç günlerinde diyet sebzeler, meyveler, tahıllar, kabuklu yemişler, düşük kardiyovasküler hastalık prevalansı ve uzun ömür ile ilişkilendirilen bir diyet modeli açısından zengindir (Papadaki, Vardavas, Hatzis ve Kafatos, 2008).

Budist orucunda, süt hariç tüm hayvansal ürünlerden uzaklaşmak esastır. Bu orucu tutan kişiler ayrıca beş keskin sebze (sarımsak, soğan, frenk soğanı, asant, pırasa), alkol ve fazla miktarda hazır ürün tüketiminden kaçınırlar (Yujin Lee, 2009).Bu diyet modeli yıl boyunca sürekli olarak takip edilir ve karakteristik bir vejetaryen diyeti olarak tanımlanır (Ho-Pham ve diğerleri, 2009).İkamet edilen ülkeye göre, insanlar farklı türde yiyecekler tüketirler (örneğin, daha fazla soya fasulyesi tüketen Tayvanlıların aksine, Çinli Budistler yemeklerini düzenli olarak süt ürünleri ile hazırlarlar.) (Chen ve diğerleri, 2008; Ho-Pham ve diğerleri, 2009; Yujin Lee, 2009).

Daniel orucu, Daniel'in İncil kitabına dayanmaktadır. 21 gün kişiler, et, yumurta, süt ürünleri ve kimyasal gıdalardan kaçınarak istedikleri kadar gıda tüketirler (Trepanowski ve Bloomer, 2010). İzin verilen tek içecek sudur (Trepanowski ve Bloomer, 2010). Daniel orucu tutan kişiler meyve, sebze, baklagiller, kepekli tahıllar, kuruyemişler ve tohumlar tüketir. Oruç döneminde oruç tutanlar, miktar sınırlaması olmaksızın en sağlıklı yiyecekleri tercih ederler (Bloomer ve diğerleri, 2010). Daniel orucu, kalorileri kısıtlamak yerine yiyecek tercihine dayalı sert bir vejetaryen diyet olarak görülmektedir (Trepanowski ve Bloomer, 2010). Bu nedenle Daniel orucu, sınırlı enerji ve yüksek kaliteli gıda alımı ile karakterize edilir. Bu beslenme durumunun oksidatif stres düzeyini ve kardiyovasküler sağlığı iyileştirdiği düşünülmektedir (Trepanowski ve diğerleri, 2012).

1.4. Ramazan Ayı ve Etkileri

Ramazan orucu, İslam'ın beş şartından biridir ve oruçlu müminler bu ayda ruhun manevi saflığını elde etmeyi amaçlarlar. Ramazan orucu, yıla bağlı olarak 28-30 gün sürer (Bahijri, Ajabnoor, Borai, Aama ve Chrousos, 2015; Kul ve diğerleri, 2014). Bu ay süresince şafaktan gün batımına kadar yiyecek, içecek ve sigara yasaktır (Bahijri ve diğerleri, 2015; Faris ve diğerleri, 2012). Müslümanlar, yolcular, hastalar, adet gören ve emziren kadınlar ve çocuklar dışında Ramazan orucunu tutarlar (Fenneni ve diğerleri, 2014; Kul ve diğerleri, 2014). Tipik olarak Ramazan oruç döneminde Müslümanların iki ana öğünü vardır, biri şafaktan önce, diğeri gün batımından sonra (Trepanowski ve Bloomer, 2010). Ek olarak, bazı coğrafi bölgelerde Ramazan, gece boyunca bol miktarda gıda alımı ile karakterize edilir (Maislos, Abou-Rabiah, Zuili, Iordash ve Shany, 1998). Ramazan orucunun süresi, ikamet edilen coğrafi bölgeye ve mevsimlere göre değişir (Fenneni ve diğerleri, 2014; Kul ve diğerleri, 2014). Örnek olarak; 2015 yılında Norveç'teki Müslümanlar yaklaşık 22 saat, Avustralya'daki Müslümanlar ise sadece 11 saat oruç tutmuştur. Ayrıca, kültürel alışkanlıklar, etnik ve iklim, Ramazan orucunun insan sağlığı üzerindeki olası etkilerini farklılaştırabilir (Kul ve diğerleri, 2014). Her halükarda Ramazan oruç dönemi, yaşam tarzını ve uyku süresini önemli ölçüde etkiler (Bahijri ve diğerleri, 2015).

Işığa duyarlı tüm organizmalar, birçok fizyolojik süreci kontrol eden sirkadiyen bir ritme sahiptir. Sirkadiyen saat, her 24 saatte bir tüm vücudu senkronize

etmek için ışık uyarılarına yanıt verir. Yemek aynı zamanda saatin güçlü bir eş zamanlayıcısıdır ve Ramazan orucu sırasında hem ışık hem de yemek döngüleri değiştirilir, bu da sirkadiyen ritmin bozulduğunu düşündürür (Longo ve Panda, 2016; Roky, Chapotot, Hakkou, Benchekroun ve Buguet, 2001). Rocky ve arkadaşları, melatonin, prolaktin ve kortizol gibi sirkadiyen hormonların modifikasyonu ile Ramazan orucu sırasında sirkadiyen ritmin değiştiğini göstermiştir (Roky ve diğerleri, 2001). Bu etkileşimlerin önemini net bir şekilde kavrayabilmek için daha fazla incelemeye ihtiyaç duyulmaktadır. Ramazan orucu periyodu, en belirgin tip aralıklı oruç modelidir (Faris ve diğerleri, 2012). İnananlar arasında gıda kısıtlaması sonucunda toplam enerji alımında azalma gözlemlenebilir (Kul ve diğerleri, 2014). Özellikle sıcak iklimlerde oruç tutulduğunda sıvı alımının kısıtlanmasının dehidrasyona neden olabileceği öne sürülmüştür (Kul ve diğerleri, 2014).

Ramazan, İslami takvimdeki en kutsal aydır ve Müslümanlar bu ay boyunca oruç tutarlar (“Surah Al-Baqarah Ayat 185 (2:185 Quran) With Tafsir - My Islam”, y.y.)(1.2) . Ramazan ayı 29 veya 30 gün sürmektedir. Ramazan orucu, İslam'ın beş şartından biridir ve tüm dünyada milyonlarca Müslüman tarafından yerine getirilir. Müminlerin, gün doğumundan gün batımına kadar yeme, içme ve cinsel ilişkilerinden kaçınmaları emrolunmuştur. Yiyecek ve sıvı alımı çoğunlukla iftardan sonradır ve genellikle yiyecek sıklığı ve miktarı, gece uyku süresi ve fiziksel aktivite azalır. Kişinin oruç tutma süresi ülkenin coğrafi konumuna ve yılın mevsimine göre değişebilmekte ve ılıman bölgelerin yaz aylarında günde 18 saate kadar çıkabilmektedir. Ramazan ayı boyunca yağ, protein ve karbonhidrat alımının oranı farklılık gösterebileceğinden, yemek alışkanlıkları Ramazan dışında ve Ramazanda benzer değildir. Alınan besinlerin kalitesi de Ramazan ayında farklılık gösterebilir.

Oruç, daha uzun ömür ve sağlıklı yaşam için faydalı bir rol ile ilişkilendirilmiştir (Trepanowski ve Bloomer, 2010). Manevi bir bakış açısından, islami oruç ruhun ve beden arınmasını amaçlar. İslami orucu bir diyet modeli olarak uygulamak, yüksek manevi erdemlere ulaşmanın bir yolu olarak düşünülmektedir (Lazarou ve Matalas, 2010; Trepanowski ve Bloomer, 2010). İnsan sağlığı üzerindeki rolünün kesin mekanizmaları belirsizliğini korusa da, önceki sonuçlar obezite, diyabetes mellitus tip 2 ve kardiyovasküler hastalıklar gibi belirli hastalıkların önlenmesinde potansiyel yararlı etkilere işaret etmektedir (Kul ve diğerleri, 2014;

Lazarou ve Matalas, 2010).İslami orucun insan sağlığı üzerindeki faydaları sınırlı sayıda kanıtla dayanmaktadır. (Persynaki ve diğerleri, 2017) Persynaki ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hayvan deneyleri üzerindeki sonuçların, bazı iddiaları desteklemek için kullanıldığından bahsedilmektedir.

Yapılan çalışmalarda erkekler için Ramazan orucunun kilo kaybı, lipidemide düzelme ve glisemik kontrol ve olası bir antioksidan etkiye neden olduğu görülmüştür (Persynaki ve diğerleri, 2017).Bu çalışmada insan sağlığı üzerindeki bu olumlu etkilerin sadece Ramazan orucu döneminde belgelendiğinden ve uzun süreli gözlemlerle bunun kanıtlanmaya devam edeceğinden söz edilmektedir. Sulimani tarafından yapılan bir araştırma, fazla gıda alımı, dengesiz beslenme ve yetersiz uyku sonucu sağlık sorunlarının ortaya çıkabileceğini öne sürmüştür (Iraki ve diğerleri, 1997).1975 yılında Cott (A, 1977) “Bir Yaşam Yolu Olarak Oruç” adlı kitabında şunları kaydetti: “Oruç, sindirim sistemi için sağlıklı bir fizyolojik dinlenme sağlar, merkezi sinir sistemi ve metabolizmayı normalleştirir.”

Oruç sırasında, fizyolojik değişiklikler hem uzun süreli yiyecek içecek alımının kısıtlanmasından hem de kısmi uyku kaybı nedeniyle (Bahammam, 2003). Bahammam ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada islami orucun, düzenli gönüllü veya deneysel oruçtan birkaç yönden farklılık göstermekte olduğundan bahsedilmiştir: oruç periyodu, günün 24 saati boyunca değildir, sınırlı sürelidir (gündüz); oruç döneminde yemek yemenin yanı sıra içki veya sigara içmekten kaçınıp oruç tutulmalıdır; oruç tutan kişi, geceleri kalori alımını artırarak normal sirkadiyen yeme düzenini değiştirir; ve bu uygulamanın uzun sürmesi (1 ay) yeni rejime uyum ve uykunun yeniden düzenlenmesine olanak sağlayabilir. Bu nedenle İslami oruç sırasında meydana gelen fizyolojik değişikliklerin deneysel oruçtakilerden farklı olabileceği varsayılabilir (Azizi, 2002).

Ramazan ayı boyunca birçok insan uyku alışkanlıklarını değiştirir ve gecenin çoğunda uyanık kalır, bu da gündüz uyanıklık kalma durumunu ve uykululuk halini etkileyebilir. Bu davranışın son birkaç yılda Suudi Arabistan'da farkına varılmakta olduğu gözlenmektedir (Bahammam, 2003).

Ramazan orucunun psikolojik etkileri de oruç tutan kişilerin tasvirleriyle iyi bir şekilde gözlemlenmektedir(S ve diğerleri, 2012).Bu çalışmada şu konulardan bahsedilmektedir:Kur'an-ı Kerim insanlık için büyük bir hidayet kaynağıdır ve

içindeki hiçbir şey faydasız bir amaç taşımaz.Müslümanlar,Ramazan ayının yeme ve içmekten kaçınmaktan daha fazlası olduğuna inanırlar.Bu ay, sözde ve fiilde her türlü batıldan sakınmayı, cahilce ve çirkin sözlerden sakınmayı, münakaşadan, kavgadan, şehvetten uzak durmayı da kapsar.Bu nedenle Ramazan ayı, dürtülerin kontrolünü güçlendirir ve iyi davranışların geliştirilmesine yardımcı olur.Beden ve ruhun bu arınması, bireyin iç ve dış dünyalarını uyumlu hale getirir.Müslümanlar, gıda alımını azaltarak ve daha sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürerek vücutlarını iyileştirmeyi amaçlar.Bu ayda yiyeceklere aşırı düşkünlükten vazgeçilir,sadece açlığın acısını susturacak kadar yemeye teşvik edilir.Müslümanlar aktif olmaları, tüm vazifelerini yerine getirmeleri ve hiçbir görevi eksik bırakmamaları gerektiğine inanırlar.Ramazan ayının, iffet ve alçakgönüllülüğü geliştirmeye ve günahı, kontrolsüz şehvet ve arzuların ortaya çıkmasını ve aşırıya kaçmış umutları önlemeye yardımcı olduğuna inanılır.Mübarek Ramazan ayı boyunca müminler, bedenlerini ve ruhlarını arındırmaya ve sevaplarını artırmaya çalışırlar.Ahlaki düzeyde, müminler en faziletli özellikleri elde etmeye ve bunları günlük durumlarına uygulamaya çalışırlar.Başkalarına şefkat, cömertlik ve merhamet göstermeye, sabır göstermeye, öfkelerini kontrol etmeye çalışırlar.Özünde, Müslümanlar iyi olduğuna inandıkları ahlaki karakter ve alışkanlıklarını geliştirmeye çalışırlar.Bu çalışmada ekstra şu konulara da değinilmektedir: Müslümanlar Ramazan ayında, günde beş vakit namaza ilave olarak 20 rekat teravih namazı kılarlar.Ekstra dua etmenin kişiye faydalı bir etkisi vardır.Bu namaz, ekstra kalori kaybı için de faydalıdır.Bu ay Müslümanları daha fazla takva, dua, sadaka veya Kur'an okumaya teşvik etmektedir.Kuran okumak sadece kalp ve zihin dinginliği sağlamakla kalmaz, aynı zamanda hafızayı da geliştirir.Müslümanlar bu ayda bir iç huzur ve sükunet hissini tarif etmektedir.Bu;öfkeyi dizginlemeyi, iyi işler yapmayı,kendini terbiye etmeyi ve insanı iyi bir Müslüman ve iyi bir insan olarak hizmete hazırlamaktır.Bu ay,Tanrı hakkındaki farkındalığımızı keskinleştirmek için bir araç olarak hizmet eder ve kişiyi güçlendirir ve kendini kontrol eder.Ramazan ayı, yiyecek ve içeceklerden uzak durmanın yanı sıra, olumlu duygular geliştirmek için üstün ruh hallerine girmeyi içerir.Ürdün'de yapılan bir araştırmada, Ramazan ayı boyunca intihar vakalarında önemli bir azalma kaydedildiği görülmüştür(Daradkeh, 1992).Ramazan ayı, manevi, ahlaki ve sosyal değerleri geliştirmeye yön verir.(S ve diğerleri, 2012)Bu çalışmada bu ayın sosyal

etkileri olarak Şu konulara değinilmektedir:Ramazan ayı,toplumun bireyleri arasındaki eşitliğin mesajıdır.Yoksullara ilgi gösterilir ve sadakadan ve komşuluk ve misafirperverlik kavramının uygulamasından yararlanılır. Müslümanlar bu ayda alkol tüketemez ve sigarayı hiçbir şekilde kullanamazlar.Ramazan ayı,bu tür alışkanlıklara bağımlı olan kişilerin, sağlıklarını bozan ve paralarını boşa harcamalarına neden olan bu alışkanlıkları bırakmaları için en doğru zamandır.

Özetle, farklı dini oruçlar dünya çapında milyonlarca inananın beslenme alışkanlıklarını yansıtır ve etnik ve geleneksel manevi nedenlerle yüzyıllardır uygulanmaktadır. Dini oruç, her dinde bir “ruh arınması” olarak görülür ve inananların yaşam tarzlarına yansır. Dini oruç süresi 1 ila 200 gün arasında değişebilir, bu nedenle insan sağlığı üzerindeki etkisi önemli olabilir.

1.5. Aile Hekimliği İlkeleri

Aile Hekimliği kendine has eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır(Aile, Uzmanlık ve Yayınlar, 2011).WONCA’ ya göre ; aile hekimi yaş, cinsiyet, hastalık ayrımı yapmadan tıbbi hizmet arayan her kişiye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu bireysel hekimlerdir.

Aile hekimliğinin 6 çekirdek yeterliliği ve 12 temel özelliği vardır.6 çekirdek yeterlilik; birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgül sorun çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma ve bütüncül yaklaşımdır. Birinci basamak yönetiminin sahip olduğu 2 temel yeterlilik ilk temas, açık erişim, tüm sağlık sorunları ve koordinasyon ve savunuculuktur. Kişi merkezli bakımın 4 temel yeterliliği doktor-hasta ilişkisi, hasta-ortam merkezli olma, hastayla ortak karar verme ve sürekliliktir .Toplum yönelimli olmanın tek temel yeterliliği toplumun sağlığından sorumlu değildir. Bütüncül yaklaşımın tek temel yeterliliği sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel, var oluşçu boyutlarıyla ele almaktır. Özgün sorun çözme becerilerinin 2 temel yeterliliği ayrışmamış hastalıklar, hastalıkların insidans ve prevalansına göre karar vermedir. Kapsamlı yaklaşımın 2 temel yeterliliği akut ve kronik problemlerini yönetebilme ve sağlık ve iyiliğin teşvikidir. Aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerden olan kapsamlı yaklaşımın 2 temel özelliğinden biri sağlık ve iyiliğin teşvikidir.Bu özellik sağlığı geliştirme ve hastalıkları engelleme

stratejilerini uygun bir şekilde kullanarak sağlık ve iyilik durumunu geliştirme;sağlığı geliştirme,koruma,tedavi,bakım,palyasyon ve rehabilitasyon hizmetlerini yönetme ve koordine etmeyi kapsamaktadır.(Aile ve diğerleri, 2011)

2.GEREÇ VE YÖNTEMLER

2.1.Çalışmanın Yapısı

Araştırmamız prospektif tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışmamız, 01.03.2022 ve 30.04.2022 tarihleri arasında, Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ve Dahiliye polikliniklerinde gerçekteştirilmiştir.

2.2.Örneklem

Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ve Dahiliye polikliniklerine başvuruların sebeplerinden biri de kronik hastalıklardır.

Kronik hastalıklar içinde en yüksek ölüm nedeni olarak kardiyovasküler hastalıkların olduğu bilinmektedir. Bizim çalışmamızda da 18-65 yaş arası KVS risk faktörlerine sahip 185 hastanın çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır. 9 hasta dışlama kriterleri dahilinde çalışma dışında bırakılması ile çalışma 176 hasta ile tamamlanmıştır.

Dahil etme kriterleri:

Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ve Dahiliye polikliniklerine başvuran kardiyovasküler risk faktörü olan birey olmak

18-65 yaş arası olmak

Dışlama kriterleri:

Demans veya Alzheimer tanısı olan hastalar

Senil, yatağa bağımlı hastalar

Psikiyatrik rahatsızlığı olanlar

Gebeler

Bilinç durumu yerinde olmayan hastalar

2.3. Veri Toplanması Ve Kullanılan Araçlar

Araştırmamızda elde ettiğimiz veriler:

1. Hastanın sosyodemografik bilgileri
2. Hastanın tıbbi özgeçmiş bilgileri
3. Hastaya uygulanan SYBDÖ bilgileri

Bu çalışmadaki veriler Ramazan ayı öncesi(01.03.2022-11.03.2022 tarihleri arasında) ve Ramazan ayı içerisinde(18.04.2022-30.04.2022 tarihleri arasında) olmak üzere hastalarla iki kere yüz yüze görüşülerek anket, SYBDÖ ve antropometrik ölçümleriyle elde edilmiştir. Sonrasında Ramazan ayı öncesi ve Ramazan ayı içerisindeki veriler karşılaştırılarak bu sürecin yaşam tarzı değişikliklerine etkisi incelenmiştir.

Yukarıda belirtilen 1 ve 2. maddelerdeki veriler, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmış olan anket formu ile elde edilmiştir. **(Ek-1)** Anket formu aile hekimliği ve dahiliye polikliniklerinde hasta ile yüz yüze şekilde uygulanmıştır. Anket formunun hastanın sosyodemografik bilgileri kısmında, yaş, cinsiyet, medeni durumu, öğrenim durumu ve algılanan gelir düzeyi ile ilgili sorular mevcuttur. Hastanın tıbbi özgeçmiş bilgileri kısmında, kronik hastalıkları, sigara ve alkol kullanımı ile ilgili sorular bulunmaktadır.

3. maddedeki veriler, her iki izlemde de hastalara SYBDÖ uygulanarak elde edilmiştir. SYBDÖ aile hekimliği ve dahiliye polikliniklerinde hasta ile yüz yüze şekilde uygulanmıştır. **(Ek-2)**

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ), 1987 yılında Walker ve ark.ları (S N Walker, 1987) tarafından kişilerin sağlığını geliştirme davranışlarını ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ölçek 1996 yılında yeniden düzenlenmiş ve SYBDÖ II olarak isimlendirilmiştir (Bahar, Beşer, Gördes, Erşdn ve Kissal, 2008). Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşup 4' lü likert tipindedir: Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4). Ölçeğin güvenirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri, toplam ölçek için .94 olup, altı alt faktörler için .79-.87 arasında dır. Alt ölçekler; Sağlık sorumluluğu (3,9,15,21,27,33,39,45,51), fiziksel aktivite (4,10,16,22,28,34,40,46), beslenme (2,8,14,20,26,32,38,44,50), manevi gelişim (6,12,18,24,30,36,42,48,52), kişilerarası ilişkiler (1,7,13,19,25,31,37,43,49) ve stres yönetimidir (5,11,17,23,29,35,41,47). Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en

yüksek puan 208'dir. Ölçeğin kesme puanı yoktur. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik araştırmasını Esin (1997) ve Akça (1998) gerçekleştirmiştir. Esin'in araştırmasında 48 maddelik ölçeğin başlangıç versiyonu, Akça'nın araştırmasında ise 52 maddelik ikinci versiyonu kullanılmıştır. Esin'in araştırmasında alpha değeri 0,91, Akça'nın araştırmasında ise 0.90 'dır. Alt faktörlerin alpha değerleri Esin'in araştırmasında 0.55-0.84, Akça'nın araştırmasında 0.52-0.81 arasındadır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik düzeyi yüksek tespit edilmiştir. Bundan dolayı ölçeğin ülkemizde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ölçmede kullanılması tavsiye edilmektedir.

