



T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ANTALYA MERKEZ İLÇELERİNDEKİ AİLE  
SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK  
PERSONELİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ  
DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

UZMANLIK TEZİ

Dr. Duygu ÇANAKÇI

Antalya, 2023



T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ANTALYA MERKEZ İLÇELERİNDEKİ AİLE  
SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK  
PERSONELİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ  
DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

UZMANLIK TEZİ

Dr. Duygu ÇANAKÇI

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Meltem AKDEMİR

“Kaynak gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

Antalya, 2023

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez hazırlama sürecimde bilgisi, desteği, emekleri ve sevgisiyle her zaman yanımda olan tez danışmanı hocam Dr. Öğr. Üyesi Meltem AKDEMİR başta olmak üzere anabilim dalımızdaki öğretim üyelerimiz Prof. Dr. Mehmet R. AKTEKİN, Prof. Dr. Levent DÖNMEZ, Prof. Dr. Ali İhsan BOZKURT, Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ, Doç. Dr. Mehtap Türkay, Dr. Öğr. Üyesi Mestan EMEK ve Öğr. Gör. Dr. Hakan ERENGİN'e, bölümümüzdeki uyumlu ve huzurlu çalışma ortamına katkıda bulunan tüm uzmanlık öğrencisi arkadaşlarım ve bölüm sekreterlerimiz Selma ATEŐ ve Sema BERBEROĞLU AYDAR'a, hayatım boyunca sevgi ve desteklerini esirgemeyen annem Zehra ÇANAKÇI, babam Ercan ÇANAKÇI ve kardeşim Ebru ÇANAKÇI'ya, her koşulda varlığını yanımda hissettirip, yükümü hafifleten sevgili yol arkadaşım Ozan TEMİZKANLI'ya teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa</b>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	iii
Tablolar Dizini	iv
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>3</b>
2.1. Sağlığın Tanımı ve Sağlığa Etki Eden Faktörler	3
2.2. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi	4
2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	5
2.3.1. Manevi Gelişim	8
2.3.2. Sağlık Sorumluluğu	9
2.3.3. Fiziksel Aktivite	10
2.3.4. Beslenme	13
2.3.5. Kişiler Arası İlişkiler	17
2.3.6. Stres Yönetimi	18
2.4. Sağlık Çalışanları ve Sağlıklı Yaşam	19
<b>3. AMAÇ</b>	<b>24</b>
3.1. Kısa Erimli Amaçlar	24
3.2. Uzun Erimli Amaçlar	24
<b>4. GEREÇ ve YÖNTEM</b>	<b>25</b>
4.1. Araştırmanın Tipi	25
4.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
4.4. İzinler	28
4.5. Araştırma Takvimi	28
4.6. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	29
4.7. Değişkenler	30
4.8. Değişkenlerin Yeniden Gruplandırılması	32
4.9. Verilerin Değerlendirilmesi	34
<b>5. BULGULAR</b>	<b>36</b>
5.1. Tanımlayıcı Bulgular	36
5.1.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	36

5.1.2. Araştırma Grubunun Antropometrik Ölçüm Değerleri	38
5.1.3. Araştırma Grubunun Meslek ve Çalışma Hayatlarına Dair Özellikler	39
5.1.4. Araştırma Grubunun Beyanına Göre Bazı Sağlık Göstergeleri	41
5.1.5. Araştırma Grubunun Günlük Yaşantısına Dair Bazı Özellikler	44
5.1.6. Araştırma Grubunun Sigara ve Alkol Kullanma Özellikleri	46
5.1.7. Araştırma Grubunun SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanları	47
5.2. Araştırma Grubunun Özelliklerine Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi	48
5.2.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerine Göre SYBDÖ-II Puanlarının Değerlendirilmesi	48
5.2.2. Araştırma Grubunun Mesleki Özelliklerine Göre SYBDÖ-II Puanlarının Değerlendirilmesi	58
5.2.3. Araştırma Grubunun Sağlık Özelliklerine Göre SYBDÖ-II Puanlarının Değerlendirilmesi	62
5.2.4. Araştırma Grubunun Yaşam Biçimi Özelliklerine Göre SYBDÖ-II Puanlarının Değerlendirilmesi	73
5.2.5. Araştırma Grubunun SYBDÖ-II Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarını Etkileyen Faktörlerin Çoklu Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi	81
<b>6. TARTIŞMA</b>	91
6.1. Araştırma Grubunun SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	92
6.2. SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Tek ve Çok Değişkenli Analiz Sonuçlarının Değerlendirilmesi	95
<b>7. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	111
<b>8. ÖZET</b>	116
<b>9. ABSTRACT</b>	117
<b>10. KAYNAKLAR</b>	118
<b>11. EKLER</b>	130

**SİMGELER ve KISALTMALAR**

AHB	Aile Hekimliği Birimi
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ANOVA	Analyses of Variance
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
COVID-19	Coronavirus Disease-2019
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GA	Güven Aralığı
MET	Metabolik Eşdeğerlik
Ort.	Ortalama
SH	Standart Hata
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Standart Sapma
SYBDÖ-II	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi

## TABLOLAR DİZİNİ

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
4.1. Aile Hekimlerinin Katılım Özellikleri	27
4.2. Aile Sağlığı Çalışanlarının Katılım Özellikleri	27
4.3. Araştırma Takvimi	28
4.4. Çoklu Regresyon Analizinde Kullanılan Değişkenler ve Özellikleri	35
5.1. Katılımcıların Yaş Özellikleri	36
5.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Tanımlayıcı Bilgiler	36
5.3. Katılımcıların Medeni Durum ve Hane Yapısına Ait Özellikler	37
5.4. Katılımcıların Çocuk Sayısına Ait Özellikler	37
5.5. Katılımcıların Algılanan Gelir Düzeyine Ait Özellikler	38
5.6. Katılımcıların Hane Gelirlerine Ait Tanımlayıcı Bilgiler	38
5.7. Katılımcıların Antropometrik Ölçüm Değerlerine Ait Özellikler	39
5.8. Katılımcıların Vücut Kitle İndeksi Gruplarına Ait Özellikler	39
5.9. Katılımcıların Meslek ve Çalışma Yerine Ait Tanımlayıcı Bilgiler	39
5.10. Katılımcıların Çalıştığı AHB ve Meslek Yaşamlarına Ait Bilgiler	40
5.11. Katılımcıların Çalıştığı AHB Nüfusu ve Meslekte Geçirdikleri Süreye Ait Tanımlayıcı Bilgiler	40
5.12. Katılımcıların Algılanan Sağlık Düzeylerine Ait Bilgiler	41
5.13. Katılımcıların Mevcut Kronik Hastalık ve İlaç Kullanım Durumlarına Ait Bilgiler	42
5.14. Katılımcıların Sağlık Hizmeti Alma Davranışlarına Ait Bilgiler	43

5.15.	Katılımcıların Son Sağlık Taramasına Gitme Süresine Ait Bilgiler	43
5.16.	Katılımcıların Algılanan Stres Düzeyine Ait Bilgiler	44
5.17.	Katılımcıların Algılanan Stres Düzeyine Ait Grup Özellikleri	44
5.18.	Katılımcıların Sağlık ve Vücutları İle İlgili Algı Düzeylerine Ait Bilgiler	44
5.19.	Katılımcıların Beslenme Durumlarına Ait Bazı Bilgiler	45
5.20.	Katılımcıların Uyku Süresine Ait Bilgiler	45
5.21.	Katılımcıların Uyku Süresinin İdeal Olma Durumuna Ait Bilgiler	45
5.22.	Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanma Durumuna Ait Bilgiler	46
5.23.	Katılımcıların Günlük İçtikleri Sigara Sayısına Ait Bilgiler	46
5.24.	Katılımcıların SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanları	47
5.25.	Katılımcıların Cinsiyete Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	48
5.26.	Katılımcıların Yaş Grubuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	49
5.27.	Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	50
5.28.	Katılımcıların Yaşamlarının Büyük Kısmını Geçirdikleri Yere Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	51
5.29.	Katılımcıların Medeni Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	52
5.30.	Katılımcıların Eşlerinin Çalışma Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	53

5.31.	Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	54
5.32.	Katılımcıların Sahip Olduğu Çocuk Sayısı ile SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu	55
5.33.	Katılımcıların Aile Tipine Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	56
5.34.	Katılımcıların Algılanan Gelir Düzeyine Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	57
5.35.	Katılımcıların Mesleğine Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	58
5.36.	Katılımcıların Çalıştıkları İlçeye Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	59
5.37.	Katılımcıların Mesleki Deneyim Süresine Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	60
5.38.	Katılımcıların AHB Nüfuslarına Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	61
5.39.	Katılımcıların Algılanan Fiziksel Sağlık Düzeyine Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	62
5.40.	Katılımcıların Algılanan Ruhsal Sağlık Düzeyine Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	63
5.41.	Katılımcıların Algılanan Sosyal Sağlık Düzeyine Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	64
5.42.	Katılımcıların Kronik Hastalık Varlığına Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	65
5.43.	Katılımcıların Reçeteli Düzenli İlaç Kullanma Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	66

5.44.	Katılımcıların Kronik Hastalığı Olan Aile Bireyi Varlığına Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	67
5.45.	Katılımcıların Hastalık Durumu Olmadan Genel Sağlık Taraması Yaptırma Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	68
5.46.	Katılımcıların Hastalık Durumu Olmadan Ağız ve Diş Sağlığı Taraması Yaptırma Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	69
5.47.	Katılımcıların Profesyonel Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	70
5.48.	Katılımcıların Algılanan Stres Düzeyine Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	71
5.49.	Katılımcıların Vücut Kitle İndeksi Gruplarına Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	72
5.50.	Katılımcıların Sağlıklı Yaşadığına İnanma Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	73
5.51.	Katılımcıların Yeterli ve Dengeli Beslendiğini Düşünme Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	74
5.52.	Katılımcıların Gün İçinde Ana Öğün Atlama Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	75
5.53.	Katılımcıların Gün İçinde Atlanan Ana Öğüne Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	76
5.54.	Katılımcıların Ağırlığını Değerlendirme Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	77

5.55.	Katılımcıların Boya Uygun Ağırlıkta Olma/Kalma Çabasına Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	78
5.56.	Katılımcıların Uyku Süresinin İdeal Olma Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	79
5.57.	Katılımcıların Sigara İçme Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	80
5.58.	Katılımcıların Alkol Kullanma Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	81
5.59.	SYBDÖ-II Manevi Gelişim Alt Ölçek Puanını Etkileyen Faktörlerin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	82
5.60.	SYBDÖ-II Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek Puanını Etkileyen Faktörlerin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	83
5.61.	SYBDÖ-II Fiziksel Aktivite Alt Ölçek Puanını Etkileyen Faktörlerin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	84
5.62.	SYBDÖ-II Beslenme Alt Ölçek Puanını Etkileyen Faktörlerin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	86
5.63.	SYBDÖ-II Kişiler Arası İlişkiler Alt Ölçek Puanını Etkileyen Faktörlerin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	87
5.64.	SYBDÖ-II Stres Yönetimi Alt Ölçek Puanını Etkileyen Faktörlerin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	88
5.65.	SYBDÖ-II Toplam Puanını Etkileyen Faktörlerin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	90

## 1. GİRİŞ

Sağlıklı bireyler, sağlıklı gelecek nesiller ve sağlıklı toplumlar oluşturarak yaşamı kaliteli kılmak tüm insanların ve ülkelerin nihai hedeflerindedir. Birleşmiş Milletler ve üye ülkeler tarafından oluşturulan ‘Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları’nda da odaklanılan ana başlıkların üçüncüsünde ‘Sağlıklı ve kaliteli bir yaşamı her yaşta güvence altına almak’ hedeflenmektedir (1).

Modern sağlık hizmeti anlayışında sağlıklı ve kaliteli yaşam yolunda hastalık tanı ve tedavisindeki gelişmelerin yanında, sağlığın korunması ve geliştirilmesinin önemi artmış olup ülkemiz Sağlık Bakanlığı da sağlığı geliştirme ve teşvik etme çalışmalarına ağırlık vermeye başlamıştır. Hükümet tarafından hazırlanan kalkınma planları ve Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan stratejik planlarda belirtilen bazı hedefler şu şekildedir:

- Halkın, koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlıklı yaşam biçimleri hakkında bilinçlendirilmesi (2),
- Sağlıklı hayat tarzının teşvik edilmesi (3),
- Vatandaşların kendi sağlıkları üzerindeki kontrol yeteneklerinin artırılması ve sağlıklarını etkileyebilecek konularda karar süreçlerine aktif katılımlarının sağlanması (4),
- Kendi sağlığının önemini farkında olan, sağlık sistemini etkin olarak kullanan ve sağlık okuryazarlığı yüksek bir toplum oluşturulmasıdır (5).

Hükümetlerin bu sağlıklı hayat ortamını oluşturma ve sağlama yolunda verecekleri sağlık eğitimi, yasal ve politik değişikliklerle desteklenmelidir. Böylece bireylerin sağlıklı yaşam davranışı geliştirebilmeleri için hazırlık yapıp, olanak sağlanmış olur. Bundan sonra bireylere ve topluma düşen görevler ise; sağlık ve hastalık konusunda bilgi sahibi olmak, sağlık sorumluluğunu geliştirmek ve sağlık hizmetlerinden gerektiğinde, doğru ve etkin bir şekilde, uygun zamanda yararlanmak olacaktır. Sağlık davranışının öğrenilip, benimsenip, hayata entegre edilmesi aşamasında aile, okul ve sosyal ortamın yanı sıra sağlık çalışanları da önemli rol oynamaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlığı geliştirici, teşvik edici ve koruyucu hizmetler ile teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada kapsamlı şekilde sunulduğu, bireylerin hızlıca ulaşabildiği, ücretsiz sağlık danışmanlığı alabildiği merkezlerde verilmektedir. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin neredeyse tamamına yakını Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM) aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları tarafından sunulmaktadır.

Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları, hastalıkların ve kazaların gelişiminin önlenmesinde, ölümleri azaltmada, erken tanı ve tedavi ile hastalıkların insan yaşamı üzerindeki olumsuzluklarının azaltılmasında etkisi olan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, mesleki eğitimlerinde öğrenmektedirler. Yararlarını öğrendikleri bu davranışları, sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetler kapsamında, hizmet verdikleri topluma ve kişilere günlük hayatlarında uygulamaları için önermektedirler. Hastalarına önerdikleri ve onları yönlendirdikleri bu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamada bir rol model olarak kendilerinin de bu davranışları benimseyip, günlük hayatlarında uygulamaları gerekmektedir.

Bu araştırma, Antalya merkez ilçelerindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyini ve bunu etkileyen faktörleri tespit edebilmek amacıyla planlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sağlığın Tanımı ve Sağlığa Etki Eden Faktörler

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1946 yılında oluşturduğu en çok kabul gören ve kullanılan tanımıyla, yalnızca hastalığın veya sakatlığın olmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyi olma halidir. Bireyin sağlığının tek belirleyicisinin sağlık sistemi olduğu fikri eski zamanlarda genel kanı olsa da, zamanla insanların yaşam şekillerinin de kendi sağlıklarına büyük ölçüde yön verdiği gözlenmiştir. İnsanların yaşam kalitesini yükselterek, sağlık düzeylerini optimal seviyeye taşımalarının daha olanaklı hale gelebilmesi için bir takım politik ve çevresel düzenlemeler gerekmektedir. 1960'lı yıllardan itibaren yaygınlaşan demokratik yönetimlere geçiş, insan hakları hareketleri, kadın hakları mücadeleleri gibi sosyal ve politik gelişmelerin etkisiyle, toplumlar daha adil ve sağlıklı yaşam çevreleri taleplerinde bulunmuşlardır. Sağlığa etki eden faktörler, DSÖ'nün de kabul etmiş olduğu Dahlgren ve Whitehead'in oluşturduğu 'Gökkuşluğu Model'inde 5 katman halinde ayrıştırmıştır (6). Bireyin ve toplumun sağlıklarını belirleyen tek bir katman değil, katmanlar arasındaki karşılıklı ilişkilerdir.

Gökkuşluğu modelinin merkezinde biyolojik, yapısal, genetik faktörler bulunmakta ve bunlar değiştirilemez, yaradılıştaki var olan kişisel özelliklerdir. Cinsiyet, yaş, ırk, genetik yatkınlık bu biyolojik faktörler arasında sayılabilir. İkinci katmanda davranışsal faktörler yer alıp, kişinin sağlık bilgi ve algısına göre şekillenmektedir. Beslenme, fiziksel aktivite, sigara kullanımı, kazadan kaçınma, rutin sağlık merkezi ziyareti bunlardan bazılarıdır. Üçüncü katmanda kişinin yakın çevresi ve akranlarından oluşan sosyal ve toplumsal bağları yer almaktadır. Bireyler bu kişilerle etkileşime girer ve onların bilgi, değer ve yargılarından etkilenirler ve sağlıklarına ona göre yön verirler. Dördüncü katmanda kişinin sağlığını koruma ve geliştirme yeteneğine yön veren yaşam ve çalışma koşulları yer almaktadır. Eğitim, gelir, barınma, sağlık hizmetine erişim, gıda ve tarım üretimi, su ve hijyen, işsizlik gibi kişinin içinde doğup, büyüdüğü, çalıştığı veya yaşadığı faktörler bu grupta yer almaktadır. Son katmanda ise toplumun geneline hakim olan ekonomik, kültürel ve çevresel faktörler bulunmaktadır. Sağlıklı bireyler ve toplumların oluşabilmesi için tüm bu katmanlara bütüncül bir şekilde yaklaşılması gerekmektedir.

## 2.2. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi

Uygarlığın başından beri sağlık uygulamalarının ana odağında hastalıkların tedavisi ve salgın hastalıkların yayılımının engellenmesi yer alsa da, kişinin ömrünü daha uzun ve kaliteli geçirebilmesi amacıyla bazı düzenlemelere ve tavsiyelere de yer verilmiştir. Milattan önceki zamanlardan antik Yunan ve Roma dönemine uzanan zaman diliminde değişik örneklerini gördüğümüz, halka önerilen ve sunulan hizmetler şu şekildeydi: Kişisel hijyenin artırılması ve sık banyo yapabilmeleri için şehirlere temiz su temini, sokaklardaki çeşmeler, umumi kullanıma sunulan banyo ve hamamlar, sokakların temizliği, atıkların bertarafı, binalarda sineklik kullanımı, spor ve terapiler için inşa edilen sağlık ve spor merkezleri (asklepion ve gymnasium) (7). Modern zamanlara kadar ön planda savaş ve salgınlarla mücadele eden halk ve devletler, sağlığın geliştirilmesi fikrini ancak 1970'li yıllarda somut bir şekilde ele alabilmiştir. Son 50 yıldır tıp dünyasında baskın olan bu görüşün İngilizcesi 'health promotion', Türkçesi ise Sağlık Bakanlığı tarafından 'sağlığın teşviki ve geliştirilmesi' şeklinde kullanılmaktadır. Bu yeni halk sağlığı hareketi, eskiden hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonuna odaklanan sağlık anlayışını, günümüzde insanların mevcut sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek şeklinde değiştirmiştir. DSÖ'nün tanımladığı şekliyle sağlığın teşviki ve geliştirilmesi; insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir (8). Bir başka deyişle, kişilerin optimal sağlık davranışına sahip olmalarına ve uygulayabilmelerine yardımcı olabilecek tüm eğitimsel, örgütsel ve politik programların birleşimidir.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi amacıyla sağlanan hizmetlerin desteği ve eğitimlerden edinilen doğru bilgiler ışığında kişilerin kendi yaşamları ve sağlıkları üzerinde düzenlemeler yapması kolaylaşmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi süreçleri çevresel ve ekonomik koşulları değiştirmeyi ve bireylerin sağlık davranışlarını biçimlendirmeyi amaçlamaktadır. Yani sağlığı geliştirme uygulamalarının başarılı olabilmesi için eylem ve karar verme süreçlerinin merkezinde insanların olması gerekmektedir. Uygulamaların son dayanağında bireyler mevcut şart ve olanaklarla davranışlarını sağlıklarını daha iyiye götürme yönünde değiştirmedikçe programların başarısından söz edilememektedir (9).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programları ile davranış değişikliği oluşturabilmek için öncelikle hedef kitleyi tanımak gerekmektedir. Böylece hedef kitlenin sağlık davranışları belirlenip, özellikle eğitim müdahalelerine yön verecek olan faktörler tespit edilmektedir. Sağlık davranış modelleri, hem mevcut halkın davranış paternlerini tanımlamada hem de gelecekte yapılması planlanan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çalışmalarına yol göstermede incelenmesi gereken teorik modellerdir. Modeller bir veya birden fazla teoriye dayanabilmektedir. Aslında sağlık davranışı tek bir modelle açıklanamaz, her bir model sağlık davranışına farklı bir bakış açısıyla hazırlanmış farklı yol haritaları gibidir. Yıllar içerisinde kişiye ve topluma yönelik birçok farklı model tanımlanmıştır. Bu modeller sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesi ile ilgili ölçülebilir ve geçerli tahminlerin yapılmasını sağlamaktadır (9).

Sağlık davranış modellerinden bazıları şunlardır: Sağlık inanç modeli, Pender'in sağlığı geliştirme modeli, değişim teorisi veya transteoretik model, sosyal bilişsel teori, sosyal ekoloji modeli (9). Bu modelleri test edebilmek amacıyla da birçok araç (ölçek, anket gibi) geliştirilmiştir. Pender'in sağlığı geliştirme modelinde ana fikir sağlığı geliştirmek için sağlıklı yaşam biçimi oluşturulmasıdır (10). Model, bireyin kendisine yönelik algısının yanında geçmiş deneyimlerini de değerlendirerek bireye bütüncül bir yaklaşım sunmakta ve daha iyi bir sağlık düzeyine çıkmayı amaçlamaktadır. Bu modele dayanarak geliştirilen 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği' ile kişilerin hem fiziksel, hem sosyal hem de mental sağlıklarına yönelik davranış düzeyleri sorgulanmaktadır (10).

### **2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları**

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, optimum sağlığa ulaşmak için kişinin uyguladığı adımlar, eylemler ve stratejiler bütünüdür. Kişinin bilgisine, inançlarına, algısına, olanaklarına ve yaşına göre değişen dinamik bir süreçtir. Bebeklik ve çocukluk çağlarında ebeveynlerin kontrolü altındayken, eğitim hayatının başlaması ve arkadaşlık ilişkilerinin gelişmesiyle beraber akran etkisi altına girmektedir. Yetişkinlikte iş hayatının devreye girmesiyle hem ekonomik hem de zamansal açıdan etkilenen davranışlar, yaşlılık dönemine girildiğinde vücutta ortaya çıkan hastalıkların da etkisiyle tekrar şekillenmektedir.

Fiziksel, sosyal ve ruhsal sağlığın üçünün birden sağlanabilmesi için sahip olunması gereken sağlıklı yaşam biçimi davranışları, hastalık ortaya çıktığında veya yaşlanınca değil, tüm insan ömrü boyunca uygulanması gerekmektedir.

İnsanda beklenen yaşam süresi 1950'li yıllarda 50 yaşın altındayken, DSÖ'nün amacı insan ömrünü uzatmak, sloganı ise 'add years to life-yaşama yıllar katın' şeklindeydi. Gelişen teknoloji, tıp uygulamaları ve sağlık hizmetleriyle insan ömrünü uzatma amacı başarıya ulaşmış, doğumda beklenen yaşam süresi 20 yaş artırılmıştır. Artık 70 yaşın üstüne kadar ulaşan insan ömrü ile yaşlı nüfus da artmıştır (11). Artan nüfusla beraber hem katastrofik sağlık hizmet harcamalarının engellenmesi hem de tüm yaş gruplarında sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürdürülmesi amaçlanmıştır. DSÖ'nün sloganı da 'add life to years-yıllara yaşam katın' şeklinde değiştirilmiştir (12). DSÖ'nün bu yönelimi ile paralel şekilde ülkelerde de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yararları ve topluma bu davranışları kazandırma adına somut kanıtlar araştırılmıştır. Bunun güzel bir örneği Amerika Birleşik Devletleri'nin Kaliforniya eyaletinde 1965 yılında yürütölmeye başlanan Alameda Bölge Çalışması'dır. Bu çalışmada bölge sakinlerinin yaşam tarzları ile yaşam kalitesi, kronik hastalık ve ölüm arasındaki ilişkiler belirli zaman aralıklarıyla incelenmiştir (13). Çalışmanın ilk çıktılarında kişisel sağlık davranışları ve fiziksel sağlık sonuçları arasındaki ilişki incelenmişken, sonraki çalışmalarında bunlara ek olarak sosyal ağlar, mental sağlık, dini inanç ile çeşitli kronik sağlık sorunları ve uzun vadeli sağlık arasındaki ilişkilere de bakılmıştır.

Alameda çalışmasının 1965 kohortundan elde edilen ilk bulgularda yaşam tarzı alışkanlıkları ile uzun vadeli sağlık sonuçları arasında güçlü ilişkiler elde edilmiştir. Aynı şekilde sonradan eklenen sosyal ağlar, dini inanç ve çeşitli demografik değişkenlerin de kronik hastalık gelişimi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (14). Sonuçlara göre gece 7-8 saat arası uyumanın, düzenli öğünle beslenmenin, düzenli egzersiz yapmanın, alkol tüketimini sınırlandırmanın ve sigara içmemenin daha sağlıklı bireylerle korele olduğu gözlenmiştir. Çalışmanın 5,5 yıllık takip değerlendirilmesinde ise bu kez sağlık davranışları ve mortalite arasındaki ilişkiler incelenmiştir (15). Daha önceki çalışma sonuçlarıyla paralel şekilde sigara içmemenin, bir oturuşta beş porsiyondan daha az alkol tüketmenin, gece 7-8 saat uyumanın, düzenli egzersiz yapmanın, boya uygun ağrılıkta sabit kalmanın, öğünler

arası atıştırma yapmamanın ve düzenli kahvaltı yapmanın daha uzun yaşam süresi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Alameda 7'lisi denen bu davranışların en az 6 tanesine sahip olan 45 yaşındaki bireylerin beklenen yaşam sürelerinin, 6 taneden daha azına sahip olan bireylere göre 7 ila 11 yıl (erkekler için 11 yıl, kadınlar için 7 yıl) daha fazla olduğu rapor edilmiştir. Bulunan bu ilişkinin gelirden ve başlangıçtaki sağlık durumundan bağımsız olduğu belirtilmiştir. Çalışmanın 9,5 yıllık takip sonuçları da ankete katılanların ilk sağlık durumlarının değil, olumlu sağlık davranışlarının gözlemlenen ölüm ilişkilerinden büyük ölçüde sorumlu olduğu hipotezini desteklemiştir (16).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi için yapılan ek analizlerde katılımcıların yaşları, eğitimleri ve gelirlerine ek olarak sosyal ağları ve başlarına gelen olumsuz olaylar da incelenmiştir (17). Sosyal ağlar, medeni durum, arkadaş ilişkileri, kilise katılımları ve diğer grup aktivitelerine katılımları ile değerlendirilirken, başlarına gelen olumsuz olaylar ise ailede ölüm, ailede ciddi hastalık, boşanma ve finansal sıkıntılar gibi olaylarla değerlendirilmiştir. Yapılan analizlerde her iki cinsiyet için gelir, eğitim ve sosyal ağların sağlıklı yaşam tarzı davranışlarıyla pozitif ilişkili olduğu, yaş ve başa gelen olumsuz olayların ise negatif ilişkili olduğu bulunmuştur. Geliri ve eğitim düzeyi yüksek, evli ve sosyal ağları fazla olan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla sergiledikleri, yaşı ve başa gelen olumsuz olay sayısı yüksek olan kişilerin ise daha az düzeyde bu davranışları sergiledikleri gözlenmiştir.

Alameda çalışmasının daha sonraki analizlerinde katılımcıların sosyal ve mental sağlıkları da değerlendirilmiştir. Mental sağlığı araştıran analizde, mental sağlığın yaş, cinsiyet ve gelirden bağımsız olarak fiziksel sağlıkla pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur (18). Sosyal sağlığın araştırıldığı diğer analizde de sosyal olarak sağlıklı insanların fiziksel ve psikolojik sağlıklarının daha iyi durumda olduğu bulunmuştur (19). Bu kohort çalışmasında da gözlemlendiği üzere, bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmek insan ömrünün süresini ve kalitesini olumlu yönde etkilemektedir.