Sağlık sorumluluğu bireyin kişisel iyilik durumu ile ilgili sorumluluk hissetmesidir. Kişisel sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmesi, gerek olduğunda profesyonel yardım alabilmesidir. Fiziksel aktivite, düzenli olarak hafif, orta ve ağır egzersizleri yapmayı içerir. Günlük hayatın bir bölümü olarak programlı şekilde gerçekleştirilir. Beslenme, kişinin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek tercihindeki değerini ortaya koyar. Manevi gelişim, iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şey dışında tecrübeler için fırsat sağlama olanağı oluşturur. İlişki kurma, evrenle bağlantıda olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, hayattaki hedefler için uğraşma, iyilik hali için kişinin gücünü en üst düzeye yükseltmesidir. Kişilerarası ilişkiler, başkaları ile olan bağlantılardır, herhangi bir sebep olmadan bağlantı oluşturabilmek için iletişimi kullanmayı zorunlu kılar. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içerir. Stres yönetimi, gerginliği azaltmak ya da etkili olarak kontrol altına almak için kişinin fizyolojik ve psikolojik kaynakları saptayabilmesi ve harekete geçirebilmesidir (S N Walker, 1987).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin kullanıldığı çalışmalar incelendiğinde adolesan annelerden (Black ve Ford-Gilboe, 2004), yaşlı kadınlara (Craft ve Grasser, 1998), kronik hastalıkları önleme programlarından (Grey ve diğerleri, 2004) kronik hastalıklarda yaşam kalitesine (Saito ve diğerleri, 2004; Salyer, Sneed ve Corley, 2001), öğrencilerden (Carlson, 2000; Hui, 2002), işçilerin (Beşer, Bahar ve Büyükkaya, 2007; M M Bagwell, 1999) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ölçmesine kadar oldukça fazla tema barındıran araştırmalar bulunduğu görülmektedir.

Antropometrik ölçümler:

- Boy (cm)
- Kilo(kg)
- VKİ değerleri ölçülen boy ve kilo değerleri ile hesaplandı.

Kilo ölçümü: Hastaneye ait olan düzenli kalibre edilen tartı ile yapılmış ve hastalar ayakkabı çıkarılarak, en az kıyafetle yapılmıştır ve kilogram biriminde değerler kayıt edilmiştir.

Boy ölçümü: Ayaklar çıplak ve yan yana, baş Frankfort düzleminde olacak şekilde esnemeyen mezüra ile ölçülmüştür ve santimetre biriminde değerler kayıt altına alınmıştır.

Ht tanısı olan hastaların her iki izlemde de her 2 koldan 2 kere tansiyon ölçümü yapılmış olup bunların ortalaması alınarak elde edilmiştir.

Tansiyon ölçümü: Uygun manşon ile oskültatuvar veya otomatik (dijital göstergeli) tansiyon aletleri ile koldan ölçülmüştür. Hastanın iki kolundan da ölçüm yapılmıştır. Ölçüm öncesi kişinin oturur durumda en az beş dakika istirahat etmesine müsaade edilmiş, avuç açık, kolu kalp seviyesinde ve bir seferde en az iki ölçüm yapılarak (en az iki dakika ara ile) ortalaması kaydedilmiştir.

İstatistiksel Yöntem

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 21 kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı analizlerde sürekli değişkenler için ortalama± standart sapma, ortanca ve minimum-maksimum veya 25.-75.persantil değerleri, kategorik değişkenler için ise frekans ve yüzde değerleri verildi. Sürekli değişkenlerin normaliteleri Kolmogorov-Smirnov veya Shapiro-Wilk testi, değişim katsayısı, histogram ve Q-Q grafiği ile değerlendirildi. İki bağımsız grup arasındaki sürekli değişkenlere ait karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi ile yapıldı. İki'den çok grup arasındaki sürekli değişkenlere ait karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin kıyaslanması için ki-kare testi, ki-kare uygunluğu sağlanamadığı durumlarda Fisher'in kesin testi kullanıldı. İki'den çok grup karşılaştırmasındaki anlamlılıkların kaynaklandığı gruplar kategorik veriler için post-hoc Bonferroni testi ile belirlendi. Bağımlı iki gruba ait değerlerin kıyaslanmasında Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanıldı. Çalışmadaki tüm p değerleri çift yönlü ve anlamlılık düzeyi <0,05 olarak kabul edildi.

Etik Kurul ve İl Sağlık Müdürlüğü Onayları

Çalışma planı "Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu" tarafından incelenmiş olup, çalışma süresince değişikliğe gidilmeden; sunulan hizmeti aksatmayacak şekilde, hasta mahremiyeti ve bilgi güvenliği hususlarında güvenlik tedbirleri alınarak çalışmanın yürütülmesi, yapılacak çalışma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi ve çalışma sonucu ile ilgili tarafımıza bilgi verilmesi kaydıyla kurumumuza bağlı ilgili sağlık tesisinde 01/03/2022-01/01/2023 tarihleri arasında yapılması uygun görülmüştür. **(Ek-3)**

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "18-65 Yaş Arası Kardiyovasküler Risk Faktörü Olan Bireylerde Ramazan Ayının Yaşam Tarzı Değişikliklerine Etkisi" isimli başvurunuz etik kurulunuz yönergesine göre 03.03.2022 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, 2022/47 karar numarası ile bilimsel ve etik yönden uygun bulunmuştur. **(Ek-4)**

3.BULGULAR

Çalışmaya 18-65 yaş arasında 185 kişi katılmıştır.9 kişi psikiyatrik rahatsızlığı olduğu için çıkartılmış, sonuç olarak 176 kişinin verileri analiz edilmiştir. Çalışmaya katılan katılımcıların yaş ortalaması 37,03, standart sapması 13'tür. Çalışmaya katılanların %44,3'ü kadın iken, %55,7'si erkektir. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında 96 kişinin (%54,5) evli, 74 kişinin (%42) bekâr, 3 kişinin (1,7) dul, 3 kişinin ise (%1,7) boşanmış olduğu görüldü. Çalışmaya katılanlar arasında yalnızca 1 kişi okur-yazar değilken, ilköğretim mezunu 34 kişi (%19,3), lise mezunu 22 kişi (%12,5), 119 kişi (%67,6) ise üniversite mezunuydu. 27 kişinin (%15,3) gelir algı düzeyi iyiyken, 133 kişinin (%75,6) orta ve 16 kişinin ise (%9,1) kötü olduğu görüldü.(Tablo 1)

Tablo 1. Çalışmaya Katılan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri

	Ort. ± s.s.	Ortanca (min.-maks.)
Yaş (ort. s.s.)	37,03 ± 13	33,5 (18-65)
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	78	44,3
Erkek	98	55,7
Medeni Durum		
Evli	96	54,5
Bekar	74	42
Dul	3	1,7
Boşanmış	3	1,7
Öğrenim Durumu		
Okur-yazar değil	1	0,6
İlköğretim	34	19,3
Lise	22	12,5
Üniversite	119	67,6
Gelir Algı Düzeyi		
İyi	27	15,3
Orta	133	75,6
Kötü	16	9,1

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(min.-maks.):** (minimum- maksimum), **n:** sayı, **%:** yüzde

Katılımcıların %19,9'unun hipertansiyonu, %8,5'inin diyabeti, %2,3'sinin kronik böbrek hastalığı olduğu, %9,7'sinin kardiyovasküler hastalığı olduğu, %14,2'sinin hiperlipidemisi olduğu, %3,4'ünün malignitesi olduğu, 1 kişinin serebrovasküler hastalığı olduğu, %8'inin kronik akciğer hastalığı olduğu, %5,1'inin kas iskelet sistemi hastalığı olduğu görüldü. Demans hastalığı olan hiçbir katılımcı yokken, %13,1'i ise diğer ek hastalıklara sahipti. Birinci derecedeki erkek akrabalarında 55 yaşından, kadın akrabalarında ise 65 yaştan önce kardiyovasküler kaynaklı ölüm görülen katılımcıların oranı %27,3'tü. (Tablo 2)

Tablo 2. Çalışmaya Katılan Kişilerin Sahip Oldukları Ek Hastalıklar ve KVH Riskli Akraba Durumu

	n	%
Ek hastalıklar	88	50
Hipertansiyon	35	19,9
DM	15	8,5
KBY	4	2,3
KVH	17	9,7
Hiperlipidemi	25	14,2
Malignite	6	3,4
SVO	1	0,6
Kronik Akciğer Hastalığı	14	8
Kas İskelet Hastalığı	9	5,1
Demans	0	0
Diğer	23	13,1
<55 yaş erkek, <65 yaş kadın 1. derece akrabada KVH nedeni ölüm	48	27,3

DM: Diabetes mellitus, **KBY:**kronik böbrek yetmezliği, **KVH:** Kardiyovasküler hastalık, **SVO:** Serebrovasküler olay, **n:**sayı, **%:**yüzde

Katılımcıların %37,5'i sigara kullandığını belirtirken, %8'i ise daha önce kullandığını ancak sonra bıraktığını belirtmiştir. Alkol kullanan katılımcıların oranı ise %11,9 iken daha önce alkol kullanıp bıraktığını ifade edenlerin oranı ise %5,7'dir.(Tablo 3)

Tablo 3. Çalışmaya Katılan Kişilerin Sigara ve Alkol Kullanım Alışkanlıkları

	n	%
Sigara Kullanım Durumu		
Evet	66	37,5
Hayır	96	54,5
Bırakmış	14	8
Alkol Kullanım Dururumu		
Evet	21	11,9
Hayır	145	82,4
Bırakmış	10	5,7

n:sayı, **%:**yüzde

Kadın katılımcıların ortanca yaş değerinin 31,5, erkeklerin ise 36 olduğu görüldü ve cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildi

(p=0,141). Çalışmaya katılan kadınlarda evlilerin oranı %48,7 iken erkeklerde bu oran %59,2'ydi. Bekârların oranı kadınlarda %46,2, erkeklerde %38,8 iken, 4 kadın dul veya boşanmıştı. Erkeklerde ise dul olan kimse yokken 2 erkek boşanmıştı. Hem kadın hem de erkekler arasında 1 kişinin okur-yazar olmadığı görüldü. Kadınlarda ilköğretim ve altı öğrenim düzeyi olanların oranı %20,5, lise mezunu olanların oranı %12,8 ve üniversite mezunu olanların oranı %66,7 iken erkeklerde ilköğretim ve altı öğrenim düzeyi olanların oranı %19,4, lise mezunu olanların oranı %12,2, üniversite mezunu olanların oranı ise %68,4'tü. Gelir algı düzeyi iyi olanların oranı kadınlarda %15,4, erkeklerde %15,3 iken, orta olanların oranı kadınlarda %78,2, erkeklerde %73,5 ve kötü olanların oranı kadınlarda %6,4, erkeklerde ise %11,2'ydi. Cinsiyetler arasında medeni durum, öğrenim durumu ve gelir algı düzeyi yönünden istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık mevcut değildi (sırasıyla p=0,270, p=0,972 ve p=0,539). (Tablo 4)

Tablo 4. Kadın ve Erkeklerle Ait Sosyodemografik Özellikler

	Kadın n=78	Erkek n=98	p
	n (%)	n (%)	
Yaş (ortanca(25.p-75.p))	31,5 (25-46)	36 (26-50,5)	0,141*
Medeni Durum			
Evli	38 (48,7)	58 (59,2)	0,270***
Bekâr	36 (46,2)	38 (38,8)	
Eşi vefat etmiş/boşanmış	4 (5,1)	2(2)	
Öğrenim Durumu			
İlköğretim ve altı	16 (20,5)	19 (19,4)	0,972**
Lise	10 (12,8)	12 (12,2)	
Üniversite	52 (66,7)	67 (68,4)	
Gelir Algı Düzeyi			
İyi	12 (15,4)	15 (15,3)	0,539**
Orta	61 (78,2)	72 (73,5)	
Kötü	5 (6,4)	11 (11,2)	

(25.p-75.p):(25. ve 75. Persantil), n:sayı, % : yüzde, *:Mann-Whitney U Test , **Ki-kare testi, ***Fisher'ın Kesin Testi

Hipertansiyonu olan katılımcıların ortanca yaş değeri 50 iken, hipertansiyonu olmayan katılımcıların ortanca yaş değeri 30'du. Bu yaş farklı istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Evliler ve eşi vefat etmiş/boşanmışlar arasında hipertansiyonu olanların oranı (sırasıyla %31,3 ve %33,3), bekarlara göre(%4,1) anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$). İlköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olanlar arasında hipertansiyonu olanların oranı(%54,3), lise veya üniversite mezunu olanlara göre olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Cinsiyetler ve gelir algı düzeyleri arasında hipertansiyon varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olmadığı görüldü (sırasıyla $p=0,853$ ve $p=0,332$). (Tablo 5)

Tablo 5. Hipertansiyonu olan ve olmayan kişilerin sosyodemografik özellikleri

	HT		p
	Yok(n=141) n (%)	Var(n=35) n (%)	
Yaş (Ortanca (25.p-75.p))	30(25-40,5)	50(43-57)	<0,001*
Cinsiyet			
Kadın	62 (79,5)	16(20,5)	0,853**
Erkek	79 (80,6)	19(19,4)	
Medeni Durum			
Evli	66 (68,8) ^a	30 (31,3) ^a	<0,001***
Bekar	71(95,9) ^b	3 (4,1) ^b	
Eşi vefat etmiş/Boşanmış	4(66,7) ^a	2 (33,3) ^a	
Öğrenim Durumu			
İlköğretim ve altı	16(45,7) ^a	19 (54,3) ^a	<0,001**
Lise	18(81,8) ^b	4 (18,2) ^b	
Üniversite	107(89,9) ^b	12 (10,1) ^b	
Gelir Algı Düzeyi			
İyi	22 (81,5)	5 (18,5)	0,332**
Orta	104 (78,2)	29 (21,8)	
Kötü	15 (93,8)	1 (6,3)	

Satır yüzdeleri verilmiştir. **(25.p-75.p)**: 25. ve 75. Persantil), **n**:sayı, **%** : yüzde, *:Mann-Whitney U Test , **Ki-kare testi, ***Fisher'in kesin testi

Diyabeti olan katılımcıların ortanca yaş değeri 48 iken, diyabeti olmayan katılımcıların ortanca yaş değeri 32'ydi. Bu yaş farklı istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Evliler arasında diyabeti olanların oranı(%13,5), bekarlara göre(%2,7) anlamlı olarak daha yüksek bulundu($p=0,032$). İlköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olan kişiler arasında diyabeti olanların oranı(%22,9), üniversite mezunlarına göre(%4,5) anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,006$).Cinsiyetler ve gelir algı düzeyi grupları arasında diyabet varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olmadığı görüldü (sırasıyla $p=0,848$ ve $p=1,000$). (Tablo 6)

Tablo 6. DM Olan ve Olmayan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri

	DM		p
	Yok (n=161) n (%)	Var(n=15) n (%)	
Yaş (ortanca (25.p-75.p))	32(25-45,5)	48(44-55)	<0,001*
Cinsiyet			
Kadın	71(91)	7(9)	0,848**
Erkek	90(91,8)	8(8,2)	
Medeni Durum			
Evlü	83(86,5) ^a	13(13,5) ^a	0,032**
Bekar	72(97,3) ^b	2(2,7) ^b	
Eşi vefat etmiş/boşanmış	6(100) ^{a,b}	0 ^{a,b}	
Öğrenim Durumu			
İlköğretim ve altı	27(77,1) ^a	8(22,9) ^a	0,006***
Lise	21(95,5) ^{a,b}	1(4,5) ^{a,b}	
Üniversite	113(95) ^b	6(5) ^b	
Gelir Algı Düzeyi			
İyi	25(92,6)	2(7,4)	1,000***
Orta	121(91)	12(9)	
Kötü	15(93,8)	1(6,3)	

Satır yüzdeleri verilmiştir. (25.p-75.p): 25. ve 75. Persantil), n:sayı, % : yüzde, *:Mann-Whitney U Test , **Ki-kare testi, ***Fisher'in kesin testi, DM:Diabetes Mellitus

Hiperlipidemisi olan katılımcıların ortalama yaş değeri 42 iken, hiperlipidemisi olmayan katılımcıların ortalama yaş değeri 33'tü. Yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu ve gelir grupları arasında hiperlipidemisi varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildi (sırasıyla p=0,08, p=0,689, p=0,162, p=0,240 ve p=0,062). (Tablo 7)

Tablo 7. Hiperlipidemisi Olan ve Olmayan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri

Hiperlipidemi			
	Yok(n=151)	Var(n=25)	p
	n (%)	n (%)	
Yaş (ortalama (25.p-75.p))	32(25-46)	42(30-54,5)	0,08*
Cinsiyet			
Kadın	66(84,6)	12(15,4)	0,689**
Erkek	85(86,7)	13(13,3)	
Medeni Durum			
Evli	80(83,3)	16(16,7)	0,162**
Bekâr	67(90,5)	7(9,5)	
Eşi vefat etmiş/Boşanmış	4(66,7)	2(33,3)	
Öğrenim Durumu			
İlköğretim ve altı	27(77,1)	8(22,9)	0,240***
Lise	19(86,4)	3(13,6)	
Üniversite	105(88,2)	14(11,8)	
Gelir Algı Düzeyi			
İyi	20(74,1)	7(25,9)	0,062***
Orta	115(86,5)	18(13,5)	
Kötü	16(100)	0	

(25.p-75.p):(25. ve 75. Persantil), n:sayı, % : yüzde, *:Mann-Whitney U Test , **Ki-kare testi, ***Fisher'in kesin testi

2. Ramazan Ayı Öncesi ve Ramazan Ayı İçerisinde Alışkanlıklar ve SYBD-II Ölçek Puanlarındaki Değişim

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ait ölçek puanları Ramazan ayı öncesi dönemde ve Ramazan ayı içerisinde değerlendirildi. Ramazan öncesinde toplam ölçek

puanının ortalama ve standart sapmasının 124,23±21,11, Ramazan ayı içerisinde ise toplam ölçek puanının ortalama ve standart sapmasının 124,38±22,13 olduğu görüldü. Toplam ölçek puanı yönünden Ramazan öncesi ve içerisinde arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü (p=0,745). Sağlık sorumluluğu ölçeğine ait puanın ortalama ve standart sapması Ramazan ayı öncesinde 19,73±4,97, Ramazan ayı içerisinde ise 20,08±5,09 olduğu görüldü (p=0,170). Fiziksel aktivite ölçeğine ait puanın ortalama ve standart sapması Ramazan ayı öncesinde 15,21±5,08, içerisinde 15,38±5,31 iken, beslenme alt ölçeğine ait puanın ortalama ve standart sapması Ramazan ayı öncesinde 19,95±4,17 içerisinde ise 20,04±4,26'di. Manevi gelişim alt ölçeğine ait puanlara bakıldığında Ramazan ayı öncesinde 25,35±4,87, Ramazan ayı içerisinde ise 25,72±5,25'ti ve Ramazan ayı içerisinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,013). Stres yönetimi alt ölçek puanının ortalama ve standart sapması Ramazan ayı öncesinde 18,69±4,09, Ramazan ayı içerisinde 18,94±4,08 iken kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanı ise Ramazan ayı öncesinde 25,04±5,29, Ramazan ayı içerisinde ise 25,17±5,49 olarak bulundu. Manevi gelişim dışındaki alt ölçek puanları açısından Ramazan ayı öncesi ve Ramazan ayı içerisinde arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü. (Tablo 8).

Tablo 8. Ramazan Ayı Öncesi ve Ramazan Ayı İçindeki SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçek Puanları

	Ramazan Ayı Öncesi		Ramazan Ayı İçinde		p
	Ort. ± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort. ± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	
Toplam Ölçek Puanı	124,23±21,11	124(70-200)	124,38±22,1	125(70-200)	0,745*
Alt Ölçekler					
Sağlık Sorumluluğu	19,73±4,97	19(9-36)	20,08±5,09	20(8-36)	0,170*
Fiziksel Aktivite	15,21±5,08	15(8-32)	15,38±5,31	15(8-32)	0,523*
Beslenme	19,95±4,17	20(11-37)	20,04±4,26	20(11-37)	0,851*
Manevi gelişim	25,35±4,87	27(12-36)	25,72±5,25	27(8-35)	0,013*

Stres yönetimi	18,69±4,09	18(9-33)	18,94±4,08	19(10-30)	0,164*
Kişiler Arası İlişkiler	25,04±5,29	25,5(10-36)	25,17±5,49	26(9-36)	0,666*

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(min.-maks.):** (minimum-maksimum),
******Wilcoxon işaretli sıralar testi.

Katılımcıların uyku alışkanlıkları değerlendirildiğinde Ramazan ayı öncesinde uyku süresinin ortalama ve standart sapmasının $7,18 \pm 1,45$, Ramazan ayı içerisinde ise $6,9 \pm 1,43$ olduğu görüldü. Ramazan ayı içerisinde katılımcıların uyku süresinin Ramazan öncesine kıyasla anlamlı düzeyde daha az olduğu görüldü ($p < 0,001$). Katılımcıların uyku kalitelerine verdikleri puanların Ramazan ayı içerisinde değişmediği görüldü. Katılımcıların sigara kullanım miktarı paket/gün cinsinden değerlendirildiğine Ramazan ayı öncesi ve Ramazan ayı içerisinde arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ($p = 0,873$). Vücut kitle indeksine bakıldığında ise Ramazan ayı öncesindeki vücut kitle indeksine ait ortalama ve standart sapma $26,64 \pm 4,98$, Ramazan ayı içerisinde ise $26,5 \pm 4,97$ idi ve Ramazan ayı içerisindeki vücut kitle indeksi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü ($p = 0,035$). (Tablo 9)

Tablo 9. Ramazan Ayı Öncesi ve Ramazan Ayı İçinde Uyku Alışkanlıkları ve Vücut Kitle İndeksi

	Ramazan Ayı Öncesi		Ramazan Ayı İçinde		p
	Ort. ± s.s.	Ortanca (25.p-75.p)	Ort. ± s.s.	Ortanca (25.p-75.p)	
Uyku süresi (saat)	7,18±1,45	7(6-8)	6,9±1,43	7(6-8)	<0,001*
Uyku kalitesi puanı	1,29±0,71	1 (1-2)	1,29±0,71	1 (1-2)	1*
Sigara Kullanımı (paket/gün)	0,39±0,52	0(0-0,75)	0,39±0,53	0(0-1)	0,873*
VKİ	26,64±4,98	26,1(22,83- 29,95)	26,5±4,97	26,2(22,53-29,7)	0,035*

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, (25.-75.):(25. Ve 75.persantil), *Wilcoxon işaretli sıralar testi

Katılımcılardan 35'inin kan basınçları ölçüm sonuçları mevcuttu. Bu kişilerin sistolik ve diyastolik kan basınçlarına ait değerler arasında Ramazan ayı öncesi ve Ramazan ayı içerisinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü (sırasıyla $p=1,000$ ve $p=0,414$). (Tablo 10)

Tablo 10. Ramazan Ayı Öncesi ve Ramazan Ayı İçinde Sistolik ve Diastolik Kan Basıncı (n=35)

	Ramazan Ayı Öncesi		Ramazan Ayı İçinde	p*
	Ort. ± s.s.	Ortanca (25.p-75.p)	Ort. ± s.s.	
Sistolik Kan Basıncı	133,71±12,68	130(120-140)	133,71±12,15	130(130-140) 1,000
Diastolik Kan Basıncı	83,94±9,09	80 (80-90)	84,51±8,81	85 (80-90) 0,414

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, (25.p-75.p): 25. Ve 75.persantil, *Wilcoxon işaretli sıralar testi

Kadınlarda Ramazan ayı içerisinde manevi gelişim alt ölçek puanı Ramazan ayı öncesine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,018$) Kadınlarda toplam ölçek puanı ve diğer alt ölçek puanları açısından ise Ramazan ayı öncesine kıyasla Ramazan ayı içerisinde istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık mevcut değildi. Benzer şekilde erkeklerde de hem SYBD-II toplam ölçek puanı hem de alt ölçek puanları açısından Ramazan ayı öncesine kıyasla Ramazan ayı içerisinde istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark bulunamadı. (Tablo 11)

Tablo 11. Ramazan Ayı Öncesi ve Ramazan Ayı İçindeki SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçek Puanları

	Ramazan Ayı Öncesi		Ramazan Ayı İçinde		P*
	Ort. ± s.s.	Ortanca (25p.-75p.)	Ort. ± s.s.	Ortanca (25p.-75p.)	
Kadın (n=78)					
Ölçek puanı	125,35±20,54	125,5(112,5-141,5)	126,03±21,46	128,5(114,5-142,25)	0,883
Sağlık sorumluluğu	20,23±4,63	19,5(17-22,25)	20,65±4,43	20,5(18-23)	0,199
Fiziksel aktivite	14,96±4,94	15(11-17)	15,38±5,13	15(11-18,25)	0,293
Beslenme	20,28±3,71	20(18-23)	20,08±3,94	20(17-23)	0,360
Manevi gelişim	25,13±5,05	27(22-29)	25,85±4,93	27(23-29)	0,018
Stres yönetimi	18,82±3,83	19(16-21)	19,04±3,86	19(16-21)	0,626
Kişiler arası ilişkiler	25,31±5,27	26(22-29)	25,74±5,4	27(22,75-30)	0,431
Erkek (n=98)					
Ölçek puanı	123,34±21,61	123(109,75-138)	123,07±22,67	124(106,75-138)	0,584
Sağlık sorumluluğu	19,33±5,21	19(16-22,25)	19,62±5,54	19(15,75-23)	0,494
Fiziksel aktivite	15,41±5,21	15(11-18)	15,37±5,48	15(11-18)	0,973
Beslenme	19,68±4,51	20(17-22,25)	20,01±4,52	20(17-23)	0,201
Manevi gelişim	25,52±4,74	27(22-29)	25,62±5,51	27(22-30)	0,238
Stres yönetimi	18,58±4,3	18(16-21)	18,86±4,27	18(16-22)	0,261
Kişiler arası ilişkiler	24,83±5,33	25(21-28)	24,71±5,54	25(21,75-28,25)	0,879

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(25.p-75.p):** 25. ve 75.persantil, *Wilcoxon işaretli sıralar testi

Kadınlarda ve erkeklerde Ramazan ayı öncesindeki uyku süresi Ramazan ayı içerisine kıyasla anlamlı olarak daha fazlaydı (sırasıyla p=0,004 ve p=0,001). Kadınlarda Ramazan ayı öncesi ve Ramazan ayı içerisindeki VKİ değeri anlamlı olarak farklı değilken (p=0,402), erkeklerde Ramazan ayı öncesindeki vücut kitle indeksi Ramazan ayına içerisine kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,031). (Tablo 12)

Tablo 12. Ramazan Ayı Öncesi ve Ramazan Ayı İçindeki Uyku Süresi ve Vücut Kitle İndeksi

	Ramazan Ayı Öncesi		Ramazan Ayı İçinde		p*
	Ort. ± s.s.	Ortanca (25p.-75p.)	Ort. ± s.s.	Ortanca (25p.-75p.)	
Kadın (n=78)					
Uyku süresi (saat)	7,21±1,51	7(6-8)	6,87±1,4	7(6-8)	0,004
VKİ	25,78±5,6	25,15(21,48-29,88)	25,7±5,57	25(21,56-29,88)	0,402
Erkek (n=98)					
Uyku süresi (saat)	7,17±1,41	7(6-8)	6,92±1,46	7(6-8)	0,001
VKİ	27,33±4,34	26,9(24,1-30)	27,13±4,37	26,8(24,1-29,5)	0,031

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(25.p-75.p):** 25. ve 75.persantil, *Wilcoxon işaretli sıralar testi

Evlilerde, Ramazan ayı öncesine kıyasla Ramazan ayı içerisinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam ölçek puanı ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bekârlarda ise Ramazan ayı içerisinde sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı, manevi gelişim alt ölçek puanı ve stres yönetimi alt ölçek puanı Ramazan ayı öncesine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla p=0,049, p=0,003 ve p=0,039). Bekârlarda toplam ölçek puanı ve diğer alt ölçek puanları açısından ise Ramazan ayı öncesine kıyasla Ramazan ayı içerisinde istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık mevcut değildi. Boşanmış/dul kişilerde de Ramazan ayı öncesine kıyasla Ramazan ayı içerisinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam ölçek puanı ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark bulunamadı. (Tablo 13)

Tablo 13. Ramazan Ayı Öncesi ve Ramazan Ayı İçindeki SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçek Puanları

	Ramazan Ayı Öncesi		Ramazan Ayı İçinde		p
	Ort. ± s.s.	Ortanca (25p.-75p.)	Ort. ± s.s.	Ortanca (25p.-75p.)	
Evli (n=96)					
Ölçek puanı	122,95±21,34	125(107,25-139,5)	121,74±22,14	124,5(105-140)	0,053*
Sağlık sorumluluğu	19,76±4,71	20(16,25-22)	19,73±4,87	20(17-22,75)	0,715
Fiziksel aktivite	14,27±4,2	15(11-17)	14,38±4,45	14(10,25-17)	0,927
Beslenme	19,92±3,62	20(17-22,75)	19,92±3,73	20(17-22,75)	0,8
Manevi gelişim	25,33±5,22	27(22-29)	25,35±5,53	26,5(22-29)	0,608
Stres yönetimi	18,24±4,3	18(15-21)	18,07±3,91	18(15-21)	0,757
Kişiler arası ilişkiler	24,81±5,67	25(21-28,75)	24,59±5,61	25(21,25-28)	0,258
Bekâr (n=74)					
Ölçek puanı	126,31±21,23	122,5(114,75-138)	128,27±22,07	126(115-138,5)	0,234**
Sağlık sorumluluğu	19,66±5,31	19(16-23,25)	20,49±5,42	19,5(17-24)	0,049**
Fiziksel aktivite	16,66±5,84	16(12-21)	16,93±6,06	16(12-21,25)	0,296**
Beslenme	20,09±4,91	20(16,75-23)	20,36±4,95	20(17-23)	0,43**
Manevi gelişim	25,43±4,52	27(22-28)	26,49±4,49	27(23-29)	0,003**
Stres yönetimi	19,39±3,82	19(17-21)	20,03±4,06	20(17-22,25)	0,039**
Kişiler arası ilişkiler	25,34±4,8	26(22-28,25)	26,07±5,16	26,5(23-30)	0,059*

Tablo 13(Devam). Ramazan Ayı Öncesi ve Ramazan Ayı İçindeki SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçek Puanları

Boşanmış/dul (n=6)					
Ölçek puanı	119±15,34	118,5(104,75-135)	118,67±17,92	123(97,5-135)	0,655**
Sağlık sorumluluğu	20±5,51	19(16-24,5)	20,67±4,76	19,5(16,75-24,5)	0,18**
Fiziksel aktivite	12,33±3,5	11,5(9,5-16,25)	12,17±2,93	12(10,25-14)	0,655**
Beslenme	18,67±2,5	19,5(17-20,25)	18±2,61	18,5(15,5-20,25)	0,317**
Manevi gelişim	24,5±3,51	25,5(21,25-26,75)	22,17±7,83	24,5(16,25-28,25)	1**
Stres yönetimi	17,17±2,48	17,5(14,75-19,25)	19,33±4,46	19,5(14,75-23)	0,18**
Kişiler arası ilişkiler	25±5,51	25,5(20,5-30,25)	23,33±6,56	23,5(16-30,25)	0,317**

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(25.p-75.p):** 25. Ve 75.persantil, *Eşleştirilmiş t Testi, **Wilcoxon işaretli sıralar testi

Evlilerde ve bekârlarda Ramazan ayı öncesindeki uyku süresi Ramazan ayı içerisinde kıyasla anlamlı olarak daha fazlaydı (sırasıyla $p<0,001$ ve $p=0,008$). Boşanmış/dullarda ise Ramazan ayı öncesi ve içerisinde uyku süresi açısından istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık yoktu ($p=0,157$). Evlilerde vücut kitle indeksinin Ramazan ayı içerisinde Ramazan ayı öncesine göre anlamlı olarak daha az olduğu görülmüşken ($p=0,049$), bekârlarda ve boşanmış/dullarda vücut kitle indeksi Ramazan ayı öncesinde ve Ramazan ayı içerisinde anlamlı olarak farklı değildi (sırasıyla $p=0,337$ ve $p=0,18$). (Tablo 14)

Tablo 14. Ramazan Ayı Öncesi ve Ramazan Ayı İçindeki Uyku Süresi ve Vücut Kitle İndeksi

	Ramazan Ayı Öncesi		Ramazan Ayı İçinde		p
	Ort. ± s.s.	Ortanca(25p.-75p.)	Ort. ± s.s.	Ortanca(25p.-75p.)	
Evli (n=96)					
Uyku süresi (saat)	7,16±1,28	7(6-8)	6,91±1,31	7(6-8)	<0,001
VKİ	28,35±4,29	27,8(25,47-31,05)	28,2±4,36	27,75(25,33-31,05)	0,049
Bekâr (n=74)					
Uyku süresi (saat)	7,2±1,64	7(6-8)	6,86±1,56	7(6-8)	0,008
VKİ	24,04±4,66	23,25(20,7-26,4)	23,9±4,55	23,25(20,93-26,42)	0,337
Boşanmış/dul (n=6)					
Uyku süresi (saat)	7,5±1,87	7,5(5,75-9,25)	7,17±1,83	7,5(5-9)	0,157
VKİ	31,53±4,1	32(27,85-34,2)	31,33±4,32	32(27,05-34,2)	0,18

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(25.p-75.p):** 25. Ve 75.persantil, *Wilcoxon işaretli sıralar testi

Tüm öğrenim grupları içinde ayrı ayrı bakıldığında Ramazan ayı öncesine kıyasla Ramazan ayı içerisinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam ölçek puanı ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. (Tablo 15)

Tablo 15. Ramazan Ayı Öncesi ve Ramazan Ayı İçindeki SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçek Puanları

	Ramazan Ayı Öncesi		Ramazan Ayı İçinde		p*
	Ort. ± s.s.	Ortanca(25p.-75p.)	Ort. ± s.s.	Ortanca(25p.-75p.)	
İlköğretim ve altı (n=35)					
Ölçek puanı	118,74±24,83	120(96-135)	119,46±25,17	121(102-137)	0,972
Sağlık sorumluluğu	19,31±5,5	19(14-22)	19,77±5,39	20(14-23)	0,665
Fiziksel aktivite	12,91±3,85	12(9-16)	13,17±4,31	12(9-16)	0,929
Beslenme	19,89±3,92	19(17-23)	20,4±3,98	20(18-23)	0,373
Manevi gelişim	24,03±6,26	24(19-30)	24,34±6,79	26(20-30)	0,372
Stres yönetimi	18,26±4,26	19(15-21)	18,51±4,39	19(15-21)	0,393
Kişiler arası ilişkiler	24,06±6,41	24(20-30)	23,8±6,42	24(21-29)	0,646
Lise (n=22)					
Ölçek puanı	119,82±24,27	124,5(101,75-139,25)	117,77±24,27	124,5(96,25-138)	0,207
Sağlık sorumluluğu	19,18±4,66	18,5(16,5-22,25)	19,41±4,74	19(17-22,25)	0,498
Fiziksel aktivite	13,86±5,19	12,5(10-17,25)	14,23±5,12	13(10-17,25)	0,833
Beslenme	19,05±4,2	19,5(15,75-22,25)	19,27±3,82	19,5(16-22)	0,285
Manevi gelişim	23,73±5,49	24,5(17-28)	24,27±5,61	26,5(18,5-28,25)	0,058
Stres yönetimi	18,73±4,34	19(15,75-21,5)	18,55±4,52	19(15-22,25)	0,892
Kişiler arası ilişkiler	23,68±6,93	23(16,75-28,5)	23,36±6,63	24(16-28,25)	0,416

Tablo 15(Devam). Ramazan Ayı Öncesi ve Ramazan Ayı İçindeki SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçek Puanları

Üniversite (n=119)					
Ölçek puanı	126,66±18,97	124(114-138)	127,05±20,41	126(113-140)	0,989
Sağlık sorumluluğu	19,95±4,89	19(17-23)	20,29±5,09	20(17-23)	0,23
Fiziksel aktivite	16,13±5,15	16(12-18)	16,24±5,42	16(12-19)	0,475
Beslenme	20,13±4,25	20(17-23)	20,08±4,43	20(17-23)	0,568
Manevi gelişim	26,03±4,13	27(22-29)	26,39±4,53	27(23-29)	0,062
Stres yönetimi	18,81±4,02	18(16-21)	19,13±3,92	19(17-22)	0,188
Kişiler arası ilişkiler	25,58±4,5	26(22-29)	25,91±4,82	26(23-30)	0,308

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(25.p-75.p):** 25. Ve 75.persantil, *Wilcoxon işaretli sıralar testi

Lise mezunları ve üniversite mezunlarında Ramazan ayı öncesindeki uyku süresi Ramazan ayı içerisinde kıyasla anlamlı olarak daha fazlaydı (sırasıyla $p=0,008$ ve $p<0,001$). İlköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip kişilerde ise Ramazan ayı öncesi ve içerisinde uyku süresi açısından istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık yoktu ($p=0,507$). İlköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip kişilerde vücut kitle indeksinin Ramazan ayı içerisinde Ramazan ayı öncesine göre anlamlı olarak daha az olduğu görülmüşken ($p=0,041$), lise mezunları ve üniversite mezunlarında vücut kitle indeksi Ramazan ayı öncesinde ve Ramazan ayı içerisinde anlamlı olarak farklı değildi (sırasıyla $p=0,715$ ve $p=0,127$). (Tablo 16)

Tablo 16. Ramazan Ayı Öncesi ve Ramazan Ayı İçindeki Uyku Süresi ve Vücut Kitle İndeksi

	Ramazan Ayı Öncesi		Ramazan Ayı İçinde		p*
	Ort. ± s.s.	Ortanca(25p.-75p.)	Ort. ± s.s.	Ortanca(25p.-75p.)	
İlköğretim ve altı (n=35)					
Uyku süresi (saat)	7,26±1,27	7(7-8)	7,2±1,43	7(6-8)	0,507
VKİ	29,23±5,11	29(25,3-33,3)	29,02±5,18	28(25,3-33,3)	0,041
Lise (n=22)					
Uyku süresi (saat)	8,05±1,43	8(7-9)	7,59±1,26	8(7-8)	0,008
VKİ	28,16±4,53	28,55(25,83-31,5)	27,94±4,29	28,2(25,83-31,2)	0,715
Üniversite (n=119)					
Uyku süresi (saat)	7±1,46	7(6-8)	6,68±1,41	7(6-8)	<0,001
VKİ	25,6±4,7	25,4(22,1-27,8)	25,49±4,73	25,4(22-27,8)	0,127
Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, (25.p-75.p): 25. ve 75.persantil, *Wilcoxon işaretli sıralar testi					

Gelir düzeyi orta olan grupta ise Ramazan ayı içerisinde manevi gelişim alt ölçek puanı Ramazan ayı öncesine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştu (p=0,015). Toplam ölçek puanı ve diğer alt ölçek puanları açısından ise Ramazan ayı öncesine kıyasla Ramazan ayı içerisinde istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık mevcut değildi. Gelir düzeyi iyi ve kötü olan gruplarda ise hem toplam ölçek puanı hem de alt ölçek puanları açısından Ramazan ayı öncesine kıyasla Ramazan ayı içerisinde istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. (Tablo 17)

Tablo 17. Ramazan Ayı Öncesi ve Ramazan Ayı İçindeki SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçek Puanları

	Ramazan Ayı Öncesi		Ramazan Ayı İçinde		p*
	Ort. ± s.s.	Ortanca (25p.-75p.)	Ort. ± s.s.	Ortanca (25p.-75p.)	
İyi (n=27)					
Ölçek puanı	127,52±20,65	131(114-145)	127,33±20,67	129(117-144)	0,753
Sağlık sorumluluğu	20,59±6,22	21(16-25)	20,15±6,13	21(15-25)	0,309
Fiziksel aktivite	14,07±4,95	12(10-17)	14,7±5,7	14(10-19)	0,174
Beslenme	19,52±4,29	20(16-23)	20,07±4,65	20(17-25)	0,654
Manevi gelişim	27,07±4,17	28(27-29)	27,19±4,31	28(25-30)	0,698
Stres yönetimi	18,7±3,35	18(16-21)	18,59±3,51	18(16-21)	0,874
Kişiler arası ilişkiler	26,93±4,68	28(26-30)	26,78±4,93	28(24-30)	0,567
Orta (n=133)					
Ölçek puanı	123,56±19,88	122(111,5-136)	123,7±21,5	124(110,5-138)	0,804
Sağlık sorumluluğu	19,58±4,54	19(16-22)	20,05±4,75	20(17-23)	0,09
Fiziksel aktivite	15,23±4,96	15(12-17)	15,31±5,21	15(11,5-18)	0,961
Beslenme	20,05±4,01	20(17-22)	19,98±4,03	20(17-22)	0,658
Manevi gelişim	24,95±4,82	26(22-28)	25,41±5,33	27(22-29)	0,015
Stres yönetimi	18,68±4,19	18(16-21)	18,99±4,16	19(16-22)	0,137
Kişiler arası ilişkiler	24,68±5,18	25(22-28)	24,83±5,44	25(22-29)	0,598
Kötü (n=16)					
Ölçek puanı	124,25±30,92	128,5(100,5-137,75)	125,06±29,72	130,5(100,5-137,75)	0,655
Sağlık sorumluluğu	19,5±6,15	19(14,75-23,25)	20,25±6,2	19,5(17-23,75)	0,18
Fiziksel aktivite	16,94±6,09	16(13,5-18,5)	17,06±5,46	16(15-18,75)	0,655
Beslenme	19,88±5,43	19,5(17-22,5)	20,44±5,61	20,5(17-23)	0,18
Manevi gelişim	25,69±5,94	25(20,5-30,75)	25,88±5,85	27,5(20,5-30,5)	0,655
Stres yönetimi	18,69±4,59	18,5(15,25-20,75)	19,06±4,51	19(16,25-21)	0,317
Kişiler arası ilişkiler	24,88±6,75	25(19,25-31,75)	25,25±6,57	25,5(20,25-31,75)	0,317

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, (25.p-75.p): 25. Ve 75.persantil, * Wilcoxon işaretli sıralar testi

Orta gelir düzeyine sahip kişilerde Ramazan ayı öncesindeki uyku süresi Ramazan ayı içerisinde kıyasla anlamlı olarak daha fazlaydı ($p<0,001$). Diğer gelir grupları içinde ise Ramazan ayı öncesindeki ve Ramazan ayı içerisindeki uyku süresi arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark olmadığı görüldü. Tüm gelir grupları içinde ayrı ayrı vücut kitle indeksine bakıldığında Ramazan ayı öncesinde ve Ramazan ayı içerisinde anlamlı olarak farklı değildi (Tablo 18).