Pender, Walker ve Sechrist tarafından sağlığı geliştirme modelini test etmek amacıyla 1987'de geliştirilen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları lçeği'nde davranışlar 6 kategoride toplanmıştır (20). Bu kategoriler kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimidir. Daha sonra 1996 yılında tekrar düzenlenerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları leği-II (SYBDÖ-II) oluşturulmuş, kategorilerden bazılarının ismi değiştirilmiştir (21). Kendini gerçekleştirme kategorisi 'manevi gelişim', egzersiz kategorisi 'fiziksel aktivite', kişiler arası destek ise 'kişiler arası ilişkiler' olarak değiştirilmiştir.

### 2.3.1. Manevi Gelişim

Maneviyat kavramının birçok değişik tanımı yapılmış olsa da genel olarak buluşulan ortak noktalar, yaşamın fiziksel yönünün ötesine geçen bir güç olduğu, evrene veya yaratıcıya beslenen derin bir bağ ve bütünlük duygusu olduğu yönündedir (22). Kişinin kendi benliğini, diğer canlıları, doğayı ve yaşamı tecrübe ediş tarzıdır. İnsanların psikospiritel yanları, küçüklükten erişkinliğe kadar karşılaşılan yaşam zorlukları ile paralel şekilde bir gelişme ve değişme göstermektedir. Maneviyat ve dini inanç, birbirinin içine fazlaca geçmiş olsa da aslında birbirlerinden farklı kavramlardır. Maneviyat, dini deneyimlerin ötesine geçen daha geniş bir kavramdır ve sıklıkla kutsal olanla bağlantı arayışıyla ilişkilendirilir (22).

Sağlık kavramını maneviyatı da kapsayacak şekilde genişletmek, sağlık ile maneviyat arasında bağlantı arayan akademik çalışmalara ek katkı sağlayabilecektir. İnsanların kişilik gelişiminde vazgeçilmez bir parça olarak nitelendirilen maneviyatın, psikoloji ile gösterdiği birliktelik 21. yüzyıldan itibaren araştırmalara ve psikoloji uygulamalarına yön vermiştir. Ancak çoğu araştırmada maneviyat, ruh sağlığı göstergeleri ile arasında önemli bir örtüşme oluşturan pozitif psikolojik ve duygusal durumlar ile değerlendirilerek ölçülmektedir (23). Maneviyatı, pozitif duygulardan belirgin şekilde farklı olarak tanımlayabilmek için araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Dini inanç ve maneviyatın tanımlarında ve sınırlarında fikir birliğine varılması, araştırma bulgularını daha sağlıklı değerlendirebilmek adına yardımcı olabilir.

Maneviyatın fiziksel ve ruhsal sağlık ile ilişkisinin incelendiği bir derlemede, maneviyata sahip olmanın sorunlarla baş ederken ek bir g¼ç verdiği, i huzuru arttırdığı, ağrı y¼netimine ve ¼fke kontrol¼ne katkı sağladığı, cerrahi sonuçları iyileştirdiği, madde k¼t¼ye kullanım ve intihar riskini azalttığı ve depresyona karşı koruyucu olabileceği sonuçlarına varılmıştır (24). Bu bilgiler ışığında, klinisyenler hastalarını değerlendirirken, maneviyatın ve dinlerin hastanın hayatında oynayabileceği rol¼ de hesaba katması gerekmektedir. Maneviyatın, kişinin sağlık davranışlarına etkisi de bulunduğu için ruhsal, fiziksel ve sosyal sağlığın optimum d¼zeyde sağlanabilmesinde ¼nemli rol¼ vardır.

Araştırmalarda, maneviyatın/dinin ergenlerin sağlık davranışlarına y¼n veren değerşkenlerden yalnızca biri olduğu ve diğer fakt¼rler kontrol edildikten sonra bile olumlu sağlık davranışlarıyla korele olduğu g¼zlemlenmiřtir (25). Yetişkinlerde yapılan başka bir araştırmada dini toplantılara haftalık katılım g¼steren kişilerin, zaman içinde koruyucu sağlık davranışlarını başlatma ve s¼rd¼rme olasılığının y¼ksek olduğu ve daha kapsamlı sosyal ilişkiler ile bağlantılı olduğu ortaya çıkmıştır (26).

### **2.3.2. Sağlık Sorumluluğu**

Sağlık sorumluluğu, sağlıkla ilgili davranışların bireyin sorumluluğu altında olmasdır. Fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığın sağlanabilmesi ve s¼rd¼r¼lebilmesi için bireyin ¼zerine d¼řen g¼revleri yerine getirmesidir (27). Kişinin kendi sağlığının sorumluluğunu alabilmesi için ¼ncelikle konu ile alakalı bilgi sahibi olması gerekmektedir. Sağlık sorumluluğu olan kişi bedenini tanır, sağlıkla ilgili değerşiklikleri fark eder. Ne zaman ve hangi sağlık kuruluşuna başvurması gerektiğini bilir. Sağlık kontrollerini d¼zenli şekilde yaptırır. Sağlıkla ilgili yayınları takip eder ve gelişmelerden haberdar olur. Bu tutum ve davranışları gerçekleştirebilmesi için uygun ortam yaratılması ve toplumsal desteğin sağlanması gerekmektedir.

DS¼ ve Sağlık Bakanlığı arasında 2013 yılında imzalanan ‘ok Sekt¼rl¼ Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı’nın bileşenlerinden biri ‘Sağlığın Bireysel Belirleyicilerinin Geliştirilmesi’dir (28). Bu bileşenin hedeflerinden biri olan kişinin ¼z bakımının geliştirilmesi için kendi sağlığını koruma ve geliştirme

konusunda sorumluluk sahibi bireyler ve bu sorumluluklarını yerine getirebilmesi için kamusal destek ve kontrol sistemlerine kolay ulaşılabilecek toplumlar inşa edilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Sağlık sorumluluğuna yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, kültür, gelir düzeyi gibi bireysel faktörler yön vermekte olup, bireylerin uygun sağlık davranışını kazanabilmesi ve sürdürebilmesi için uygun sağlık politikaları geliştirilmelidir. Yapılan bazı araştırmalarda, yaş, gelir ve eğitim düzeyi arttıkça kişilerin kendi sağlıkları ile ilgili daha duyarlı olduğu ve daha fazla sorumlu davrandığı bulunmuştur. Aynı şekilde kadınların erkeklere göre, boşanmış kişilerin de evli kişilere göre kendi sağlıklarına daha çok dikkat ettiği gözlenmiştir (29).

### **2.3.3. Fiziksel Aktivite**

Fiziksel aktivite vücuttaki enerjiyi tüketmek için yapılan vücut hareketleridir. Egzersiz ise bu aktivitelerin planlı ve sistematik şekilde, vücut bölümlerinin iyileşmesi ve gelişmesi için yapılmasıdır (30). Aslında gün içerisinde hareket edilerek yapılan yürüme, merdiven çıkma, ev işi yapma, alışverişe gitme gibi günlük işlerin her biri fiziksel aktivitedir. Tüm vücut veya bacakların dahil edilmediği oturularak yapılan el işi örmek, bilgisayarda çalışmak, yazı yazmak bile az da olsa enerji tüketimine katkıda bulunur. Egzersiz ise kişinin vücudunun veya sağlığının daha iyi olabilmesi için uyguladığı bilinçli ve düzenli hareketler bütünüdür. Egzersizde hedeflerden bazıları ya kaslara artırılan yükler bindirerek kasılıp büyümesini sağlamak ya da direnç uygulayarak kasların tonus kazanmasını sağlamaktır. Egzersize örnek olarak tempolu koşu, fitness, ağırlık egzersizi, pilates, bisiklet, yüzme, futbol, basketbol gibi rekabetli sporlar ve dans örnek verilebilir.

Kemik ve kas gelişiminin devam ettiği bebeklik ve çocukluk çağından, büyümenin durduğu yetişkinliğe, kemik yoğunluğunun azaldığı yaşlılığa kadar yaşa uygun yapılacak egzersizlerin hem fiziksel, hem de ruhsal ve sosyal sağlık üzerinde pozitif etkileri bulunmaktadır (31). Egzersiz vücut postürünü düzeltir, kas kuvvetini artırır, metabolizmayı hızlandırır, enerji açığı yaratarak kilo alımını önler. Kalp ritmini ve solunumu düzenler, periferik damar direncini düşürerek tansiyonu düzenler, kalp krizi geçirme riskini azaltır, beyine giden kan artışını artırarak demans gelişim riskini azaltır. Egzersiz, insülin kontrolünü sağlayarak diyabet

hastalığı gelişimini geciktirir veya tedavisine katkıda bulunur. Vücut düzgünlüğü ve farkındalığını geliştirip, özgüveni yükseltir. Stresle başa çıkabilme yeteneğini geliştirir. Anksiyete ve depresyonu azaltarak kişinin kendini daha iyi hissetmesini sağlar. Sigara bağımlılığından kurtulma konusunda fiziksel olarak inaktif olan kişilerden daha başarılıdırlar. Hamilelik döneminde de herhangi bir kontrendikasyon olmadıkça, anne ve bebek sağlığı için egzersiz gereklidir (32). Hamilelikte yapılacak aerobik ve dayanıklılık egzersizleri kilo alımını kontrol eder, uygun postür sağlamaya yardım ederek bel ağrısını azaltır. Egzersiz, hamilelik ve doğum komplikasyonlarını, gestasyonel diyabet ve preeklampsi gelişim riskini azaltmaktadır. Yaşlı insanlarda bireyselliğin kazanılmasına ve zindeliğe katkıda bulunurken, düşmelerin engellenmesi açısından da kas kuvvetine katkıda bulunmaktadır (33).

Fiziksel aktivitenin yoğunluğu ya kişinin kalp hızı ve solunum sayısının artışına göre ya da metabolik eşdeğerlik (MET) denilen egzersiz esnasında tüketilen enerjinin düzeyine göre değerlendirilmektedir (34). 1 birim MET, vücut dinlenme halindeyken yakılan enerji miktarıdır. Aktivite ne kadar yoğunsa MET değeri de o kadar büyüktür. Düşük, orta ve yüksek olmak üzere 3 MET düzeyi bulunmaktadır. Düşük yoğunluklu fiziksel aktivite, bir insanın normal solunum sayısı (12-16/dk) ve normal kalp hızının (60-100/dk) biraz üzerine çıktığı genellikle günlük aktiviteleri kapsamaktadır ve MET değeri 3'ün altındadır. Orta yoğunluklu fiziksel aktivite kalp ve solunum hızının normal kabul edilen sınırlara göre belirgin arttığı, kişinin kaslarının zorlanmaya başladığı aktiviteleri kapsamaktadır ve MET değeri 3-6 arasındadır. Düşük tempolu koşu, düşük tempolu bisiklet sürme, hızlı yürüyüş, dans etmek, yüzmek orta yoğunluklu aktivitelere örnek verilebilir. Yüksek yoğunluklu fiziksel aktivite kalp ve solunum hızının çıkabileceği maksimum düzeye çıktığı, kasların çok zorlandığı aktiviteleri kapsamaktadır ve MET değeri 6'nın üstündedir. Basketbol, futbol, tenis gibi rekabet gerektiren sporlar, tempolu koşu, boks, kayak, kürek çekme yüksek yoğunluklu aktivitelere örnek verilebilir. (35).

DSÖ, her yaş grubundan sağlıklı kişilerin yanında engelliliği veya kronik rahatsızlıkları bulunan kişiler için de değişik süre ve yoğunluklarda fiziksel aktivite önermektedir (36). Yaşamın ilk yılında bebekler henüz yürüyemese de gün içinde

en az yarım saat karnının üstüne yatacak şekilde uyanık şekilde kalmalıdır. 1-2 yaş arasındaki çocuklarda 24 saatlik zaman dilimi içerisinde herhangi bir yoğunlukta en az 180 dakika aktivite yapmalıdır. 3-4 yaş arasındaki çocuklarda 24 saatlik zaman dilimi içerisinde 60 dakikası orta-yüksek yoğunlukta olmak şartıyla herhangi bir yoğunlukta en az 180 dakika aktivite yapmalıdır. 5-17 yaş arasındaki sağlıklı çocuklar ve engelliliği bulunan çocuklar günlük ortalama 60 dakikalık orta-yüksek yoğunluklu aktivitenin yanında haftada en az 3 gün, kas ve kemik gelişimini destekleyen, yüksek yoğunluklu aerobik aktiviteler yapmalıdır. 18-64 yaş arasındaki yetişkinler haftada toplam 150-300 dakikalık orta yoğunluklu veya 75-150 dakikalık yüksek yoğunluklu veya bunların eşdeğer kombinasyonu şeklinde aerobik egzersiz yapmalıdır. 65 yaş üstündeki yaşlı nüfusun yine yetişkinlerde olduğu şekilde ve sürelerde fiziksel aktivite yapması gerekirken, yapılacak aktivitelerin fonksiyonel dengeyi destekleyecek ve düşmeleri engelleyecek özellikte olması gerekmektedir. Hamile ve lohusa kadınlar kontrendikasyon olmadıkça haftada toplam 150 dakikalık orta yoğunluklu aerobik egzersiz yapmalıdır. Hipertansiyon, diyabet, AIDS ve kanser gibi kronik rahatsızlıkları olan kişiler ve engelliliği bulunan yetişkinler de normal sağlıklı yetişkinlerde olduğu şekilde ve sürelerde aerobik egzersiz yapmalıdır. Yapılacak egzersizin tipi, yaşa uygun yoğunlukta olmanın yanında kişinin sürdürebilmesi açısından eğlenceli ve pratik olmalıdır (36).

DSÖ'nün 2022 Ekim raporunda tüm dünyadaki yetişkinlerin %28'i yani yaklaşık 1.4 milyar insanın önerilen fiziksel aktivite düzeylerine çıkamadığı gösterilmektedir (36). Fiziksel inaktivite oranı erkeklerde %23 iken, kadınlarda %32 ile daha yüksektir. İnaktivite düzeyi yüksek gelirli ülkelerde, düşük gelirli ülkelere göre 2 kat daha fazladır (yüksek gelirli ülkelerde erkeklerde %26, kadınlarda %35 iken düşük gelirli ülkelerde erkeklerde %12, kadınlarda %24). 20 yıldan fazla süredir küresel inaktivite düzeyi aynı şekildedir. Hatta yüksek gelirli ülkelerde 2001'den 2016'ya gelindiğinde yetersiz aktivite düzeyi %5 artmıştır. Yine tüm dünyadaki adölesanların %81'inin yetersiz fiziksel aktivitede bulunduğu gözlenmiştir. Yine yetişkinlerde olduğu gibi kız adölesanların yetersiz aktivite düzeyi erkek adölesanlardan daha yüksektir (sırasıyla %85, %78). Fiziksel

aktivitedeki bu düşüklüğün hem boş zamanlardaki hareketsizlikten, hem de pasif ulaşım araçlarının kullanımının artışıyla kaynaklandığı söylenmektedir.

Türkiye’de fiziksel aktivitenin durumuna baktığımızda, 2010 yılında Aktif Yaşam Derneği’nin yaptığı ‘Türkiye Toplumunun Fiziksel Aktivite Düzeyi Araştırması’nda toplumun %75’inin yeterli fiziksel aktiviteye sahip olmadığı bulunmuştur. Fiziksel inaktivite oranı erkeklerde %72, kadınlarda ise %77’dir (37). 2013 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması’nda yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yapanların yüzdesi düşmüş ve erkeklerde %55, kadınlarda %69 olarak bulunmuştur (38). 2017 yılında yapılan ‘Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması-Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı’ çalışmasında yetersiz fiziksel aktivite yapanların yüzdesinin erkeklerde %33,1’e, kadınlarda %53,9’a düştüğü gözlenmiştir (39). Aynı yıl yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Anketi’ne göre ise 19 yaş ve üstündeki erkeklerin %27,1’inin, kadınların %48,0’ının ve her iki cinsiyet toplamının %37,6’sının yetersiz fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğu bulunmuştur (40). Yıllar geçtikçe yetersiz fiziksel aktivite düzeyinin hem toplamda hem de her iki cinsiyette azaldığı gözlenmekle birlikte yaş gruplarına bakıldığında yetersiz fiziksel aktivite yüzdesinin 15-17 yaş grubunda %28,2 seviyesinde, 70 yaş üstünde ise %64,5 seviyesinde olduğu saptanmıştır.

#### **2.3.4. Beslenme**

Beslenme sadece karın doyurmak veya canının çektiğini yemek olmayıp, sağlığın korunması ve yaşam kalitesini artırmak için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarda ve uygun zamanlarda almaktır (41). Eğer bu öğeler uygun düzeyde ve uygun zamanlarda alınmazsa yetersiz ve dengesiz beslenmeden söz edilir. Eksik alınan öğelerin yanı sıra fazla alınan besin öğeleri de vücut için sağlıklı değildir.

Temel besin öğeleri, besinlerin bileşiminde bulunan, sindirildiğinde ortaya çıkan ve vücutta çeşitli görevleri olan moleküllerdir. Bu öğeler 6 kategoride toplanmıştır: karbonhidratlar, yağlar, proteinler, vitaminler, mineraller ve su. Birbirlerinin tamamlayarak veya ayrı ayrı yaşamsal faaliyetlerde görev yaparlar. Karbonhidratlar, yağlar ve proteinler, kişinin tüm yaşamsal faaliyetlerinde ihtiyacı

olan enerjiyi değişik oranlarda içermektedirler. Besinlerdeki enerji miktarı kalori ile ölçülmektedir. Karbonhidratların ve proteinlerin her 1 gramında 4 kalori, yağların ise 9 kalori enerji bulunmaktadır. Genel olarak kişinin günlük enerji ihtiyacının %55-60'ının karbonhidratlardan, %10-15'inin proteinlerden, %25-30'unun ise yağlardan sağlanması gerekmektedir (42).

Temel besin grupları, benzer beslenme özelliklerini veya biyolojik sınıflandırmaları paylaşan gıda gruplarıdır. İçerdikleri besin ögesinin türü ve miktarı yönünden farklıdır. Toplamda 4 kategoriye ayrılmıştır: süt ve süt ürünleri grubu, et-yumurta-kuru baklagil-kuru yemiş grubu, sebze ve meyve grubu, ekmek ve tahıl grubu (43). Birinci grupta süt, yoğurt, peynir, ayran, kefir gibi ürünler yer almaktadır. İkinci grupta et, balık, tavuk, yumurta, nohut, mercimek, kuru fasulye, fındık, fıstık, ceviz gibi ürünler yer almaktadır. Üçüncü grupta her türlü yenebilen sebze ve meyveler yer almaktadır. Dördüncü grupta ise buğday, arpa, mısır, yulaf ve çavdar gibi tahıl ürünleri ve bunlardan elde edilen un, bulgur, gevrek gibi ürünler yer almaktadır.

Kişinin enerji ve besin ögesi ihtiyacının düzeyi, cinsiyetine, yaşına ve bazı özel durumlarına göre değişiklik göstermektedir. Yeni doğan bebekler ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenerek, D vitamini hariç, ihtiyaçları olan tüm besin öğelerine ulaşabilirler. Bebekler 1. yaştan sonra yetişkinlerin yediği tüm besinleri yiyebilecek olgunluğa ulaşırlar. Çocukluk ve ergenlik dönemi büyüme gelişmenin çok hızlandığı, enerji ihtiyacının en yüksek düzeyde olduğu zamandır. Hem sağlıklı olabilmek hem de büyüme ve gelişmeyi desteklemek için tüm besin gruplarından tüketilmesi esastır (44).

Yetişkinlerde önerilen günlük besin miktarları her bir besin grubu için farklı porsiyon hesabı yapılarak belirlenmiştir (43). Süt grubu için önerilen miktar 2 porsiyondur. Bu grup için 1 porsiyona denk gelen besin miktarı 1 su bardağı süt veya 1 su bardağı yoğurt veya 2 kibrit kutusu büyüklüğünde peynir şeklindedir. Et-yumurta-kuru baklagil-kuru yemiş grubu için günlük 2-3 köfte büyüklüğünde et, tavuk, balık veya hindi tüketilmesi önerilmektedir. Ek olarak günlük 1 yumurta, 1 porsiyon kuru baklagil yemeği ve 1 porsiyon kuru yemiş tüketilmesi gerekmektedir. Kuru baklagil yemeği için 1 porsiyon yaklaşık 10 yemek kaşığı yemeğe denk

gelmektedir. Kuru yemişler için 1 porsiyon yaklaşık 20 adet fındık veya 5 adet ceviz veya 2 avuç antep fıstığı veya 5 avuç ayçiçeği çekirdeğine denk gelmektedir. Sebze ve meyve grubu için günlük toplam en az 5 porsiyon tüketilmesi önerilmektedir. Sebzelerin 1 porsiyonu 4-5 yemek kaşığı sebze yemeği veya 1 kase salataya denk gelmektedir. Bir elma veya 1 portakal veya 2 mandalina veya 20 üzüm tanesi veya 15 kiraz veya 8 çilek veya 5 kibrit kutusu büyüklüğünde kavun/karpuz meyvelerin bir porsiyonuna denk gelmektedir. Ekmek ve tahıl grubu için önerilen günlük doz toplam 6 porsiyon olup bu miktar kişinin vücut ağırlığına ve bedensel çalışma durumuna göre değişmektedir. Bu besin grubunda 1 porsiyona örnek olarak, 2 dilim ekmek veya 5 yemek kaşığı makarna veya 5 yemek kaşığı pirinç/bulgur pilavı veya yarım simit örnek olarak verilebilir (43).

Sağlıklı bir beslenmeden söz edebilmek için uygun miktarlarda alınan temel besin öğeleri ve temel besin gruplarının yanında alınan günlük total enerji miktarına da dikkat etmek gerekmektedir. Günlük kalori ihtiyacı hesaplamasında çocuklar için yaş, cinsiyet ve günlük aktivite durumu temel belirleyicilerdir (45). Hem büyüme ve gelişmenin desteklenmesi hem de yetişkinlere kıyasla daha aktif bir yaşamı olan çocukların günlük kalori ihtiyacı 2-3 yaş civarında 1000-1400 kalori arasındayken, 11-12 yaşa gelindiğinde bu miktar 1800-2200 kalori seviyesine artırılmalıdır. Yetişkinlerde ise cinsiyete göre önerilen günlük kalori miktarı kadınlar için 2000-2200 kalori iken erkeklerde 2600-2800 kalori düzeyine çıkmaktadır (45). Bu değerler önemli ölçüde aktivite durumuna ve vücudun fiziksel durumuna bağlıdır. Hem ağırlık kontrolü hem de sağlıklı bir vücut için günlük alınan ve harcanan enerjilerin dengeli olması gerekmektedir.

Küresel Beslenme Raporu 2021'de 2018 yılında beslenmeye bağlı önlenebilir 12 milyondan fazla ölüm gerçekleştiği saptanmıştır. Bu ölümlerin 2/3'ünün günlük beslenme içeriğinin yetersiz ve dengesiz oluşuna, 1/3'ünün ise total enerji alımı ve vücut ağırlığına bağlı nedenlerden olduğu tahmin edilmiştir. Aynı raporda tüm yetişkinlerin %40'ının fazla kilolu veya obez olduğu, 5 yaş altı çocuklarda ise %20'sinin yaşına göre boyunun kısa, %6,7'sinin boyuna göre ağırlığının düşük ve %5,7'sinin fazla kilolu olduğu gösterilmiştir (46).

Küresel Beslenme Raporu'nda günlük alınması gereken temel besin gruplarının miktarı da incelenmiş olup, 2018 yılının küresel ortalamalarına bakıldığında tüm dünya genelinde, tüm DSÖ bölgelerinde, diyetlerin sağlıklı olmaktan çok uzak olduğu gözlenmiştir (46). Tüketilen meyve ve sebze miktarı ortalamasının, önerilen günlük tüketim miktarının yarısı kadar olduğu (meyve tüketimi olması gerekenden %60 daha az, sebze tüketimi %40 daha az olduğu) saptanmıştır. Kuru baklagiller ve kuru yemiş tüketimi ortalamasının, önerilen günlük tüketim miktarından sırasıyla %74 ve %68 daha az olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde tam tahıl tüketimi de, önerilen günlük tüketim miktarından %61 daha az saptanmıştır. Süt ve süt ürünleri grubuna bakıldığında yine önerilen günlük tüketim ortalamasından %20 daha az tüketildiği gözlenmiştir. Balık tüketimi ortalaması önerilen düzeyde olmakla birlikte, kırmızı etin tüketim ortalamasına bakıldığında ise önerilen günlük tüketim miktarından %257 (yaklaşık 2,5 kat fazla) daha fazla tüketildiği gözlenmiştir. Ayrıca diyet içerisinde yer alması hiçbir şekilde tavsiye edilmeyen şekerli içeceklerin tüketimi de artmaktadır (46).

Türkiye'de nüfusun beslenme alışkanlıklarını, beden ölçülerini, fiziksel aktivite düzeylerini, bazı sağlık sorunlarını ve bazı hematolojik, biyokimyasal verilerini araştıran en kapsamlı araştırma 'Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2019'dur (40). Bu araştırmaya göre ülkemizde besin tüketim sıklıkları şu şekildedir 15 yaş ve üzeri yaş grubundaki tüm bireylerin günlük ortalama süt ve süt ürünleri tüketimi ortalaması 188 gramdır (Günlük önerilen miktar 250 gramdır). Et, yumurta, kuru baklagiller, kuru yemiş grubundaki besinlerin günlük tüketim miktarı ortalaması 144 gramdır (günlük önerilen miktar 160 gramdır). Tahıl grubundaki besinlerin günlük tüketim miktarı ortalaması 272 gramdır (günlük önerilen miktar 125 gramdır). Sebzelerin günlük tüketim miktarı ortalaması 256 gram, meyvelerin günlük ortalaması 158 gramdır (günlük önerilen miktar sebzeler için 300 gram, meyveler için 200 gramdır). Günlük tuz tüketimi 10 gramdır (günlük alınması gereken miktar 5 gramdan az olmalıdır). Görüldüğü üzere tuz ve tahıl grubu besinlerin tüketimi önerilen miktarın 2 katı iken, diğer besin gruplarında önerilen miktarlardan daha az tüketim söz konusudur (40, 47).

### 2.3.5. Kişiler Arası İlişkiler

Kişiler arası ilişki; iki ya da daha fazla insan arasında gelişen, farklı ihtiyaçlardan kaynak alabilen ve tanışıklıktan samimiyete kadar farklı düzeylerde yaşanan, karşılıklı duygusal etkileşim ve davranımlar şeklinde tanımlanmaktadır (48). İletişimin yanında duygu, düşünce ve davranışları da içeren bir kavramdır. İhtiyaçlarını karşılayabilmek ve hayatını sürdürebilmek için bireyin çevresindekilerle arasında geliştirdiği ilişkiler sayesinde hem birey çevresini etkiler hem de kendisi çevreden etkilenir. Günümüz sosyal yaşamı içerisinde kişinin çevresiyle ilişki içinde olması kaçınılmaz bir durumdur. Kişinin diğer bireyler ile geliştirdiği ilişkiler sayesinde, birey temel fizyolojik ihtiyaçlarını karşılamakta, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını da giderecek ortamı oluşturmuş olur.

Kişiler arası ilişkiler; bireyin kendine ait faktörler, ortama ait faktörler ve ortamdaki diğer kişilere ait faktörlere göre şekillenmektedir. Bireyin kişilik özellikleri, kişisel geçmişi, bebeklikten itibaren içinde bulunduğu ailevi ilişkiler ve ailenin içinde bulunduğu sosyal çevre bireyin daha sonraki kişiler arası ilişkilerini şekillendirmektedir.

Sağlık açısından ele alındığında kişiler arası ilişkiler kişinin hasta ise iyileşme amaçlı, hasta değilse sağlığını sürdürme ve geliştirme amaçlı yapılan etkin, doyumlu, yararlı ve yapıcı eylemler dizisidir (49). Hayat boyu başarıya ulaşmada, mutlu ve verimli olmada da büyük rol oynamaktadır. Kişiler arası ilişkilerin sağlık davranışlarını ve dolayısıyla fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık üzerine etkileri uzun yıllardır araştırılarak gün yüzüne çıkarılmıştır. Sosyal bütünleşme, sağlığı teşvik eden fizyolojik tepkimeleri tetikleyen pozitif psikolojik durumları (kimlik, amaç, öz değer, duygulanım gibi) teşvik etmektedir (50). Kişiyi bilgi sağlarken, aynı zamanda kendine bakması için bir motivasyon ve sosyal baskı yaratmaktadır. Sosyal destek, olumsuz olaylar karşısında etkili başa çıkma yöntemlerini teşvik ederek, stresli deneyimlerin etkisini ortadan kaldırarak veya azaltarak tamponlayıcı bir etki göstermektedir.