Tablo 18. Ramazan Ayı Öncesi ve Ramazan Ayı İçindeki Uyku Süresi ve Vücut Kitle İndeksi

Gelir Grupları	Düzei	Ramazan Ayı Öncesi		Ramazan Ayı İçinde		p*
		Ort. \pm s.s.	Ortanca (25p.-75p.)	Ort. \pm s.s.	Ortanca (25p.-75p.)	
İyi (n=27)						
Uyku süresi (saat)		6,98 \pm 1,13	7(6-8)	6,98 \pm 1,16	7(6-8)	0,861
VKİ		28,36 \pm 4,71	27,8(25,7-32,4)	28,2 \pm 4,59	26,9(26,2-32,4)	0,339
Orta (n=133)						
Uyku süresi (saat)		7,23 \pm 1,44	7(6-8)	6,87 \pm 1,4	7(6-8)	<0,001
VKİ		26,25 \pm 5,09	25,9(22,3-29,4)	26,11 \pm 5,07	25,7(22,1-29,3)	0,088
Kötü (n=16)						
Uyku süresi (saat)		7,19 \pm 2,04	7,5(6,25-8)	7 \pm 2,03	7(6-8)	0,408
VKİ		27,03 \pm 4,05	26(23,9-29,6)	26,86 \pm 4,33	26,15(23,9-29,6)	0,655

Ort. \pm s.s.: Ortalama \pm standart sapma, (25.p-75.p): 25. Ve 75.persantil, *Wilcoxon işaretli sıralar testi

3. Ramazan Ayı İçerisinde Ramazan Ayı Öncesine Göre Alışkanlıklar, Vücut Kitle İndeksi ve Ölçek Puanlarındaki Değişimler

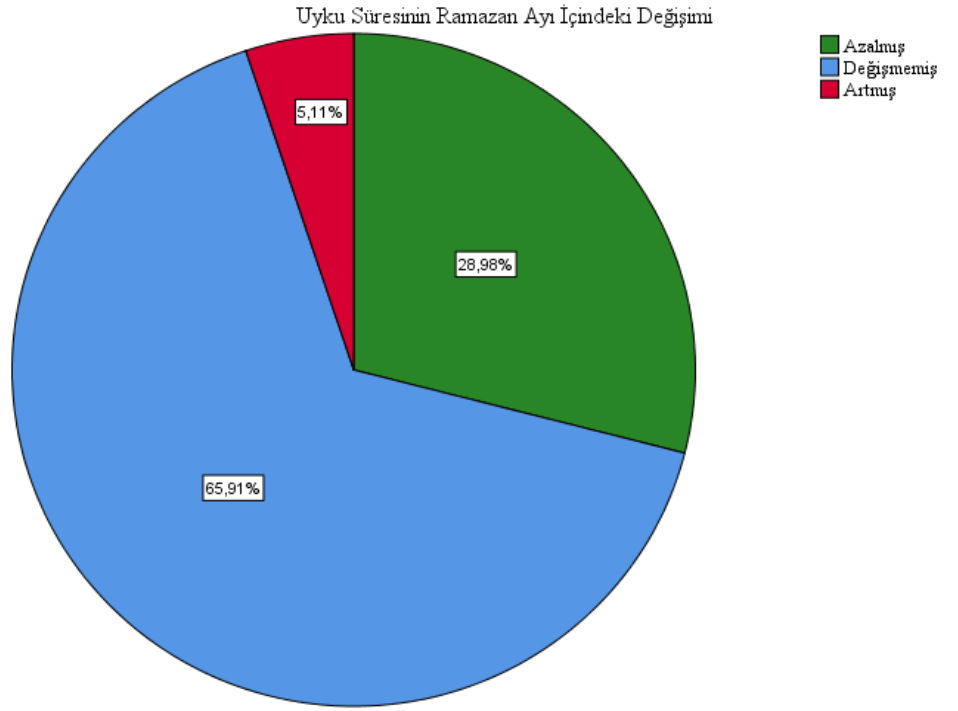
Katılımcıların %65,9'unun uyku süresinin Ramazan'da değişmediği, %29'unun uyku süresinin azaldığı, %5,1'inin ise uyku süresinin arttığı görülmüştür.

Katılımcıların tamamında uyku kalitesi Ramazan ayı içinde değişiklik göstermemiştir. Ramazan ayı içerisinde vücut kitle indeksi değişmeyen katılımcıların oranı %76,1 iken, vücut kitle indeksi artanların oranı %8,5, azalanların oranı ise %15,3'tür. Alkol tüketimine bakıldığında katılımcıların tamamında alkol tüketim alışkanlığı Ramazanda ayı içinde aynı kalmıştır. 145 kişi alkol tüketmemektedir, 10 kişi daha önce tüketip bırakmıştır, 21 kişi alkol içmektedir ve içtikleri alkol sıklığı Ramazan ayı içinde değişmemiştir. Ramazan ayı içerisinde günlük sigara tüketim miktarı değişmeyen katılımcıların oranı %93,2 iken, 5 kişinin sigara tüketim miktarı artmış, 7 kişinin ise azalmıştır. (Tablo 19)

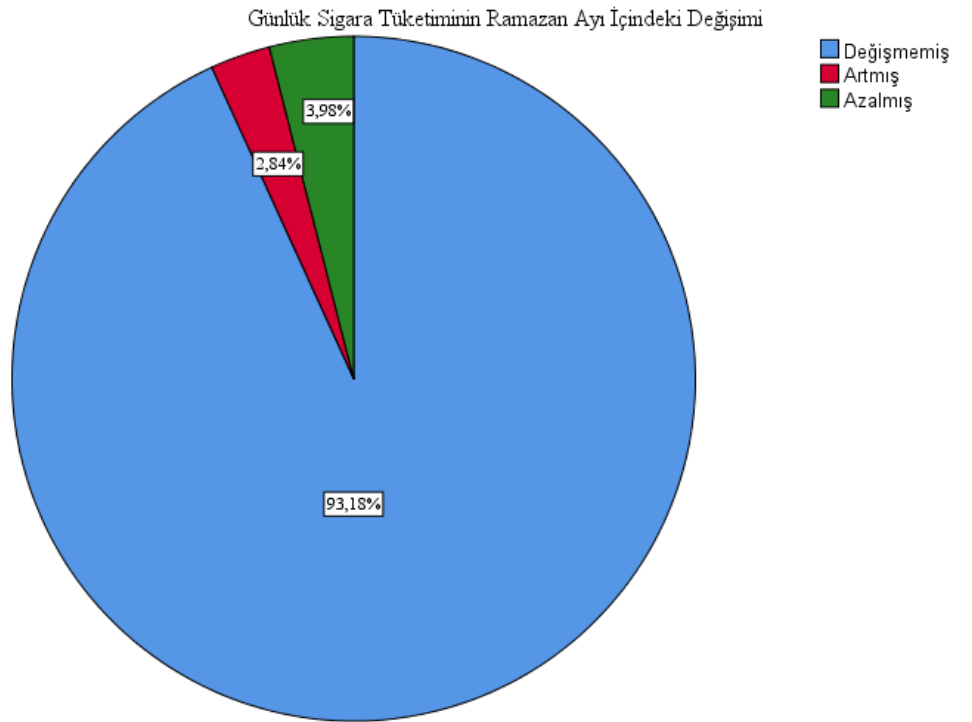
Tablo 19. Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde Uyku Alışkanlıkları ve VKİ Değişim Durumları

	n	%
Uyku süresi		
Değişmemiş	116	65,9
Artmış	9	5,1
Azalmış	51	29
VKİ		
Değişmemiş	134	76,1
Artmış	15	8,5
Azalmış	27	15,3
Sigara kullanım paket/gün		
Değişmemiş	164	93,2
Artmış	5	2,8
Azalmış	7	4
Alkol tüketim sıklığı		
Değişmemiş*	176	100

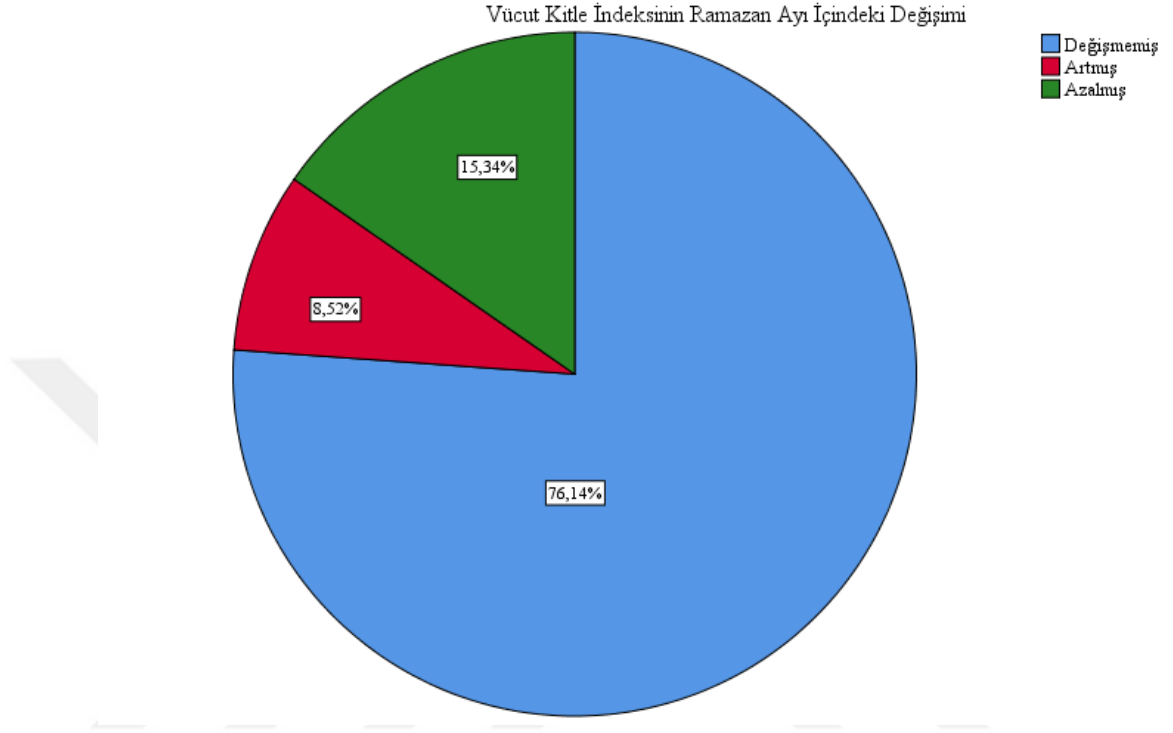
n:sayı, %:yüzde, *145 kişi alkol tüketmemektedir, 10 kişi daha önce tüketip bırakmıştır, 21 kişi alkol içmektedir ve içtikleri alkol sıklığı ramazan ayı içinde değişmemiştir.



Şekil 3. Katılımcılar arasında uyku süresinin Ramazan ayı içerisindeki değişimi



Şekil 4. Günlük Sigara Kullanımının Ramazan Ayı İçerisindeki Değişimi (paket/gün)



Şekil 5. Katılımcılar arasında vücut kitle indeksinin Ramazan ayı içerisindeki değişimi

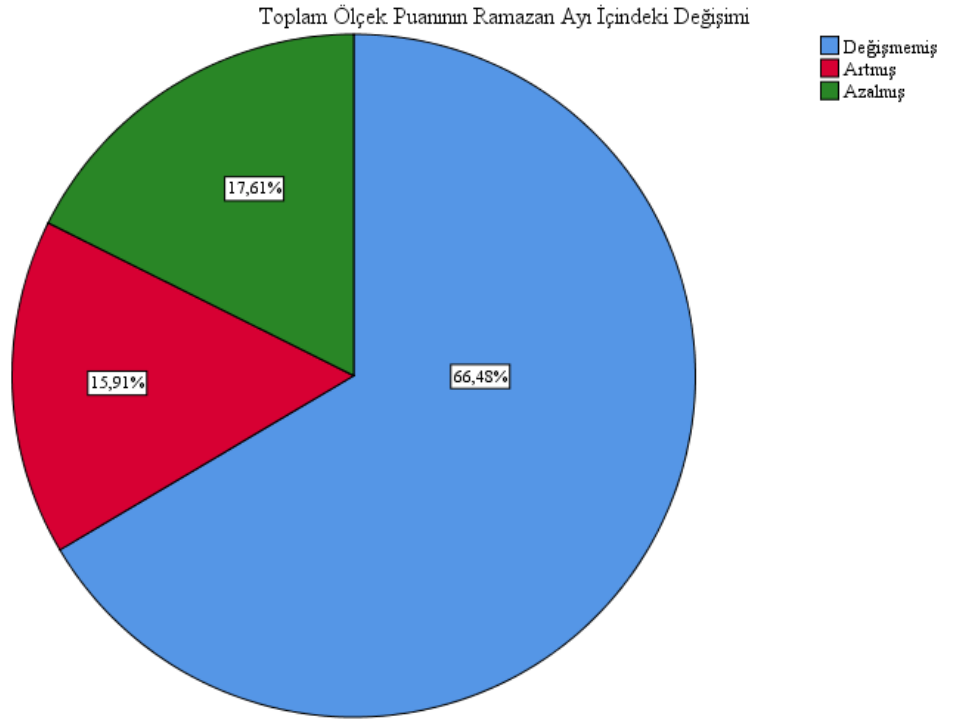
Ramazan ayı içerisinde toplam ölçek puanında değişiklik olmayan katılımcıların oranı %66,5 iken, artanların oranı %15,9, toplam ölçek puanı azalanların oranı ise %17,6'dır. Katılımcıların %66,5'inin sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde değişiklik olmamışken, %18,8'inin puanı artmış, %14,8'inin puanı ise azalmıştır. Fiziksel aktivite alt ölçek puanında değişiklik olmayan katılımcıların oranı %68,2, artanların oranı %16,5, puanı azalanların oranı ise %15,3'dir. Beslenme alt ölçek puanında ise değişiklik olmayan katılımcıların oranı %68,2, artanların oranı %16,5, azalanların oranı ise %15,3'dir. Katılımcıların %65,3 'ünün manevi gelişim alt ölçeğinde değişiklik olmamışken, %22,7'sinin puanı artmış, %11,9'unun puanı ise azalmıştır. Stres yönetimi alt ölçeğinde değişiklik olmayanların oranı ise %68,8 iken artış olanların oranı %18,8 ve azalma olanların oranı da %12,5'tir. Son olarak

katılımcıların %66,9'unun kişiler arası ilişkiler alt ölçeğinde değişiklik olmamışken, %17'sinin puanı artmış, %17'sinin puanı ise azalmıştır. (Tablo 20)

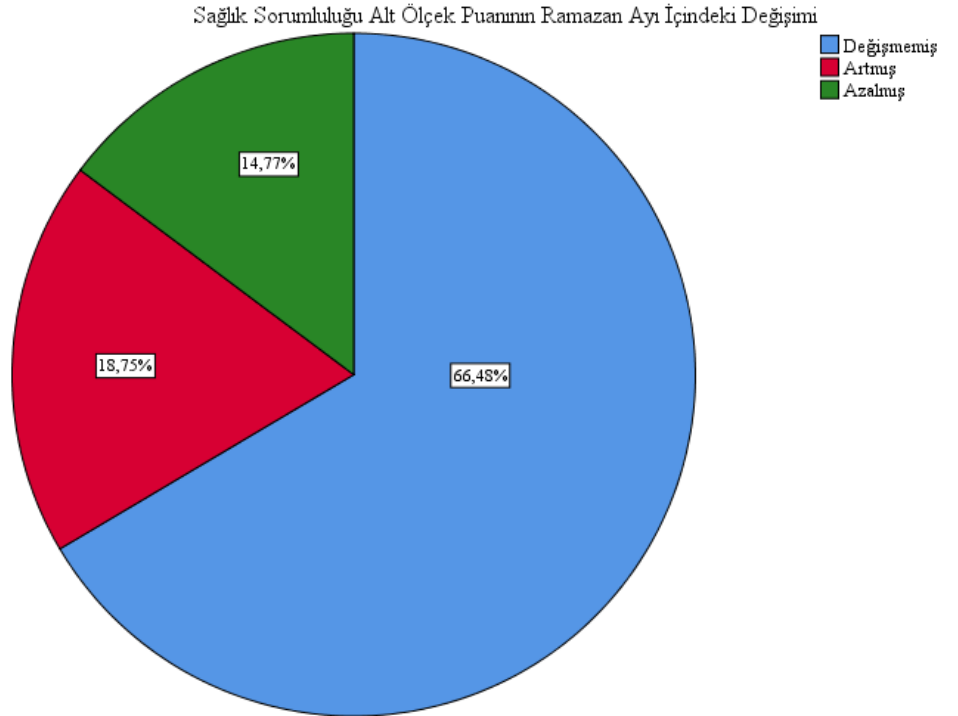
Tablo 20. Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçeklerindeki Değişim

	n	%
Toplam Ölçek Puanı		
Değişiklik yok	117	66,5
Artmış	28	15,9
Azalmış	31	17,6
Sağlık Sorumluluğu		
Değişiklik yok	117	66,5
Artmış	33	18,8
Azalmış	26	14,8
Fiziksel Aktivite		
Değişiklik yok	120	68,2
Artmış	29	16,5
Azalmış	27	15,3
Beslenme		
Değişiklik yok	120	68,2
Artmış	29	16,5
Azalmış	27	15,3
Manevi Gelişim		
Değişiklik yok	115	65,3
Artmış	40	22,7
Azalmış	21	11,9
Stres Yönetimi		
Değişiklik yok	121	68,8
Artmış	33	18,8
Azalmış	22	12,5
Kişiler Arası İlişkiler		
Değişiklik yok	116	65,9
Artmış	30	17
Azalmış	30	17

n:sayı, %:yüzde

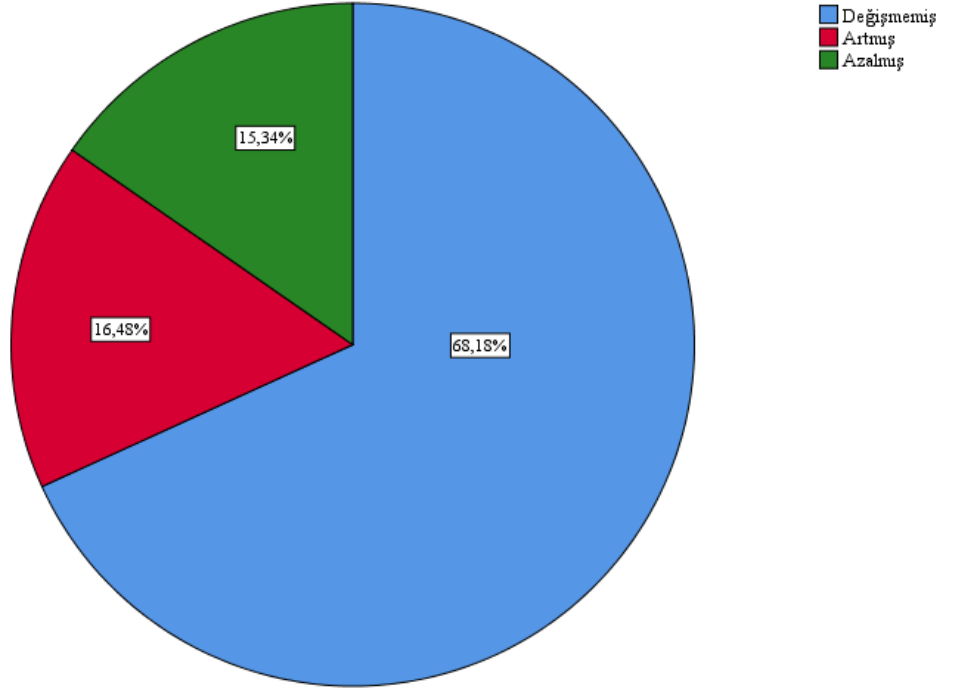


Şekil 6. Katılımcılar arasında Ramazan ayı içerisinde SYBD-II ölçeği toplam puanındaki değişim