### 2.3.6. Stres Yönetimi

Stres, vücuda yüklenen zor bir duruma karşı vücudun tepkisi olarak tanımlanmaktadır. Stres bireyi hayattaki zorlukları ve tehditleri ele almaya sevk eden doğal insan tepkisidir ve herkes bir dereceye kadar stres yaşamaktadır. Stres yönetimi ise stresli durumla başa çıkmak için verilen tepkileri olumlu yönde değiştirmektir. Eğer stres yönetimi iyi ise olumlu, kötü ise olumsuz duygular yaşanmaktadır. Günlük hayatta yaşanan fiziksel, zihinsel herhangi bir değişiklik stres kaynağı olabilir. Bunlar kişinin aile, ilişki ve sosyal çevresi kaynaklı olabileceği gibi günümüz şartlarında çoğunlukla iş yaşamından kaynaklı olabilmektedir. Kişinin karakteri, çevresini nasıl algıladığı, başarı ihtiyacı, iş yükü fazlalığı, zaman azlığı, çalışma koşulları, ailevi ilişkilerde sorunlar, şiddetli geçimsizlik, ekonomik ve finansal koşullar, kişinin düzenli bir hayat yaşayamaması bunlar arasında sayılabilir (51).

Kötü yönetilen stres hem zihni hem de vücudu etkileyerek fiziksel, zihinsel ve duygusal sorunlara neden olmaktadır. Baş veya diğer vücut ağrıları, mide rahatsızlıkları, ciltte döküntü, aşırı terleme, uykusuzluk, iştah kaybı veya normalden daha fazla yemek yeme, yüksek tansiyon veya kalp krizi gibi fiziksel sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Stres daha önceden var olan alkol, tütün ve bağımlılık yapıcı madde kullanımını artırabilir. Ayrıca odaklanma sorunu, karar vermede güçlük, hafızada zayıflama, unutkanlık, muhakemede zayıflık, hatalarda artış ve düşük verimlilik gibi zihinsel sağlık sorunlarına da neden olmaktadır. Stres gevşemeyi zorlaştırır, çabuk ağlama, kaygı, endişe, sinirlilik, gerginlik, saldırganlık, tükenmişlik gibi duygulara sürükler. Stres, sağlık hizmetlerine erişim gerektiren başta anksiyete ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunlarına neden olabilmekte veya var olan sorunları şiddetlendirmektedir (52).

Stresle başa çıkmada bireysel yöntemlerle başarıya ulaşılabilir. DSÖ'nün stres yönetim rehberinde yer alan genel başlıklarda öncelikle günlük bir rutin oluşturmak gerektiğinden böylece zamanı verimli kullanarak, daha kontrollü hissedileceğinden söz edilmektedir. Uyku düzeni oluşturmak ve her gün buna dikkat ederek uygulamak, vücudun kendini onarmasına ve rahatlamasına olanak sağlamaktadır. Diğer stresle baş etme yöntemleri arasında; aile ve arkadaşlarla

iletişimi sürdürmek, başkalarıyla bağlantı kurarak endişe ve duyguları paylaşmak, dengeli ve düzenli beslenmek, günlük düzenli egzersiz yapmak, televizyon ve sosyal medyadaki haberleri takip etmek için harcanan zamanı takip etmek ve sınırlandırmak, meditasyon ve ibadet gibi rahatlama uygulamaları yapmak, yeni bir hobi edinmek, olumlu hayal kurmak sıralanmaktadır (53).

#### **2.4. Sağlık Çalışanları ve Sağlıklı Yaşam**

Sağlık çalışanları, toplumdaki insanların gözünde sağlık alanında rol modeldirler. İnsanların bilime ve doğru bilgiye ulaşmada yararlanabileceği en hızlı hizmet vericilerdir. Hastalıkların teşhis ve tedavisini sırasında gelişen güvenin koruyucu ve sağlığı geliştirici uygulamalar sırasında da sağlanması gerekmektedir. Davranış değişikliği sağlamak yetişkin bireylerde zorlayıcı olmaktadır. Buna rağmen; bireylerin sağlık açısından kötü ve yerleşmiş olan alışkanlıklarını iyi olan yenileri ile değiştirmek için hem sağlık çalışanlarının hem de bireyin ekstra çaba sarf etmesi gerekmektedir.

Hastaların gözünden bakıldığında kendisine sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını öneren sağlık çalışanının, aynı davranışları kendisinin de uyguladığını görmek sessiz ama etkili bir güç olabilir. Sağlık personeli gözünden bakıldığında da bu olumlu sağlık davranışlarını sergileyen sağlık personeli, hastalarını teşvik etmede daha istekli ve ısrarlı olabilmektedir. Bu karşılıklı etkiler pozitif bir döngü sağlayarak hem hasta hem de sağlık personeli memnuniyetini arttırmaktadır, zaman içinde sağlık çıktılarında da olumlu yönde değişim sağlamaktadır.

Hekim davranışları ile hastaların tedavi uyumunun incelendiği bir araştırmada, hastaların gözünden bakıldığında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kendisi de sergileyen hekimlerin, sergilemeyen hekimlere göre hem diyet ve egzersiz hem de genel sağlık konularında daha güvenilir, daha inandırıcı ve daha motive edici olduğu bildirilmiştir (54). Yapılan başka bir çalışmada, genel sağlık danışmanlığı konusunda, obez olmayan doktorlara başvuran hastaların, obez doktorlara başvuran hastalara göre doktorlarına daha fazla güven duydukları gözlenmiştir (55). Kişisel sağlık alışkanlıkları daha iyi olan hekimlerin hastalarına sağlık davranışlarını geliştirmeye yönelik daha fazla ve daha yoğun danışmanlık

yaptığı birçok çalışmada gözlenmiştir (56, 57). Bununla paralel olacak şekilde düşük düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip doktorların hastalarına sağlıklı yaşam konusunda daha az danışmanlık yaptığı da bulunmuştur (58).

Ülkemizde 2007 yılında Dokuzuncu Kalkınma Planı'nın (2007-2013) 'Sağlık' başlığı altında "Halkın koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlıklı yaşam biçimleri hakkında bilinçlendirilmesi sağlanacaktır." ibaresi yer almıştır (2). Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanıp sunulan stratejik planlarda da sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamalarının önemine vurgu yapılmıştır. 2010-2014 Stratejik Planı'nda "Birey sağlığının korunması ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için, vatandaşların kendi sağlıkları üzerinde kontrol yeteneklerini artırmak ve sağlıklarını etkileyebilecek konularda karar süreçlerine aktif katılımlarını sağlamak" ilk hedef olarak belirlenmiştir (4). Değişen ve gelişen dünyada yıllar içerisinde değişen sağlık riskleri de göz önünde bulundurularak sağlıklı bir yaşam adına uygulanacak programlar birer birer sağlık politikalarına dâhil edilmiştir.

Sağlık politikalarının belirlenebilmesi için öncelikle mevcut durum değerlendirmesi yapılarak ülkenin sağlık profilinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu amaçla 2004 yılında Türkiye'de ilk kez Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması yapılmıştır. Bu çalışmayla ülkemizdeki toplam ölüm sayıları, temel ölüm nedenleri, temel hastalık kategorileri, 7 temel risk faktörü ve bu risk faktörlerine atfedilen yükler araştırılmıştır (59). Araştırma sonucuna göre Türkiye'de temel ölüm nedenlerinin %79'unun bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklandığı görülmüştür. Bu hastalık grubundaki en büyük paya kardiyovasküler hastalıkların (%47,73) sahip olduğu, ikinci sırada da kanserlerin (%13,7) yer aldığı gözlenmiştir. Aynı yıl tüm dünyada yaklaşık 58.800.000 ölüm meydana gelmiş ve Türkiye'yle paralel şekilde en sık ölüm nedeni olarak %60 oranla bulaşıcı olmayan hastalıklar başı çekmiştir (60). 2013'te ikinci Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması yapılmış ve bulaşıcı olmayan hastalıkların ölüm nedenleri arasındaki payının %81'e yükseldiği gözlenmiştir (61).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması ile mevcut ülke nüfusunun kronik sağlık sorunları, risk faktörleri ve yaşam kaliteleri aile hekimliklerince sorgulanmıştır (38). Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Risk Faktörleri

Prevalansı Araştırması ile ise bulaşıcı olmayan hastalıkların davranışsal ve biyolojik risk faktörlerinin toplumdaki sıklığı araştırılmıştır (39). Yapılan iki araştırmanın sonucuna göre bulaşıcı olmayan hastalıkların toplumların sağlığı üzerindeki tehlikesinin gittikçe arttığı gözlenmiştir. Tüm çalışmaların ışığı altında ve ulusal, uluslararası kurumların önerileri doğrultusunda Türkiye’de, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını destekleyen sağlığı geliştirme programları şu şekildedir (62):

- Genişletilmiş Bağışıklama Programı
- Aşı ile Önlenebilir Hastalıklarla İlgili Programlar (Polio Eradikasyon Programı, Maternal ve Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı, Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programı gibi)
- Bulaşıcı, Zoonotik ve Vektörel Hastalıklarla İlgili Programlar (Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (AIDS), Solunum Yoluyla Bulaşan Enfeksiyonlar (İnfluenza, COVID-19), Su ve Besinlerle Bulaşan Hastalıklar, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, Kuduz, Bruselloz, Sıtma ve Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı gibi)
- Ulusal Neonatal Tarama Programı
- Evlilik Öncesi Hemoglobino-pati Tarama Programı
- Ulusal Kanser Kontrol Programı
- Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı
- Türkiye Diyabet Programı
- Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı
- Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı
- Türkiye Kalp Ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı
- Türkiye Kas İskelet Sistemi Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı
- Erişkin Bazı Metabolizma Hastalıkları (Tiroid, Osteoporoz, Gut) ve Çölyak Hastalığı Kontrol Programı
- Ulusal Tütün Kontrol Programı
- Madde ve Alkol Bağımlılığıyla İlgili Programlar
- İklim Değişikliğinin Sağlık Üzerine Olumsuz Etkilerinin Azaltılması Ulusal Programı

Tüm programlarda genel çerçevede yapılanlar şu şekildedir: ilgili sağlık sorunu ve risk faktörleri konusunda toplumu bilgilendirmek, toplumsal farkındalığı arttırmak, risk faktörleri konusunda olumlu ve kalıcı sağlık davranışları oluşturmak, hastalığın erken tespitini, etkin tedavisini ve rehabilitasyonunu sağlamak.

Sağlığı geliştirme programları kapsayıcı ve çok yönlü olup, uygulamada sadece sağlık sistemi ve çalışanlarına değil toplumdaki bireylere ve diğer sektörlerde rol düşmektedir. Programların sağlık sistemini ilgilendiren kısmında sistemin tüm basamaklarına (1. basamak, 2. basamak, 3. basamak) görev düşmekle beraber 2. ve 3. basamaktaki yoğun hizmet talebi nedeniyle çoğu zaman hastalıkların tanısı ve tedavisine odaklanılmakta, koruyucu ve teşvik edici önlemler için yeterince zaman ayrılamamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlığın teşviki ve koruyucu sağlık hizmetleri ile teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, düşük maliyetle etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumunu kapsamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları ilçe sağlık müdürlükleri, toplum sağlığı merkezi (TSM), ASM, halk sağlığı laboratuvarı, 112 acil sağlık hizmeti birimleri ve entegre ilçe devlet hastaneleridir (63).

Sağlık ocakları ve sonrasında Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında dönüştüğü aile hekimliği sistemi birinci basamak sağlık hizmetlerinin en yoğun sunulduğu yerlerdir. 2021 yılında ülkemizdeki hekime müracaat sayılarının %36'sı birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılmışken, bunların da yaklaşık %97'si aile hekimliğine yapılan başvurulardan oluşmaktadır (64). Aile hekimliği sisteminde belirli sayıdaki bir nüfusa hizmet vermesi için oluşturulmuş Aile Hekimliği Birimleri bulunmaktadır. Her bir aile hekimliği biriminde sözleşme ile görev yapan bir adet aile hekimi ve bir adet aile sağlığı çalışanı (ebe, hemşire, sağlık memuru vb.) görev yapmaktadır.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde belirlenen aile hekiminin görevlerinden biri sağlıkla ilgili olarak kendilerine kayıtlı kişilere rehberlik yapmak ile sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetleri vermektir (65). Yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaların dışında aile hekiminin kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemesi de

gerekmektedir. Bu rutin değerlendirmelere hasta başvurularını da ekleyince aile hekimliği personeli kendilerine kayıtlı nüfusla sık sık bir araya gelmektedir.

Aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelleri mesleki eğitimlerinde öğrendikleri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, hizmet verdikleri nüfusa günlük hayatlarında uygulamaları için sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetler kapsamında önermektedirler. Hastalarına önerdikleri ve onları yönlendirdikleri bu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamada bir rol model olarak kendilerinin de bu davranışları sergilemeleri gerekmektedir.

Ülkemizde sağlık ocağı ve/veya aile sağlığı merkezinde yapılan araştırmalarda sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur (66-69). Sağlık alışanlarının bu davranışların önemini ve uzun dönemde insan yaşamı üzerindeki önemli etkilerini iyi bilmelerine ve hastalarına uygulamaları adına önermelerine rağmen kendi yaşamlarında bu davranışlara yer vermemeleri düşündürücü olmuştur. Toplumun genel sağlık düzeyinin yükseltilebilmesi açısından aile hekimliği personellerinin, hem kendi sağlıklarını geliştirmek, hem de hizmet verdikleri nüfusa bu konuda örnek olup motivasyon sağlayabilmek için bu davranışlara daha fazla önem vermesi gerekmektedir.

### 3. AMAÇ

Araştırmanın amacı Antalya merkez ilçelerindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyini ve bunu etkileyen faktörleri tespit etmektir.

#### 3.1. Kısa Erimli Amaçlar

- Aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düzeyini belirlemek,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından meslekleri karşılaştırmak,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından ilçeleri karşılaştırmak,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etki eden sosyodemografik değişkenleri saptamak,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etki eden mesleki değişkenleri saptamak,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etki eden sağlık durumu değişkenlerini saptamak,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etki eden günlük yaşam tercihlerini saptamaktır.

#### 3.2. Uzun Erimli Amaçlar

- Hedeflenen çalışma grubunda sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda farkındalığı artırmak,
- Hedeflenen çalışma grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kendi yaşamlarında uygulamalarını sağlamak,
- Hedeflenen çalışma grubunun hastalarını sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamaları konusunda teşvik etmelerini sağlamak,
- Çalışma sonucu elde edilen bulgularla literatüre katkı sağlamaktır.

## **4. GEREÇ ve YÖNTEM**

### **4.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma kesitsel tipte bir saha araştırmasıdır.

### **4.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Antalya ili Akdeniz bölgesinde olup, 2022 yılı itibariyle 2.688.004 kişilik nüfusu ile Türkiye'nin en kalabalık 5. şehri olarak kayıtlara geçmiştir (70). Toplam ilçe sayısı 19 olup, bunlardan 5 tanesi merkez ilçe konumundadır: Bu saha araştırması; Aksu, Döşemealtı, Kepez, Konyaaltı ve Muratpaşa olmak üzere Antalya'nın 5 merkez ilçesinde yürütülmüştür. Antalya Aksu ilçesi nüfusu 77.623, Döşemealtı ilçesi nüfusu 79.495, Kepez ilçesi nüfusu 608.674, Konyaaltı ilçesi nüfusu 204.795 ve Muratpaşa ilçesi nüfusu 526.293 kişi olmak üzere toplam 1.496.880 kişi ile Antalya ili nüfusunun %55,6'sını oluşturmaktadır (71).

Antalya ilinde Eylül 2022 itibariyle toplamda 258 adet ASM bulunmaktadır. ASM'lerin 11 tanesi Aksu ilçesi, 9 tanesi Döşemealtı ilçesi, 51 tanesi Kepez ilçesi, 19 tanesi Konyaaltı ilçesi, 46 tanesi de Muratpaşa ilçesinde olmak üzere toplam 136 ASM merkez ilçelerde (İl genelindeki ASM'lerin %52,7'si) yer almaktadır. İldeki ASM'lerin içerisinde toplam 826 adet aile hekimliği birimi (AHB) bulunmaktadır. AHB'lerinin 26 tanesi Aksu ilçesi, 21 tanesi Döşemealtı ilçesi, 192 tanesi Kepez ilçesi, 51 tanesi Konyaaltı, 165 tanesi de Muratpaşa ilçesinde olmak üzere toplam 455 AHB merkez ilçelerde (İl genelindeki ASM'lerin %55,0'ı) yer almaktadır.

Araştırma verileri Ekim 2022-Aralık 2022 tarihleri arasında Aksu, Döşemealtı, Kepez, Konyaaltı ve Muratpaşa ilçelerinde yer alan ASM'lerde toplanmıştır.

### **4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evreni olarak Aksu, Döşemealtı, Kepez, Konyaaltı ve Muratpaşa ilçelerinde yer alan ASM'lerde çalışan tüm aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları belirlenmiştir. Örneklem seçimi yapılmamış olup, aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla, aile hekimlerinin ferden veya müştereken, işveren

statüsüyle çalıştırdığı ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi diğer sağlık personelleri çalışmaya dahil edilmemiştir.

Aksu ilçesinde yer alan 11 aile sağlığı merkezine bağlı 26 aile hekimliği birimi içerisinde 26 aile hekimi ve 23 aile sağlığı çalışanı görev yapmakta olup, geriye kalan pozisyonlar boştur.

Döşemealtı ilçesinde yer alan 9 aile sağlığı merkezine bağlı 21 aile hekimliği birimi içerisinde 21 aile hekimi ve 19 aile sağlığı çalışanı görev yapmakta olup, geriye kalan pozisyonlar boştur.

Kepez ilçesinde yer alan 51 aile sağlığı merkezine bağlı 192 aile hekimliği birimi içerisinde 189 aile hekimi ve 176 aile sağlığı çalışanı görev yapmakta olup, geriye kalan pozisyonlar boştur.

Konyaaltı ilçesinde yer alan 19 aile sağlığı merkezine bağlı 51 aile hekimliği birimi içerisinde 50 aile hekimi ve 48 aile sağlığı çalışanı görev yapmakta olup, geriye kalan pozisyonlar boştur.

Muratpaşa ilçesinde yer alan 46 aile sağlığı merkezine bağlı 165 aile hekimliği birimi içerisinde 163 aile hekimi ve 152 aile sağlığı çalışanı görev yapmakta olup, geriye kalan pozisyonlar boştur.

Toplamda 136 aile sağlığı merkezine bağlı 455 aile hekimliği biriminde çalışan 449 aile hekimi ve 418 aile sağlığı çalışanı çalışmaya dahil edilmiştir. Toplamda 6 aile hekimliği pozisyonu ve 37 aile sağlığı çalışanı pozisyonu boş olup katılım yüzdesi hesaplamasına dahil edilmemiştir.

Toplamda 449 aile hekiminden araştırmaya katılmayı kabul edenlerin sayısı 347 olup, katılım yüzdesi %77,3, toplam 418 aile sağlığı çalışanından araştırmaya katılmayı kabul edenlerin sayısı 333 olup, katılım yüzdesi %79,7'dir. Toplam 867 aile sağlığı merkezi çalışanından çalışmaya katılmayı kabul edenlerin sayısı 680 olup, katılım yüzdesi %78,4'tür (Tablo 4.1. ve Tablo 4.2.). Anketler katılımcılara gözetim altında uygulanmıştır. İlk ziyarette iş yoğunluğundan dolayı doldurulamamış olan anketler ve izinde olup ulaşılamayan katılımcılar için iki hafta içinde iki ziyaret daha yapılmıştır.

Tablo 4.1. Aile Hekimlerinin Katılım Özellikleri

İlçe Adı	Aile Sağlığı Merkezi Sayısı	Aile Hekimliği Birimi Sayısı	Aile Hekimi Sayısı	Boş Kadro Sayısı	Katılan Sayısı	Reddeden Sayısı	İzinde Olan Sayısı	Katılım Yüzdesi (%)
Aksu	11	26	26	0	22	0	4	84,6
Döşemealtı	9	21	21	0	20	1	0	95,2
Kepez	51	192	189	3	144	6	39	76,2
Konyaaltı	19	51	50	1	35	1	14	70,0
Muratpaşa	46	165	163	2	126	10	27	77,3
Toplam	136	455	449	6	347	18	84	77,3

Tablo 4.2. Aile Sağlığı Çalışanlarının Katılım Özellikleri

İlçe Adı	Aile Sağlığı Merkezi Sayısı	Aile Hekimliği Birimi Sayısı	Aile Sağlığı Çalışanı Sayısı	Boş Kadro Sayısı	Katılan Sayısı	Reddeden Sayısı	İzinde Olan Sayısı	Katılım Yüzdesi (%)
Aksu	11	26	23	3	19	0	4	82,6
Döşemealtı	9	21	19	2	19	0	0	100,0
Kepez	51	192	176	16	141	7	28	80,1
Konyaaltı	19	51	48	3	33	2	13	68,7
Muratpaşa	46	165	152	13	121	4	27	79,6
Toplam	136	455	418	37	333	13	72	79,7

#### 4.4. İzinler

25.05.2022 tarihli 385 sayılı “Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu” onayı ve 23.09.2022 tarihli 69174694 sayılı “Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu” idari izni alınmıştır (Ek 1, Ek 2).

#### 4.5. Araştırma Takvimi

Araştırma konusu Ocak 2022’de belirlenmiştir. Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan ve Antalya İl Sağlık Müdürlüğü’nden gerekli izinler alındıktan sonra Ekim 2022’de veriler toplanmaya başlanmıştır. Veri toplaması tamamlandıktan sonra Aralık 2022’de analizler yapılmıştır. Araştırma rapor yazımı Haziran 2023’te tamamlanmıştır. Literatür ve kaynak incelemesi araştırma süresince devam etmiştir. Araştırma takvimi Tablo 4.3.’te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Araştırma Takvimi

	2022												2023					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
Konu seçimi	■	■	■															
Kaynak inceleme	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Araştırma planı			■	■	■													
Tez ön sunumu					■													
Etik kurul ve ek izinlerin alınması					■	■	■	■	■									
Veri toplanması										■	■	■						
Veri girişi ve analizi											■	■	■	■	■			
Rapor yazımı											■	■	■	■	■	■	■	■

#### 4.6. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Araştırmanın verileri iki bölümden oluşan anket formu ile toplanmıştır. Literatür taranarak oluşturulan anket formu ilk bölümünde 39 soru, ikinci bölümünde SYBDÖ-II'ye ait 52 soru olmak üzere toplam 91 sorudan oluşmaktadır (Ek 3).

##### 1. Bölüm:

Araştırmaya katılan kişilerin sosyodemografik bilgilerini, güncel ve geçmiş meslek hayatlarını, algıladıkları sağlık durumlarını, mevcut hastalık bilgilerini, beslenmeye dair davranışlarını, sigara ve alkol tüketimlerini sorgulayan 39 soru yer almaktadır.

##### 2. Bölüm:

Pender'in sağlığı geliştirmek için oluşturduğu modelin bileşenlerini test etmek amacıyla birçok ölçek geliştirilmiştir. Bunlardan biri de "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği"dir. Pender, Walker ve Sechrist tarafından 1987 yılında oluşturulan ilk versiyonunda 48 madde ve kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimini içeren 6 alt boyut yer almaktadır (20). Ölçeğin içerik geçerliliğini daha da güçlendirmek ve güncel bilim durumuna uyumunu artırmak için 1996'da revize edilerek ikinci versiyonu oluşturulmuş ve ismi "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II" olarak değiştirilmiştir (21). Ölçeğin madde sayısı 52'ye yükseltilmiş, alt boyut sayısı aynı kalmıştır. Alt boyutlar arasında yer alan kendini gerçekleştirme alt boyutunun ismi manevi gelişim, egzersiz alt boyutunun ismi fiziksel aktivite, kişiler arası destek alt boyutunun ismi kişiler arası ilişkiler olarak değiştirilmiştir.

Ölçeğin ilk versiyonunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizi 1997 yılında Esin tarafından yapılmış olup cronbach alpha değeri 0,91 bulunmuştur (72). İkinci versiyonunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizi 2008 yılında Bahar ve arkadaşları tarafından yapılmış olup cronbach alpha değeri 0,90 bulunmuştur (73).

Ölçeğin maddeleri dörtlü Likert tipi cevaplarla derecelendirilmiştir. “Hiçbir zaman” 1, “bazen” 2, “sık sık” 3, “düzenli olarak” 4 puan şeklinde puanlanmıştır. Ölçekte ters puanlandırılmış madde olmayıp, puanlar direkt toplanarak ölçek ve alt boyut puanları elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208’dir. Manevi gelişim alt boyutunu oluşturan 9 madde olup (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52) alınabilecek en düşük puan 9, en yüksek puan 36’dır. Sağlık sorumluluğu alt boyutunu oluşturan 9 madde olup (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51) alınabilecek en düşük puan 9, en yüksek puan 36’dır. Fiziksel aktivite alt boyutunu oluşturan 8 madde olup (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46) alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 32’dir. Beslenme alt boyutunu oluşturan 9 madde olup (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50) alınabilecek en düşük puan 9, en yüksek puan 36’dır. Kişiler arası ilişkiler alt boyutunu oluşturan 9 madde olup (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49) alınabilecek en düşük puan 9, en yüksek puan 36’dır. Stres yönetimi alt boyutunu oluşturan 8 madde olup (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47) alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 32’dir. Ölçek toplam puanında ve alt boyut puanlarında kesim noktası olmamakla birlikte, puanlar arttıkça, kişilerin daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergiledikleri şeklinde yorum yapılmaktadır.

#### 4.7. Değişkenler

##### Bağımlı değişkenler:

- SYBDÖ-II ölçeğinden alınan toplam puan ve alt ölçek puanları

##### Bağımsız değişkenler:

- Cinsiyet
- Yaş
- Boy (cm) (Katılımcı beyanı)
- Ağırlık (kg) (Katılımcı beyanı)
- Vücut kitle indeksi ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) (Boy ve ağırlık bilgisi kullanılarak hesaplandı)
- Eğitim durumu
- En uzun süre yaşanılan yer

- Medeni durumu
- Evli ise eşinin çalışma durumu
- Çocuk varlığı
- Çocuk varsa çocuk sayısı
- Aile tipi
- Hanede yaşayan toplam kişi sayısı
- Eve giren toplam aylık gelir miktarı (TL)
- Algılanan gelir durumu
- Meslek
- Çalışılan ilçe
- Çalışılan aile hekimliği birimine kayıtlı nüfus
- Çalışılan aile hekimliği biriminde mobil hizmet varlığı
- Meslekte geçirilen süre (yıl)
- Sağlık ocağı/aile hekimliği sisteminde geçirilen süre (yıl)
- Algılanan fiziksel sağlık durumu
- Algılanan ruhsal sağlık durumu
- Algılanan sosyal sağlık durumu
- Kronik hastalık varlığı
- Kronik hastalık varsa ismi
- Reçeteli sürekli kullanılan ilaç varlığı
- Ailede kronik hastalığı olan birey varlığı
- Hastalık durumu olmadan hekime gitme durumu
- Hastalık durumu olmadan hekime en son ne zaman gidildiği (ay)

- Hastalık durumu olmadan dış hekimine gitme durumu
- Hastalık durumu olmadan dış hekimine en son ne zaman gidildiği (ay)
- Profesyonel psikolojik destek alma durumu
- Algılanan stres düzeyi (1:En düşük, 10:En yüksek)
- Sağlıklı yaşadığına inanma durumu
- Yeterli ve dengeli beslendiğini düşünme durumu
- Gün içinde öğün atlama durumu
- Gün içinde en sık atlanan öğün
- Ağırlığın öznel değerlendirilmesi
- Boyuna uygun ağırlıkta olmak/kalmak için çaba sarf etme durumu
- Günlük ortalama uyku süresi (saat)
- Sigara içme durumu
- Sigara içiliyorsa günlük miktarı (adet)
- Alkol kullanma durumu

#### **4.8. Değişkenlerin Yeniden Gruplandırılması**

Yaş değişkeni sürekli sayısal bir değişken olduğu için aritmetik ortalaması alınmıştır. Bu ortalamaya göre '46 yaş ve altı' ile '47 yaş ve üstü' olarak iki kategorik değişkene dönüştürülmüştür.