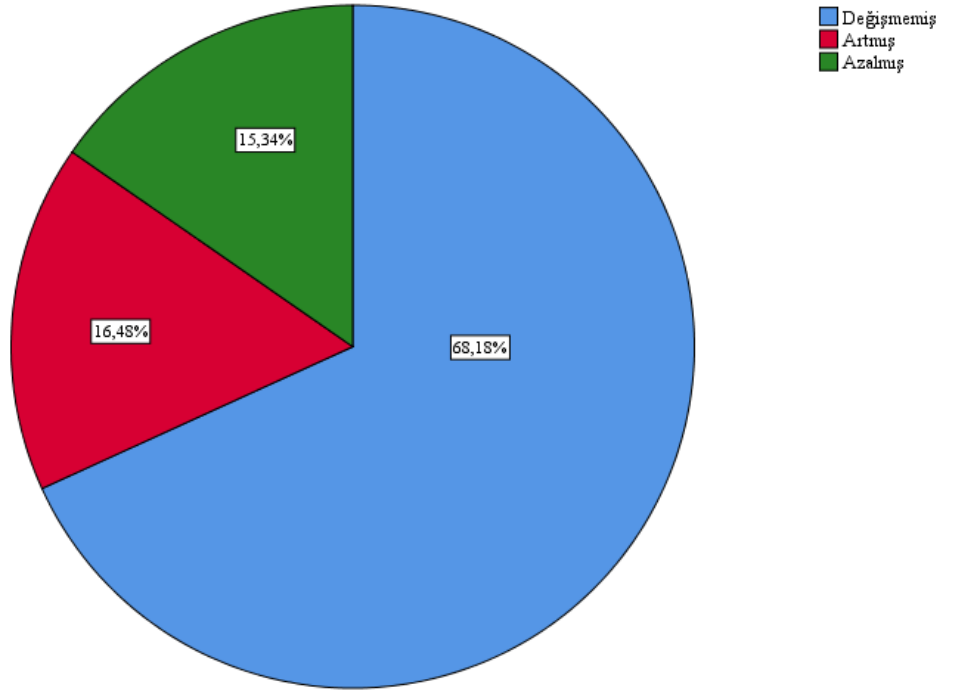
Şekil 7. Katılımcılar arasında Ramazan ayı içerisinde sağlık sorumluluğu alt ölçek puanındaki değişim

Fiziksel Aktivite Alt Ölçek Puanının Ramazan Ayı İçindeki Değişimi

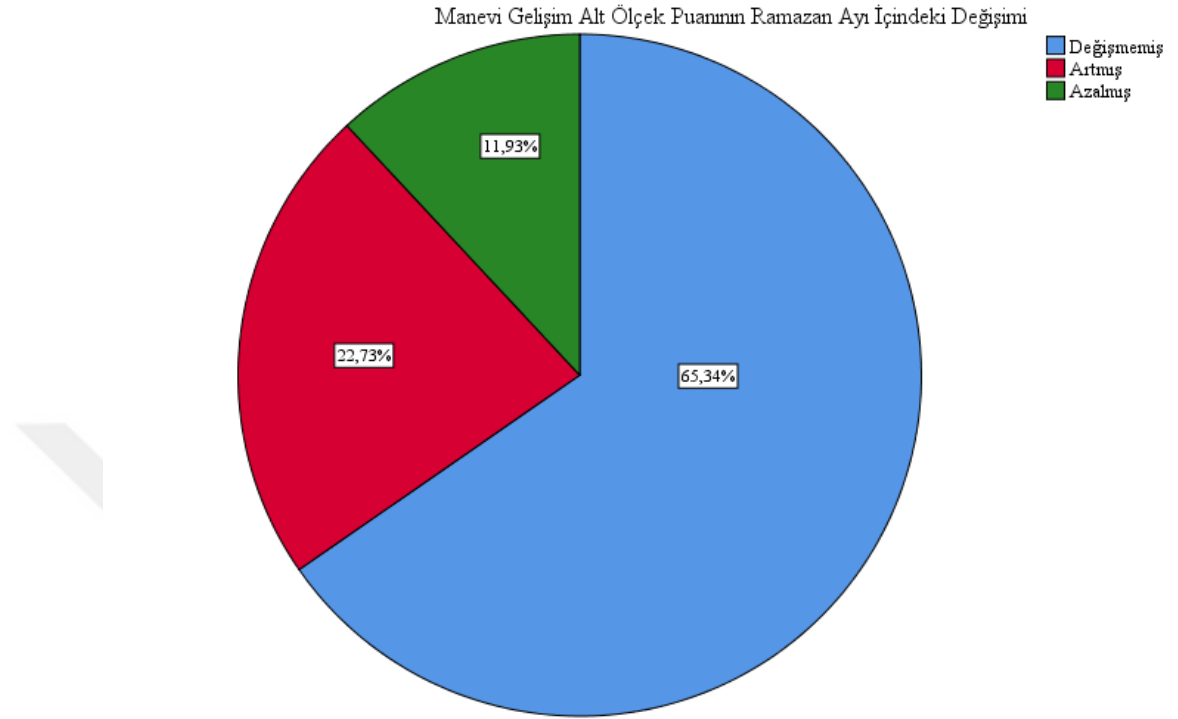


Şekil 8. Katılımcılar arasında Ramazan ayı içerisinde fiziksel aktivite alt ölçek puanındaki değişim

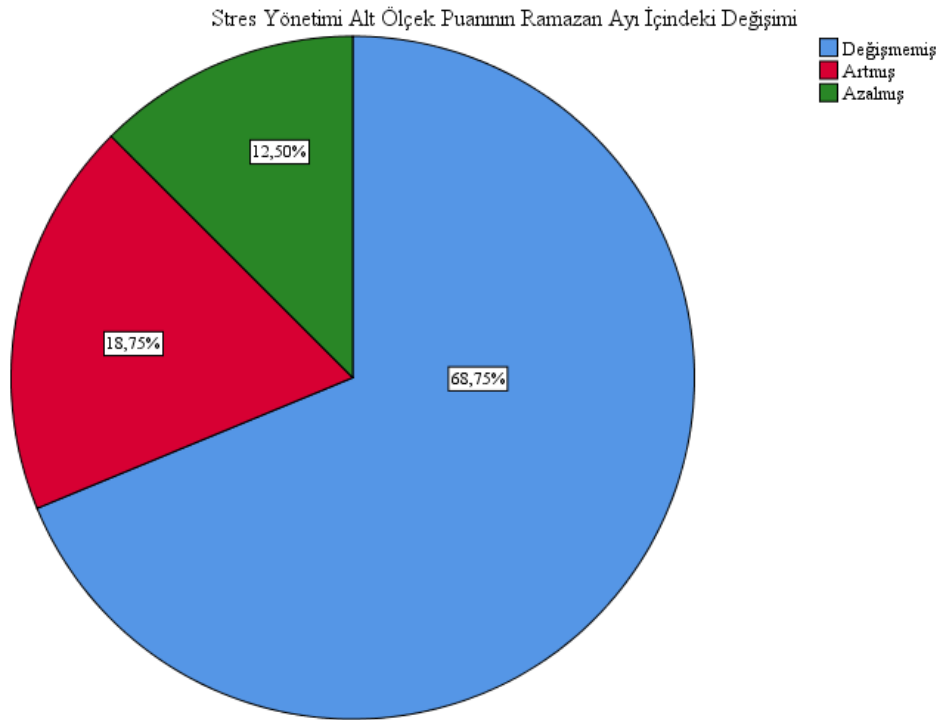
Beslenme Alt Ölçek Puanının Ramazan Ayı İçindeki Değişimi



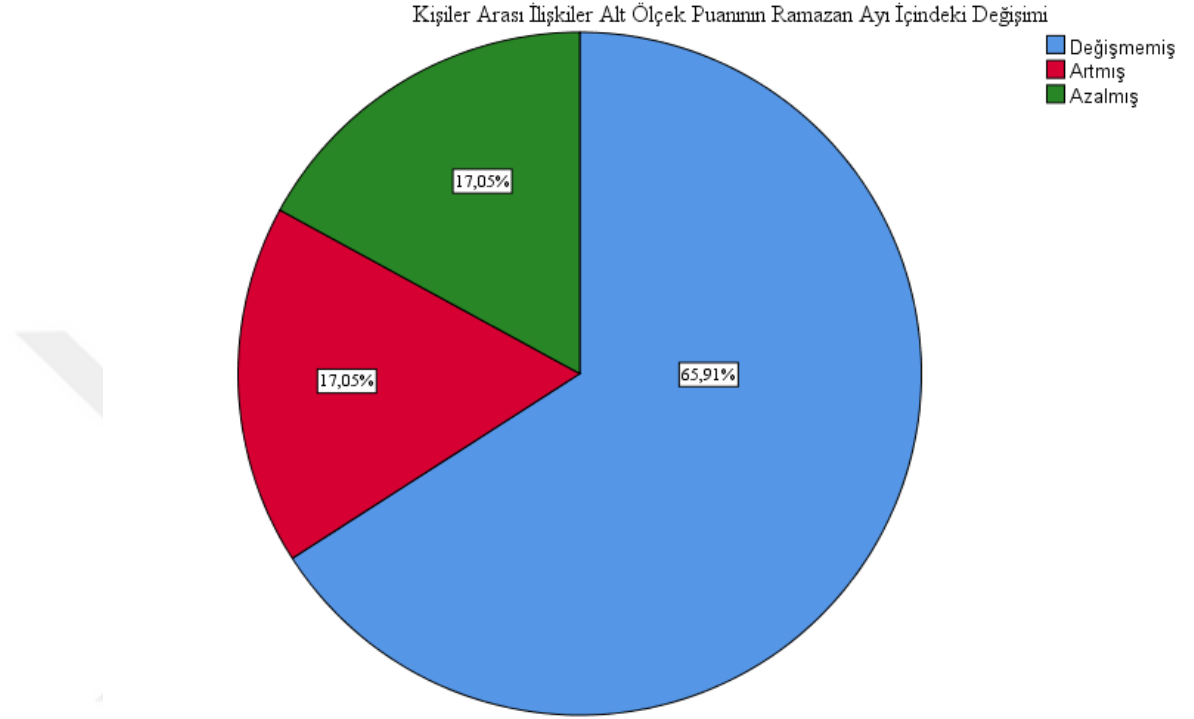
Şekil 9. Katılımcılar arasında Ramazan ayı içerisinde beslenme alt ölçek puanındaki değişim



Şekil 10. Katılımcılar arasında Ramazan ayı içerisinde manevi gelişim alt ölçek puanındaki değişim



Şekil 11.Katılımcılar arasında Ramazan ayı içerisinde stres yönetimi alt ölçek puanındaki değişim



Şekil 12.Katılımcılar arasında Ramazan ayı içerisinde kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanındaki değişim

Katılımcıların ölçek puanlarının Ramazan ayı içerisindeki değişimlerine bakıldığında Ramazan ayı içerisinde toplam ölçek puanında değişimin ortalama ve standart sapması $0,15\pm 11,52$ olmuştur. Sağlık sorumluluğu alt ölçeğine ait değişimin ortalama ve standart sapması $0,35\pm 2,92$, fiziksel aktivite alt ölçeğine ait değişimin ortalama ve standart sapması $0,16\pm 3,09$, beslenme alt ölçeğine ait değişimin ortalama ve standart sapması $0,09\pm 2,69$, manevi gelişim alt ölçeğine ait değişimin $0,38\pm 3,04$, stres yönetimi alt ölçeğine ait değişimin ortalama ve standart sapması $0,25\pm 2,73$ ve kişiler arası ilişkiler alt ölçeğine ait değişimin ortalama ve standart sapması $0,13\pm 3,28$ olarak bulunmuştur. (Tablo 21)

Tablo 21. Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçeklerindeki Değişim

	Ort.±s.s.	Ortanca (min.-maks.)
Değişim		
Toplam Ölçek Puanı	0,15±11,52	0(-56 - 50)
Sağlık sorumluluğu	0,35±2,92	0(-10 - 14)
Fiziksel Aktivite	0,16±3,09	0(-15 - 14)
Beslenme	0,09±2,69	0(-9 - 16)
Manevi Gelişim	0,38±3,04	0(-18 - 15)
Stres Yönetimi	0,25±2,73	0(-10 - 13)
Kişiler Arası İlişkiler	0,13±3,28	0(-15 - 15)

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(min.-maks.):** (minimum-maksimum)

Ölçek puanlarının Ramazan ayı içindeki değişimine her iki cinsiyette bakıldığında, kadınlar ve erkekler arasında toplam ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p=0,527$). Ayrıca kadın ve erkekler arasında tüm alt ölçek puanlarının Ramazan ayı içerisindeki değişimine bakıldığında her iki cinsiyet arasında alt ölçek puanları açısından istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık tespit edilemedi. (Tablo 22)

Tablo 22. Kadın ve Erkeklerde, Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçeklerindeki Değişim

	Kadın (n=78)		Erkek (n=98)		p*
	Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	
Değişim					
Toplam Ölçek puanı	0,68±11,03	0(-26-46)	-0,27±11,94	0(-56-50)	0,527
Alt ölçekler					
Sağlık sorumluluğu	0,42±2,51	0(-6-12)	0,3±3,22	0(-10-14)	0,491
Fiziksel aktivite	0,42±3,08	0(-9-14)	-0,04±3,1	0(-15-13)	0,392
Beslenme	-0,21±2,63	0(-9-12)	0,33±2,73	0(-9-16)	0,342
Manevi Gelişim	0,72±2,59	0(-4-15)	0,1±3,34	0(-18-11)	0,339
Stres Yönetimi	0,22±2,59	0(-9-13)	0,28±2,85	0(-10-10)	0,306
Kişiler Arası İlişkiler	0,44±3,06	0(-8-10)	-0,11±3,45	0(-15-15)	0,709

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(min.-maks.):** (minimum-maksimum), *Mann-Whitney U testi

Ramazan ayı içerisinde uyku süresindeki değişimin ve vücut kitle indeksindeki değişime bakıldığında da her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı görüldü. (Tablo 23)

Tablo 23. Kadın ve Erkeklerde Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçindeki Uyku Süresi ve VKİ Değişimi

	Kadın (n=78)		Erkek (n=98)		p*
	Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	
Değişim					
Uyku süresi	-0,33±0,96	0(-4 -3)	-0,25±0,68	0 (-2 – 2)	0,506
VKİ	-0,08±0,59	0(-3,4 – 1,4)	-0,21±0,91	0(-5,7 – 1,4)	0,864

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(min.-maks.):** (minimum-maksimum), *Mann-Whitney U testi

Yaş grupları arasında ölçek puanlarının Ramazan ayı içerisinde değişimlerine bakıldığında, yaş grupları arasında toplam ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü (p=0,152). Ayrıca yaş grupları arasında tüm alt ölçek puanlarının Ramazan ayı içerisinde değişimi açısından istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık mevcut olmadığı görüldü.(Tablo 24)

Tablo 24. Yaş Gruplarında Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçeklerindeki Değişim

	Yaş grubu						p*
	18-34		35-49		50-65		
	Ort.±s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±s.s.	Ortanca (min.-maks.)	
Değişim							
Toplam Ölçek Puanı	0,83±11,77	0(-29-50)	-2,87±9,56	0(-56-9)	2,18±12,64	0(-19-46)	0,152
Sağlık sorumluluğu	0,45±3,01	0(-9-14)	-0,04±2,21	0(-10-4)	0,61±3,44	0(-5-12)	0,942
Fiziksel Aktivite	0,05±3,33	0(-15-13)	-0,2±2,02	0(-6-6)	0,87±3,5	0(-3-14)	0,799
Beslenme	0,04±2,92	0(-9-16)	-0,33±2,09	0(-9-4)	0,71±2,7	0(-5-12)	0,257
Manevi Gelişim	0,37±3,55	0(-18-15)	0,07±2,38	0(-14-4)	0,76±2,35	0(-3-8)	0,87
Stres Yönetimi	0,59±2,95	0(-9-13)	-0,41±2,62	0(-10-4)	0,24±2,15	0(-6-10)	0,692
Kişiler Arası İlişkiler	0,28±3,41	0(-15-15)	-0,28±2,99	0(-15-9)	0,26±3,35	0(-8-10)	0,489

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(min.-maks.):** (minimum-maksimum), *Kruskal-Wallis Testi

Yaş grupları arasında Ramazan ayı içerisinde uyku süresindeki ve vücut kitle indeksindeki değişimin de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı görüldü.(Tablo 25)

Tablo 25. Yaş Gruplarında Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde Uyku Süresi ve VKİ Değişimi

	Yaş grubu					p*
	18-34		35-49		50-65	
	Ort.±s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±s.s. Ortanca (min.-maks.)	
Değişim						
Uyku süresi (saat)	-0,37±0,92	0(-4 - 2)	-0,34±0,56	0 (-2 - 0)	-0,03 ±0,75	0(-1 - 3) 0,161
VKİ	-0,13±0,74	0 (-3,4 - 1,4)	-0,17±0,88	0(-5,7 - 0,9)	-0,17±0,8	0(-4,7 - 0,7) 0,808

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(min.-maks.):**(minimum-maksimum), *Kruskal-Wallis Testi

Medeni duruma göre ölçek puanlarındaki değişim değerlendirildiğinde, bekârlarda toplam ölçek puanının Ramazan ayı içerisinde artışının ortalama ve standart sapması 1,79±12,38 iken, evlilerde -1,21±10,63 olarak bulundu. Toplam ölçek puanının artışı bekârlarda evlilere kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,033). Sağlık sorumluluğu alt ölçek puanının Ramazan ayı içerisinde artışının ortalama ve standart sapması bekârlarda 0,81±3,36 iken, evlilerde -0,03±2,46'ydı. Bekârlarda Ramazan ayı içerisinde sağlık sorumluluğu alt ölçeğine ait artış evlilerden anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,037). Fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçeklerinin Ramazan ayı içerisinde değişimi yönünden bekârlar ve evliler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu. Kişiler arası alt ölçeği puanında Ramazan ayı içerisinde görülen puan değişimine ait ortalama ve standart sapma ise bekârlarda 0,55±3,75 puan iken evlilerde -0,22±2,08'di. Bekârlardaki bu artış evlilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p=0,024). (Tablo 26)

Tablo 26. Evli ve Bekârlarda Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçeklerindeki Değişim

	Evli (n=96)		Bekar/Boşanmış/dul (n=80)		p*
	Ort.±s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±s.s.	Ortanca (min.-maks.)	
Değişim					
Toplam Ölçek Puanı	-1,21±10,63	0(-56-46)	1,79±12,38	0(-29-50)	0,033
Sağlık Sorumluluğu	-0,03±2,46	0(-10-12)	0,81±3,36	0(-9-14)	0,037
Fiziksel aktivite	0,1±2,86	0(-9-14)	0,24±3,35	0(-15-13)	0,404
Beslenme	0±2,5	0(-9-12)	0,2±2,91	0(-9-16)	0,545
Manevi Gelişim	0,02±2,19	0(-14-8)	0,8±3,79	0(-18-15)	0,076
Stres yönetimi	-0,17±2,51	0(-10-10)	0,75±2,91	0(-9-13)	0,169
Kişiler Arası İlişkiler	-0,22±2,8	0(-15-10)	0,55±3,75	0(-15-15)	0,024

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(Min.-Maks.):** (minimum-maksimum), *Mann—Whitney U Testi

Evliler ve bekârlar arasında Ramazan ayı içerisinde uyku süresindeki ve vücut kitle indeksindeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı görüldü (Tablo 27)

Tablo 27. Evli ve Bekârlarda Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde Uyku Süresi ve VKİ Değişimi

	Evli (n=96)		Bekar/Boşanmış/Dul (n=80)		p*
	Ort.±s.s.	Ortanca (min.-maks.)	ort.±s.s.	Ortanca (min.-maks.)	
Değişim					
Uyku süresi	-0,25±0,68	0(-2 – 3)	-0,33±0,95	0 (-4 – 2)	0,694
VKİ	-0,15±0,72	0(-4,7 – 0,9)	-0,14±0,87	0 (-5,7 – 1,4)	0,915

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(Min.-Maks.):**(minimum-maksimum), *Mann—Whitney U Testi

Farklı öğrenim durumu kategorilerindeki katılımcılar arasında ölçek puanlarının Ramazan ayı içerisinde değişimlerine bakıldığında, öğrenim grupları arasında toplam ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü. (p=0,753). Ayrıca öğrenim grupları arasında tüm alt ölçek puanlarının Ramazan ayı içerisindeki değişimi açısından istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık mevcut değildi (Tablo 28).

Tablo 28. Öğrenim Durumu Gruplarında Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçeklerindeki Değişim

	Öğrenim Durumu						p*
	İlkokul ve altı		Lise		Üniversite		
	Ort.±s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±s.s.	Ortanca (min.-maks.)	
Değişim							
Toplam Ölçek Puanı	0,71±16,5	0(-56-46)	-2,05±6,81	0(-22-9)	0,39±10,45	0(-29-50)	0,753
Sağlık sorumluluğu	0,46±3,94	0(-10-12)	0,23±1,85	0(-6-4)	0,34±2,75	0(-9-14)	0,759
Fiziksel aktivite	0,26±3,19	0(-5-14)	0,36±3,37	0(-6-13)	0,1±3,03	0(-15-13)	0,594
Beslenme	0,51±3,33	0(-9-12)	0,23±1,15	0(-2-4)	-0,06±2,69	0(-9-16)	0,274
Manevi gelişim	0,31±3,46	0(-14-8)	0,55±1,26	0(-1-4)	0,36±3,16	0(-18-15)	0,873
Stres yönetimi	0,26±2,68	0(-10-10)	-0,18±1,84	0(-7-3)	0,33±2,89	0(-9-13)	0,526
Kişiler arası ilişkiler	-0,26±3,81	0(-15-9)	-0,32±1,76	0(-5-4)	0,33±3,33	0(-15-15)	0,382

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(Min.-Maks.):**(minimum-maksimum), *Kruskal-Wallis Testi

Farklı öğrenim durumu kategorilerindeki katılımcılar arasında Ramazan ayı içerisinde uyku süresi ve vücut kitle indeksi değişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü (Tablo 29)

Tablo 29. Öğrenim Durumu Gruplarında Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde Uyku Süresi ve VKİ'deki Değişim

	Öğrenim Durumu						p*
	İlkokul ve altı(n=35)		Lise(n=22)		Üniversite(n=119)		
	Ort.±s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±s.s.	Ortanca (min.-maks.)	
Değişim							
Uyku süresi	-0,06±0,80	0(-1 – 3)	-0,46±0,67	0(-2 – 0)	-0,32±0,83	0(-4 – 2)	0,277
VKİ	-0,21±0,82	0(-4,7 – 0,3)	-0,22±1,27	0(-5,7 – 1,1)	-0,12 ±0,66	0(-3,4 – 1,4)	0,556

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(min.-maks.):** (minimum-maksimum), *Kruskal-Wallis Testi

Gelir algı düzeyi grupları arasında ölçek puanlarının Ramazan ayı içerisinde değişimlerine bakıldığında, öğrenim grupları arasında toplam ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü. (p=0,966). Ayrıca gelir algı düzeyi grupları arasında tüm alt ölçek puanlarının Ramazan ayı içerisinde değişimi açısından istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık mevcut değildi. (Tablo 30)

Tablo 30. Gelir Algı Düzeyi Gruplarında Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçeklerindeki Değişim

Değişim	Gelir Algı Düzeyi						p*
	İyi		Orta		Kötü		
	Ort.±s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±s.s.	Ortanca (min.-maks.)	
Toplam Ölçek Puanı	-0,19±5,53	0(-16-15)	0,14±12,69	0(-56-50)	0,81±8,86	0(-17-30)	0,966
Sağlık sorumluluğu	-0,44±2,14	0(-5-4)	0,47±3,11	0(-10-14)	0,75±2,32	0(0-9)	0,098
Fiziksel aktivite	0,63±2,11	0(-2-6)	0,08±3,34	0(-15-14)	0,13±2,22	0(-5-7)	0,569
Beslenme	0,56±3,04	0(-4-12)	-0,06±2,72	0(-9-16)	0,56±1,63	0(0-6)	0,604
Manevi gelişim	0,11±1,93	0(-5-4)	0,45±3,36	0(-18-15)	0,19±1,38	0(-2-5)	0,52
Stres yönetimi	-0,11±2,52	0(-6-6)	0,31±2,89	0(-10-13)	0,38±1,5	0(0-6)	0,809
Kişiler arası ilişkiler	-0,15±2,93	0(-6-10)	0,16±3,51	0(-15-15)	0,38±1,5	0(0-6)	0,545

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(Min.-Maks.):** (minimum-maksimum), *Kruskal-Wallis Testi

Gelir algı düzeyi grupları arasında uyku süresi ve vücut kitle indeksinin Ramazan ayı içerisinde değişimlerine bakıldığında, gelir algı düzeyi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü (sırasıyla p=0,263 ve p=0,832). (Tablo 31)

Tablo 31. Gelir Algı Düzeyi Gruplarında Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde Uyku Süresi ve VKİ'deki Değişim

Değişim	Gelir Algı Düzeyi						p*
	İyi(n=27)		Orta(n=133)		Kötü(n=16)		
	Ort.±s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±s.s.	Ortanca (min.-maks.)	
Uyku süresi	0±0,83	0 (-1 – 3)	-0,36±0,8	0(-4 – 2)	-0,19±0,83	0 (-2 – 2)	0,263
VKİ	-0,16±0,75	0(-3,3 – 0,9)	-0,14±0,81	0(-5,7 – 1,4)	-0,17±0,76	0 (-3 – 0,3)	0,832

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(min.-maks.):** (minimum-maksimum), *Kruskal-Wallis Testi

Sigara kullanım grupları arasında ölçek puanlarının Ramazan ayı içerisindeki değişimlerine bakıldığında, gruplar arasında toplam ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü. (p=0,689). Ayrıca gruplar arasında tüm alt ölçek puanlarının Ramazan ayı içerisindeki değişimi açısından istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık mevcut değildi (Tablo 32).

Tablo 32. Sigara Kullanım Durumu Gruplarında Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçeklerindeki Değişim

Değişim	Sigara Kullanımı			p*
	Evet	Hayır	Bırakmış	
	n=66	n=96	n=14	
	Ort. ±s.s.	Ort. ±s.s.	Ort. ±s.s.	
Toplam Ölçek puanı	-0,58±13,43	0,09±10,11	4±10,93	0,689
Sağlık sorumluluğu	0,38±3,45	0,23±2,57	1,07±2,53	0,465
Fiziksel aktivite	0,14±2,87	0,17±3,35	0,29±2,23	0,974
Beslenme	0,45±3,03	-0,22±2,56	0,5±1,45	0,476
Manevi gelişim	0,41±3,13	0,25±3,11	1,07±1,98	0,296
Stres yönetimi	-0,02±2,63	0,31±2,88	1,07±2,02	0,284
Kişiler arası ilişkiler	0,17±3,45	0±3,34	0,86±1,83	0,299

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma), *Kruskal-Wallis Testi

Sigara kullanım durumuna göre uyku süresi ve vücut kitle indeksinin Ramazan ayı içerisindeki değişimlerine bakıldığında, sigara kullanım grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü (sırasıyla $p=0,199$ ve $p=0,264$). (Tablo 33)

Tablo 33. Sigara Kullanım Durumu Gruplarında Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde Uyku Süresi ve Vücut Kitle İndeksindeki Değişim

Değişim	Sigara Kullanımı			p*
	Evet	Hayır	Bırakmış	
	n=66 Ort. \pm s.s.	n=96 Ort. \pm s.s.	n=14 Ort. \pm s.s.	
Uyku süresi (saat)	-0,39 \pm 0,82	-0,25 \pm 0,81	-0,07 \pm 0,83	0,199
VKİ	-0,26 \pm 0,95	-0,09 \pm 0,71	-0,02 \pm 0,28	0,264

Ort. \pm s.s.: Ortalama \pm standart sapma, *Kruskal-Wallis Testi

Alkol kullanım grupları arasında ölçek puanlarının Ramazan ayı içerisindeki değişimlerine bakıldığında, gruplar arasında toplam ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p=0,873$). Ayrıca gruplar arasında tüm alt ölçek puanlarının Ramazan ayı içerisindeki değişimi açısından istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık mevcut değildi. (Tablo 34)

Tablo 34. Alkol Kullanım Durumu Gruplarında Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçeklerindeki Değişim

Değişim	Alkol Kullanımı			p*
	Evet	Hayır	Bırakmış	
	n=21 Ort. ±s.s.	n=145 Ort. ±s.s.	n=10 Ort. ±s.s.	
Toplam Ölçek puanı	-0,48±12,27	0,13±11,11	1,8±16,39	0,873
Sağlık sorumluluğu	1,05±4,24	0,29±2,59	-0,2±4,13	0,398
Fiziksel aktivite	0,81±4,18	0,08±2,93	0,1±2,77	0,284
Beslenme	0,52±1,78	-0,05±2,79	1,2±2,57	0,152
Manevi gelişim	0,81±3,23	0,3±3,05	0,6±2,63	0,221
Stres yönetimi	1,1±2,88	0,17±2,69	-0,4±2,91	0,181
Kişiler ilişkileri	0,95±3,89	0,05±3,23	-0,4±2,67	0,441

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, *Kruskal-Wallis Testi

Alkol kullanım durumuna göre uyku süresi ve vücut kitle indeksinin Ramazan ayı içerisindeki değişimlerine bakıldığında, alkol kullanım grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü (sırasıyla p=0,961 ve p=0,694). (Tablo 35)

Tablo 35. Alkol Kullanım Durumu Gruplarında Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde Uyku Süresi ve Vücut Kitle İndeksindeki Değişim

Değişim	Alkol Kullanımı			p*
	Evet (n=21)	Hayır (n=145)	Bırakmış (n=10)	
	Ort. ±s.s.	Ort. ±s.s.	Ort. ±s.s.	
Uyku süresi (saat)	-0,26±0,89	-0,3±0,8	-0,2±0,92	0,961
VKİ	-0,22±1,3	-0,13±0,71	-0,21±0,57	0,694

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma), *Kruskal-Wallis Testi

4. Hastalıklara Göre Ramazan Öncesi ve Sonrası Dönemde SYBD-II Ölçek Puanları, VKİ ve Uyku Özelliklerindeki Değişim

Hipertansiyonu olan ve olmayan hastalar arasında, Ramazan ayı içerisinde ölçek ve alt ölçek puanlarındaki değişimin birbirinden istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. (Tablo 36)

Tablo 36. Hipertansiyonu Olan ve Olmayan Hastalarda Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçeklerindeki Değişim

Değişim	Hipertansiyon				p*	
	Yok (n=141)		Var (n=35)			
	Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)		
Toplam puanı	Ölçek	0,21±11,92	0(-56-50)	-0,09±9,92	0(-19-46)	0,321
Sağlık sorumluluğu		0,3±2,88	0(-10-14)	0,57±3,12	0(-5-12)	0,956
Fiziksel aktivite		-0,01±2,95	0(-15-13)	0,86±3,57	0(-4-14)	0,518
Beslenme		0,12±2,85	0(-9-16)	-0,03±1,92	0(-5-5)	0,891
Manevi Gelişim		0,36±3,27	0(-18-15)	0,43±1,85	0(-3-7)	0,965
Stres Yönetimi		0,4±2,7	0(-10-13)	-0,34±2,81	0(-8-10)	0,211
Kişiler İlişkiler	Arası	0,09±3,14	0(-15-15)	0,31±3,86	0(-8-10)	0,583

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(min.-maks.):**(minimum-maksimum), *Mann—Whitney U Testi

Ramazan ayı içerisinde ölçek ve alt ölçek puanlarındaki değişimin diabetes mellitusu olan ve olmayan hastalarda birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı görülmüştür. (Tablo 37)

		DM				p*
		Yok (n=161)		Var (n=15)		
		Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	
Değişim						
Toplam	Ölçek	-0,14±11,49	0(-56-50)	3,33±11,83	0(0-46)	0,144
	Sağlık sorumluluğu	0,34±2,88	0(-10-14)	0,47±3,46	0(-5-12)	0,781
	Fiziksel aktivite	0,08±3,03	0(-15-13)	1,07±3,61	0(0-14)	0,366
	Beslenme	0,05±2,77	0(-9-16)	0,53±1,64	0(-2-5)	0,361
	Manevi Gelişim	0,34±3,14	0(-18-15)	0,8±1,7	0(0-6)	0,329
	Stres Yönetimi	0,22±2,69	0(-10-13)	0,6±3,25	0(-6-10)	0,622
	Kişiler Arası İlişkiler	0,14±3,32	0(-15-15)	0,07±2,94	0(-6-9)	0,663

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(min.-maks.):**(minimum-maksimum),
*Mann—Whitney U Testi

Ramazan ayı içerisinde ölçek ve alt ölçek puanlarındaki değişime kardiyovasküler hastalığı olan ve olmayan hastalar arasında da bakıldığında, puanların iki grup arasında birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı görülmüştür. (Tablo 38)

Tablo 38. Kardiyovasküler Hastalığı Olan ve Olmayan Hastalarda Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçeklerindeki Değişim

		Kardiyovasküler Hastalık				p*
		Yok (n=159)		Var (n=17)		
		Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	
Değişim						
Toplam	Ölçek	-0,02±11,46	0(-56-50)	1,76±12,33	0(-19-46)	0,557
	puanı					
Sağlık		0,43±2,81	0(-10-14)	-0,41±3,84	0(-6-12)	0,091
sorumluluğu						
Fiziksel		0,08±3,01	0(-15-13)	1±3,74	0(-4-14)	0,394
aktivite						
Beslenme		-0,01±2,62	0(-9-16)	1,06±3,19	0(-2-12)	0,337
Manevi		0,36±3,16	0(-18-15)	0,53±1,62	0(-1-6)	0,967
Gelişim						
Stres		0,29±2,66	0(-10-13)	-0,12±3,41	0(-7-10)	0,575
Yönetimi						
Kişiler	Arası	0,16±3,33	0(-15-15)	-0,12±2,89	0(-6-9)	0,406
İlişkiler						

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(min.-maks.):** (minimum-maksimum),
*Mann—Whitney U Testi

Hiperlipidemisi olan ve olmayan kişilerin Ramazan ayı öncesine göre Ramazan ayı içerisinde ölçek ve alt ölçek puanlarındaki değişime bakıldığında hiperlipidemisi olmayan kişilerde kişiler arasındaki ölçek puanındaki artış, hiperlipidemi hastalarına kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,047). Toplam SYBD-II ölçek

puanı ve alt ölçek puanlarındaki değişim hiperlipidemisi olan ve olmayan kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir .(Tablo 39)

Tablo 39. Hiperlipidemisi Olan ve Olmayan Hastalarda Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçeklerindeki Değişim

		Hiperlipidemi				p*
		Yok (n=151)		Var (n=25)		
	Değişim	Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	
Toplam	Ölçek	0,29±11,34	0(-56-50)	-0,68±12,82	0(-26-46)	0,332
	puanı					
	Sağlık sorumluluğu	0,36±2,69	0(-10-14)	0,32±4,14	0(-9-12)	0,685
	Fiziksel aktivite	0,31±2,6	0(-11-13)	-0,72±5,13	0(-15-14)	0,471
	Beslenme	0,19±2,66	0(-9-16)	-0,48±2,84	0(-8-5)	0,756
	Manevi Gelişim	0,54±2,71	0(-14-15)	-0,6±4,52	0(-18-7)	0,446
	Stres Yönetimi	0,28±2,36	0(-10-13)	0,08±4,42	0(-9-10)	0,254
	Kişiler Arası İlişkiler	0,34±2,9	0(-15-15)	-1,16±4,9	0(-15-9)	0,047

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(min.-maks.):** (minimum-maksimum),
*Mann—Whitney U Testi

Toplam SYBD-II ölçek puanı ve alt ölçek puanlarındaki değişime malignitesi olan ve olmayan kişiler arasında bakıldığında Ramazan ayı içerisinde değişim hem toplam hem de alt ölçeklere ait puan yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadı. (Tablo 40)

Tablo 40. Malignitesi Olan ve Olmayan Hastalarda Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçeklerindeki Değişim

		Malignite				p*
		Yok (n=170)		Var (n=6)		
		Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	
Değişim						
Toplam	Ölçek	-0,09±11,07	0(-56-50)	7,17±21,13	0(-16-46)	0,385
	puanı					
Sağlık		0,33±2,8	0(-10-14)	1±5,73	0(-5-12)	0,476
sorumluluğu						
Fiziksel		0,08±2,93	0(-15-13)	2,67±5,92	1(-3-14)	0,144
aktivite						
Beslenme		0,08±2,7	0(-9-16)	0,33±2,58	0(-2-5)	0,996
Manevi		0,34±3,05	0(-18-15)	1,33±2,66	0(-1-6)	0,635
Gelişim						
Stres		0,24±2,62	0(-10-13)	0,67±5,32	0(-6-10)	0,866
Yönetimi						
Kişiler	Arası	0,18±3,17	0(-15-15)	-1,17±5,95	-1(-8-9)	0,137
İlişkiler						

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma,(min.-maks.): minimum-maksimum), *Mann-Whitney U Testi

Ramazan ayı içerisinde toplam ölçek ve alt ölçek puanlarındaki değişime kronik akciğer hastalığı olan 14 hasta ve olmayan kişiler arasında bakıldığında, iki grup arasında birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı görülmüştür. (Tablo 41)

Tablo 41. Kronik Akciğer Hastalığı Olan ve Olmayan Hastalarda Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçeklerindeki Değişim

		Kronik Akciğer Hastalığı				p*
		Yok (n=162)		Var (n=14)		
		Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	
Değişim						
Toplam puanı	Ölçek	-0,28±10,77	0(-56-50)	5,21±17,93	0(-16-46)	0,482
Sağlık sorumluluğu		0,28±2,78	0(-10-14)	1,21±4,25	0(-3-12)	0,642
Fiziksel aktivite		0,1±2,95	0(-15-13)	0,86±4,5	0(-4-14)	0,667
Beslenme		0,06±2,68	0(-9-16)	0,5±2,93	0(-4-8)	0,655
Manevi Gelişim		0,33±3,07	0(-18-15)	0,86±2,66	0(-1-8)	0,657
Stres Yönetimi		0,2±2,68	0(-10-13)	0,86±3,32	0(-4-10)	0,839
Kişiler İlişkileri	Arası	0,11±3,25	0(-15-15)	0,36±3,73	0(-8-9)	0,655

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(Min.-Maks.):** (minimum-maksimum),
*Mann—Whitney U Testi

Kas-iskelet sistemi hastalığı olan 9 hasta ile olmayan kişiler arasında, Ramazan ayı içerisinde ölçek puanlarındaki değişimin birbirinden istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. (Tablo 42)

Tablo 42. Kas İskelet Sistemi Hastalığı Olan ve Olmayan Hastalarda Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçeklerindeki Değişim

		Kas-İskelet Sistemi Hastalığı				p*
		Yok (n=167)		Var (n=9)		
	Ölçek	Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	
Değişim						
Toplam	Ölçek	0,28±10,62	0(-29-50)	-2,11±23,62	0(-56-37)	0,952
	puanı					
Sağlık		0,43±2,89	0(-9-14)	-1±3,39	0(-10-1)	0,663
sorumluluğu						
Fiziksel		0,19±3,14	0(-15-14)	-0,22±2,05	0(-5-3)	0,89
aktivite						
Beslenme		0,16±2,67	0(-9-16)	-1,11±2,98	0(-9-0)	0,199
Manevi		0,44±2,88	0(-18-15)	-0,89±5,3	0(-14-6)	0,572
Gelişim						
Stres		0,25±2,5	0(-9-10)	0,33±5,79	0(-10-13)	0,753
Yönetimi						
Kişiler	Arası	0,17±3,08	0(-15-15)	-0,67±6,14	0(-15-9)	0,978
İlişkiler						

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(min.-maks.):**(minimum-maksimum),
*Mann—Whitney U Testi

Diğer kronik hastalıklara sahip olan kişilerde ise Ramazan ayı içerisinde Ramazan ayı öncesine göre toplam ölçek puanındaki artış, diğer kronik hastalığı olmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha azdı (p=0,036). Alt ölçek puanlarındaki değişim ise diğer kronik hastalıklara sahip olan ve olmayan kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı değildir. (Tablo 43)

Tablo 43. Diğer Kronik Hastalıklara Sahip Olan ve Olmayan Kişilerde Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçeklerindeki Değişim

	Diğer Kronik Hastalıklar				p*
	Yok (n=151)		Var (n=23)		
	Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	
Değişim					
Toplam Ölçek puanı	0,63±11,73	0(-56-50)	2,96±10,33	0(-26-25)	0,036
Sağlık sorumluluğu	0,42±3,1	0(-10-14)	-0,09±1,53	0(-4-4)	0,28
Fiziksel aktivite	0,29±3,19	0(-15-14)	-0,65±2,4	0(-9-4)	0,282
Beslenme	0,19±2,78	0(-9-16)	-0,52±2,06	0(-6-3)	0,322
Manevi Gelişim	0,47±3,18	0(-18-15)	-0,22±2,07	0(-5-5)	0,157
Stres Yönetimi	0,28±2,85	0(-10-13)	0,09±2	0(-4-5)	0,577
Kişiler Arası İlişkiler	0,17±3,49	0(-15-15)	-0,13±1,6	0(-4-3)	0,686

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(min.-maks.):** (minimum-maksimum), *Mann—Whitney U Testi

Tüm kronik hastalıklara bakılarak katılımcılar herhangi bir ek hastalığı olan ve olmayan kişiler olarak iki gruba ayrıldı. Ek hastalığı olmayanlarda Ramazan ayı içerisinde Ramazan ayı öncesine göre sağlık sorumluluğu alt ölçek puanındaki artış, en az bir ek hastalığa sahip olanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,046). Toplam ölçek puanındaki ve diğer alt ölçek puanlarındaki değişim yönünden ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunamadı. (Tablo 44)