Medeni durum değişkeninde literatürle uygun karşılaştırmalar yapabilmek için boşanmış ve eşi vefat etmiş olan katılımcılar teorik olarak tek yaşadıkları için bekar olan katılımcılarla birleştirilmiştir. Sonuçta 'Bekar, boşanmış ve eşi vefat etmiş' ile 'Evli' şeklinde iki kategorik değişken oluşturulmuştur.

Aile tipi değişkeninde literatürle uygun karşılaştırmalar yapabilmek için ve geniş aile sayısı az olduğu için çekirdek aile ile birleştirilerek 'Tek yaşayan' ve 'Aile ile yaşayan' şeklinde iki kategorik değişkene dönüştürülmüştür.

Eğitim durumu değişkeninde tüm pratisyen hekimlerin diploma derecesi yüksek lisans olarak, geri kalan katılımcıların ise beyan ettiği gibi kaydedilmiştir. Lise, önlisans ve lisans mezunu olan katılımcılar birleştirilerek ‘Lisans ve altı’, yüksek lisans, doktora ve uzmanlık mezunu katılımcılar birleştirilerek ‘Yüksek lisans/doktora ve uzmanlık’ olarak iki kategorik değişkene dönüştürülmüştür.

Vücut kitle indeksi değişkeni boy ve ağırlık bilgileri kullanılarak hesaplanıp 4 gruba ayrılmıştır. İndeksi 18,49 kg/cm<sup>2</sup>’nin altında ise zayıf, 18,50-24,99 kg/cm<sup>2</sup> arasında ise normal kilolu, 25,00-29,99 kg/cm<sup>2</sup> arasında ise fazla kilolu ve 30,00 kg/cm<sup>2</sup>’nin üstünde ise obez grubuna dahil edilmiştir. İstatistiksel analizlerin daha açıklayıcı olabilmesi için zayıf grubu, bir üst grup olan normal kilolu grubuyla birleştirilip ‘Zayıf ve normal’, ‘Fazla kilolu’ ve ‘Obez’ şeklinde üç kategorik değişkene dönüştürülmüştür.

Meslek değişkeninde tüm katılımcılar ASM’de çalışan sağlık personeli oldukları için, doktor olanlar ‘Aile hekimi’, hemşire ve ebe olanlar ise ‘Aile sağlığı çalışanı’ olarak yeniden isimlendirilip iki kategorik değişkene dönüştürülmüştür.

AHB nüfusu değişkeni sürekli sayısal bir değişken olup aritmetik ortalaması alınmıştır. Bu ortalamaya göre ‘3323 kişi ve altı’ ile ‘3324 kişi ve üstü’ olarak iki kategorik değişkene dönüştürülmüştür.

Meslekte geçirilen süre sürekli sayısal bir değişken olarak cevaplanmış olup, literatürle uygun karşılaştırmalar yapabilmek için ‘1-10 yıl’, ‘11-20 yıl’ ve ‘21 yıl ve üzeri’ şeklinde gruplandırılıp üç kategorik değişken oluşturulmuştur.

Algılanan fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık değişkenlerinde literatürle uygun karşılaştırmalar yapabilmek için ardışık kategoriler birleştirilmiştir. Algılanan sağlığı ‘Mükemmel, çok iyi ve iyi’ olan katılımcılar ‘iyi ve üzeri’ olarak birleştirilmiştir. ‘Orta ve kötü’ olan katılımcılar da birleştirilerek iki kategorik değişken oluşturulmuştur.

Uyku süresi değişkeninde Alameda çalışması kaynak olarak alınarak 7 ve 8 saat uyuyan katılımcılar birleştirilip ‘İdeal uyku süresi’, 7 saatten az uyuyan ve 8 saatten fazla uyuyan katılımcılar birleştirilip ‘İdeal olmayan uyku süresi’ şeklinde isimlendirilip iki kategorik değişkene dönüştürülmüştür (14).

Sigara içme durumu değişkeninde literatürle uygun karşılaştırmalar yapabilmek için hiç içmeyen ve içip bırakmış olan katılımcılar birleştirilerek ‘Hiç içmemiş/bırakmış’, ara sıra içenler ve her gün içenler birleştirilip ‘Ara sıra/her gün içiyor’ şeklinde isimlendirilip iki kategorik değişkene dönüştürülmüştür.

Alkol kullanma durumu değişkeninde hiç kullanmayan katılımcılar ‘Kullanmıyor’, diğerleri birleştirilip ‘Kullanıyor’ şeklinde isimlendirilip iki kategorik değişkene dönüştürülmüştür.

#### **4.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada toplanan verilerin analizi SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ise ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Sayısal veriler normal dağılıma uyduğu için iki sürekli değişkenin birbiri ile ilişkisi Pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. İki grup ortalamasının karşılaştırmasında bağımsız gruplarda t testi, üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında tek yönlü ANOVA kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık saptanan karşılaştırmalarda anlamlılığı yaratan grubu bulmak için posthoc test olarak Tukey testi uygulanmıştır. Bağımlı değişkenin birden çok bağımsız değişken ile değerlendirilmesi için çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Çoklu regresyon analizi ön şartlarının sağlandığı belirlenmiştir. Yapılan tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişkisi saptanan bağımsız değişkenler ile literatür taramasına göre ilişkili olabileceği düşünülen bağımsız değişkenler modele alınmıştır. Analize alınan bağımsız değişkenlerin ayrıntılı açıklaması bulgular bölümünün çoklu regresyon analizi alt başlığında, referans kategorileri ise Tablo 4.4.’te sunulmuştur. Analize alınan kategorik değişkenlerden 3 ve daha fazla kategoriye sahip olanlar dummy değişkene dönüştürülerek analiz uygulanmıştır. Analizde ‘Backward’ yöntemi seçilmiş olup bağımsız değişkenin modelde kalması için 0,05, modelden çıkarılması için 0,10 yanılıgı düzeyi kabul edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için sınır değer  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

Tablo 4.4. Çoklu Regresyon Analizinde Kullanılan Değişkenler ve Özellikleri

Bağımsız Değişkenler	Değişken Türü	Referans Grup
Yaş	Numerik	
Cinsiyet	Dikotom	Erkek
Vücut kitle indeksi	Numerik	
En uzun süre yaşanan yer	Nominal	Köyde yaşama
Medeni durum	Dikotom	Evli
Çocuk varlığı	Dikotom	Yokluğu
Aile tipi	Dikotom	Aile ile yaşayan
Hane geliri	Numerik	
Eğitim durumu	Dikotom	Yüksek lisans ve üstü
Meslek	Dikotom	Aile sağlığı çalışanı
Mesleki deneyim süresi	Numerik	
Aile hekimliği birimi nüfusu	Dikotom	3324 ve üstü
Algılanan fiziksel sağlık	Dikotom	Orta ve kötü
Algılanan ruhsal sağlık	Dikotom	Orta ve kötü
Algılanan sosyal sağlık	Dikotom	Orta ve kötü
Kronik hastalık varlığı	Dikotom	Yokluğu
Düzenli ilaç kullanma	Dikotom	Kullanmama
Ailede kronik hastalıklı birey varlığı	Dikotom	Yokluğu
Genel sağlık taraması yaptırma	Dikotom	Yaptırmama
Ağız ve diş sağlığı taraması yaptırma	Dikotom	Yaptırmama
Algılanan stres düzeyi	Numerik	
Sağlıklı yaşadığına inanma	Dikotom	İnanmama
Yeterli ve dengeli beslendiğini düşünme	Dikotom	Düşünmeme
Ana öğün atlama	Dikotom	Atlamama
Boya uygun ağırlıkta olmaya/kalmaya çabalama	Dikotom	Çabalamama
Ağırlık değerlendirme durumu	Nominal	Olmaması gerektiği gibi
Uyku süresinin ideal olması	Dikotom	Olmaması
Sigara kullanımı	Dikotom	Kullanma
Alkol kullanımı	Dikotom	Kullanma

## 5. BULGULAR

### 5.1. Tanımlayıcı Bulgular

#### 5.1.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ait tanımlayıcı bilgiler Tablo 5.1 ve Tablo 5.2’de sunulmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması ve standart sapması  $46,35 \pm 8,36$  olup minimum 26, maksimum 71’dir. Katılımcıların %49,4’ü (n=336) 46 yaş ve altında, %50,6’sı (n=344) 47 yaş ve üstündedir. Katılımcıların %70,3’ü (n=478) kadın, %29,7’si (n=202) erkektir. Katılımcıların %47,9’unun (n=326) eğitim durumu yüksek lisans/doktora, %32,4’ünün (n=220) lisans, %11,8’inin (n=80) ön lisans, %6,3’ünün (n=43) tıpta uzmanlık ve %1,6’sının (n=11) lise mezunudur. Katılımcıların %86,5’inin (n=588) yaşamının büyük bölümünün geçtiği yer il merkezi, %11,6’sının (n=79) ilçe, %1,9’unun (n=13) köydür.

Tablo 5.1. Katılımcıların Yaş Özellikleri

Özellik	Ortalama $\pm$ SS	Minimum-Maksimum
Yaş	46,35 $\pm$ 8,36	26-71

Tablo 5.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Tanımlayıcı Bilgiler

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Yaş Grubu</b>		
46 yaş ve altı	336	49,4
47 yaş ve üstü	344	50,6
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	478	70,3
Erkek	202	29,7
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lise	11	1,6
Ön Lisans	80	11,8
Lisans	220	32,4
Yüksek Lisans/Doktora	326	47,9
Uzmanlık	43	6,3
<b>Yaşamın Büyük Bölümünü Geçirilen Yer</b>		
İl Merkezi	588	86,5
İlçe	79	11,6
Köy	13	1,9

Katılımcıların medeni durum ve hane yapısına ait tanımlayıcı bilgiler Tablo 5.3 ve Tablo 5.4'te sunulmuştur. Katılımcıların %80,1'inin (n=545) medeni durumu evli, %12,1'inin (n=82) boşanmış, %6,9'unun (n=47) bekar, %0,9'unun (n=6) eşi vefat etmiştir. Evli olan katılımcılardan %89,9'unun (n=490) eşi çalışırken, %10,1'inin (n=55) eşi çalışmamaktadır. Katılımcıların %89,1'inin (n=606) çocuğu var iken, %10,9'unun (n=74) çocuğu yoktur. Katılımcıların yaşadığı haneye bakıldığında %86,6'sı (n=589) eş ve/veya çocuklardan oluşan çekirdek ailede, %11,8'i (n=80) tek başına, %1,6'sı (n=11) geniş ailede yaşamaktadır. Çocuklu ailelerdeki ortalama çocuk sayısı ve standart sapması  $1,79 \pm 0,64$  olup minimum 1, maksimum 4'tür.

Tablo 5.3. Katılımcıların Medeni Durum ve Hane Yapısına Ait Özellikler

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	47	6,9
Evli	545	80,1
Boşanmış	82	12,1
Eşi Vefat Etmiş	6	0,9
<b>Evli Olanların Eşinin Çalışma Durumu (n=545)</b>		
Evet	490	89,9
Hayır	55	10,1
<b>Çocuk Varlığı</b>		
Var	606	89,1
Yok	74	10,9
<b>Aile Tipi</b>		
Tek Yaşıyor	80	11,8
Çekirdek Aile	589	86,6
Geniş Aile	11	1,6

Tablo 5.4. Katılımcıların Çocuk Sayısına Ait Özellikler

Özellik	Ortalama $\pm$ SS	Minimum-Maksimum
Çocuk Sayısı	$1,79 \pm 0,64$	1-4

Katılımcıların gelirlerine ait tanımlayıcı bilgiler Tablo 5.5 ve Tablo 5.6’da sunulmuştur. Katılımcıların algılanan gelir düzeyine bakıldığında %47,9’unun (n=326) geliri giderine eşit, %32,2’sinin (n=219) geliri giderinden düşük, %19,9’unun (n=135) geliri giderinden fazladır. Katılımcıların hanesine giren toplam aylık gelir ortalama ve standart sapması 31.330,63±15.939,31 TL, minimum 8.500 TL, maksimum 120.000 TL’dir. Katılımcıların hanesinde yaşayan kişi başına düşen aylık gelir ortalama ve standart sapması 12.085,30±8.734,35 TL, minimum 1.800, maksimum 80.000 TL’dir.

Tablo 5.5. Katılımcıların Algılanan Gelir Düzeyine Ait Özellikler

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Algılanan Gelir Düzeyi</b>		
Geliri Giderinden Düşük	219	32,2
Geliri Giderine Eşit	326	47,9
Geliri Giderinden Yüksek	135	19,9

Tablo 5.6. Katılımcıların Hane Gelirlerine Ait Tanımlayıcı Bilgiler

Özellik	Ortalama±SS	Minimum-Maksimum
Haneye Giren Toplam Aylık Gelir (TL)	31.330,63±15.939,31	8.500-120.000

### 5.1.2. Araştırma Grubunun Antropometrik Ölçüm Değerleri

Katılımcıların antropometrik ölçüm değerlerine ait tanımlayıcı bilgiler Tablo 5.7 ve Tablo 5.8’de sunulmuştur. Katılımcıların boy ortalama ve standart sapması 166,04±8,41 santimetre, minimum 150, maksimum 198 santimetredir. Katılımcıların ağırlık ortalama ve standart sapması 72,18±14,45 kilogram, minimum 43, maksimum 130 kilogramdır. Katılımcıların vücut kitle indeksi ortalama ve standart sapması 26,07±4,12, minimum 17,24, maksimum 41,95 kg/cm<sup>2</sup>’dir. Katılımcıların vücut kitle indeksine göre %44,8’i (n=305) normal, %37,5’i (n=255) fazla kilolu, %16,5’i (n=112) obez, %1,2’si (n=8) zayıf kilolu gruptadır.

Tablo 5.7. Katılımcıların Antropometrik Ölçüm Değerlerine Ait Özellikler

Özellik	Ortalama±SS	Minimum-Maksimum
Boy (cm)	166,04±8,41	150-198
Ağırlık (kg)	72,18±14,45	43-130
Vücut Kitle İndeksi (kg/cm <sup>2</sup> )	26,07±4,12	17,24-41,95

Tablo 5.8. Katılımcıların Vücut Kitle İndeksi Gruplarına Ait Özellikler

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Vücut Kitle İndeksi Grupları</b>		
Zayıf	8	1,2
Normal	305	44,8
Fazla Kilolu	255	37,5
Obez	112	16,5

### 5.1.3. Araştırma Grubunun Meslek ve Çalışma Hayatlarına Dair Özellikler

Katılımcıların meslek ve çalışma yerine ait tanımlayıcı bilgiler Tablo 5.9’da sunulmuştur. Katılımcıların %51,0’ı (n=347) doktor, %29,1’i (n=198) ebe, %19,9’u (n=135) hemşiredir. Katılımcıların çalıştıkları ASM’nin %41,9’u (n=285) Kepez, %36,3’ü (n=247) Muratpaşa, %10,0’u (n=68) Konyaaltı, %6,0’ı (n=41) Aksu, %5,8’i (n=39) Döşemealtı ilçesindedir. Katılımcıların çalıştıkları AHB’nin %0,9’unun (n=6) mobil hizmeti var iken, %99,1’nin (n=674) yoktur.

Tablo 5.9. Katılımcıların Meslek ve Çalışma Yerine Ait Tanımlayıcı Bilgiler

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Meslek</b>		
Doktor	347	51,0
Hemşire	135	19,9
Ebe	198	29,1
<b>ASM’nin Bulunduğu İlçe</b>		
Aksu	41	6,0
Döşemealtı	39	5,8
Kepez	285	41,9
Konyaaltı	68	10,0
Muratpaşa	247	36,3
<b>AHB’nin Mobil Hizmet Varlığı</b>		
Var	6	0,9
Yok	674	99,1

Katılımcıların çalıştığı AHB ve meslek yaşamlarına ait bilgiler Tablo 5.10 ve Tablo 5.11’de sunulmuştur. Katılımcıların çalıştığı AHB’nin toplam nüfus ortalama ve standart sapması 3323,58±624,05, minimum 1100, maksimum 4000 kişidir. Katılımcıların mesleklerinde geçirdikleri süre ortalama ve standart sapması 23,55±8,44 yıl, minimum 1, maksimum 43 yıldır. Katılımcıların sağlık ocağı/ASM sisteminde geçirdikleri süre ortalama ve standart sapması 10,58±6,41 yıl, minimum 1, maksimum 35 yıldır. Katılımcıların %41,0’nın (n=279) çalıştıkları AHB’nin nüfusu 3323 ve altındayken, %59,0’nın (n=401) nüfusu 3324 ve üzerindedir. Katılımcıların %10,0’nın (n=68) meslek yaşamlarında 1-10 yıl arası zaman geçmişken, %24,3’ünde (n=165) 11-20 yıl arası, %65,7’sinde (n=447) ise 21 yıl ve üzeri zaman geçmiştir.

Tablo 5.10. Katılımcıların Çalıştığı AHB ve Meslek Yaşamlarına Ait Bilgiler

Özellik	Ortalama±SS	Minimum-Maksimum
Çalışılan AHB’nin Toplam Nüfusu	3323,58±624,05	1100-4000
Meslekte Geçirilen Süre (yıl)	23,55±8,44	1-43
Sağlık Ocağı/ASM Sisteminde Geçirilen Süre (yıl)	10,58±6,41	1-35

Tablo 5.11. Katılımcıların Çalıştığı AHB Nüfusu ve Meslekte Geçirdikleri Süreye Ait Tanımlayıcı Bilgiler

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>AHB Nüfusu</b>		
3323 ve Altı	279	41,0
3324 ve Üstü	401	59,0
<b>Meslekte Geçirilen Süre</b>		
1-10 Yıl Arası	68	10,0
11-20 Yıl Arası	165	24,3
21 Yıl ve Üzeri	447	65,7

#### 5.1.4. Araştırma Grubunun Beyanına Göre Bazı Sağlık Göstergeleri

Katılımcıların algılanan sağlık düzeylerine ait bilgiler Tablo 5.12’de sunulmuştur. Katılımcıların algılanan fiziksel sağlık düzeyi %3,1’inde (n=21) mükemmel, %12,9’unda (n=88) çok iyi, %53,7’sinde (n=365) iyi, %27,7’sinde (n=188) orta, %2,6’sında (n=18) kötüdür. Algılanan ruhsal sağlık düzeyi %1,8’inde (n=12) mükemmel, %11,3’ünde (n=77) çok iyi, %47,2’sinde (n=321) iyi, %32,3’ünde (n=220) orta, %7,4’ünde (n=50) kötüdür. Algılanan sosyal sağlık düzeyi %2,8’inde (n=19) mükemmel, %10,3’ünde (n=70) çok iyi, %32,3’ünde (n=220) iyi, %35,3’ünde (n=240) orta, %19,3’ünde (n=131) kötüdür.

Tablo 5.12. Katılımcıların Algılanan Sağlık Düzeylerine Ait Bilgiler

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Algılanan Fiziksel Sağlık Düzeyi</b>		
Mükemmel	21	3,1
Çok İyi	88	12,9
İyi	365	53,7
Orta	188	27,7
Kötü	18	2,6
<b>Algılanan Ruhsal Sağlık Düzeyi</b>		
Mükemmel	12	1,8
Çok İyi	77	11,3
İyi	321	47,2
Orta	220	32,3
Kötü	50	7,4
<b>Algılanan Sosyal Sağlık Düzeyi</b>		
Mükemmel	19	2,8
Çok İyi	70	10,3
İyi	220	32,3
Orta	240	35,3
Kötü	131	19,3

Katılımcıların mevcut kronik hastalık ve ilaç kullanım durumlarına ait bilgiler Tablo 5.13'te sunulmuştur. Katılımcıların %54,9'unun (n=373) kronik hastalığı varken, %45,1'inin (n=307) yoktur. Kronik hastalığı olanların hangi hastalıklara sahip olduğuna bakıldığında en çok beyan edilen 3 hastalık sırasıyla %32,9 (n=123) ile hipertansiyon, %28,4 (n=106) ile bel/boyun ağrısı ve %20,3 (n=76) ile tiroid hastalıklarıdır. Katılımcıların %44,3'ü (n=301) reçeteli düzenli ilaç kullanırken, %55,7'si (n=379) kullanmamaktadır. Katılımcıların %63,4'ünün (n=431) ailesinde kronik hastalığa sahip bir birey var iken, %36,6'sının (n=249) yoktur.

Tablo 5.13. Katılımcıların Mevcut Kronik Hastalık ve İlaç Kullanım Durumlarına Ait Bilgiler

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>		
Var	373	54,9
Yok	307	45,1
<b>Kronik Hastalığın Adı*</b>		
Hipertansiyon	123	32,9
Bel/Boyun Ağrısı	106	28,4
Tiroid Hastalıkları	76	20,3
Diyabet	51	13,6
Psikiyatrik Hastalıklar	45	12,0
Kalp Damar Hastalıkları	37	9,9
Obezite	34	9,1
Astım/KOAH	32	8,5
Kanser	8	2,1
Böbrek Hastalıkları	7	1,8
Osteoporoz	3	0,8
Diğer Hastalıklar	88	23,5
<b>Reçeteli Düzenli İlaç Kullanım Durumu</b>		
Evet	301	44,3
Hayır	379	55,7
<b>Ailede Kronik Hastalığın Olan Kişi Varlığı</b>		
Var	431	63,4
Yok	249	36,6

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların sağlık hizmeti alma davranışlarına ait bilgiler Tablo 5.14'te sunulmuştur. Katılımcıların %31,3'ü (n=213) hastalık durumu olmadan genel sağlık taramasına giderken, %68,7'si (n=467) gitmemektedir. Katılımcıların %34,4'ü (n=234) hastalık durumu olmadan ağız ve diş sağlığı muayenesine giderken, %65,6'sı (n=446) gitmemektedir. Katılımcıların %4,4'ü (n=30) profesyonel bir psikolojik destek alırken, %95,6'sı (n=650) almamaktadır.

Tablo 5.14. Katılımcıların Sağlık Hizmeti Alma Davranışlarına Ait Bilgiler

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Hastalık Durumu Olmadan Hekime Gitme Durumu</b>		
Evet	213	31,3
Hayır	467	68,7
<b>Hastalık Durumu Olmadan Diş Hekimine Gitme Durumu</b>		
Evet	234	34,4
Hayır	446	65,6
<b>Profesyonel Psikolojik Destek Alma Durumu</b>		
Evet	30	4,4
Hayır	650	95,6

Katılımcıların son sağlık taramasına gitme süresine ait bilgiler Tablo 5.15'te sunulmuştur. Katılımcıların genel sağlık taramasına son gidişlerinden beri geçen süre ortalama ve standart sapması 12,98±23,56 ay, minimum 1, maksimum 144 aydır. Katılımcıların ağız ve diş sağlığı taramasına son gidişlerinden beri geçen süre ortalama ve standart sapması 11,02±19,35 ay, minimum 1, maksimum 144 aydır.

Tablo 5.15. Katılımcıların Son Sağlık Taramasına Gitme Süresine Ait Bilgiler

Özellik	Ortalama±SS	Minimum-Maksimum
Son Genel Sağlık Taramasından Beri Geçen Zaman (Ay)	12,98±23,56	1-144
Son Ağız ve Diş Sağlığı Taramasından Beri Geçen Zaman (Ay)	11,02±19,35	1-144

Katılımcıların algılanan stres düzeyine ait bilgiler Tablo 5.16 ve Tablo 5.17'de sunulmuştur. Katılımcıların algılanan stres düzeyi ortalama ve standart sapması 6,12±2,12, minimum 1, maksimum 10'dur. Algılanan stres düzeyi katılımcıların %52,8'inde (n=359) 6 puan ve altındayken, %47,2'sinde (n=321) 7 puan ve üstündedir.

Tablo 5.16. Katılımcıların Algılanan Stres Düzeyine Ait Bilgiler

Özellik	Ortalama±SS	Minimum-Maksimum
Algılanan Stres Düzeyi	6,12±2,12	1-10

Tablo 5.17. Katılımcıların Algılanan Stres Düzeyine Ait Grup Özellikleri

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Stres Düzeyi</b>		
6 puan ve altı	359	52,8
7 puan ve üstü	321	47,2

### 5.1.5. Araştırma Grubunun Günlük Yaşantısına Dair Bazı Özellikler

Katılımcıların sağlık ve vücutları ile ilgili algı düzeylerine ait bilgiler Tablo 5.18’de sunulmuştur. Katılımcıların %40,1’i (n=273) sağlıklı yaşadığına inanıyor iken, %59,9’u (n=407) inanmamaktadır. Katılımcıların %61,5’i (n=418) ağırlığının olması gerektiğinden fazla olduğunu, %37,2’si (n=253) ağırlığının olması gerektiği gibi olduğunu, %1,3’ü (n=9) ağırlığının olması gerektiğinden az olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların %68,2’si (n=464) boyuna uygun ağırlıkta olmak veya kalmak için çaba sarf ederken, %31,8’i (n=216) çaba sarf etmemektedir.

Tablo 5.18. Katılımcıların Sağlık ve Vücutları İle İlgili Algı Düzeylerine Ait Bilgiler

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Sağlıklı Yaşadığına İnanma Durumu</b>		
Evet	273	40,1
Hayır	407	59,9
<b>Ağırlığı Değerlendirme Durumu</b>		
Olması Gerektiğinden Fazla	418	61,5
Olması Gerektiğinden Az	9	1,3
Olması Gerektiği Gibi	253	37,2
<b>Boya Uygun Ağırlıkta Olmak/Kalmak İçin Çaba Sarf Etme Durumu</b>		
Evet	464	68,2
Hayır	216	31,8

Katılımcıların beslenme durumlarına ait bilgiler Tablo 5.19’da sunulmuştur. Katılımcıların %55,6’sı (n=378) yeterli ve dengeli beslendiğini düşünüyorken, %44,4’ü (n=302) düşünmemektedir. Katılımcıların %66,9’u (n=455) gün içinde ana öğün atlarken, %33,1’i (n=225) ana öğün atlamamaktadır. Gün içinde öğün atlayan katılımcılar sırasıyla en fazla %58,2 (n=265) sabah, sonra %34,5 (n=157) öğle, en az da %7,3 (n=33) akşam yemeğini atladıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 5.19. Katılımcıların Beslenme Durumlarına Ait Bilgiler

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Yeterli ve Dengeli Beslendiğini Düşünme Durumu</b>		
Evet	378	55,6
Hayır	302	44,4
<b>Gün İçinde Ana Öğün Atlama Durumu</b>		
Evet	455	66,9
Hayır	225	33,1
<b>En Sık Atlanan Öğün (n=455)</b>		
Sabah	265	58,2
Öğlen	157	34,5
Akşam	33	7,3

Katılımcıların günlük uyku süresine ait bilgiler Tablo 5.20’de sunulmuştur. Katılımcıların günlük uyku süresi ortalama ve standart sapması  $6,94 \pm 1,15$  saat, minimum 1, maksimum 12 saattir.

Tablo 5.20. Katılımcıların Uyku Süresine Ait Bilgiler

Özellik	Ortalama $\pm$ SS	Minimum-Maksimum
Günlük Uyku Süresi (Saat)	$6,94 \pm 1,15$	1-12

Katılımcıların uyku süresinin ideal olma durumuna ait bilgiler Tablo 5.21’de sunulmuştur. Katılımcıların %62,5’inin (n=425) uyku süresi ideal, %37,5’inin (n=255) uyku süresi ideal değildir.

Tablo 5.21. Katılımcıların Uyku Süresinin İdeal Olma Durumuna Ait Bilgiler

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Uyku Süresinin İdeal Olma Durumu</b>		
Evet	425	62,5
Hayır	255	37,5

### 5.1.6. Araştırma Grubunun Sigara ve Alkol Kullanma Özellikleri

Katılımcıların sigara ve alkol kullanma durumuna ait bilgiler Tablo 5.22 ve Tablo 5.23'te sunulmuştur. Katılımcıların %53,4'ü (n=363) hiç sigara içmemiş, %21,6'sı (n=147) her gün içmekte, %16,8'i (n=114) önceden içmiş ancak bırakmış, %8,2'si (n=56) günde 1'den az (ara sıra) içmektedir. Katılımcıların %51,2'si (n=348) alkol hiç kullanmıyorken, %26,5'i (n=180) ayda 1 veya daha az, %15,7'si (n=107) ayda 2-4 kez, %4,4'ü (n=30) haftada 2-3 kez, %2,2'si (n=15) haftada 4 veya daha fazla kullanmaktadır. Katılımcıların günlük içtikleri sigara sayısı ortalama ve standart sapması  $14,86 \pm 7,39$ , minimum 1, maksimum 40 adettir.

Tablo 5.22. Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanma Durumuna Ait Bilgiler

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Sigara İçme Durumu</b>		
Hiç içmemiş	363	53,4
İçmiş, bırakmış	114	16,8
Ara sıra (günde 1'den az) içiyor	56	8,2
Her gün içiyor	147	21,6
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>		
Hiç kullanmıyor	348	51,2
Ayda 1 veya daha az kullanıyor	180	26,5
Ayda 2-4 kez kullanıyor	107	15,7
Haftada 2-3 kez kullanıyor	30	4,4
Haftada 4 veya daha fazla kullanıyor	15	2,2

Tablo 5.23. Katılımcıların Günlük İçtikleri Sigara Sayısına Ait Bilgiler

Özellik	Ortalama $\pm$ SS	Minimum-Maksimum
Günlük İçilen Sigara Sayısı	$14,86 \pm 7,39$	1-40

### 5.1.7. Araştırma Grubunun SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanları

Katılımcıların SYBDÖ-II'den aldıkları toplam ve alt ölçek puanları Tablo 5.24'te sunulmuştur. Manevi gelişim alt ölçeğinden alınan puan ortalama ve standart sapması  $25,28 \pm 4,71$ , minimum 11, maksimum 36'dır. Sağlık sorumluluğu alt ölçeğinden alınan puan ortalama ve standart sapması  $19,86 \pm 4,22$ , minimum 9, maksimum 34'tür. Fiziksel aktivite alt ölçeğinden alınan puan ortalama ve standart sapması  $16,46 \pm 5,29$ , minimum 8, maksimum 32'dir. Beslenme alt ölçeğinden alınan puan ortalama ve standart sapması  $21,49 \pm 3,88$ , minimum 10, maksimum 32'dir. Kişiler arası ilişkiler alt ölçeğinden alınan puan ortalama ve standart sapması  $24,27 \pm 3,92$ , minimum 13, maksimum 36'dır. Stres yönetimi alt ölçeğinden alınan puan ortalama ve standart sapması  $18,67 \pm 3,82$ , minimum 9, maksimum 31'dir. Katılımcıların ölçekten aldıkları toplam puan ortalama ve standart sapması  $126,05 \pm 19,87$ , minimum 66, maksimum 189'dur.

Tablo 5.24. Katılımcıların SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanları

Özellik	Soru Sayısı	Ortalama $\pm$ SS	Minimum-Maksimum
Manevi Gelişim Alt Ölçek Puanı	9	$25,28 \pm 4,71$	11-36
Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek Puanı	9	$19,86 \pm 4,22$	9-34
Fiziksel Aktivite Alt Ölçek Puanı	8	$16,46 \pm 5,29$	8-32
Beslenme Alt Ölçek Puanı	9	$21,49 \pm 3,88$	10-32
Kişiler Arası İlişkiler Alt Ölçek Puanı	9	$24,27 \pm 3,92$	13-36
Stres Yönetimi Alt Ölçek Puanı	8	$18,67 \pm 3,82$	9-31
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>	<b>52</b>	<b><math>126,05 \pm 19,87</math></b>	<b>66-189</b>

## 5.2. Araştırma Grubunun Özelliklerine Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

### 5.2.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerine Göre SYBDÖ-II Puanlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların cinsiyete göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.25'te gösterilmiştir.

Tablo 5.25. Katılımcıların Cinsiyete Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Cinsiyet	Ort. $\pm$ SS*	t	p
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Kadın	25,63 $\pm$ 4,47	2,831	<b>0,005</b>
	Erkek	24,45 $\pm$ 5,15		
Sağlık Sorumluluğu	Kadın	20,52 $\pm$ 3,98	6,146	<b>&lt;0,001</b>
	Erkek	18,31 $\pm$ 4,39		
Fiziksel Aktivite	Kadın	16,43 $\pm$ 5,33	-0,206	0,837
	Erkek	16,52 $\pm$ 5,19		
Beslenme	Kadın	21,77 $\pm$ 3,61	2,675	<b>0,008</b>
	Erkek	20,83 $\pm$ 4,39		
Kişiler Arası İlişkiler	Kadın	24,61 $\pm$ 3,80	3,410	<b>0,001</b>
	Erkek	23,49 $\pm$ 4,12		
Stres Yönetimi	Kadın	18,55 $\pm$ 3,80	-1,240	0,215
	Erkek	18,95 $\pm$ 3,86		
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Kadın	127,52 $\pm$ 19,26	2,983	<b>0,003</b>
	Erkek	122,57 $\pm$ 20,88		

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.25'de cinsiyete göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,003$ ). Kadın katılımcıların puan ortalaması, erkek katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyete göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla  $p=0,005$ ,  $p<0,001$ ,  $p=0,008$ ,  $p=0,001$ ). Belirtilen dört alt ölçekte de kadın katılımcıların puan ortalamaları, erkek katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların yaş grubuna göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.26’da gösterilmiştir.

Tablo 5.26. Katılımcıların Yaş Grubuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Yaş Grubu	Ort. ± SS*	t	p
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	46 yaş ve altı	25,17±4,68	-0,608	0,543
	47 yaş ve üstü	25,39±4,74		
Sağlık Sorumluluğu	46 yaş ve altı	20,08±4,03	1,326	0,185
	47 yaş ve üstü	19,65±4,40		
Fiziksel Aktivite	46 yaş ve altı	15,88±5,35	-2,807	<b>0,005</b>
	47 yaş ve üstü	17,02±5,18		
Beslenme	46 yaş ve altı	21,07±3,80	-2,830	<b>0,005</b>
	47 yaş ve üstü	21,90±3,91		
Kişiler Arası İlişkiler	46 yaş ve altı	24,28±3,90	0,061	0,952
	47 yaş ve üstü	24,27±3,96		
Stres Yönetimi	46 yaş ve altı	17,91±3,83	-5,218	<b>&lt;0,001</b>
	47 yaş ve üstü	19,41±3,68		
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	46 yaş ve altı	124,40±19,54	-2,143	<b>0,032</b>
	47 yaş ve üstü	127,66±20,08		

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.26’da yaş grubuna göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,032). 47 yaş ve üstünde olan katılımcıların puan ortalaması, 46 yaş ve altında olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Yaş grubuna göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla p=0,005, p=0,005, p<0,001). Belirtilen üç alt ölçekte de 47 yaş ve üstünde olan katılımcıların puan ortalamaları, 46 yaş ve altında olan katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların eğitim durumuna göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.27’de gösterilmiştir.

Tablo 5.27. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Ort. ± SS*</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Lisans ve altı	25,60±4,57	1,615	0,107
	Yüksek lisans ve uzmanlık	25,01±4,81		
Sağlık Sorumluluğu	Lisans ve altı	20,70±3,99	4,804	<0,001
	Yüksek lisans ve uzmanlık	19,16±4,29		
Fiziksel Aktivite	Lisans ve altı	16,26±5,37	-0,904	0,366
	Yüksek lisans ve uzmanlık	16,62±5,21		
Beslenme	Lisans ve altı	21,60±3,69	0,691	0,490
	Yüksek lisans ve uzmanlık	21,40±4,03		
Kişiler Arası İlişkiler	Lisans ve altı	24,51±3,70	1,433	0,152
	Yüksek lisans ve uzmanlık	24,08±4,10		
Stres Yönetimi	Lisans ve altı	18,3±3,84	-1,764	0,078
	Yüksek lisans ve uzmanlık	18,90±3,80		
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Lisans ve altı	127,07±19,46	1,227	0,220
	Yüksek lisans ve uzmanlık	125,19±20,19		

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.27’de eğitim durumuna göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır (p=0,220). Eğitim durumuna göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001). Bu alt ölçekte eğitim durumu lisans ve altında olan katılımcıların puan ortalamaları, eğitim durumu yüksek lisans ve uzmanlık olan katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların yaşamlarının büyük kısmını geçirdikleri yere göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.28’de gösterilmiştir.

Tablo 5.28. Katılımcıların Yaşamlarının Büyük Kısmını Geçirdikleri Yere Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Yaşanılan Yer	Ort. ± SS*	F	p
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	İl merkezi	25,25±4,75	5,635	<b>0,004<sup>1</sup></b>
	İlçe	24,78±4,37		
	Köy	29,46±2,50		
Sağlık Sorumluluğu	İl merkezi	19,82±4,26	2,089	0,125
	İlçe	19,75±3,88		
	Köy	22,23±4,26		
Fiziksel Aktivite	İl merkezi	16,51±5,36	6,477	<b>0,002<sup>1</sup></b>
	İlçe	15,35±4,02		
	Köy	20,92±6,33		
Beslenme	İl merkezi	21,46±3,83	6,859	<b>0,001<sup>1</sup></b>
	İlçe	21,07±4,03		
	Köy	25,30±3,54		
Kişiler Arası İlişkiler	İl merkezi	24,26±3,97	1,007	0,366
	İlçe	24,11±3,68		
	Köy	25,76±3,26		
Stres Yönetimi	İl merkezi	18,64±3,89	4,339	<b>0,013<sup>1</sup></b>
	İlçe	18,37±3,08		
	Köy	21,69±3,72		
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	İl merkezi	125,97±20,05	6,941	<b>0,001<sup>1</sup></b>
	İlçe	123,46±17,01		
	Köy	145,38±18,69		

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

<sup>1</sup> Post-hoc Tukey testi yapılmıştır.

Tablo 5.28’de yaşamının büyük kısmını geçirdikleri yere göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,001). Yaşamının büyük kısmını köyde geçiren katılımcıların puan ortalaması, ilde ve ilçede geçiren katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Yaşanılan yere göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla p=0,004, p=0,002, p=0,001, p=0,013). Belirtilen dört alt ölçekte de yaşamının büyük kısmını köyde geçiren katılımcıların puan ortalamaları, il ve ilçede geçiren katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların medeni durumlarına göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.29'da gösterilmiştir.

Tablo 5.29. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Medeni Durum	Ort. ± SS*	t	p
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Bekar, Boşanmış veya Dul Evli	24,53±5,03 25,46±4,61	-2,072	<b>0,039</b>
Sağlık Sorumluluğu	Bekar, Boşanmış veya Dul Evli	19,28±3,86 20,00±4,30	-1,775	0,076
Fiziksel Aktivite	Bekar, Boşanmış veya Dul Evli	17,01±5,41 16,32±5,25	1,361	0,174
Beslenme	Bekar, Boşanmış veya Dul Evli	20,89±3,86 21,64±3,87	-2,008	<b>0,045</b>
Kişiler Arası İlişkiler	Bekar, Boşanmış veya Dul Evli	23,92±3,83 24,36±3,95	-1,168	0,243
Stres Yönetimi	Bekar, Boşanmış veya Dul Evli	18,89±3,70 18,61±3,85	0,765	0,444
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Bekar, Boşanmış veya Dul Evli	124,55±1,78 126,42±19,89	-0,980	0,328

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.29'da medeni duruma göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır ( $p=0,328$ ). Medeni duruma göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında manevi gelişim ve beslenme alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla  $p=0,039$  ve  $p=0,045$ ). Her iki alt ölçekte de medeni durumu evli olan katılımcıların puan ortalamaları, medeni durumu bekar olan katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır.

Evli olan katılımcıların eşlerinin çalışma durumuna göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.30'da gösterilmiştir.

Tablo 5.30. Katılımcıların Eşlerinin Çalışma Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	<b>Eşin Çalışma Durumu</b>	<b>Ort. ± SS*</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Çalışıyor	25,56±4,55	1,382	0,167
	Çalışmıyor	24,65±5,13		
Sağlık Sorumluluğu	Çalışıyor	20,12±4,29	1,838	0,067
	Çalışmıyor	19,00±4,30		
Fiziksel Aktivite	Çalışıyor	16,22±5,33	-1,546	0,126
	Çalışmıyor	17,21±4,42		
Beslenme	Çalışıyor	21,52±3,81	-2,082	<b>0,038</b>
	Çalışmıyor	22,67±4,24		
Kişiler Arası İlişkiler	Çalışıyor	24,43±3,94	1,159	0,247
	Çalışmıyor	23,78±4,01		
Stres Yönetimi	Çalışıyor	18,60±3,83	-0,154	0,877
	Çalışmıyor	18,69±4,11		
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Çalışıyor	126,47±19,86	0,161	0,872
	Çalışmıyor	126,01±20,36		

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.30'da eşin çalışma durumuna göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır (p=0,872). Eşin çalışma durumuna göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında beslenme alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,038). Bu alt ölçekte eşi çalışmayan katılımcıların puan ortalaması, eşi çalışan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.31’de gösterilmiştir.

Tablo 5.31. Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	<b>Çocuk Varlığı</b>	<b>Ort. ± SS*</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Evet	25,38±4,70	1,543	0,123
	Hayır	24,48±4,70		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	19,89±4,27	0,469	0,639
	Hayır	19,64±3,83		
Fiziksel Aktivite	Evet	16,38±5,22	-1,116	0,265
	Hayır	17,10±5,78		
Beslenme	Evet	21,51±3,87	0,370	0,712
	Hayır	21,33±3,98		
Kişiler Arası İlişkiler	Evet	24,31±3,93	0,616	0,538
	Hayır	24,01±3,93		
Stres Yönetimi	Evet	18,68±3,83	0,245	0,806
	Hayır	18,56±3,77		
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Evet	126,16±19,93	0,410	0,682
	Hayır	125,16±19,47		

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.31’de çocuk sahibi olma durumuna göre SYBDÖ-II toplam puan ve alt ölçek puanları karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların sahip olduğu çocuk sayısı ile SYBDÖ-II toplam ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyon Tablo 5.32’de gösterilmiştir.

Tablo 5.32. Katılımcıların Sahip Olduğu Çocuk Sayısı ile SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu

	Çocuk Sayısı		
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>			
	<b>Pearson Korelasyon Katsayısı</b>	<b>N</b>	<b>p</b>
Manevi Gelişim	0,014	606	0,732
Sağlık Sorumluluğu	-0,020	606	0,629
Fiziksel Aktivite	0,010	606	0,805
Beslenme	0,079	606	0,052
Kişiler Arası İlişkiler	-0,021	606	0,601
Stres Yönetimi	0,045	606	0,266
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>			
	0,021	606	0,611

Tablo 5.32’de sahip olunan çocuk sayısı ile SYBDÖ-II toplam puan ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanamamıştır ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların aile tiplerine göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.33'te gösterilmiştir.

Tablo 5.33. Katılımcıların Aile Tipine Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	<b>Aile Tipi</b>	<b>Ort. ± SS*</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Tek yaşayan Aile ile yaşayan	23,81±5,42 25,48±4,57	-2,627	<b>0,010</b>
Sağlık Sorumluluğu	Tek yaşayan Aile ile yaşayan	18,97±3,83 19,98±4,26	-2,012	<b>0,045</b>
Fiziksel Aktivite	Tek yaşayan Aile ile yaşayan	17,13±5,84 16,37±5,21	1,117	0,267
Beslenme	Tek yaşayan Aile ile yaşayan	20,76±4,21 21,59±3,82	-1,801	0,072
Kişiler Arası İlişkiler	Tek yaşayan Aile ile yaşayan	23,07±3,89 24,44±3,90	-2,935	<b>0,003</b>
Stres Yönetimi	Tek yaşayan Aile ile yaşayan	18,86±3,86 18,64±3,82	0,477	0,633
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Tek yaşayan Aile ile yaşayan	122,62±20,48 126,51±19,76	-1,646	0,100

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.33'de aile tipine göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır ( $p=0,100$ ). Aile tipine göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında manevi gelişim, sağlık sorumluluğu ve kişiler arası ilişkiler alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla  $p=0,010$ ,  $p=0,045$  ve  $p=0,003$ ). Her üç alt ölçekte de ailesi ile birlikte yaşayan katılımcıların puan ortalamaları, tek yaşayan katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların algılanan gelir düzeyine göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.34'te gösterilmiştir.

Tablo 5.34. Katılımcıların Algılanan Gelir Düzeyine Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	<b>Algılanan Gelir Düzeyi</b>	<b>Ort. ± SS*</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Geliri giderinden düşük	24,93±4,69	5,337	<b>0,005<sup>1</sup></b>
	Geliri giderine eşit	25,03±4,76		
	Geliri giderinden yüksek	26,45±4,46		
Sağlık Sorumluluğu	Geliri giderinden düşük	20,20±4,27	1,471	0,230
	Geliri giderine eşit	19,82±4,08		
	Geliri giderinden yüksek	19,41±4,46		
Fiziksel Aktivite	Geliri giderinden düşük	16,05±5,54	2,492	0,084
	Geliri giderine eşit	16,37±4,97		
	Geliri giderinden yüksek	17,32±5,55		
Beslenme	Geliri giderinden düşük	21,41±4,00	1,671	0,189
	Geliri giderine eşit	21,32±3,67		
	Geliri giderinden yüksek	22,03±4,15		
Kişiler Arası İlişkiler	Geliri giderinden düşük	24,27±3,67	0,125	0,882
	Geliri giderine eşit	24,22±3,99		
	Geliri giderinden yüksek	24,42±4,17		
Stres Yönetimi	Geliri giderinden düşük	18,16±4,10	3,747	<b>0,024<sup>1</sup></b>
	Geliri giderine eşit	18,75±3,60		
	Geliri giderinden yüksek	19,28±3,92		
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Geliri giderinden düşük	125,05±21,20	1,827	0,162
	Geliri giderine eşit	125,53±19,09		
	Geliri giderinden yüksek	126,05±19,87		

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

<sup>1</sup> Post-hoc Tukey testi yapılmıştır.

Tablo 5.34'te algılanan gelir düzeyine göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır (p=0,162). Algılanan gelir düzeyine göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla p=0,005 ve p=0,024). Manevi gelişim alt ölçeğinde geliri giderinden yüksek olan katılımcıların puan ortalaması, diğer katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır. Stres yönetimi alt ölçeğinde ise geliri giderinden yüksek olan katılımcıların puan ortalaması, geliri giderinden düşük olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır.

## 5.2.2. Araştırma Grubunun Mesleki Özelliklerine Göre SYBDÖ-II

### Puanlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların mesleğine göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.35'te gösterilmiştir.

Tablo 5.35. Katılımcıların Mesleğine Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Meslek	Ort. ± SS*	t	p
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Aile hekimi	24,98±4,82	-1,703	0,089
	Aile sağlığı çalışanı	25,59±4,58		
Sağlık Sorumluluğu	Aile hekimi	19,06±4,27	-5,111	<b>&lt;0,001</b>
	Aile sağlığı çalışanı	20,69±4,01		
Fiziksel Aktivite	Aile hekimi	16,69±5,21	1,193	0,233
	Aile sağlığı çalışanı	16,21±5,36		
Beslenme	Aile hekimi	21,35±4,04	-0,948	0,344
	Aile sağlığı çalışanı	21,63±3,70		
Kişiler Arası İlişkiler	Aile hekimi	24,05±4,08	-1,543	0,123
	Aile sağlığı çalışanı	24,51±3,75		
Stres Yönetimi	Aile hekimi	18,95±3,78	1,955	0,051
	Aile sağlığı çalışanı	18,37±3,85		
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Aile hekimi	125,10±20,18	-1,268	0,205
	Aile sağlığı çalışanı	127,04±19,53		

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.35'te mesleğe göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır ( $p=0,205$ ). Mesleğe göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Bu alt ölçekte mesleği aile sağlığı çalışanı olan katılımcıların puan ortalaması, aile hekimi olan katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların çalıştıkları ilçeye göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.36’da gösterilmiştir.

Tablo 5.36. Katılımcıların Çalıştıkları İlçeye Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	<b>Çalışılan İlçe</b>	<b>Ort. ± SS*</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Aksu	24,92±4,72	0,676	0,609
	Döşemealtı	26,38±5,34		
	Kepez	25,13±4,42		
	Konyaaltı	25,41±4,75		
	Muratpaşa	25,30±4,92		
Sağlık Sorumluluğu	Aksu	19,14±3,87	0,887	0,471
	Döşemealtı	20,84±5,15		
	Kepez	19,76±4,01		
	Konyaaltı	19,85±4,64		
	Muratpaşa	19,95±4,25		
Fiziksel Aktivite	Aksu	16,80±4,43	1,264	0,283
	Döşemealtı	17,35±5,64		
	Kepez	15,94±5,16		
	Konyaaltı	16,72±5,23		
	Muratpaşa	16,78±5,50		
Beslenme	Aksu	21,65±4,23	0,726	0,574
	Döşemealtı	22,48±3,71		
	Kepez	21,44±3,91		
	Konyaaltı	21,47±3,82		
	Muratpaşa	21,37±3,83		
Kişiler Arası İlişkiler	Aksu	23,95±4,10	0,552	0,698
	Döşemealtı	24,94±4,37		
	Kepez	24,16±3,76		
	Konyaaltı	24,63±4,30		
	Muratpaşa	24,26±3,91		
Stres Yönetimi	Aksu	19,04±3,95	1,421	0,225
	Döşemealtı	19,15±3,58		
	Kepez	18,31±3,71		
	Konyaaltı	19,33±3,67		
	Muratpaşa	18,75±3,99		
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Aksu	125,53±19,57	1,054	0,378
	Döşemealtı	131,17±22,35		
	Kepez	124,77±19,03		
	Konyaaltı	127,42±19,92		
	Muratpaşa	126,43±20,43		

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.36’da çalışılan ilçeye göre SYBDÖ-II toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların mesleki deneyim süresine göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.37’de gösterilmiştir.

Tablo 5.37. Katılımcıların Mesleki Deneyim Süresine Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Mesleki Deneyim Süresi	Ort. $\pm$ SS*	F	p
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	1-10 yıl	25,63 $\pm$ 4,87	2,373	0,094
	11-20 yıl	24,59 $\pm$ 4,61		
	21 yıl ve üzeri	25,28 $\pm$ 4,71		
Sağlık Sorumluluğu	1-10 yıl	20,75 $\pm$ 4,68	1,797	0,167
	11-20 yıl	19,61 $\pm$ 3,70		
	21 yıl ve üzeri	19,82 $\pm$ 4,32		
Fiziksel Aktivite	1-10 yıl	16,42 $\pm$ 5,49	2,272	0,104
	11-20 yıl	15,71 $\pm$ 5,59		
	21 yıl ve üzeri	16,74 $\pm$ 5,12		
Beslenme	1-10 yıl	21,33 $\pm$ 4,00	5,345	<b>0,005<sup>1</sup></b>
	11-20 yıl	20,67 $\pm$ 3,66		
	21 yıl ve üzeri	21,82 $\pm$ 3,90		
Kişiler Arası İlişkiler	1-10 yıl	25,23 $\pm$ 4,06	3,563	<b>0,029<sup>1</sup></b>
	11-20 yıl	23,75 $\pm$ 3,48		
	21 yıl ve üzeri	24,32 $\pm$ 4,03		
Stres Yönetimi	1-10 yıl	17,58 $\pm$ 3,84	17,023	<b>&lt;0,001<sup>1</sup></b>
	11-20 yıl	17,48 $\pm$ 3,77		
	21 yıl ve üzeri	19,27 $\pm$ 3,71		
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	1-10 yıl	126,97 $\pm$ 20,78	5,016	<b>0,007<sup>1</sup></b>
	11-20 yıl	121,82 $\pm$ 18,98		
	21 yıl ve üzeri	127,47 $\pm$ 19,87		

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

<sup>1</sup> Post-hoc Tukey testi yapılmıştır.

Tablo 5.37’de mesleki deneyim süresine göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,007). Mesleki deneyim süresi 21 yıl ve üzeri olan katılımcıların puan ortalaması, 11-20 yıl arası olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyim süresine göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında beslenme, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla p=0,005, p=0,029 ve p=0,001). Beslenme alt ölçeğinde mesleki deneyim süresi 21 yıl ve üzeri olan katılımcıların puan ortalaması, 11-20 yıl arası olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Kişiler arası ilişkiler alt ölçeğinde mesleki deneyim süresi 1-10 yıl arası olan katılımcıların

puan ortalaması, 11-20 yıl arası olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Stres yönetimi alt ölçeğinde ise mesleki deneyim süresi 21 yıl ve üzeri olan katılımcıların puan ortalaması, hem 11-20 yıl arası hem de 1-10 yıl arası olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların AHB nüfuslarına göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.38’de gösterilmiştir.

Tablo 5.38. Katılımcıların AHB Nüfuslarına Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	AHB Nüfusu	Ort. $\pm$ SS*	t	p
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	3323 ve altı 3324 ve üstü	25,02 $\pm$ 4,71 25,46 $\pm$ 4,70	-1,211	0,226
Sağlık Sorumluluğu	3323 ve altı 3324 ve üstü	19,80 $\pm$ 4,01 19,90 $\pm$ 4,37	-0,307	0,759
Fiziksel Aktivite	3323 ve altı 3324 ve üstü	16,19 $\pm$ 4,92 16,64 $\pm$ 5,52	-1,119	0,263
Beslenme	3323 ve altı 3324 ve üstü	21,55 $\pm$ 3,77 21,45 $\pm$ 3,95	0,356	0,722
Kişiler Arası İlişkiler	3323 ve altı 3324 ve üstü	24,21 $\pm$ 3,92 24,32 $\pm$ 3,93	-0,356	0,722
Stres Yönetimi	3323 ve altı 3324 ve üstü	18,30 $\pm$ 3,73 18,93 $\pm$ 3,88	-2,087	<b>0,037</b>
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	3323 ve altı 3324 ve üstü	125,09 $\pm$ 18,70 126,72 $\pm$ 20,64	-1,073	0,284

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.38’de AHB nüfusuna göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır (p=0,284). AHB nüfusuna göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında stres yönetimi alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,037). Bu alt ölçekte AHB nüfusu 3324 ve üstü olan katılımcıların puan ortalaması, AHB nüfusu 3323 ve altı olan katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır.

### 5.2.3. Araştırma Grubunun Sağlık Özelliklerine Göre SYBDÖ-II Puanlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların algılanan fiziksel sağlık düzeyine göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.39'da gösterilmiştir.

Tablo 5.39. Katılımcıların Algılanan Fiziksel Sağlık Düzeyine Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Algılanan Fiziksel Sağlık	Ort. ± SS*	t	p
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Mükemmel, çok iyi ve iyi Orta ve kötü	26,09±4,30 23,42±5,08	6,581	<0,001
Sağlık Sorumluluğu	Mükemmel, çok iyi ve iyi Orta ve kötü	20,17±4,18 19,16±4,25	2,886	0,004
Fiziksel Aktivite	Mükemmel, çok iyi ve iyi Orta ve kötü	17,33±5,40 14,45±4,41	7,268	<0,001
Beslenme	Mükemmel, çok iyi ve iyi Orta ve kötü	21,96±3,65 20,41±4,17	4,629	<0,001
Kişiler Arası İlişkiler	Mükemmel, çok iyi ve iyi Orta ve kötü	24,77±3,77 23,14±4,05	5,071	<0,001
Stres Yönetimi	Mükemmel, çok iyi ve iyi Orta ve kötü	19,26±3,67 17,31±3,82	6,280	<0,001
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Mükemmel, çok iyi ve iyi Orta ve kötü	129,59±18,83 117,90±19,84	7,320	<0,001

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.39'da algılanan fiziksel sağlık düzeyine göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Algılanan fiziksel sağlık düzeyi mükemmel, çok iyi ve iyi olan katılımcıların puan ortalaması, orta ve kötü olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Algılanan fiziksel sağlık düzeyine göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p:0,004$ ,  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ). Tüm alt ölçeklerde algılanan fiziksel sağlık düzeyi mükemmel, çok iyi ve iyi olan katılımcıların puan ortalaması, orta ve kötü olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların algılanan ruhsal sağlık düzeyine göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.40'ta gösterilmiştir.