Tablo 44. Ek Hastalığı Olan ve Olmayan Kişilerde Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde SYBD-II Ölçeği Ve Alt Ölçeklerindeki Değişim

	Herhangi bir Ek Hastalık Varlığı				p*
	Yok (n=88)		Var (n=88)		
	Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	
Değişim					
Toplam Ölçek puanı	0,93±10,72	0(-29-50)	0,63±12,29	0(-56-46)	0,106
Sağlık sorumluluğu	0,73±2,85	0(-6-14)	-0,02±2,96	0(-10-12)	0,046
Fiziksel aktivite	0,3±2,66	0(-11-13)	0,03±3,48	0(-15-14)	0,715
Beslenme	0,32±2,71	0(-9-16)	-0,14±2,67	0(-9-12)	0,372
Manevi Gelişim	0,89±2,82	0(-10-15)	-0,14±3,18	0(-18-8)	0,059
Stres Yönetimi	0,56±1,83	0(-5-7)	-0,06±3,38	0(-10-13)	0,126
Kişiler Arası İlişkiler	0,57±2,68	0(-5-15)	-0,31±3,76	0(-15-10)	0,067

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(min.-maks.):**(minimum-maksimum), *Mann—Whitney U Testi

Birinci derecedeki akrabalarında erkeklerde 55 yaşından, kadınlarda 65 yaşından daha erken kardiyovasküler kaynaklı ölüm olan 48 kişi ile olmayan kişiler arasında ölçek puanlarının Ramazan ayı içerisinde değişimine bakıldığında toplam ölçek puanı ve alt ölçek puanları yönünden anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. (Tablo 45)

Tablo 45. 1. Derecedeki Akrabalarında Kardiyovasküler Kaynaklı Ölüm Olan ve Olmayan Kişilerde Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde SYBD-II Ölçeği ve Alt Ölçeklerindeki Değişim

		1. derecedeki akrabalarda KVS nedenli ölüm				p*
		Yok (n=128)		Var (n=48)		
	Ölçek	Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks)	Ort.± s.s.	Ortanca (min.-maks.)	
Değişim						
Toplam	Puanı	0,09±10,2	0(-29-46)	0,31±14,61	0(-56-50)	0,647
Sağlık	sorumluluğu	0,33±2,78	0(-9-13)	0,42±3,29	0(-10-14)	0,857
Fiziksel	aktivite	0,23±3,15	0(-15-14)	-0,02±2,95	0(-6-13)	0,065
Beslenme		0,02±2,41	0(-9-12)	0,27±3,34	0(-9-16)	0,887
Manevi	Gelişim	0,37±3,02	0(-18-15)	0,4±3,12	0(-14-11)	0,83
Stres	Yönetimi	0,34±2,84	0(-9-13)	0,02±2,42	0(-10-6)	0,702
Kişiler	Arası İlişkiler	0,31±3,35	0(-15-15)	-0,35±3,06	0(-15-7)	0,378

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(min.-maks.):**(minimum-maksimum),
*Mann—Whitney U Testi

Uyku süresi ile vücut kitle indeksinin Ramazan ayı içerisinde değişimi açısından her bir hastalık için ilgili hastalığı olan ve olmayan kişilerde değerlendirildi. Buna göre her bir hastalık için hastalığı olan ve olmayan kişiler arasında uyku süresi ve vücut kitle indeksinin değişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü.(Tablo 46 ve Tablo 47)

Tablo 46. Ek Hastalık Varlığına Göre Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde Uyku Süresi ve VKİ'deki Değişim-I

Değişim	Ek Hastalık Türü				p*
	Hipertansiyon				
	Yok(n=146)		Var(n=39)		
	Ort.±s.s.	Ortanca (min-maks.)	Ort.±s.s.	Ortanca (min-maks.)	
Uyku süresi	-0,31±0,88	0(-4 – 3)	-0,2±0,47	0(-1 – 1)	0,440
VKİ	-0,14±0,78	0(-5,7 – 1,4)	-0,17±0,84	0(-4,7 – 0,7)	0,882
	DM				
	Yok(n=161)		Var(n=15)		
	Ort.±s.s.	Ortanca (min-maks.)	Ort.±s.s.	Ortanca (min-maks.)	
Uyku süresi	-0,28±0,83	0(-4 – 3)	-0,33±0,62	0(-2 – 0)	0,902
VKİ	-0,16±0,82	0(-5,7 – 1,4)	-0,07±0,22	0 (-0,8 -0)	0,671
	Kardiyovasküler Hastalık				
	Yok(n=159)		Var(n=17)		
	Ort.±s.s.	Ortanca (min-maks.)	Ort.±s.s.	Ortanca (min-maks.)	
Uyku süresi	-0,31±0,8	0(-4 – 2)	-0,06±0,9	0 (-1 – 3)	0,498
VKİ	-0,16±0,83	0(-5,7 – 1,4)	-0,05±0,19	0(-0,8 – 0)	0,880
	Hiperlipidemi				
	Yok(n=151)		Var(n=25)		
	Ort.±s.s.	Ortanca (min-maks.)	Ort.±s.s.	Ortanca (min-maks.)	
Uyku süresi	-0,27±0,83	0(-4 – 3)	-0,4±0,71	0 (-2 – 1)	0,415
VKİ	-0,14±0,81	0(-5,7 – 1,4)	-0,22±0,69	0(-3,4 – 0)	0,080

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(Min.-Maks.):** (minimum-maksimum), **DM:**Diyabetes Mellitus, *Mann—Whitney U Testi

Tablo 47. Ek Hastalık Varlığına Göre Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde Uyku Süresi ve VKİ'deki Değişim-II

Değişim	Ek Hastalık Türü				p*
	Malignite				
	Yok (n=170)		Var (n=6)		
Ort.±s.s.	Ortanca (min-maks.)	Ort.±s.s.	Ortanca (min-maks.)		
Uyku süresi	-0,29±0,8	0(-4 – 3)	-0,17±0,41	0(-1 – 0)	0,637
VKİ	-0,15±0,8	0(-5,7 – 1,4)	-0,07±0,39	0(-0,8 – 0,4)	0,752
Değişim	Kronik Akciğer Hastalığı				p*
	Yok(n=162)		Var (n=14)		
	Ort.±s.s.	Ortanca (min-maks.)	Ort.±s.s.	Ortanca (min-maks.)	
Uyku süresi	-0,29±0,81	0(-4 – 3)	-0,29±0,91	0(-2 – 2)	0,725
VKİ	-0,15±0,81	0(-5,7 – 1,4)	-0,18±0,42	0(-1,4 – 0)	0,265
Değişim	Kas İskelet Sistemi Hastalığı				p*
	Yok (n=167)		Var(n=9)		
	Ort.±s.s.	Ortanca (min-maks.)	Ort.±s.s.	Ortanca (min-maks.)	
Uyku süresi	-0,25±0,77	0(-2 – 3)	-0,89±1,36	-0,5(-4 – 0)	0,158
VKİ	-0,16±0,8	0(-5,7 – 1,4)	0,12±0,37	0(0 – 1,1)	0,232
Değişim	Diğer Kronik Hastalıklar				p*
	Yok(n=151)		Var(n=23)		
	Ort.±s.s.	Ortanca (min-maks.)	Ort.±s.s.	Ortanca (min-maks.)	
Uyku süresi	-0,25±0,83	0(-4 – 3)	-0,43±0,66	0(-2 – 1)	0,163
VKİ	-0,16±0,84	0(-5,7 – 1,4)	-0,09±0,37	0(-1,4 – 0,4)	0,878
Değişim	Herhangi Bir Ek Hastalık				p*
	Yok(n=88)		Var(n=88)		
	Ort.±s.s.	Ortanca (min-maks.)	Ort.±s.s.	Ortanca (min-maks.)	
Uyku süresi	-0,22±0,75	0(-2 – 2)	-0,35±0,87	0(-4 – 3)	0,249
VKİ	-0,18±0,89	0(-5,7 – 1,4)	-0,12±0,68	0(-4,7 – 1,1)	0,694

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(min.-maks.):** (minimum-maksimum), *Mann—Whitney U Testi

Birinci derecedeki akrabalarında erkeklerde 55 yaşından, kadınlarda 65 yaşından daha erken kardiyovasküler kaynaklı ölüm olan 55 kişi ile olmayan kişiler arasında Ramazan ayı içerisinde uyku süresindeki ve vücut kitle indeksindeki değişim kıyaslandığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü. (Tablo 48)

Tablo 48. 1. Derece Yakınında KVH Nedenli Ölüm Varlığına Göre Ramazan Ayı Öncesine Göre Ramazan Ayı İçinde Uyku Süresi Ve VKİ'deki Değişim

	1. derece yakınında KVH nedenli ölüm				p*
	Yok(n=128)		Var(n=48)		
	Ort.±s .s.	Ortan ca (min- maks.)	Ort.±s .s.	Ortan ca (min- maks.)	
Değişim					
Uy ku süresi	- 0,3±0,85	0(-4 3)	- 0,26±0,7	0 (-2 - 2)	0,7 82
VK İ	- 0,1±0,72	0(- 5,7 – 1,4)	- 0,27±0,94	0(- 4,7 – 0,3)	0,4 98

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(min.-maks.):**(minimum-maksimum), *Mann—Whitney U Testi

Hipertansiyon hastası olan 35 kişinin ölçek puanlarının Ramazan ayı öncesi ve içerisindeki değerlerine bakıldığında toplam ölçek puanı ve alt ölçek puanlarının Ramazan ayı öncesi ve içerisindeki dönemde birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür. (Tablo 49)

Tablo 49. Hipertansiyon Hastalarının Ramazan Öncesi ve Sonrası Ölçek Puanlarının Değişimi

	Ramazan Ayı Öncesi		Ramazan Ayı İçinde		p*
	Ort. ± s.s.	Ortanca (25p-75p)	Ort. ± s.s.	Ortanca (25p-75p)	
Toplam Ölçek Puanı	122,8±23,3	124(101-143)	122,71±23,15	124(111-142)	0,415
Alt Ölçek Puanları					
Sağlık sorumluluğu	20,43±5,03	21(17-23)	21±5,01	21(18-24)	0,476
Fiziksel aktivite	12,6±3,61	12(9-16)	13,46±4,45	13(9-16)	0,288
Beslenme	20,66±3,48	20(18-23)	20,63±3,58	20(18-23)	0,937
Manevi gelişim	24,83±5,38	26(20-29)	25,26±5,86	26(20-30)	0,268
Stres yönetimi	18,94±4,81	19(15-21)	18,6±3,98	19(16-21)	0,373
Kişiler arası ilişkiler	24,66±5,95	24(21-30)	24,97±5,46	25(22-30)	0,753

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(25.p-75.p):**(25. ve 75.persantil), *Wilcoxon işaretli sıralar testi

DM hastası olan 15 kişinin Ramazan ayı öncesi ve içerisindeki SYBD-II ölçek puanlarına bakıldığında toplam ölçek puanı ve alt ölçek puanlarının Ramazan ayı öncesinde ve içerisindeki dönemde birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür. (Tablo 50)

Tablo 50. DM Hastalarının Ramazan Ayı Öncesi ve İçindeki Ölçek Puanlarının Değişimi

	Ölçek	Ramazan Ayı Öncesi		Ramazan Ayı İçinde		p*
		Ort. ± s.s.	Ortanca (25.p-75.p)	Ort. ± s.s.	Ortanca (25.p-75.p)	
Toplam Puanı		118±19,09	120(101-134)	121,33±18,68	124(105-137)	0,109
Alt Ölçek Puanları						
Sağlık sorumluluğu		18,93±4,03	20(16-21)	19,4±3,78	20(17-21)	0,854
Fiziksel aktivite		12,27±3,92	14(8-15)	13,33±4,51	14(8-16)	0,18
Beslenme		19,53±2,67	20(18-21)	20,07±2,25	20(18-22)	0,197
Manevi gelişim		24,53±4,75	24(20-29)	25,33±4,94	27(20-29)	0,068
Stres yönetimi		18,33±4,86	20(13-21)	18,93±4,2	20(16-21)	0,465
Kişiler ilişkileri	arası	24,33±5,46	24(21-30)	24,4±4,72	24(22-27)	1

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(25.p-75.p):** (25. Ve 75.persantil), *Wilcoxon işaretli sıralar testi

Hiperlipidemi hastası olan 25 kişinin Ramazan ayı öncesi ve içerisindeki SYBD-II ölçek puanlarına bakıldığında ise toplam ölçek puanı ve alt ölçek puanlarının Ramazan ayı öncesi ve içerisinde birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür. (Tablo 51)

Tablo 51. Hiperlipidemi Hastalarının Ramazan Ayı Öncesi ve İçindeki Ölçek Puanlarının Değişimi

	Ölçek	Ramazan Ayı Öncesi		Ramazan ayı içinde		p*
		Ort. ± s.s.	Ortanca (25.p-75.p)	Ort. ± s.s.	Ortanca (25.p-75.p)	
Toplam Puanı		121,68±22,09	120(102-137,5)	121±20,83	120(102-139)	0,423
Alt Ölçek Puanları						
Sağlık sorumluluğu		19,4±5,55	20(14,5-23,5)	19,72±5,16	20(16,5-24)	0,906
Fiziksel aktivite		14,44±6,06	14(9-18)	13,72±5,37	13(9-17)	0,373
Beslenme		20,32±2,69	20(18-23)	19,84±3,13	20(17-22,5)	0,43
Manevi gelişim		25,32±4,11	27(22-28)	24,72±5,59	26(21-29)	0,779
Stres yönetimi		18,96±4,51	20(15,5-21,5)	19,04±3,97	20(15,5-22)	0,969
Kişiler ilişkileri	arası	25,36±5,92	26(21,5-29,5)	24,2±5,17	25(21-27,5)	0,151

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(25.p-75.p):**(25. Ve 75.persantil), *Wilcoxon işaretli sıralar testi

Ramazan ayı öncesi ve içerisinde hipertansiyon hastalarının, diyabet hastalarının ve hiperlipidemi hastalarının uyku süresindeki ve vücut kitle indeksine kendi içlerinde ayrı ayrı bakılmıştır. Buna göre hipertansiyon hastalarının Ramazan öncesindeki uyku süresi (7±0,91) Ramazan ayı içerisindeki uyku süresinden (6,8±0,99) istatistiksel düzeyde anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,020). Diyabet hastalarında ise Ramazan ayı öncesindeki ve Ramazan ayı içerisindeki uyku süresinin istatistiksel düzeyde anlamlı olarak farklı olmadığı görülmüştür (p=0,059). Son olarak hiperlipidemi hastalarının uyku süresi değerlendirildiğinde hiperlipidemi hastalarının Ramazan ayı öncesindeki uyku süresi (7,22±1,16) Ramazan ayı içerisindeki uyku süresinden (6,82±1,16) istatistiksel düzeyde anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,013). Ramazan ayı içerisinde vücut kitle indeksinin Ramazan ayı öncesine göre hipertansiyon ve diyabet hastalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı görülürken, hiperlipidemi hastalarının Ramazan ayı içerisinde vücut kitle indeksi (29,16±4,86), Ramazan öncesine göre (29,38±4,71) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur (p=0,027). (Tablo 52)

Tablo 52. Hipertansiyon, DM ve Hiperlipidemi Hastalarının Ramazan Ayı Öncesi ve İçinde Uyku Süreleri ve VKİ

	Ramazan Ayı Öncesi		Ramazan Ayı İçinde		p*
	Ort. ± s.s.	Ortanca (Min.-Maks.)	Ort. ± s.s.	Ortanca (Min.-Maks.)	
HT (n=35)					
Uyku süresi (saat)	7±0,91	7(4-8)	6,8±0,99	7(3-8)	0,020
VKİ	29,98±4,7 6	29,4(19,8-39,1)	29,81±4,89	29,4(19,8-38,4)	0,249
DM (n=15)					
Uyku süresi (saat)	6,93±1,16	7(5-8)	6,6±1,12	6(4-8)	0,059
VKİ	32,07±5,3 7	32(23,9-39,8)	32±5,39	31,7(23,9-39,8)	0,180
HL (n=25)					
Uyku süresi (saat)	7,22±1,16	7(5-10)	6,82±1,16	7(5-9)	0,013
VKİ	29,38±4,7 1	29,3(19,8-37,6)	29,16±4,86	29,3(19,8-37,6)	0,027

Ort. ± s.s.: Ortalama ± standart sapma, **(min.-maks.):**(minimum ve maksimum), **HT:** Hipertansiyon, **DM:**Diyabetes Mellitus, **HL:** Hiperlipidemi, *Wilcoxon işaretli sıralar testi

4.TARTIŞMA

Ramazan ayının sağlıklı yaşam biçimine etkilerini incelediğimiz çalışmamızda vücut kitle indeksinin Ramazan ayı öncesindeki ortalaması 26,64±4,98 iken, Ramazan ayı içerisindeki ortalaması 26,5±4,97 idi ve Ramazan ayı içerisindeki vücut kitle indeksi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü (p=0,035). Kadınlarda Ramazan ayı öncesi ve Ramazan ayı içerisindeki VKİ değerleri anlamlı olarak farklı değilken (p=0,402), erkeklerde Ramazan ayı öncesindeki VKİ Ramazan ayı içerisindeki kiyasla anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,031). Ziaee ve arkadaşları tarafından yapılan kohort çalışmasında, diğer çalışmaların bulgularıyla uyumlu olarak Ramazan orucu ile önemli ölçüde kilo kaybının sağlandığı gösterilmiştir (Fedail, Murphy, Salih, Bolton ve Harvey, 1982; Finch, Day, Razak, Welch ve Rogers, 1998; Ziaee ve

diğerleri, 2006). Ramazan ayında azalan kilo ile birlikte her iki cinsiyette de VKİ azalmış olup erkeklerin ortalama VKİ'si 23 kg/m²'den 22 kg/m²'ye düşerken, kadınların ortalama VKİ'si 21.9 kg/m²'den 20.9 kg/m² 'a düşmüştür. Tip 2 diyabetli obez kadınlarda Ramazan orucunun antropometrik parametreler ve gıda tüketimi üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada vücut ağırlığında ve vücut kitle indeksinde önemli bir azalma olduğu görülmüştür. (M Khaled, Bendahmane ve Belbraouet, 2006). Al-Nasır ve arkadaşlarının HT ve DM tanılı hastalarda Ramazanın etkisini incelediği çalışmalarında, Ramazan sonunda vücut ağırlığında azalma olduğu gösterilmiştir. Hastalarının 10'unda (%36) açlık sonunda vücut ağırlığında 1,5 kg'dan fazla azalma görülmüştür (Abdullatif ve Alnaser, 2013) Khaled ve Belbraouet, Ramazan ayı boyunca oruç tutmanın kilo kaybına ve kalori alımında azalmaya neden olduğunu, bu durumun yemek sıklığında azalma ile ilişkili olabileceğini ve günlük kalori alımındaki azalmanın Ramazan orucunun avantajlarından biri olduğunu bildirmişlerdir(Khaled ve Belbraouet, 2009; M Khaled, Bendahmane ve Belbraouet, 2006). Bu çalışmaların aksine Frost ve Pirani, Ramazan'dan hemen sonraki ortalama vücut ağırlığının, Ramazan başlangıcından (60.3'e karşı 58.9 kg) daha yüksek olduğunu göstermiştir (Frost ve Pirani, 1987). Dikkati çeken bu düşüşle Ramazan ayının vki düşürmede önemli katkıları olduğunu görmekteyiz. Ramazan ayında beslenmenin 2 öğüne inmesi, genellikle de sahur vakti çok besin tüketilmemesi nedeniyle vücut kitle indeksinde beklediğimiz gibi tüm gruplarda düşüş oldu ancak kadınlar, bekarlar, hipertansiyon ve diyabet hastalarında, lise ve üniversite mezunu olan katılımcılarımızda bu düşüş anlamlı değildi. Bunun sebebinin beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivitenin azlığı kaynaklı olabileceğini düşünmekteyiz.

Ramazan ayı içerisinde SYBDÖ puanlarının arttığını ve artışın manevi gelişim alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu gözlemledik (p=0,013). Bu alt faktör ölçek puanı aynı zamanda kadınlarda ve gelir algı düzeyi orta olan grupta Ramazan ayı içinde daha yüksek olarak bulunmuştur ve bu değerler istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla p=0,018 ve p=0,015). Bu ayda manevi gelişim puanlarının yüksek olmasının nedeni Ramazan ayının kendini düzenleme, kendini arındırma, doğruluk ve kendini eğitme süreci olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz. Ayrıca bu ayın bir avantajı olan fakirlere ilgi gösterilmesi, hayır işlerinden ve komşuluk ve misafirperverlik kavramının sadık bir şekilde uygulanmasından yararlanılması sonucu

ölçek puanları yüksek çıkmış olabilir. Erkeklerde bu anlamlı yüksekliği göremedik, bunun sebebi erkeklerin çalışma durumu, bütün gününü iş yerinde geçirmesi ve daha çok işe odaklı olması olabilir. Gürsel ve arkadaşlarının öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesini incelediği araştırmada kadınların manevi gelişim alt boyutu ortalaması erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Gürsel ve diğerleri, 2016). Bizim çalışmamızın tersine Savaşan ve arkadaşlarının koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluğunu incelediği araştırmada cinsiyete göre, manevi gelişim alt ölçek puanı incelendiğinde, kadınlarda (25 ± 5), erkeklerden (27 ± 5) düşük olup, aradaki farkın anlamlı ($p < 0.05$) olduğu görülmüştür (Savaşan, Ayten ve Ergene, 2013).