Tablo 5.40. Katılımcıların Algılanan Ruhsal Sağlık Düzeyine Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	<b>Algılanan Ruhsal Sağlık</b>	<b>Ort. ± SS*</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Mükemmel, çok iyi ve iyi Orta ve kötü	26,70±4,21 23,12±4,60	10,430	<0,001
Sağlık Sorumluluğu	Mükemmel, çok iyi ve iyi Orta ve kötü	20,60±4,17 18,75±4,06	5,706	<0,001
Fiziksel Aktivite	Mükemmel, çok iyi ve iyi Orta ve kötü	17,63±5,56 14,67±4,27	7,422	<0,001
Beslenme	Mükemmel, çok iyi ve iyi Orta ve kötü	22,27±3,71 20,31±3,83	6,658	<0,001
Kişiler Arası İlişkiler	Mükemmel, çok iyi ve iyi Orta ve kötü	25,20±3,76 22,88±3,75	7,858	<0,001
Stres Yönetimi	Mükemmel, çok iyi ve iyi Orta ve kötü	19,77±3,62 17,00±3,51	9,873	<0,001
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Mükemmel, çok iyi ve iyi Orta ve kötü	132,18±18,64 116,74±17,99	10,712	<0,001

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.40'ta algılanan ruhsal sağlık düzeyine göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Algılanan ruhsal sağlık düzeyi mükemmel, çok iyi ve iyi olan katılımcıların puan ortalaması, orta ve kötü olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Algılanan ruhsal sağlık düzeyine göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Tüm alt ölçeklerde algılanan ruhsal sağlık düzeyi mükemmel, çok iyi ve iyi olan katılımcıların puan ortalaması, orta ve kötü olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların algılanan sosyal sağlık düzeyine göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.41’de gösterilmiştir.

Tablo 5.41. Katılımcıların Algılanan Sosyal Sağlık Düzeyine Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	<b>Algılanan Sosyal Sağlık</b>	<b>Ort. ± SS*</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Mükemmel, çok iyi ve iyi Orta ve kötü	26,73±4,43 24,07±4,59	7,610	<0,001
Sağlık Sorumluluğu	Mükemmel, çok iyi ve iyi Orta ve kötü	20,76±4,00 19,11±4,26	5,147	<0,001
Fiziksel Aktivite	Mükemmel, çok iyi ve iyi Orta ve kötü	18,32±5,65 14,91±4,41	8,826	<0,001
Beslenme	Mükemmel, çok iyi ve iyi Orta ve kötü	22,45±3,86 20,69±3,71	6,019	<0,001
Kişiler Arası İlişkiler	Mükemmel, çok iyi ve iyi Orta ve kötü	25,34±3,85 23,39±3,76	6,665	<0,001
Stres Yönetimi	Mükemmel, çok iyi ve iyi Orta ve kötü	20,18±3,62 17,40±3,52	10,090	<0,001
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Mükemmel, çok iyi ve iyi Orta ve kötü	133,79±19,64 119,60±17,66	9,914	<0,001

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.41’de algılanan sosyal sağlık düzeyine göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Algılanan sosyal sağlık düzeyi mükemmel, çok iyi ve iyi olan katılımcıların puan ortalaması, orta ve kötü olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Algılanan sosyal sağlık düzeyine göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Tüm alt ölçeklerde algılanan sosyal sağlık düzeyi mükemmel, çok iyi ve iyi olan katılımcıların puan ortalaması, orta ve kötü olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.42’de gösterilmiştir.

Tablo 5.42. Katılımcıların Kronik Hastalık Varlığına Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>	<b>Ort. ± SS*</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Var Yok	24,90±4,87 25,74±4,46	-2,344	<b>0,019</b>
Sağlık Sorumluluğu	Var Yok	19,79±4,27 19,95±4,17	-0,493	0,622
Fiziksel Aktivite	Var Yok	15,88±5,19 17,16±5,32	-3,162	<b>0,002</b>
Beslenme	Var Yok	21,41±3,95 21,58±3,80	-0,572	0,567
Kişiler Arası İlişkiler	Var Yok	24,15±4,02 24,43±3,80	-0,926	0,355
Stres Yönetimi	Var Yok	18,38±3,80 19,01±3,83	-2,123	<b>0,034</b>
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Var Yok	124,53±20,62 127,90±18,79	-2,204	<b>0,028</b>

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.42’de kronik hastalık varlığına göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,028). Kronik hastalığı olmayan katılımcıların puan ortalaması, kronik hastalığa sahip olan katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır. Kronik hastalık varlığına göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında manevi gelişim, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla p=0,019, p=0,002 ve p=0,034). Her üç alt ölçekte de kronik hastalığı olmayan katılımcıların puan ortalaması, kronik hastalığa sahip olan katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların reçeteli düzenli ilaç kullanma durumuna göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.43'te gösterilmiştir.

Tablo 5.43. Katılımcıların Reçeteli Düzenli İlaç Kullanma Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Reçeteli İlaç Kullanma	Ort. ± SS*	t	p
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Evet	24,81±5,06	-2,270	<b>0,021</b>
	Hayır	25,65±4,38		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	19,70±4,26	-0,908	0,364
	Hayır	19,99±4,19		
Fiziksel Aktivite	Evet	15,86±5,42	-2,616	<b>0,009</b>
	Hayır	16,93±5,13		
Beslenme	Evet	21,35±3,99	-0,818	0,413
	Hayır	21,60±3,79		
Kişiler Arası İlişkiler	Evet	24,07±4,06	-1,181	0,238
	Hayır	24,43±3,82		
Stres Yönetimi	Evet	18,38±3,98	-1,714	0,087
	Hayır	18,89±3,68		
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Evet	124,21±21,34	-2,161	<b>0,031</b>
	Hayır	127,51±18,51		

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.43'te reçeteli düzenli ilaç kullanma durumuna göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,031). Reçeteli düzenli ilaç kullanmayan katılımcıların puan ortalaması, reçeteli düzenli ilaç kullanan katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır. Reçeteli düzenli ilaç kullanma durumuna göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında manevi gelişim ve fiziksel aktivite alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla p=0,021 ve p=0,009). Her iki alt ölçekte de reçeteli düzenli ilaç kullanmayan katılımcıların puan ortalaması, reçeteli düzenli ilaç kullanan katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların kronik hastalığı olan aile bireyi varlığına göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.44'te gösterilmiştir.

Tablo 5.44. Katılımcıların Kronik Hastalığı Olan Aile Bireyi Varlığına Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	<b>Kronik Hastalığı Olan Aile Bireyi Varlığı</b>	<b>Ort. ± SS*</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Var Yok	25,73±4,53 24,49±4,91	3,329	<b>0,001</b>
Sağlık Sorumluluğu	Var Yok	20,14±4,29 19,38±4,07	2,241	<b>0,025</b>
Fiziksel Aktivite	Var Yok	16,52±5,37 16,34±5,16	0,430	0,667
Beslenme	Var Yok	21,72±3,90 21,10±3,81	2,022	<b>0,044</b>
Kişiler Arası İlişkiler	Var Yok	24,59±3,94 23,72±3,85	2,801	<b>0,005</b>
Stres Yönetimi	Var Yok	18,70±3,72 18,61±4,00	0,270	0,787
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Var Yok	127,42±19,78 123,67±19,83	2,379	<b>0,018</b>

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.44'te kronik hastalığı olan aile bireyi varlığına göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,018). Ailesinde kronik hastalığa sahip birey olan katılımcıların puan ortalaması, sahip olmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Kronik hastalığı olan aile bireyi varlığına göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla p=0,001, p=0,025, p=0,044 ve p=0,005). Tüm alt ölçeklerde de ailesinde kronik hastalığa sahip birey olan katılımcıların puan ortalaması, sahip olmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların hastalık durumu olmadan genel sağlık taraması yaptıırma durumuna göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.45'te gösterilmiştir.

Tablo 5.45. Katılımcıların Hastalık Durumu Olmadan Genel Sağlık Taraması Yaptırma Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Hastalık Durumu Olmadan Genel Sağlık Taraması Yaptırma	Ort. ± SS*	t	p
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Evet	26,40±4,68	4,237	<0,001
	Hayır	24,77±4,64		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	21,22±4,23	5,775	<0,001
	Hayır	19,24±4,07		
Fiziksel Aktivite	Evet	17,76±5,61	4,210	<0,001
	Hayır	15,86±5,03		
Beslenme	Evet	22,14±3,98	2,943	0,003
	Hayır	21,20±3,80		
Kişiler Arası İlişkiler	Evet	25,07±4,25	3,597	<0,001
	Hayır	23,91±3,71		
Stres Yönetimi	Evet	19,95±4,00	6,079	<0,001
	Hayır	18,08±3,59		
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Evet	132,55±21,56	5,557	<0,001
	Hayır	123,08±18,32		

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.45'te hastalık durumu olmadan genel sağlık taraması yaptıırma durumuna göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001). Hastalık durumu olmadan genel sağlık taraması yaptıırma katılımcıların puan ortalaması, yaptıırmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Hastalık durumu olmadan genel sağlık taraması yaptıırma durumuna göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla p<0,001, p<0,001, p<0,001, p=0,003, p<0,001 ve p<0,001). Tüm alt ölçeklerde de hastalık durumu olmadan genel sağlık taraması yaptıırma katılımcıların puan ortalaması, yaptıırmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların hastalık durumu olmadan ağız ve diş sağlığı taraması yaptırma durumuna göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.46'da gösterilmiştir.

Tablo 5.46. Katılımcıların Hastalık Durumu Olmadan Ağız ve Diş Sağlığı Taraması Yaptırma Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	<b>Hastalık Durumu Olmadan Ağız ve Diş Sağlığı Taraması Yaptırma</b>	<b>Ort. ± SS*</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Evet Hayır	26,32±4,68 24,73±4,64	4,206	<b>&lt;0,001</b>
Sağlık Sorumluluğu	Evet Hayır	20,73±4,49 19,41±4,01	3,768	<b>&lt;0,001</b>
Fiziksel Aktivite	Evet Hayır	17,57±5,55 15,87±5,05	3,913	<b>&lt;0,001</b>
Beslenme	Evet Hayır	22,23±3,71 21,10±3,91	3,608	<b>&lt;0,001</b>
Kişiler Arası İlişkiler	Evet Hayır	24,94±3,95 23,92±3,87	3,240	<b>0,001</b>
Stres Yönetimi	Evet Hayır	19,51±4,09 18,22±3,60	4,208	<b>&lt;0,001</b>
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Evet Hayır	131,32±20,60 123,29±18,92	5,094	<b>&lt;0,001</b>

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.46'da hastalık durumu olmadan ağız ve diş sağlığı taraması yaptırma durumuna göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Hastalık durumu olmadan ağız ve diş sağlığı taraması yaptıran katılımcıların puan ortalaması, yaptırmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Hastalık durumu olmadan ağız ve diş sağlığı taraması yaptırma durumuna göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p=0,001$  ve  $p<0,001$ ). Tüm alt ölçeklerde de hastalık durumu olmadan ağız ve diş sağlığı taraması yaptıran katılımcıların puan ortalaması, yaptırmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların profesyonel psikolojik destek alma durumuna göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.47’de gösterilmiştir.

Tablo 5.47. Katılımcıların Profesyonel Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	<b>Profesyonel Psikolojik Destek Alma Durumu</b>	<b>Ort. ± SS*</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Evet	26,46±4,60	1,407	0,160
	Hayır	25,22±4,71		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	20,93±4,47	1,415	0,157
	Hayır	19,81±4,21		
Fiziksel Aktivite	Evet	16,00±5,57	-0,487	0,626
	Hayır	16,48±5,28		
Beslenme	Evet	22,06±3,35	0,824	0,410
	Hayır	21,46±3,90		
Kişiler Arası İlişkiler	Evet	25,10±4,43	1,170	0,242
	Hayır	24,24±3,90		
Stres Yönetimi	Evet	18,70±3,31	0,043	0,966
	Hayır	18,66±3,85		
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Evet	129,26±19,62	0,905	0,366
	Hayır	125,90±19,88		

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.47’de profesyonel psikolojik destek alma durumuna göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır ( $p=0,366$ ). Profesyonel psikolojik destek alma durumuna göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında da hiçbir alt ölçekte istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır ( $p>0,05$ )

Katılımcıların algılanan stres düzeyine göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.48’de gösterilmiştir.

Tablo 5.48. Katılımcıların Algılanan Stres Düzeyine Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	<b>Algılanan Stres Düzeyi</b>	<b>Ort. ± SS*</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	6 puan ve altı	26,49±4,18	7,283	<b>&lt;0,001</b>
	7 puan ve üstü	23,93±4,90		
Sağlık Sorumluluğu	6 puan ve altı	20,64±4,18	5,146	<b>&lt;0,001</b>
	7 puan ve üstü	19,00±4,11		
Fiziksel Aktivite	6 puan ve altı	17,77±5,52	7,147	<b>&lt;0,001</b>
	7 puan ve üstü	14,99±4,60		
Beslenme	6 puan ve altı	22,26±3,84	5,603	<b>&lt;0,001</b>
	7 puan ve üstü	20,63±3,74		
Kişiler Arası İlişkiler	6 puan ve altı	24,74±3,83	3,302	<b>0,001</b>
	7 puan ve üstü	23,75±3,97		
Stres Yönetimi	6 puan ve altı	19,76±3,67	8,251	<b>&lt;0,001</b>
	7 puan ve üstü	17,45±3,63		
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	6 puan ve altı	131,67±19,03	8,172	<b>&lt;0,001</b>
	7 puan ve üstü	119,76±18,90		

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.48’de algılanan stres düzeyine göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Algılanan stres düzeyi 6 puan ve altında olan katılımcıların puan ortalaması, algılanan stres düzeyi 7 ve üstü olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Algılanan stres düzeyine göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p=0,001$  ve  $p<0,001$ ). Tüm alt ölçeklerde algılanan stres düzeyi 6 puan ve altında olan katılımcıların puan ortalaması, algılanan stres düzeyi 7 ve üstü olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların vücut kitle indeksi gruplarına göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.49'da gösterilmiştir.

Tablo 5.49. Katılımcıların Vücut Kitle İndeksi Gruplarına Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	<b>Vücut Kitle İndeksi Grupları</b>	<b>Ort. ± SS*</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Zayıf ve normal	25,59±4,59	2,191	0,113
	Fazla kilolu	25,24±4,97		
	Obez	24,51±4,36		
Sağlık Sorumluluğu	Zayıf ve normal	19,94±4,21	1,716	0,181
	Fazla kilolu	20,05±4,29		
	Obez	19,20±4,08		
Fiziksel Aktivite	Zayıf ve normal	16,82±5,63	9,141	<b>&lt;0,001<sup>1</sup></b>
	Fazla kilolu	16,86±5,23		
	Obez	14,53±3,85		
Beslenme	Zayıf ve normal	21,43±3,94	2,033	0,132
	Fazla kilolu	21,81±3,96		
	Obez	20,94±3,48		
Kişiler Arası İlişkiler	Zayıf ve normal	24,48±3,79	1,439	0,238
	Fazla kilolu	24,26±4,19		
	Obez	23,75±3,67		
Stres Yönetimi	Zayıf ve normal	18,45±3,73	2,002	0,136
	Fazla kilolu	19,05±4,12		
	Obez	18,43±3,36		
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Zayıf ve normal	126,73±20,19	3,867	<b>0,021<sup>1</sup></b>
	Fazla kilolu	127,30±20,55		
	Obez	121,36±16,64		

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

<sup>1</sup> Post-hoc Tukey testi yapılmıştır.

Tablo 5.49'da vücut kitle indeksi gruplarına göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,021). Vücut kitle indeksi obez grubunda olan katılımcıların puan ortalaması, hem fazla kilolu hem de zayıf ve normal grupta olan katılımcıların puan ortalamasından daha düşük saptanmıştır. Vücut kitle indeksi gruplarına göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında sadece fiziksel aktivite alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001). Bu alt ölçekte vücut kitle indeksi obez grubunda olan katılımcıların puan ortalaması, hem fazla kilolu hem de zayıf ve normal grupta olan katılımcıların puan ortalamasından daha düşük saptanmıştır.

#### 5.2.4. Araştırma Grubunun Yaşam Biçimi Özelliklerine Göre SYBDÖ-II

##### Puanlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların sağlıklı yaşadığına inanma durumuna göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.50'de gösterilmiştir.

Tablo 5.50. Katılımcıların Sağlıklı Yaşadığına İnanma Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Sağlıklı Yaşadığına İnanma Durumu	Ort. ± SS*	t	p
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Evet Hayır	27,24±3,97 23,97±4,71	9,749	<0,001
Sağlık Sorumluluğu	Evet Hayır	20,85±4,44 19,20±3,94	4,978	<0,001
Fiziksel Aktivite	Evet Hayır	19,02±5,68 14,74±4,22	10,630	<0,001
Beslenme	Evet Hayır	23,07±3,70 20,43±3,63	9,221	<0,001
Kişiler Arası İlişkiler	Evet Hayır	25,12±3,81 23,71±3,90	4,642	<0,001
Stres Yönetimi	Evet Hayır	20,50±3,52 17,44±3,51	11,103	<0,001
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Evet Hayır	135,82±18,61 119,50±17,92	11,455	<0,001

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.50'de sağlıklı yaşadığına inanma durumuna göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Sağlıklı yaşadığına inanan katılımcıların puan ortalaması, inanmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Sağlıklı yaşadığına inanma durumuna göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Tüm alt ölçeklerde de sağlıklı yaşadığına inanan katılımcıların puan ortalaması, inanmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların yeterli ve dengeli beslendiğini düşünme durumuna göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.51’de gösterilmiştir.

Tablo 5.51. Katılımcıların Yeterli ve Dengeli Beslendiğini Düşünme Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	<b>Yeterli ve Dengeli Beslendiğini Düşünme Durumu</b>	<b>Ort. ± SS*</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Evet	26,67±4,25	9,096	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	23,54±4,69		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	20,70±4,39	6,007	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	18,82±3,75		
Fiziksel Aktivite	Evet	18,09±5,34	9,813	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	14,41±4,45		
Beslenme	Evet	22,87±3,57	11,269	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	19,77±3,55		
Kişiler Arası İlişkiler	Evet	25,11±3,78	6,351	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	23,23±3,87		
Stres Yönetimi	Evet	19,83±3,62	9,445	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	17,21±3,57		
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Evet	133,29±18,59	11,622	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	117,00±17,60		

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.51’de yeterli ve dengeli beslendiğini düşünme durumuna göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Yeterli ve dengeli beslendiğini düşünen katılımcıların puan ortalaması, düşünmeyen katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Yeterli ve dengeli beslendiğini düşünme durumuna göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Tüm alt ölçeklerde de yeterli ve dengeli beslendiğini düşünen katılımcıların puan ortalaması, düşünmeyen katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların gün içinde ana öğün atlama durumuna göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.52’de gösterilmiştir.

Tablo 5.52. Katılımcıların Gün İçinde Ana Öğün Atlama Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Gün İçinde Ana Öğün Atlama Durumu	Ort. ± SS*	t	p
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Evet	24,88±4,85	-3,302	<b>0,001</b>
	Hayır	26,09±4,30		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	19,83±4,29	-0,272	0,786
	Hayır	19,92±4,08		
Fiziksel Aktivite	Evet	16,06±5,03	-2,677	<b>0,008</b>
	Hayır	17,26±5,70		
Beslenme	Evet	20,94±3,90	-5,320	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	22,60±3,60		
Kişiler Arası İlişkiler	Evet	24,19±4,03	-0,832	0,406
	Hayır	24,45±3,70		
Stres Yönetimi	Evet	18,36±3,94	-2,958	<b>0,002</b>
	Hayır	19,28±3,51		
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Evet	124,29±20,09	-3,319	<b>0,001</b>
	Hayır	129,62±18,97		

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.52’de gün içinde ana öğün atlama durumuna göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,001). Gün içinde ana öğün atlamayan katılımcıların puan ortalaması, öğün atlayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Gün içinde ana öğün atlama durumuna göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla p=0,001, p=0,008, p<0,001 ve p=0,002). Bu alt ölçeklerin tümünde de gün içinde ana öğün atlamayan katılımcıların puan ortalaması, öğün atlayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların gün içinde atlanan ana öğüne göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.53'te gösterilmiştir.

Tablo 5.53. Katılımcıların Gün İçinde Atlanan Ana Öğüne Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	<b>Gün İçinde Atlanan Ana Öğün</b>	<b>Ort. ± SS*</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Sabah	24,54±4,96	1,838	0,160
	Öğlen	25,47±4,65		
	Akşam	24,78±4,82		
Sağlık Sorumluluğu	Sabah	19,48±4,25	2,149	0,118
	Öğlen	20,27±4,31		
	Akşam	20,54±4,40		
Fiziksel Aktivite	Sabah	16,11±5,12	0,091	0,913
	Öğlen	15,93±4,77		
	Akşam	16,27±5,59		
Beslenme	Sabah	20,18±3,76	14,005	<0,001 <sup>1</sup>
	Öğlen	22,21±3,79		
	Akşam	21,06±4,05		
Kişiler Arası İlişkiler	Sabah	24,13±4,03	0,913	0,402
	Öğlen	24,43±4,08		
	Akşam	23,42±3,82		
Stres Yönetimi	Sabah	18,02±3,75	2,876	0,057
	Öğlen	18,71±4,08		
	Akşam	19,45±4,47		
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Sabah	122,49±20,13	2,619	0,074
	Öğlen	127,05±19,30		
	Akşam	125,54±22,37		

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

<sup>1</sup> Post-hoc Tukey testi yapılmıştır.

Tablo 5.53'te gün içinde atlanan ana öğünün cinsine göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır (p=0,074). Gün içinde atlanan ana öğünün cinsine göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında sadece beslenme alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001). Bu alt ölçekte gün içinde atlanan ana öğünü öğlen olan katılımcıların puan ortalaması, atlanan öğünü sabah olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların ağırlığını değerlendirme durumuna göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.54'te gösterilmiştir.

Tablo 5.54. Katılımcıların Ağırlığını Değerlendirme Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	<b>Ağırlığını Değerlendirme</b>	<b>Ort. ± SS*</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Olması gerektiğinden fazla	24,77±4,72	6,802	<b>0,001<sup>1</sup></b>
	Olması gerektiğinden az	24,88±6,80		
	Olması gerektiği gibi	26,14±4,50		
Sağlık Sorumluluğu	Olması gerektiğinden fazla	19,66±4,25	1,607	0,201
	Olması gerektiğinden az	18,88±6,97		
	Olması gerektiği gibi	20,22±4,05		
Fiziksel Aktivite	Olması gerektiğinden fazla	15,81±4,87	9,093	<b>&lt;0,001<sup>1</sup></b>
	Olması gerektiğinden az	15,33±6,76		
	Olması gerektiği gibi	17,56±5,72		
Beslenme	Olması gerektiğinden fazla	21,14±3,73	5,185	<b>0,006<sup>1</sup></b>
	Olması gerektiğinden az	20,66±3,74		
	Olması gerektiği gibi	22,11±4,06		
Kişiler Arası İlişkiler	Olması gerektiğinden fazla	24,06±3,93	2,790	0,062
	Olması gerektiğinden az	22,66±5,31		
	Olması gerektiği gibi	24,69±3,83		
Stres Yönetimi	Olması gerektiğinden fazla	18,41±3,84	2,540	0,080
	Olması gerektiğinden az	18,55±5,31		
	Olması gerektiği gibi	19,09±3,70		
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Olması gerektiğinden fazla	123,87±19,25	7,529	<b>0,001<sup>1</sup></b>
	Olması gerektiğinden az	121,00±29,85		
	Olması gerektiği gibi	129,83±19,98		

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

<sup>1</sup> Post-hoc Tukey testi yapılmıştır.

Tablo 5.54'te ağırlığını değerlendirme durumuna göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,001). Ağırlığını olması gerektiği gibi değerlendiren katılımcıların puan ortalaması, olması gerektiğinden fazla değerlendiren katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Ağırlığını değerlendirme durumuna göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında manevi gelişim, fiziksel aktivite ve beslenme alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla p=0,001, p<0,001 ve p=0,006). Tüm alt ölçeklerde de ağırlığını olması gerektiği gibi değerlendiren katılımcıların puan ortalaması, olması gerektiğinden fazla değerlendiren katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların boya uygun ağırlıkta olma/kalma çabasına göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.55'te gösterilmiştir.

Tablo 5.55. Katılımcıların Boya Uygun Ağırlıkta Olma/Kalma Çabasına Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	<b>Boya Uygun Ağırlıkta Olma/Kalma Çabası</b>	<b>Ort. ± SS*</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Evet	25,69±4,42	3,181	<b>0,002</b>
	Hayır	24,39±5,18		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	20,45±4,17	5,390	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	18,61±4,07		
Fiziksel Aktivite	Evet	17,39±5,23	7,014	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	14,44±4,83		
Beslenme	Evet	22,01±3,71	5,166	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	20,38±4,02		
Kişiler Arası İlişkiler	Evet	24,69±3,85	4,122	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	23,37±3,93		
Stres Yönetimi	Evet	19,12±3,83	4,583	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	17,69±3,62		
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Evet	129,37±19,06	6,583	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	118,92±19,74		

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.55'te boya uygun ağırlıkta olma/kalma çabasına göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Boya uygun ağırlıkta olma/kalma çabasına sahip olan katılımcıların puan ortalaması, bu çabaya sahip olmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Boya uygun ağırlıkta olma/kalma çabasına göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla  $p=0,002$ ,  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p<0,001$  ve  $p<0,001$ ). Tüm alt ölçeklerde de boya uygun ağırlıkta olma/kalma çabasına sahip olan katılımcıların puan ortalaması, bu çabaya sahip olmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların uyku süresinin ideal olma durumuna göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.56'da gösterilmiştir.

Tablo 5.56. Katılımcıların Uyku Süresinin İdeal Olma Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Uyku Süresinin İdeal Olma Durumu	Ort. ± SS*	t	p
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Evet	25,89±4,62	4,401	<0,001
	Hayır	24,27±4,68		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	20,38±4,22	4,180	<0,001
	Hayır	19,00±4,10		
Fiziksel Aktivite	Evet	16,84±5,25	2,439	0,015
	Hayır	15,82±5,30		
Beslenme	Evet	21,84±3,86	3,066	0,002
	Hayır	20,90±3,84		
Kişiler Arası İlişkiler	Evet	24,54±3,95	2,270	0,024
	Hayır	23,83±3,85		
Stres Yönetimi	Evet	19,29±3,53	5,434	<0,001
	Hayır	17,62±4,07		
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Evet	128,80±19,58	4,725	<0,001
	Hayır	121,47±19,53		

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.56'da uyku süresinin ideal olma durumuna göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Uyku süresi ideal olan katılımcıların puan ortalaması, ideal olmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Uyku süresinin ideal olma durumuna göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p=0,015$ ,  $p=0,002$ ,  $p=0,024$  ve  $p<0,001$ ). Tüm alt ölçeklerde de uyku süresi ideal olan katılımcıların puan ortalaması, ideal olmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların sigara içme durumuna göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.57’de gösterilmiştir.

Tablo 5.57. Katılımcıların Sigara İçme Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	<b>Sigara İçme Durumu</b>	<b>Ort. ± SS*</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Hiç içmemiş/Bırakmış Ara sıra/Her gün içiyor	25,63±4,58 24,45±4,91	3,016	<b>0,003</b>
Sağlık Sorumluluğu	Hiç içmemiş/Bırakmış Ara sıra/Her gün içiyor	20,18±4,25 19,12±4,78	2,987	<b>0,003</b>
Fiziksel Aktivite	Hiç içmemiş/Bırakmış Ara sıra/Her gün içiyor	16,83±5,45 15,58±4,78	2,824	<b>0,005</b>
Beslenme	Hiç içmemiş/Bırakmış Ara sıra/Her gün içiyor	21,83±3,80 20,69±3,94	3,539	<b>&lt;0,001</b>
Kişiler Arası İlişkiler	Hiç içmemiş/Bırakmış Ara sıra/Her gün içiyor	24,35±3,91 24,09±3,97	0,783	0,434
Stres Yönetimi	Hiç içmemiş/Bırakmış Ara sıra/Her gün içiyor	18,94±3,86 18,03±3,66	2,843	<b>0,005</b>
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Hiç içmemiş/Bırakmış Ara sıra/Her gün içiyor	127,78±19,78 121,99±19,54	3,505	<b>&lt;0,001</b>

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.57’de sigara içme durumuna göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Sigara hiç içmeyen veya bırakan katılımcıların puan ortalaması, sigara içen katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Sigara içme durumuna göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla  $p=0,003$ ,  $p=0,003$ ,  $p=0,005$ ,  $p<0,001$  ve  $p=0,005$ ). Tüm alt ölçeklerde de sigara hiç içmeyen veya bırakan katılımcıların puan ortalaması, sigara içen katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların alkol kullanma durumuna göre SYBDÖ-II ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5.58’de gösterilmiştir.

Tablo 5.58. Katılımcıların Alkol Kullanma Durumuna Göre SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	<b>Alkol Kullanma Durumu</b>	<b>Ort. ± SS*</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>SYBDÖ-II Alt Ölçekleri</b>				
Manevi Gelişim	Kullanmıyor	25,16±4,78	-0,628	0,530
	Kullanıyor	25,39±4,64		
Sağlık Sorumluluğu	Kullanmıyor	20,09±4,22	1,416	0,157
	Kullanıyor	19,63±4,22		
Fiziksel Aktivite	Kullanmıyor	15,79±5,12	-3,404	<b>0,001</b>
	Kullanıyor	17,16±5,38		
Beslenme	Kullanmıyor	21,51±3,87	0,164	0,870
	Kullanıyor	21,46±3,90		
Kişiler Arası İlişkiler	Kullanmıyor	24,07±4,03	-1,379	0,168
	Kullanıyor	24,49±3,81		
Stres Yönetimi	Kullanmıyor	18,34±3,90	-2,213	<b>0,027</b>
	Kullanıyor	18,99±3,72		
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>				
	Kullanmıyor	124,99±19,89	-1,413	0,158
	Kullanıyor	127,15±19,85		

\*Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Tablo 5.58’de alkol kullanma durumuna göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,158). Alkol kullanma durumuna göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla p=0,001, p=0,027). Her iki alt ölçekte de alkol kullanan katılımcıların puan ortalaması, alkol kullanmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır.

### 5.2.5. Araştırma Grubunun SYBDÖ-II Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarını Etkileyen Faktörlerin Çoklu Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Katılımcıların SYBDÖ-II manevi gelişim alt ölçek puanını etkileyebilecek faktörlerin incelendiği çoklu regresyon analiz sonuçları Tablo 5.59’da gösterilmiştir.

Tablo 5.59. SYBDÖ-II Manevi Gelişim Alt Ölçek Puanını Etkileyen Faktörlerin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B±SH <sup>1</sup>	Beta	t	p	%95 GA <sup>2</sup>	
Kadın Ref: Erkek	0,863±0,348	0,084	2,478	<b>0,013</b>	0,17	1,54
Tek Yaşayan Ref: Aile ile yaşayan	-1,111±0,498	-0,076	-2,234	<b>0,026</b>	-2,08	-0,13
En Uzun Süre İlde Yaşama Ref: Köyde yaşama	-2,779±1,197	-0,202	-2,321	<b>0,021</b>	-5,12	-0,42
En Uzun Süre İlçede Yaşama Ref: Köyde yaşama	-2,521±1,274	-0,172	-1,980	<b>0,048</b>	-5,02	-0,02
Ruhsal Sağlığı İyi ve Üzeri Ref: Orta ve kötü	1,917±0,395	0,199	4,858	<b>&lt;0,001</b>	1,14	2,69
Ailede Kronik Hastalığı Olan Birey Varlığı Ref: Yokluğu	1,264±0,327	0,129	3,862	<b>&lt;0,001</b>	0,62	1,90
Ağız ve Diş Sağlığı Taraması Yaptırma Ref: Yaptırmama	0,884±0,334	0,089	2,650	<b>0,008</b>	0,22	1,53
Algılanan Stres Düzeyi	-0,203±0,085	-0,092	-2,393	<b>0,017</b>	-0,37	-0,03
Yeterli ve Dengeli Beslendiğini Düşünme Ref: Düşünmeme	1,570±0,353	0,166	4,455	<b>&lt;0,001</b>	0,87	2,26
Boya Uygun Ağırlıkta Olmaya/Kalmaya Çabalama Ref: Çabalamama	0,788±0,343	0,078	2,229	<b>0,022</b>	0,11	1,46
Uyku Süresinin İdeal Olması Ref: Olmaması	1,064±0,325	0,109	3,272	<b>0,001</b>	0,42	1,70

<sup>1</sup>SH: Standart Hata, <sup>2</sup>GA: Güven Aralığı R<sup>2</sup>= 0,271

Tablo 5.59'a göre manevi gelişim alt ölçek puanını etkileyebilecek faktörlerin incelendiği çoklu regresyon analizinde belirleyicilik katsayısı %27,1'dir. Tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişki saptanan değişkenler ile literatür taraması sonucu ilişkili olabileceği düşünülüp eklenen yaş, medeni durum, çocuk varlığı, eğitim durumu, meslek, mesleki deneyim süresi, AHB nüfusu, vücut kitle indeksi ve alkol kullanımı analize dahil edilmiştir. Tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişki saptanan değişkenlerden çoklu regresyon analizinde anlamlı ilişkisi ortadan kalkan değişkenler; medeni durum, hane geliri, algılanan fiziksel sağlık düzeyi, algılanan sosyal sağlık düzeyi, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanma, genel sağlık taraması yaptırma, sağlıklı yaşadığına inanma, ana öğün

atlama, ağırlık değerlendirme durumu ve sigara kullanımınıdır. Modele dahil olan değişkenlere bakıldığında alt ölçek puanı üzerinde tek yaşamının, en uzun süre ilde yaşamının, en uzun süre ilçede yaşamının ve artan stres düzeyinin negatif, tüm diğer değişkenlerin pozitif yönde etkisi olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların SYBDÖ-II sağlık sorumluluğu alt ölçek puanını etkileyebilecek faktörlerin incelendiği çoklu regresyon analizinde modele dahil olan değişkenler Tablo 5.60'da gösterilmiştir.

Tablo 5.60. SYBDÖ-II Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek Puanını Etkileyen Faktörlerin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B±SH <sup>1</sup>	Beta	t	p	%95 GA <sup>2</sup>	
Kadın Ref: Erkek	1,587±0,395	0,172	4,022	<0,001	0,81	2,36
Genel Sağlık Taraması Yaptırma Ref: Yaptırmama	1,254±0,326	0,138	3,845	<0,001	0,61	1,89
Ağız ve Diş Sağlığı Taraması Yaptırma Ref: Yaptırmama	0,671±0,315	0,075	2,132	0,033	0,05	1,28
Algılanan Stres Düzeyi	-0,183±0,080	-0,092	-2,292	0,022	-0,34	-0,02
Yeterli ve Dengeli Beslendiğini Düşünme Ref: Düşünmeme	1,130±0,332	0,133	3,407	0,001	0,47	1,78
Boya Uygun Ağırlıkta Olmaya/Kalmaya Çabalama Ref: Çabalamama	1,342±0,314	0,148	4,275	<0,001	0,72	1,95
Uyku Süresinin İdeal Olması Ref: Olmaması	0,811±0,303	0,093	2,675	0,008	0,21	1,40

<sup>1</sup> SH: Standart Hata, <sup>2</sup> GA: Güven Aralığı R<sup>2</sup> = 0,227

Tablo 5.60'a göre sağlık sorumluluğu alt ölçek puanını etkileyebilecek faktörlerin incelendiği çoklu regresyon analizinde belirleyicilik katsayısı %22,7'dir. Tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişki saptanan değişkenler ile literatür taraması sonucu ilişkili olabileceği düşünülüp eklenen yaş, medeni durum, çocuk varlığı, en uzun süre yaşanan yer, hane geliri, mesleki deneyim süresi, AHB nüfusu, vücut kitle indeksi, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanma, ana öğün atlama, ağırlık değerlendirme durumu ve alkol kullanımı analize dahil edilmiştir. Tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişki saptanan değişkenlerden çoklu regresyon analizinde anlamlı ilişkisi ortadan kalkan değişkenler; eğitim durumu, aile tipi,

meslek, algılanan fiziksel sağlık düzeyi, algılanan ruhsal sağlık düzeyi, algılanan sosyal sağlık düzeyi, ailede kronik hastalığı olan birey varlığı, sağlıklı yaşadığına inanma, sigara kullanımınıdır. Modele dahil olan değişkenlere bakıldığında alt ölçek puanı üzerinde artan stres düzeyi haricinde tüm diğer değişkenlerin pozitif yönde etkisi olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların SYBDÖ-II fiziksel aktivite alt ölçek puanını etkileyebilecek faktörlerin incelendiği çoklu regresyon analizinde modele dahil olan değişkenler Tablo 5.61’de gösterilmiştir.

Tablo 5.61. SYBDÖ-II Fiziksel Aktivite Alt Ölçek Puanını Etkileyen Faktörlerin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B±SH <sup>1</sup>	Beta	t	p	%95 GA <sup>2</sup>	
Tek Yaşayan Ref: Aile ile yaşayan	1,433±0,547	0,087	2,618	<b>0,009</b>	0,35	2,50
Mesleki Deneyim Süresi	0,045±0,021	0,071	2,121	<b>0,034</b>	0,01	0,08
Vücut Kitle İndeksi	-0,141±0,043	-0,110	-3,241	<b>0,001</b>	-0,22	-0,05
En Uzun Süre İlde Yaşama Ref: Köyde yaşama	-3,544±1,313	-0,229	-2,699	<b>0,007</b>	-6,12	-0,96
En Uzun Süre İlçede Yaşama Ref: Köyde yaşama	-4,214±1,393	-0,257	-3,024	<b>0,003</b>	-6,95	-1,47
Sosyal Sağlığı İyi ve Üzeri Ref: Orta ve kötü	1,578±0,379	0,149	4,161	<b>&lt;0,001</b>	0,83	2,32
Ağız ve Diş Sağlığı Taraması Yaptırma Ref: Yaptırmama	1,013±0,367	0,091	2,763	<b>0,006</b>	0,29	1,73
Sağlıklı Yaşadığına İnanma Ref: İnanmama	2,131±0,479	0,198	4,450	<b>&lt;0,001</b>	1,19	3,07
Boya Uygun Ağırlıkta Olmaya/Kalmaya Çabalama Ref: Çabalamama	2,459±0,373	0,216	6,595	<b>&lt;0,001</b>	1,72	3,19
Sigara Kullanmama Ref: Kullanma	0,818±0,394	0,071	2,076	<b>0,038</b>	0,04	1,59
Alkol Kullanmama Ref: Kullanma	-0,806±0,366	-0,076	-2,201	<b>0,028</b>	-1,52	-0,08

<sup>1</sup> SH: Standart Hata, <sup>2</sup> GA: Güven Aralığı R<sup>2</sup> = 0,302

Tablo 5.61'e göre fiziksel aktivite alt ölçek puanını etkileyebilecek faktörlerin incelendiği çoklu regresyon analizinde belirleyicilik katsayısı %30,2'dir. Tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişki saptanan değişkenler ile literatür taraması sonucu ilişkili olabileceği düşünülüp eklenen cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk varlığı, aile tipi, hane geliri, meslek, mesleki deneyim süresi, AHB nüfusu ve ailede kronik hastalık varlığı analize dahil edilmiştir. Tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişki saptanan değişkenlerden çoklu regresyon analizinde anlamlı ilişkisi ortadan kalkan değişkenler; yaş, algılanan fiziksel sağlık düzeyi, algılanan ruhsal sağlık düzeyi, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, genel sağlık taraması yaptırma, algılanan stres düzeyi, yeterli ve dengeli beslendiğini düşünme, ana öğün atlama, ağırlık değerlendirme durumu ve uyku süresinin ideal olmasıdır. Tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişki saptanmayıp, çoklu regresyon analizinde anlamlı ilişkisi ortaya çıkan değişkenler ise aile tipi ve mesleki deneyim süresidir. Modele dahil olan değişkenlere bakıldığında alt ölçek puanı üzerinde artan vücut kitle indeksinin, en uzun süre ilde yaşamının, en uzun süre ilçede yaşamının ve alkol kullanmamanın negatif, tüm diğer değişkenlerin pozitif yönde etkisi olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların SYBDÖ-II beslenme alt ölçek puanını etkileyebilecek faktörlerin incelendiği çoklu regresyon analizinde modele dahil olan değişkenler Tablo 5.62'de gösterilmiştir.

Tablo 5.62. SYBDÖ-II Beslenme Alt Ölçek Puanını Etkileyen Faktörlerin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B±SH <sup>1</sup>	Beta	t	p	%95 GA <sup>2</sup>	
Kadın Ref: Erkek	1,461±0,322	0,172	4,539	<0,001	0,82	2,09
Yaş	0,061±0,017	0,132	3,533	<0,001	0,02	0,09
En Uzun Süre İlde Yaşama Ref: Köyde yaşama	-2,863±0,989	-0,252	-2,895	<b>0,004</b>	-4,80	-0,92
En Uzun Süre İlçede Yaşama Ref: Köyde yaşama	-2,895±1,051	-0,240	-2,754	<b>0,006</b>	-4,95	-0,83
Sosyal Sağlığı İyi ve Üzeri Ref: Orta ve kötü	0,548±0,278	0,070	1,972	<b>0,049</b>	0,01	1,09
Ailede Kronik Hastalık Varlığı Ref: Yokluğu	0,579±0,269	0,072	2,153	<b>0,032</b>	0,05	1,10
Ağız ve Diş Sağlığı Taraması Yaptırma Ref: Yaptırmama	0,628±0,275	0,077	2,283	<b>0,023</b>	0,08	1,16
Yeterli ve Dengeli Beslendiğini Düşünme Ref: Düşünmeme	2,315±0,289	0,296	8,021	<0,001	1,74	2,88
Ana Öğün Atlama Ref: Atlamama	-0,743±0,290	-0,090	-2,564	<b>0,011</b>	-1,31	-0,17
Boya Uygun Ağırlıkta Olmaya/Kalmaya Çabalama Ref: Çabalamama	1,275±0,283	0,153	4,505	<0,001	0,71	1,83
Ağırlığını Olması Gerektiğinden Fazla Şekilde Değerlendirme Ref: Olması gerektiği gibi	-0,869±0,354	-0,109	-2,455	<b>0,014</b>	-1,56	-0,17
Sigara Kullanmama Ref: Kullanma	0,617±0,287	0,073	2,152	<b>0,032</b>	0,05	1,17

<sup>1</sup>SH: Standart Hata, <sup>2</sup>GA: Güven Aralığı R<sup>2</sup>= 0,272

Tablo 5.62'ye göre SYBDÖ-II beslenme alt ölçek puanını etkileyebilecek faktörlerin incelendiği çoklu regresyon analizinde belirleyicilik katsayısı %27,2'dir. Tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişki saptanan değişkenler ile literatür taraması sonucu ilişkili olabileceği düşünülüp eklenen eğitim durumu, çocuk varlığı, aile tipi, hane geliri, meslek, AHB nüfusu, vücut kitle indeksi, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanma ve alkol kullanımı analize dahil edilmiştir. Tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişki saptanan değişkenlerden çoklu regresyon analizinde anlamlı ilişkisi ortadan kalkan değişkenler şunlardır: medeni durum,

mesleki deneyim süresi, algılanan fiziksel sağlık düzeyi, algılanan ruhsal sağlık düzeyi, genel sağlık taraması yaptırma, algılanan stres düzeyi, sağlıklı yaşadığına inanma, ideal uyku süresine sahip olma. Modele dahil olan değişkenlere bakıldığında alt ölçek puanı üzerinde en uzun süre ilde yaşamının, en uzun süre ilçede yaşamının, ana öğün atlamanın ve ağırlığını olması gerektiğinden fazla şekilde değerlendirmenin negatif, tüm diğer değişkenlerin pozitif yönde etkisi olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların SYBDÖ-II kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanını etkileyebilecek faktörlerin incelendiği çoklu regresyon analizinde modele dahil olan değişkenler Tablo 5.63'te gösterilmiştir.

Tablo 5.63. SYBDÖ-II Kişiler Arası İlişkiler Alt Ölçek Puanını Etkileyen Faktörlerin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B±SH <sup>1</sup>	Beta	t	p	%95 GA <sup>2</sup>	
Kadın Ref: Erkek	0,965±0,306	0,112	3,148	<b>0,002</b>	0,36	1,56
Tek Yaşayan Ref: Aile ile yaşayan	-1,005±0,439	-0,082	-2,287	<b>0,023</b>	-1,86	-0,14
Ruhsal Sağlığı İyi ve Üzeri Ref: Orta ve kötü	1,303±0,335	0,162	3,886	<b>&lt;0,001</b>	0,64	1,96
Sosyal Sağlığı İyi ve Üzeri Ref: Orta ve kötü	0,939±0,323	0,119	2,907	<b>0,004</b>	0,30	1,57
Ailede Kronik Hastalık Varlığı Ref: Yokluğu	0,869±0,290	0,107	2,997	<b>0,003</b>	0,30	1,43
Ağız ve Diş Sağlığı Taraması Yaptırma Ref: Yaptırmama	0,605±0,295	0,073	2,054	<b>0,040</b>	0,02	1,18
Yeterli ve Dengeli Beslendiğini Düşünme Ref: Düşünmeme	0,959±0,306	0,121	3,133	<b>0,002</b>	0,35	1,56
Boya Uygun Ağırlıkta Olmaya/Kalmaya Çabalama Ref: Çabalamama	0,985±0,300	0,117	3,281	<b>0,001</b>	0,39	1,57

<sup>1</sup> SH: Standart Hata, <sup>2</sup> GA: Güven Aralığı R<sup>2</sup> = 0,168

Tablo 5.63'e göre SYBDÖ-II kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanını etkileyebilecek faktörlerin incelendiği çoklu regresyon analizinde belirleyicilik katsayısı %16,8'dir. Tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişki saptanan değişkenler

ile literatür taraması sonucu ilişkili olabileceği düşünülüp eklenen yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk varlığı, en uzun süre yaşanan yer, hane geliri, meslek, AHB nüfusu, vücut kitle indeksi, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanma, ana öğün atlama, ağırlık değerlendirme durumu, sigara kullanımı ve alkol kullanımı analize dahil edilmiştir. Tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişki saptanan değişkenlerden çoklu regresyon analizinde anlamlı ilişkisi ortadan kalkan değişkenler; mesleki deneyim süresi, algılanan fiziksel sağlık düzeyi, genel sağlık taraması yaptırma, algılanan stres düzeyi, sağlıklı yaşadığına inanma ve uyku süresinin ideal olma durumudur. Modele dahil olan değişkenlere bakıldığında alt ölçek puanı üzerinde tek yaşamının haricinde tüm diğer değişkenlerin pozitif yönde etkisi olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların SYBDÖ-II stres yönetimi alt ölçek puanını etkileyebilecek faktörlerin incelendiği çoklu regresyon analizinde modele dahil olan değişkenler Tablo 5.64'te gösterilmiştir.

Tablo 5.64. SYBDÖ-II Stres Yönetimi Alt Ölçek Puanını Etkileyen Faktörlerin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B±SH <sup>1</sup>	Beta	t	p	%95 GA <sup>2</sup>	
Yaş	0,082±0,015	0,178	5,633	<0,001	0,05	0,11
Ruhsal Sağlığı İyi ve Üzeri Ref: Orta ve kötü	0,746±0,309	0,095	2,418	0,016	0,14	1,35
Sosyal Sağlığı İyi ve Üzeri Ref: Orta ve kötü	1,333±0,284	0,173	4,693	<0,001	0,77	1,89
Genel Sağlık Taraması Yaptırma Ref: Yaptırmama	0,883±0,271	0,107	3,252	0,001	0,35	1,41
Algılanan Stres Düzeyi	-0,178±0,068	-0,099	-2,634	0,009	-0,31	-0,04
Sağlıklı Yaşadığına İnanma Ref: İnanmama	1,566±0,297	0,200	5,280	<0,001	0,98	2,14
Boya Uygun Ağırlıkta Olmaya/Kalmaya Çabalama Ref: Çabalamama	0,9335±0,262	0,113	3,557	<0,001	0,41	1,44
Uyku Süresinin İdeal Olması Ref: Olmaması	1,344±0,252	0,170	5,342	<0,001	0,85	1,83

<sup>1</sup>SH: Standart Hata, <sup>2</sup>GA: Güven Aralığı R<sup>2</sup> = 0,336

Tablo 5.64'e göre SYBDÖ-II stres yönetimi alt ölçek puanını etkileyebilecek faktörlerin incelendiği çoklu regresyon analizinde belirleyicilik katsayısı %33,6'dır. Tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişki saptanan değişkenler ile literatür taraması sonucu ilişkili olabileceği düşünülüp eklenen cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk varlığı, aile tipi, meslek, vücut kitle indeksi, düzenli ilaç kullanma, ailede kronik hastalığı olan birey varlığı ve ağırlık değerlendirme durumu analize dahil edilmiştir. Tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişki saptanan değişkenlerden çoklu regresyon analizinde anlamlı ilişkisi ortadan kalkan değişkenler; en uzun süre yaşanılan yer, hane geliri, mesleki deneyim süresi, AHB nüfusu, algılanan fiziksel sağlık düzeyi, kronik hastalık varlığı, ağız ve diş sağlığı taraması yaptırma, yeterli ve dengeli beslendiğini düşünme, ana öğün atlama, sigara kullanımı ve alkol kullanımıdır. Modele dahil olan değişkenlere bakıldığında artan stres düzeyi haricinde tüm diğer değişkenlerin pozitif yönde etkisi olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların SYBDÖ-II toplam puanını etkileyebilecek faktörlerin incelendiği çoklu regresyon analizinde modele dahil olan değişkenler Tablo 5.65'te gösterilmiştir.

Tablo 5.65'e göre SYBDÖ-II toplam puanını etkileyebilecek faktörlerin incelendiği çoklu regresyon analizinde belirleyicilik katsayısı %36,9'dur. Tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişki saptanan değişkenler ile literatür taraması sonucu ilişkili olabileceği düşünülüp eklenen eğitim durumu, medeni durum, çocuk varlığı, aile tipi, hane geliri, meslek, AHB nüfusu ve alkol kullanımı analize dahil edilmiştir. Tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişki saptanan değişkenlerden çoklu regresyon analizinde anlamlı ilişkisi ortadan kalkan değişkenler; vücut kitle indeksi, mesleki deneyim süresi, algılanan fiziksel sağlık düzeyi, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanma, algılanan stres düzeyi, ana öğün atlama ve sigara kullanımıdır. Modele dahil olan değişkenlere bakıldığında toplam ölçek puanı üzerinde en uzun süre ilde yaşamının, en uzun süre ilçede yaşamının ve ağırlığını olması gerektiğinden fazla şekilde değerlendirmenin negatif, tüm diğer değişkenlerin pozitif yönde etkisi olduğu saptanmıştır.

Tablo 5.65. SYBDÖ-II Toplam Puanını Etkileyen Faktörlerin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B±SH <sup>1</sup>	Beta	t	p	%95 GA <sup>2</sup>	
Kadın Ref: Erkek	5,408±1,491	0,124	3,627	<0,001	2,48	8,33
Yaş	0,166±0,082	0,070	2,028	0,043	0,01	0,32
En Uzun Süre İlde Yaşama Ref: Köyde yaşama	-13,190±4,701	-0,227	-2,806	0,005	-22,42	-3,96
En Uzun Süre İlçede Yaşama Ref: Köyde yaşama	-12,745±5,000	-0,207	-2,549	0,011	-22,56	-2,92
Ruhsal Sağlığı İyi ve Üzeri Ref: Orta ve kötü	5,730±1,539	0,141	3,247	<0,001	2,70	8,75
Sosyal Sağlığı İyi ve Üzeri Ref: Orta ve kötü	5,755±1,434	0,144	4,014	<0,001	2,93	8,57
Ailede Kronik Hastalık Varlığı Ref: Yokluğu	3,274±1,289	0,079	2,541	0,011	0,74	5,80
Genel Sağlık Taraması Yaptırma Ref: Yaptırmama	3,762±1,387	0,088	2,713	0,007	1,04	6,48
Ağız ve Diş Sağlığı Taraması Yaptırma Ref: Yaptırmama	3,798±1,332	0,091	2,852	0,004	1,18	6,41
Sağlıklı Yaşadığına İnanma Ref: İnanmama	4,389±1,761	0,108	2,493	0,013	0,93	7,84
Yeterli ve Dengeli Beslendiğini Düşünme Ref: Düşünmeme	6,907±1,652	0,173	4,182	<0,001	3,66	10,15
Boya Uygun Ağırlıkta Olmaya/Kalmaya Çabalama Ref: Çabalamama	7,937±1,346	0,186	5,899	<0,001	5,29	10,57
Uyku Süresinin İdeal Olması Ref: Olmaması	4,817±1,277	0,117	3,773	<0,001	2,31	7,32
Ağırlığını Olması Gerekenden Fazla Ref: Olması gerektiği gibi	-2,696±1,328	-0,066	-2,030	0,043	-5,30	-0,08

<sup>1</sup>SH: Standart Hata, <sup>2</sup>GA: Güven Aralığı R<sup>2</sup> = 0,369

## 6. TARTIŞMA

Gelişen tıp teknolojisi ile uzayan insan ömrüne ek olarak küreselleşen sağlıklı yaşam tarzı başta bulaşıcı olmayan hastalıklar olmak üzere birçok hastalığa sebebiyet vererek küresel mortalite, morbidite ve yeti yitimi olaylarına yön vermektedir (74). Antalya merkez ilçelerinde gerçekleştirilen bu çalışmada aile sağlığı merkezi çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerini ve bunlara etki eden faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

Her araştırmanın olduğu gibi bu çalışmanın da kısıtlılıkları ve güçlü yanları bulunmaktadır.

Bu araştırmanın kısıtlılıkları şunlardır:

- Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımcılar mesai saatleri içerisinde ziyaret edilmiştir. İş temposunun yoğunluğu ve açıklanmayan kişisel sebeplerle ankete katılım sağlamayan sağlık personeli olmuştur. Ayrıca veri toplama dönemi, ASM çalışanlarının iki yıllık sözleşme sürelerinin Aralık 2022’de sona erecek olmasından dolayı, uzun süreli yıllık izin kullandıkları döneme denk geldiği için katılım oranı düşük kalmıştır.
- Araştırma evrenini sağlık çalışanları oluşturmaktadır. İncelenen durum sağlıklı ilgili olduğu için katılımcılar toplumun beklediği ve onayladığı şekilde cevap verme eğiliminde olup, bu durum ‘sosyal arzulanan durum biası’na yol açmış olabilir.
- Antropometrik ölçümlerde katılımcının beyanına dayalı boy ve ağırlık değerleri kullanılarak vücut kitle indeksi hesaplanmış olup, katılımcılar gerçek değerler yerine arzu edilen veya yanlış hatırlanan değerleri yazmış olabilir.
- Araştırma yönteminin kesitsel oluşu nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı bulunan bazı ilişkilerin zamansal açıdan neden-sonuç ilişkisini kurmak güçleşmektedir.
- Ailede bulunan diğer kişilerin yaşları sorgulanmadığı için eşdeğer hanehalkı büyüklüğü hesaplanamamış olup, katılımcıların gelirleri açlık ve yoksulluk sınırına göre değerlendirilememiştir.

Bu araştırmanın güçlü yanları şunlardır:

- Araştırmada örneklem seçilmemiş olup, Antalya merkez ilçelerinde yer alan aile sağlığı merkezlerinin tamamı ziyaret edilmiştir.
- Veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Veriler bir kişi tarafından gözetim altında toplanmıştır. Böylece farklı uygulamalardan kaynaklı çeşitlilikler en aza indirilmiştir. Ankette kullanılan sorularda, hatırlama biasından etkilenmemek için katılımcıların çalışma anındaki mevcut durumu sorgulanmıştır.
- Literatürde Antalya ilinde sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği araştırma bulunamamıştır. Bu özelliği ile bu bölgede ilk kez durum saptaması yapılmış olup, gelecek çalışmalar için yol gösterici olacaktır.
- Araştırmada kullanılan ‘Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II’nin iç tutarlılık ve homojenliğinin bir göstergesi olarak Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin toplam cronbach alpha katsayısı 0,92 saptanmıştır. Alt ölçekler için katsayılar şu şekildedir; manevi gelişim için 0,81, sağlık sorumluluğu için 0,76, fiziksel aktivite için 0,87, beslenme için 0,61, kişiler arası ilişkiler için 0,76 ve stres yönetimi için 0,71’dir. Ölçek güvenilirliğinin beslenme alt ölçeği için kabul edilebilir, diğer alt ölçekler ve toplam puan için iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir.