Bekârlarda ise Ramazan ayı içerisinde sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı, manevi gelişim alt ölçek puanı ve stres yönetimi alt ölçek puanı Ramazan ayı öncesine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,049$, $p=0,003$ ve $p=0,039$). Biz bu alt ölçeklerdeki yüksekliklerin bekarların aile ve çocuk sorumluluğun olmayışı ve kendilerine vakit ayırma olanaklarının daha fazla olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Medeni duruma göre ölçek puanlarındaki değişim değerlendirildiğinde, toplam ölçek puanının artışı bekârlarda evlilere kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,033$). Sağlık sorumluluğu alt ölçek puanının Ramazan ayı içerisindeki durumuna bakıldığında ise, bekârlarda Ramazan ayı içerisindeki sağlık sorumluluğu alt ölçeğine ait artışın evlilerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,037$). Artışın bekarlarda daha yüksek olmasının nedeni Ramazan ayının kişiyi düzenleme, iyileştirme ve kişiye çekidüzen vermesinden kaynaklı olduğunu düşünüyoruz. Evli insanların hayatı genellikle bir düzen içerisinde ve bu kişiler sorumluluklarını yerine getirmek zorundadırlar. Ancak bekarların aile ve çocuk sorumluluğunun olmayışı genelde daha düzensiz bir hayat geçirmelerine sebep olabilir. Ramazan ayı bu kişiler için iyileştirici ve yardımcı bir güç kaynağı olmuş olabilir.

Kişiler arası ilişkiler alt ölçeği puanının Ramazan ayı içerisindeki değişimi bekarlarda evlilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0,024$). Evli insanlar Ramazan ayı dışında da genel olarak aileleri ve arkadaşlarıyla iletişim içerisinde, ancak bekarların sosyal ilişkileri evliler kadar yoğun olmayabilir.

Ramazan ayı komşuluk ve misafirperverlik duygularının artışı ile kişilerin birbiriyle iletişime geçtiği iftar davetleri, Ramazan etkinlikleri ve komşu ikramları gibi etkileşimleri arttırmakta olup bu durum bekarların kişiler arası ilişkiler alt ölçeğindeki artışını açıklayabilir.

Hiperlipidemisi olan ve olmayan kişilerin Ramazan ayı öncesine göre Ramazan ayı içerisinde ölçek ve alt ölçek puanlarındaki değişime bakıldığında hiperlipidemisi olmayan kişilerde kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanındaki artış, hiperlipidemi hastalarına kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,047$). Diğer kronik hastalıklara sahip olan kişilerde ise Ramazan ayı içerisinde Ramazan ayı öncesine göre toplam ölçek puanındaki artış, diğer kronik hastalığı olmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha azdı ($p=0,036$). Ek hastalığı olmayanlarda Ramazan ayı içerisinde Ramazan ayı öncesine göre sağlık sorumluluğu alt ölçek puanındaki artış, en az bir ek hastalığa sahip olanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,046$). Herhangi bir ek hastalığı olan insanlar genellikle hastalıklarının takiplerine giderler ve hastalığının gidişatı hakkında bilgi edinmek isterler. Ancak ek hastalığı olmayan insanlar ek bir şikayeti olmadığı müddetçe sağlıklarını çok önemsemesler. Bu kişilerin Ramazan ayında Ramazan'ın vücutlarında yaptığı değişiklik sonrası sağlıklarını önemseme oranları artmış olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların uyku süresi Ramazan ayı içerisinde Ramazan öncesine kıyasla anlamlı düzeyde daha kısaydı ($p<0,001$). BaHamam ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerinde Ramazan'da uyku düzenini incelediği bir çalışmada toplam uyku süresindeki değişime bakıldığında Ramazan ayında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Bahammam, 2003). Bu çalışmada Ramazan öncesi ve Ramazan boyunca neredeyse aynı miktarda uyumalarına rağmen, katılımcılar Ramazan ayında uyku kalitelerinin önemli ölçüde daha kötü olduğunu belirttiler. Ayrıca, Epworth Uykululuk Ölçeği(ESS) tarafından değerlendirildiği üzere, Ramazan ayında kendilerini daha uykulu hissettiler ve uyku düzenlerinin gündüz işlevlerini etkilediğini Ramazan ayında daha fazla hissettiler. Biz çalışmamızda uyku kalitesi açısından anlamlı bir farklılık bulamadık. Diyabet hastaları, gelir düzeyi iyi ve kötü grup ve ilköğretim ve altı grup dışındaki tüm gruplarda Ramazan ayı öncesindeki uyku süresi Ramazan ayı içerisine kıyasla anlamlı olarak daha fazlaydı. Ramazan ayında sahura kalkma durumu olması ve uyku düzeninin değişmesi nedeniyle uyku miktarında

azalma beklediğimiz bir bulguydu ve tüm gruplarda azalma olduğunu da çalışmamızda gördük. Sadece diyabet hastalarında, gelir düzeyi iyi ve kötü grupta ve ilköğretim ve altı mezun olan grupta anlamlılık göremedik.

Katılımcıların sigara kullanım miktarı paket/gün cinsinden değerlendirildiğinde sigara kullanım miktarı Ramazan ayında Ramazan ayı öncesine göre değişmedi ve Ramazan ayı öncesi ve Ramazan ayı içerisinde arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü($p=0,873$). Bu farklılığın olmama nedeni kısa bir süre içerisinde bu parametreyi incelememiz, kısıtlı bir zamanda alışkanlıkların değişiminin zorluğu, bu süredeki değişikliğin paket/güne yansımaması kaynaklı olabilir. Biz paket/gün yerine adet/gün üzerinden karşılaştırma yapmış olsaydık bu parametrede anlamlılık saptayabilirdik. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Rahman ve İslam'ın Bangladeş'te 297 kişiyle Ramazan orucu ve diyabetin risk faktörleri arasındaki ilişkiyi incelendiği çalışmada Ramazan ayında oruç tutan diyabet hastalarının %86,2'sinin Ramazan ayı öncesindeki sigara içme alışkanlığının %27,6 iken Ramazan ayı sonrasında %11,8 olduğu görülmüştür (Rahman ve Islam, 2011). Dolayısıyla Ramazan orucu tutarken sağlıklı yaşam için gerekli olan sigaradan uzak durulduğu açıktır.

Çalışmamıza katılanlardan 35'inin tansiyon tanısı mevcut olup Ramazan öncesi ve içerisinde kan basıncı ölçümleri yapılmıştır ancak iki dönem arasında sistolik ve diyastolik kan basınçlarına ait değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. (sırasıyla $p=1,000$ ve $p=0,414$). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Al-Nasır ve arkadaşlarının HT ve DM tanılı hastalarda Ramazanın etkisini incelediği çalışmada ise açlık süresinin sonunda kan basıncında azalma olduğu gösterilmiştir. Farklı coğrafi bölgelerde yürütülen yirmi beş klinik çalışmanın tarandığı Ramazan orucunun kardiyovasküler hastalık üzerine etkisinin bakıldığı sistematik derlemede iki çalışmada kan basıncında faydalı değişiklikler olduğu görülmüştür (İbrahim, Kamaruddin, Wahab ve Rahman, 2010; Nematy ve diğerleri, 2012). Metabolik sendromlu hastalarda da kan basınçlarında önemli bir iyileşme kaydedilmiştir (Shariatpanahi, Shariatpanahi, Shahbazi, Hossaini ve Abadi, 2008).

Araştırmamızın güçlü yönleri:

*Hastalar yüz yüze görüşmeler ile değerlendirilmiştir.

* Bütün hastaların antropometrik ölçümleri ve SYBÖ değerlendirilmesi tek bir araştırmacı tarafından yapılmıştır.

*Ramazan ayındaki yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili olan literatürdeki mevcut çalışmaları incelediğimizde çalışmamızın daha kapsamlı olduğunu gözlemledik.

Çalışmamızın kısıtlılıkları:

Araştırmamız Ramazan ayı öncesi ve Ramazan ayı içerisindeki dönemi kapsamakta olup Ramazan ayı sonrası dönem değerlendirilmemiştir. Ramazan döneminde hastaların biyokimyasal değerlerinde değişiklik olabilmekte ancak mevcut çalışmamızda laboratuvar tetkiklerine yer vermedik. Katılımcılarımıza çalışma durumunu ve mesleklerini sormamış olmamız çalışmamızın eksik yanlarındanır. Ayrıca hastaların beslenme durumu daha detaylandırılıp örneğin beslenme içeriği, hazır gıda ve ara öğün tüketimi değerlendirilebilirdi.

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Ramazan ayının yaşam tarzı değişikliklerine etkisini incelediğimiz çalışmamızda Ramazan ayı içerisinde SYBDÖ puanları artmıştır ve artış manevi gelişim alt ölçeğinde anlamlıdır.

2. Bekârlarda ise Ramazan ayı içerisinde sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı, manevi gelişim alt ölçek puanı ve stres yönetimi alt ölçek puanı Ramazan ayı öncesine göre anlamlı olarak daha yüksektir.

3. Toplam ölçek puanında, sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı ve kişiler arası ilişkiler ilişkiler alt ölçek puanında Ramazan ayında Ramazan ayı öncesine göre bekarlarda anlamlı artış olmuştur.

4. Kişiler arası ilişkiler ilişkiler alt ölçek puanında Ramazan ayında Ramazan ayı öncesine göre hiperlipidemisi olmayanlarda anlamlı artış olmuştur.

5. Diğer kronik hastalıklara sahip olan kişilerde ise Ramazan ayı içerisinde Ramazan ayı öncesine göre toplam ölçek puanındaki artış, diğer kronik hastalığı olmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha azdı.

6. Ek hastalığı olmayanlarda Ramazan ayı içerisinde Ramazan ayı öncesine göre sağlık sorumluluğu alt ölçek puanındaki artış anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

7. Ramazan ayı içerisinde katılımcıların uyku süresinin Ramazan öncesine kıyasla anlamlı düzeyde daha az olduğu görüldü.

8. Ramazan ayı içerisindeki vücut kitle indeksi Ramazan ayı öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü.

9. Sigara kullanım miktarı Ramazan ayı içerisinde Ramazan ayı öncesine göre azaldı.

Yaşam tarzı değişiklikleri için motivasyonun önemli bir güç kaynağı olduğu bilinmelidir ve bu durum belirli zamanlarda fırsata çevrilmelidir. Kötü alışkanlıkların değiştirilmesinde yaşama düzen katan Ramazan ayı bir fırsattır. Bu ayın avantajları yanında uyku için dezavantaj olduğu göz ardı edilmemelidir. Ancak uyku kişisel eğilimlere bağlı olarak olumlu veya olumsuz etkilenmektedir. Ramazana uygun bir uyku düzeni oluşturulabilirse bu durum avantaja dönüşebilir.

KAYNAKÇA

Abdullatif, F. ve Alnaser, A. /. (2013). Effect of Ramadan Fasting on Hypertension and Diabetes Health care policy View project Family Medicine View project. <https://www.researchgate.net/publication/235339165> adresinden erişildi.

Bahammam, A. S. (2003). (PDF) Sleep pattern, daytime sleepiness, and eating habits during the month of Ramadan. 12 Ekim 2022 tarihinde https://www.researchgate.net/publication/232426920_Sleep_pattern_daytime_sleepiness_and_eating_habits_during_the_month_of_Ramadan adresinden erişildi.

Fedail, S. S., Murphy, D., Salih, S. Y., Bolton, C. H. ve Harvey, R. F. (1982). Changes in certain blood constituents during Ramadan. *The American journal of clinical nutrition*, 36(2), 350–353. doi:10.1093/AJCN/36.2.350

Finch, G. M., Day, J. E. L., Razak, Welch, D. A. ve Rogers, P. J. (1998). Appetite changes under free-living conditions during Ramadan fasting. *Appetite*, 31(2), 159–170. doi:10.1006/APPE.1998.0164

Frost, G. ve Pirani, S. (1987). Meal frequency and nutritional intake during Ramadan: a pilot study - PubMed. 21 Kasım 2022 tarihinde <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3558007/> adresinden erişildi.

Gürsel, N., Celal, M., Üniversitesi, B., Fakültesi, S. B., Özbey, S. ve Güzel, P. (2016). Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi. www.ijssr.net adresinden erişildi.

Ibrahim, O., Kamaruddin, N. A., Wahab, N. A. ve Rahman, M. M. (2010). Ramadan

Fasting And Cardiac Biomarkers In Patients With Multiple Cardiovascular Disease Risk Factors. *The Internet Journal of Cardiovascular Research*, 7(2). doi:10.5580/A13033

Khaled, B. M. ve Belbraouet, S. (2009). Effect of Ramadan fasting on anthropometric parameters and food consumption in 276 type 2 diabetic obese women. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 29(2), 62. doi:10.4103/0973-3930.53122

M Khaled, B., Bendahmane, M. ve Belbraouet, S. (2006). Ramadan fasting induces modifications of certain serum components in obese women with type 2 diabetes - PubMed. 21 Kasım 2022 tarihinde <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16432588/> adresinden erişildi.

Nematy, M., Alinezhad-Namaghi, M., Rashed, M. M., Mozhdehifard, M., Sajjadi, S. S., Akhlaghi, S., ... Norouzy, A. (2012). Effects of Ramadan fasting on cardiovascular risk factors: a prospective observational study. *Nutrition journal*, 11(1). doi:10.1186/1475-2891-11-69

Savaşan, A., Ayten, M. ve Ergene, O. (2013). Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk Hopelessness and Healthy Life Style Behaviors In Patients With Coronary Artery Disorder. doi:10.5505/phd.2013.07279

Shariatpanahi, V. Z., Shariatpanahi, V. M., Shahbazi, S., Hossaini, A. ve Abadi, A. (2008). Effect of Ramadan fasting on some indices of insulin resistance and components of the metabolic syndrome in healthy male adults. *The British journal of nutrition*, 100(1), 147–151. doi:10.1017/S000711450787231X

Tofler, G. H. (2022a). Psychosocial factors in coronary and cerebral vascular disease - UpToDate. 16 Aralık 2022 tarihinde https://www.uptodate.com/contents/psychosocial-factors-in-coronary-and-cerebral-vascular-disease?topicRef=1506&source=see_link adresinden erişildi.

Tofler, G. H. (2022b). Psychosocial factors in acute coronary syndrome - UpToDate. 16 Aralık 2022 tarihinde https://www.uptodate.com/contents/psychosocial-factors-in-acute-coronary-syndrome?topicRef=1506&source=see_link adresinden erişildi.

TÜİK Kurumsal. (2019). 13 Aralık 2022 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> adresinden erişildi.

Ziaee, V., Razaeei, M., Ahmadinejad, Z., Shaikh, H., Yousefi, R., Yarmohammadi, L., ... Behjati, M. J. (2006). The changes of metabolic profile and weight during Ramadan fasting. *Singapore medical journal*, 47(5), 409–414. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16645692/> adresinden erişildi.

EKLER

EK 1:TEZ ANKETİ

Değerlendirme Tarihi:/...../20....

Anket Numarası:

18-65 YAŞ ARASI KARDİOVASKÜLER RİSK FAKTÖRÜ OLAN BİREYLERDE RAMAZAN AYININ YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİNE ETKİSİ ANKET FORMU

Sayın Katılımcı ;

Bu çalışma Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı araştırma görevlisi tarafından yapılmaktadır. Çalışmamız Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ve Dahiliye polikliniğine başvuran 18-65 yaş arası kardiyovasküler riski olan bireylerde ramazan ayının yaşam tarzı değişikliklerine etkisini görmeyi amaçlamaktadır. Verdiğiniz bilgiler bilimsel çalışma amaçlı kullanılacaktır. Ad, soyad, telefon numarası gibi kişisel bilgileriniz ile ilgili sorular yer almamaktadır.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

RTEÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

BÖLÜM 1: HASTANIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet: () Kadın () Erkek

3. Medeni durumu: () Evli () Bekar () Eşi Vefat Etmiş () Boşanmış

4. Öğrenim durumu: () Okur-Yazar Değil () İlköğretim () Lise ()

Üniversite

5. Algılanan gelir düzeyi : () İyi () Orta () Kötü

6. Sigara : () Evet () Hayır () Bırakmış

7. Ne kadar süredir sigara içiyorsunuz/içtiniz?.....

8. Ne kadar sigara içiyorsunuz/içtiniz?.....

9. Alkol: () Evet () Hayır () Bırakmış

10. Ne kadar süredir alkol içiyorsunuz/içtiniz?.....

11. Ne kadar alkol içiyorsunuz/içtiniz?.....

12. Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz?.....

13. Geçen ay uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirirsiniz?

() Çok iyi () Oldukça iyi () Oldukça kötü () Çok kötü

14. Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkta uyku ilacı aldınız?

() Hiç () Haftada 1'den az () Haftada 1-2 kez () Haftada

3'den çok

15. Kronik Hastalıkları :

() HT

() DM

() Kronik Böbrek Yetmezliği

() Kardiyovasküler Hastalık

() Hiperlipidemi

- Malignite
- Serebro-Vasküler Olay
- Kronik Akciğer hastalığı
- Kas İskelet Sistemi Hastalığı
- Psikiyatrik Hastalık
- Demans
- Diğer

16. Birinci derece erkek akrabalarında 55 yaşından önce, birinci derece kadın akrabalarında 65 yaşından önce kardiyovasküler hastalık bulunma öyküsü var mı?

- Var Yok

BÖLÜM 2: ÖLÇÜMLER

Boy:.....

Kilo:.....

Tansiyon Ölçümü:.....(HT tanısı olanlar için)

EK 2: BÖLÜM 3: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

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

23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

EK 3: İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI



T.C.
RİZE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

RİZE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - RİZE DESTEK
HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
02/03/2022 08:42 - E-64247179 - 799 - 1817



Sayı : E-64247179-799
Konu : Araş.Gör.Dr.Büşra
USLUOĞLU/Bilimsel Araştırma
İzni

MÜDÜRLÜK MAKAMI

Araş.Gör.Dr.Büşra USLUOĞLU, kurumumuza bağlı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde "**18-65 Yaş Arası Kardiyovasküler Risk Faktörü Olan Bireylerde Ramazan Ayının Yaşam Tarzı Değişikliklerine Etkisi**" konulu çalışmasını yapmak üzere tarafına izin verilmesini talep etmektedir.

Çalışma planı "Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu" tarafından incelenmiş olup, çalışma süresince değişikliğe gidilmeden; sunulan hizmeti aksatmayacak şekilde, hasta mahremiyeti ve bilgi güvenliği hususlarında güvenlik tedbirleri alınarak çalışmanın yürütülmesi, yapılacak çalışma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi ve çalışma sonucu ile ilgili tarafımıza bilgi verilmesi kaydıyla kurumumuza bağlı ilgili sağlık tesisinde **01/03/2022-01/01/2023** tarihleri arasında yapılması uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

Fatih TURAN
Dest.Hiz.Bşk.Yrd.

Uygun görüşle arz ederim.

.../.../2022

Dr.Hakan GÖRGÜLÜ
Dest. Hizm. Başkanı

OLUR

.../.../2022

Dr.Mustafa TEPE
İl Sağlık Müdürü

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ

EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞTABIPLIĞINA

Bilgilerinizi ve yazımız ile ekte gönderilen protokol metninin ilgili kişiye tebliği hususunda gereğini rica ederim.

EKLER:
Protokol (2 Sayfa)

Dr.Mustafa TEPE
İl Sağlık Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 6b0af3d1-c88f-468b-94f3-4851119d622a — Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>
Paşakuyü Mahallesi Zübeyde Hanım Cad. Sağlık Kompleksi Kat:4 Rize/Merkez Bilgi için: Estra Nur ŞENTURK

Telefon: Faks No: 04642130364

e-Posta: esranur.senturk@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
<http://www.rize.egitim@saglik.gov.tr>

TEPE
Telefon No: (0 464) 213 03 57



EK 4: ETİK KURUL ONAYI



T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : E-40465587-050.01.04-349
Konu : Etik Kurul

07.03.2022

Sayın Doç. Dr. Cüneyt ARDIÇ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “**18-65 Yaş Arası Kardiyovasküler Risk Faktörü Olan Bireylerde Ramazan Ayının Yaşam Tarzı Değişikliklerine Etkisi**” isimli başvurunuz etik kurulumuz yönergesine göre 03.03.2022 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, 2022/47 karar numarası ile bilimsel ve etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Hüseyin Avni UYDU
Başkan

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : a0c02a282d2b

Belge Takip Adresi: <http://ebys.erdogan.edu.tr/EBYS/eimzadogrulama>

Fener Mah. Zihni Derin Yerleşkesi 53100 Rize / TÜRKİYE
Telefon No :+90 (464) 223 61 26 Faks No :+90 (464) 223 53 76
e-Posta : İnternet Adresi:<http://www.erdogan.edu.tr/>
Kep Adresi:

Bilgi için : BURAK HANKAYA