### **6.1. Araştırma Grubunun SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi**

Bu araştırmada katılımcıların SYBDÖ-II’den aldıkları toplam puan ortalaması  $126,05 \pm 19,87$ ’dir. En düşük toplam puan 66, en yüksek toplam puan ise 189 olmuştur.

Alemdağ’ın ameliyathanede çalışan sağlık personeli üzerinde yaptığı tez çalışmasında SYBDÖ-II puan ortalaması  $122,49 \pm 19,30$ ’dur (75). Uz’un hastanede çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada SYBDÖ-II puan ortalaması  $132,87 \pm 17,42$  olarak bulunmuştur (76). Zoroğlu’nun hem birinci basamakta hem de üçüncü basamakta çalışan sağlık personellerini dahil ettiği tez çalışmasında SYBDÖ-II

puan ortalaması  $122,94 \pm 18,90$ 'dır (77). Canbolat'ın hekimlerle yaptığı tez çalışmasında SYBDÖ-II puan ortalaması  $119,97 \pm 20,02$  bulunmuştur (78). Balliel'in üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerle yapmış olduğu tez çalışmasında SYBDÖ-II puan ortalaması  $122,62 \pm 19,47$ 'dir (79). Türkol'un üniversite hastanesinde çalışan asistan hekimlerle yaptığı tez çalışmasında SYBDÖ-II puan ortalaması  $116,31 \pm 17,80$  olarak bulunmuştur (80). Çevik ve arkadaşlarının aile hekimleri üzerinde yapmış olduğu çalışmada SYBDÖ-II puan ortalaması  $123,39 \pm 22,56$  olarak bulunmuştur (67). Kırağ ve arkadaşlarının üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde yapmış olduğu araştırmada SYBDÖ-II puan ortalaması  $122,6 \pm 19,47$  olarak bulunmuştur (81). Gündoğdu ve arkadaşlarının birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personeli ile yaptığı çalışmada SYBDÖ-II puan ortalaması  $128,55 \pm 21,31$  olarak bulunmuştur (82). Uncu ve arkadaşlarının cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada SYBDÖ-II puan ortalaması  $119,96 \pm 17,21$  olarak bulunmuştur (83). Estebdari ve arkadaşlarının İran'da bir hastanede çalışan personel üzerinde yaptığı çalışmada SYBDÖ-II puan ortalaması  $137,82 \pm 20,5$  olarak bulunmuştur (84). Yılgin ve arkadaşlarının üniversitesi hastanesinde çalışan sağlık personeli ile yaptığı çalışmada SYBDÖ-II puan ortalaması  $125,0 \pm 18,4$  olarak bulunmuştur (85). Çakır ve arkadaşlarının asistan hekimlerde yaptığı çalışmada SYBDÖ-II puan ortalaması  $111,1 \pm 18,7$  olarak bulunmuştur (86). Bostan ve arkadaşlarının hastanede çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada SYBDÖ-II puan ortalaması  $125,62 \pm 19,40$  olarak bulunmuştur (87). Yalçinkaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada SYBDÖ-II puan ortalaması  $121,85 \pm 18,05$  olarak bulunmuştur (88). Topçu ve arkadaşlarının hastanede çalışan sağlık personelleri ile yaptığı çalışmada SYBDÖ-II puan ortalaması  $127,22 \pm 24,21$  olarak bulunmuştur (89). Yanık ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında yapmış olduğu çalışmada SYBDÖ-II puan ortalaması  $130,22 \pm 19,12$  olarak bulunmuştur (90). Özvurmaz ve arkadaşlarının küçük ve orta ölçekli işletme çalışanlarında yapmış olduğu çalışmada SYBDÖ-II puan ortalaması  $135,46 \pm 22,49$  olarak bulunmuştur (91). Kolaç ve arkadaşlarının fabrika çalışanlarını dahil ettiği çalışmada SYBDÖ-II puan ortalaması  $130,70 \pm 21,98$  olarak bulunmuştur (92). Yılmaz ve arkadaşlarının kamu çalışanları ile yaptığı çalışmada SYBDÖ-II puan ortalaması  $132,14 \pm 24,98$  olarak bulunmuştur

(93). Özçelik'in aile hekimleri, imamlar ve sınıf öğretmenlerini dahil ettiği toplum önderleri ile ilgili tez çalışmasında aile hekimlerinin SYBDÖ-II puan ortalaması  $126,0 \pm 22,3$ , sınıf öğretmenlerinin  $138,8 \pm 21,1$ , imamların ise  $136,4 \pm 22,2$  olarak bulunmuştur (68). Bu araştırmada alınan ortalama ölçek puanı, sağlık çalışanlarının dahil edildiği diğer çalışmalardakilerle benzer olarak bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden en düşük 52, en yüksek 208 puan alınabildiği ve çalışma grubunun sağlık çalışanları olduğu düşünüldüğünde bu ortalama puanların istenilen seviyede olmadığı görülmektedir. Sağlık çalışanlarının hastalık ve sağlıkla ilgili konulardaki mesleki bilgi ve deneyimlerini kendi yaşamlarına yeterince uygulayamadıkları görülmektedir. Sağlık dışı çalışanların incelendiği çalışmalarda ortalamaların daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Sağlık çalışanlarının 'sosyal arzulanır durum biası' da göz önüne alındığında aslında daha da düşük puanlara sahip olabileceği gerçeği düşünüldüğünde, sağlıklı bir yaşam için bilgiyi bilmenin yeterli olmadığı, tutum ve davranışa dönüştürmede eksiklikler olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada alt ölçekler içerisinde en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite bölümünden, en yüksek puan ortalaması ise manevi gelişim bölümünden alınmıştır. Literatürde bizim çalışmamızla benzer şekilde en düşük puan ortalamasını fiziksel aktivite alt ölçeğinde, en yüksek puan ortalamasını ise manevi gelişim alt ölçeğinde saptayan çok sayıda çalışma bulunmaktadır (75-77, 79, 81-85, 87, 90, 94, 95). Literatürde en düşük puan ortalaması yine fiziksel aktivite olan, ancak en yüksek puan ortalamasının kişiler arası ilişkiler alt ölçeğinde hesaplanan bazı çalışmalar da mevcuttur (67, 80, 86, 88). İncelenen çalışmalarla beraber bu çalışmada da çok düşük düzeyde gözlenen fiziksel aktivite davranış düzeyi, hem sağlık hem de sağlık dışı çalışanların bu konuda yetersiz kaldığını göstermektedir. Uzun ve yorucu çalışma şartları, artan teknoloji kullanımı, motorlu araç sahipliğinin artması, spor alanlarının yetersizliği veya spor salonlarında egzersiz yapma maliyetlerinin yüksek olması gibi nedenlerle çalışan nüfusun fiziksel aktiviteye yeterince zaman ayıramadığı düşünülebilir. Manevi gelişim alt ölçeğinin en yüksek ortalamaya sahip olmasının nedeni ise ülkedeki yaygın kültürel yapı ve inanç sistemi ile kontrol edebilmesi daha kolay olan içsel huzuru yakalayabilmek adına kişilerin bu alanda daha yüksek düzeyde davranış sergiliyor olabileceği düşünülebilir.

## 6.2. SYBDÖ-II Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Tek ve Çok Değişkenli Analiz Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Bu araştırmada cinsiyete göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, kadın katılımcıların puan ortalaması, erkek katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Literatürde cinsiyet karşılaştırmasında bizim çalışmamızla benzer yönde anlamlı fark bulan çalışmalar (75, 78, 94, 96, 97) olduğu gibi, anlamlı fark bulamayan birkaç çalışma (66, 98) ve ters yönde ilişki saptayan çalışmalar (85, 99) da mevcuttur. Bu araştırmada cinsiyete göre alt ölçek puanlarının karşılaştırmasında manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt ölçeklerinde kadın katılımcıların puan ortalamalarının, erkek katılımcıların puan ortalamalarından anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde alt ölçeklerle cinsiyet karşılaştırmalarında kadın katılımcıların erkek katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı birçok çalışma (67, 75, 82, 85-88, 96, 97) yer alırken, tam tersi yönde anlamlı ilişki bulan çalışmaya (84, 93) ve anlamlı fark bulamayan çalışmaya (80) da rastlanmıştır. Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde toplam puan, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt ölçeklerindeki anlamlılık korunmuştur. Literatürde ölçek toplam puanı ile yapılan çok değişkenli analizlerde bizim bulgularımızla paralel şekilde kadın cinsiyette olmanın toplam ölçek puanına pozitif yönde etkisi olduğunu bulan çalışmalar mevcuttur (96, 97). Bu çalışmadaki sonuçlar ve literatürdeki bulgular göz önüne alındığında kadınların toplumsal cinsiyet rollerinin etkisi altında olmasından dolayı sağlık sorumluluğu ve beslenme gibi konularda daha dikkatli ve özenli davrandıkları söylenebilir.

Bu araştırmada yaş grubuna göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, 47 yaş ve üstünde olan katılımcıların puan ortalaması, 46 yaş ve altında olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Yaş grubuna göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt ölçeklerinde de aynı şekilde 47 yaş ve üstünde olan katılımcıların puan ortalamaları, 46 yaş ve altında olan katılımcıların puan ortalamalarından anlamlı şekilde daha

yüksek saptanmıştır. Bizim çalışmamızla benzer şekilde yaşça büyük olan grubun daha iyi sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergilediklerini bulan araştırmalar çoğunlukta (69, 78, 82, 96, 100-102), anlamlı ilişki bulamayan çalışmalar (66, 68) veya tam ters ilişki bulan çalışma da yer almaktadır (75). Literatürde alt ölçeklerle yaş grubu karşılaştırmalarında bizim çalışmamıza benzer şekilde yaşı daha büyük olan katılımcıların, yaşı daha küçük olan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı çalışmalar yer almaktadır (67, 82, 84, 85, 88, 96, 100, 102). Bizim çalışmamızda diğer alt ölçeklerle yaş arasında anlamlı ilişki bulunamasa da literatürde yaş ilerledikçe diğer alt ölçeklerden alınan puanların anlamlı şekilde arttığını gösteren çalışmalar vardır (78, 82, 96, 100, 102). Pender'in geliştirdiği sağlıklı geliştirme modeline göre de kişiler yaşlandıkça sağlıklı davranışları yaşamlarında uygulama düzeyleri artmaktadır (103). Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde toplam puan, beslenme ve stres yönetimi alt ölçeklerindeki anlamlılık korunmuş olup, fiziksel aktivite alt ölçeğinde anlamlılık kaybolmuştur. Literatürde ölçek toplam puanı ile yapılan çok değişkenli analizlerde bizim bulgularımızla ters şekilde artan yaşın toplam ölçek puanına negatif yönde etkisi olduğunu bulan çalışma mevcuttur (69). Bireylerin yıllar geçtikçe artan bilgi ve kişisel deneyimlerine dayanarak sağlıklarını korumak ve sürdürmek için daha çok egzersiz yaptıkları, daha iyi beslendikleri ve streslerini kontrol etme amaçlı daha uygun davranışa yöneldikleri söylenebilir.

Bu araştırmada medeni durum ve SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamış olup, literatürde bizim çalışmamıza benzer şekilde anlamlı fark bulamayan çalışma (68, 98) olduğu gibi, evli olan bireylerin daha yüksek puan aldığı çalışmalar (82, 86) ve bekar bireylerin daha yüksek puan aldığı çalışmalar (87, 90, 92) da bulunmaktadır. Alt ölçeklerden manevi gelişim ve beslenmede istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Her iki alt ölçekte de medeni durumu evli olan katılımcıların puan ortalamaları, medeni durumu bekar olan katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır. Literatürde medeni durum ile beslenme alt ölçeği karşılaştırmalarında bizim çalışma ile benzer sonuçlar gözlenmiştir (78, 86, 96, 101). Diğer alt ölçeklerde birbirinden farklı sonuçlar bulunmuş olup, bekar katılımcıların daha yüksek puan aldıkları çalışmalar (67, 75-77, 79, 81, 83, 85, 87,

90, 92) daha çok yer alırken, evli katılımcıların daha yüksek puan aldıkları çalışmalar (80, 82) ve anlamlı fark bulamayan çalışmalar nispeten daha az bulunmaktadır (68, 89, 104). ). Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde manevi gelişim ve beslenme alt ölçeklerindeki anlamlılık kaybolmuştur. Her ne kadar anlamlılık kaybolmuş olsa da, bireyin hayatında birlikte zaman geçirdiği, değer verdiği bir partneri olması, kişiyi düzenli bir aile yaşamına yönlendirip, daha düzenli ve sağlıklı beslenmesine vesile oluyor olabilir.

Bu araştırmada eşin çalışma durumu ve SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır. Eşin çalışma durumuna göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında beslenme alt ölçeğinde eşi çalışmayan katılımcıların puan ortalamalarının, eşi çalışan katılımcıların puan ortalamalarından anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde eşin çalışma durumunu irdeleyen çalışma bulunamamıştır. Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde beslenme alt ölçeğindeki anlamlılık kaybolmuştur. Her ne kadar anlamlılık kaybolmuş olsa da, bir iş yerinde çalışmayan ve evde bulunan partnerin yemek alışverişi ve hazırlanması konusunda daha fazla zamanı olup, daha katılımcı olabildiği, böylece beslenme açısından daha optimal şartların yerine getirildiği düşünülebilir.

Bu araştırmada çocuk sahibi olma durumuna göre SYBDÖ-II toplam puan ve alt ölçek puanlarının karşılaştırmaları ile çocuk sayısının ölçek puanları ile korelasyonunda istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır. Literatürde toplam puan ile karşılaştırma yapan araştırmalarda bizim çalışmamıza benzer şekilde anlamlı fark bulamayan çalışmaların yanında (68, 92, 98, 104), çocuğu olanların toplam puanını daha yüksek bulan çalışmalar (78, 96) ve çocuk sayısı arttıkça bireylerin daha iyi sağlıklı yaşam davranışı sergilediklerini bulan araştırmalar mevcuttur (69, 105). Literatürde alt ölçek karşılaştırmalarında özellikle fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçeklerinde çocuk sahibi olmayan bireylerin daha yüksek puana sahip olduğu çalışmaların (77, 79, 81, 87, 92, 100, 101) çoğunlukta olduğu, beslenme alt ölçeğinde ise çocuğu olan bireylerin daha yüksek puana sahip olduğu çalışmaların (96, 100) çoğunlukta olduğu gözlenmiştir. Araştırma grubumuzun çok büyük çoğunluğunun evli ve çocuğu olması sebebiyle farklılık saptanamamış olabilir.

Bu araştırmada aile tipi ve SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamış olup, alt ölçek puanları ile karşılaştırmada manevi gelişim, sağlık sorumluluğu ve kişiler arası ilişkiler alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Her üç alt ölçekte de ailesi ile birlikte yaşayan katılımcıların puan ortalamaları, tek yaşayan katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır. Literatürde bizim çalışmamıza benzer Şekilde toplam puan ile karşılaştırmalarda fark bulamayan çalışmalar (79, 92, 104) olduğu gibi, çekirdek ailesi ile yaşayanların puanının geniş ailede yaşayanların puanından daha yüksek olduğunu saptayan çalışmalar (78, 89, 100) da bulunmaktadır. Alt ölçek puanı ile yapılan karşılaştırmalarda bizim çalışmamızla benzer Şekilde çekirdek ailede olanların manevi gelişim alt ölçek puanını daha yüksek bulan araştırma da mevcuttur (100). Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt ölçeklerindeki anlamlılık korunmuş olup, sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde anlamlılık kaybolmuştur. Ayrıca tek değişkenli analizde anlamlı ilişki saptanamayan fiziksel aktivite alt ölçeğinde anlamlılık ortaya çıkmıştır. Literatürde ölçek toplam puanı ile yapılan çok değişkenli analizlerde ailede yaşayan kişi sayısının artmasının toplam ölçek puanına negatif yönde etkisi olduğunu bulan çalışma mevcuttur (99). Ailesi ile beraber yaşayan katılımcıların kendi sağlığının yanında ailedeki diğer kişilerin de sağlıklarını düşünüp, onların sorumluluğunu alıp, sorunlarını paylaşması, onlara yardım etmesi, bireylerin iç huzurunu arttırıyor, sorumluluk bilinçlerini oluşturuyor ve kişiler arası ilişkilerini geliştiriyor olabilir.

Bu araştırmada kişinin yaşamının büyük kısmını geçirdiği yer ve SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, yaşamlarının büyük kısmını köyde geçiren katılımcıların puan ortalaması, ilde ve ilçede geçiren katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Yaşamının büyük kısmının geçirildiği yere göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmada manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, belirtilen dört alt ölçekte de köyde yaşayan katılımcıların puan ortalamaları, il ve ilçede yaşayan katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır. Literatürde bizim çalışmamıza benzer Şekilde toplam puan ve alt ölçeklerle yapılan karşılaştırmalarda

aynı yönde fark bulan çalışmaların yanı sıra (67, 91), fark bulamayan çalışmalar (104, 106) ve ters yönde ilişki bulan çalışma da (99) vardır. Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde toplam puan, manevi gelişim, fiziksel aktivite ve beslenme alt ölçeklerindeki anlamlılık korunmuş olup, stres yönetimi alt ölçeğinde anlamlılık kaybolmuştur. Şehrin gürültüsünden, karmaşasından ve stresinden uzakta, daha doğal ürünlerin olduğu bir yaşamın, kişileri sağlıklı yaşam davranışları açısından desteklediği söylenebilir.

Bu araştırmada algılanan gelir düzeyi ve SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır, ancak alt ölçek puanları ile karşılaştırmada manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Manevi gelişim alt ölçeğinde geliri giderinden yüksek olan katılımcıların puan ortalaması, diğer katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır. Stres yönetimi alt ölçeğinde ise geliri giderinden yüksek olan katılımcıların puan ortalaması, geliri giderinden düşük olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalardan bizim bulgularımıza benzer şekilde toplam puan ile karşılaştırmalarda fark bulamayan çalışmalar (77, 80, 98, 101) olsa da, geliri daha iyi olan grubun daha yüksek puan aldığını anlamlı olarak bulan çalışmalar (79, 81, 99) da mevcuttur. Literatürde alt ölçek karşılaştırmalarında toplam puanda olduğu gibi geliri daha iyi olan gruptakilerin daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergiledikleri gözlenmiştir (77, 80, 86, 87, 96, 97, 100, 107). Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçeklerindeki anlamlılık kaybolmuştur. Literatürde ölçek toplam puanı ile yapılan çok değişkenli analizlerde algılanan gelir düzeyinin ve gelirin yüksek olmasının toplam ölçek puanına pozitif yönde etkisi olduğunu bulan çalışmalar mevcuttur (97, 99). Her ne kadar anlamlılık kaybolmuş olsa da, gelirin yüksek olması sağlıklı yaşam davranışlarını uygulayabilmeyi daha ulaşılabilir hale getiriyor olabilir. Maddiyat ve geçim sıkıntısı olmayan kişilerin daha huzurlu hissettiği ve dolayısıyla streslerini daha iyi kontrol edebildikleri söylenebilir.

Bu araştırmada meslek ve SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır. Mesleğe göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında ise sadece sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde istatistiksel

olarak anlamlı fark saptanmış olup, mesleği hemşire ve ebelerden olup aile sağlığı çalışanı pozisyonunda çalışan katılımcıların puan ortalaması, aile hekimi olan katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır. Literatürde bizim çalışmamızla benzer şekilde toplam puan karşılaştırmalarında anlamlı fark bulamayan çalışmaların (69, 82) yanı sıra, toplam puan veya alt ölçek karşılaştırmalarında ebe ve hemşirelerin doktorlardan daha yüksek puan alarak anlamlı fark saptanan birkaç çalışma (77, 85, 89, 90) bulunmaktadır. Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde sağlık sorumluluğu alt ölçeğindeki anlamlılık kaybolmuştur. Her ne kadar anlamlılık kaybolmuş olsa da, çalışmamızda aile sağlığı çalışanı olarak aldığımız grupta yer alan hemşire ve ebelerin hepsinin (%100) kadın olması ve kadınların sağlık sorumluluklarının daha fazla olması, meslek karşılaştırmasındaki sonucu etkilemiş olabilir.

Bu araştırmada AHB nüfusu ve SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamış olup, alt ölçek puanları karşılaştırmasında sadece stres yönetimi alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu alt ölçekte AHB nüfusu 3324 ve üstü olan katılımcıların puan ortalaması, AHB nüfusu 3323 ve altı olan katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır. Literatürde AHB nüfusu ile toplam puan karşılaştırmasında anlamlı fark bulamayan çalışma (69) mevcuttur. Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde stres yönetimi alt ölçeğindeki anlamlılık kaybolmuştur. AHB nüfusu arttıkça artan insan profili çeşitliliği ve yoğun iş temposu ile mücadele etmek, kişileri stres yönetiminde daha başarılı kılıyor olabilir.

Bu araştırmada mesleki deneyim süresi ve SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, mesleki deneyim süresi 21 yıl ve üzeri olan katılımcıların puan ortalaması, 11-20 yıl arası olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Literatürde mesleki deneyim süresi ile yapılan karşılaştırmalarda bizim sonucumuz ile benzer şekilde anlamlı ilişki bulan çalışmalar (68, 69, 77, 82) olsa da, anlamlı fark bulamayan birçok çalışma (66, 67, 75, 76, 79, 80, 88, 101, 104) bulunmaktadır. Mesleki deneyim süresi ve SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında beslenme, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Beslenme ve stres yönetimi alt ölçeklerinde mesleki deneyim süresi

daha fazla olan katılımcıların puan ortalaması, daha az olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Ancak kişiler arası ilişkiler alt ölçeğinde anlamlılık bunun tam tersi yönde gözlenmiş olup, mesleki deneyim süresi daha az olan katılımcıların puan ortalaması, daha uzun olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Literatürde çeşitli alt ölçeklerde çalışma yılı arttıkça alt ölçek puan ortalamalarının da arttığı çalışmalar (66, 67, 82, 84, 88, 92) çoğunlukta olsa da, çalışma yılı ile alt ölçek puan ortalamaları arasında ters yönde ilişki bulan birkaç çalışma (75, 100) mevcuttur. Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde toplam puan, beslenme, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçeklerindeki anlamlılık kaybolmuştur. Ancak tek değişkenli analizde anlamlı ilişki saptanamayan fiziksel aktivite alt ölçeğinde anlamlılık ortaya çıkmıştır. Literatürde ölçek toplam puanı ile yapılan çok değişkenli analizlerde mesleki deneyim süresinin yüksek olmasının toplam ölçek puanına pozitif yönde etkisi olduğunu bulan çalışma mevcuttur (84). Sağlık çalışanları mesleklerinde yıllar geçtikçe artan deneyim ile beraber hastalıklarla mücadele eden insanları gördükçe, öğrendikleri teorik bilgileri somut şekilde gözlemlemektedirler. Bu da ilerleyen yaşla birlikte ortaya çıkabilecek olumsuz sağlık sonuçlarından korunmak için kişileri sağlıklı yaşam davranışlarını zaman geçtikçe daha fazla uygulamaya sevk etmiş olabilir. Kariyerinin başında olan bir sağlık personeli, zamanın yıpratıcı etkisinden uzak, çalışma motivasyonu yüksek bir bireydir. Bu yüzden kişiler arası ilişkileri mesleki deneyimi daha fazla olan çalışma arkadaşlarına göre daha iyi olabilir.

Bu araştırmada eğitim durumu ve SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır. Eğitim durumuna göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında sadece sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, eğitim durumu lisans ve altında olan katılımcıların puan ortalamaları, eğitim durumu yüksek lisans ve uzmanlık olan katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır. Literatürde toplam puan karşılaştırmasında bizim çalışmamıza benzer şekilde anlamlı fark bulamayan çalışmalar (68, 76, 77, 79, 92, 98, 104) çoğunlukta, eğitim seviyesi yüksek grubun daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğunu bulan çalışmalar (83, 96, 97) da mevcuttur. Alt ölçek

karşılaştırmalarında ise bizim çalışmamıza benzer şekilde anlamlı fark bulan çalışmanın (77) dışında, eğitim seviyesi daha yüksek grubun daha yüksek alt ölçek puan ortalamalarına sahip olduğunu bulan çalışmalar (83, 84, 96, 97) çoğunluktadır. Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde sağlık sorumluluğu alt ölçeğindeki anlamlılık kaybolmuştur. Literatürde ölçek toplam puanı ile yapılan çok değişkenli analizlerde eğitim seviyesinin yüksek olmasının toplam ölçek puanına pozitif yönde etkisi olduğunu bulan çalışma mevcuttur (97). Her ne kadar anlamlılık kaybolmuş olsa da, çalışmamızda eğitim seviyesi yüksek olan katılımcıların sağlık sorumluluğu seviyesinin düşük olarak saptanmasının, lisans ve altı eğitim alan grubun hepsinin aile sağlığı çalışanı ve hepsinin kadın olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu araştırmada vücut kitle indeksi grupları ve SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Vücut kitle indeksi obez grubunda olan katılımcıların puan ortalaması, hem fazla kilolu hem de zayıf ve normal grupta olan katılımcıların puan ortalamasından daha düşük saptanmıştır. Vücut kitle indeksi gruplarına göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında sadece fiziksel aktivite alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu alt ölçekte vücut kitle indeksi obez grubunda olan katılımcıların puan ortalaması, hem fazla kilolu hem de zayıf ve normal grupta olan katılımcıların puan ortalamasından daha düşük saptanmıştır. Literatürde hem toplam puan hem de çeşitli alt ölçeklerde bizimle benzer yönde anlamlılık saptayan çalışmalar (75, 83, 108) ve gruplar arası anlamlı fark bulamayan çalışmalar (66, 68, 76, 77, 79, 85, 90, 101) çoğunlukta, bizim çalışma bulgularımıza ters yönde anlamlı fark bulan çalışma (84) da mevcuttur. Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde toplam puandaki anlamlılık kaybolmuş olup, fiziksel aktivite alt ölçeğindeki anlamlılık korunmuştur. Literatürde ölçek toplam puanı ile yapılan çok değişkenli analizlerde vücut kitle indeksinin yüksek olmasının toplam ölçek puanına negatif yönde etkisi olduğunu bulan çalışma mevcuttur (108). Ağırlık kontrolünde fiziksel aktivite ile günlük kalori dengesinin sağlanması elzemdir. Sağlıklı bir yaşam için ideal olarak tabir edilen ölçülere sahip olan kişilerin daha fazla fiziksel aktivite yaptıkları veya fiziksel aktiviteyi daha fazla yaptıkları için bu beden ölçülerine sahip oldukları söylenebilir.

Bu araştırmada algılanan fiziksel sağlık, ruhsal sağlık ve sosyal sağlık düzeyine göre değerlendirilen SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Her üç algılanan sağlık bileşeninde de sağlık düzeyi mkemmek, çok iyi ve iyi olan katılımcıların puan ortalaması, orta ve kötü olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Literatürde sağlıklı olma halini ve bileşenlerini bir bütün olarak inceleyen çalışmalar yer almakta olup, toplam puan ile yapılan karşılaştırmalarda sonuçları bizim çalışmamız ile benzer şekilde bulan çalışmalar (75, 77, 80, 85, 96, 107) varken, anlamlı fark bulamayan çalışmalar (79, 81, 91, 100, 104) da olmuştur. Bu araştırmada alt ölçek puanları ile karşılaştırmada üç sağlık bileşeninde de tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, tüm alt ölçeklerde algılanan sağlık düzeyi mkemmek, çok iyi ve iyi olan katılımcıların puan ortalaması, orta ve kötü olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Literatürde alt ölçek puanları ile yapılan karşılaştırmalarda çeşitli alt ölçeklerde sonuçları bizim çalışmamız ile benzer şekilde saptayan çalışmalar (75, 77, 79-81, 85, 96, 100, 107) oğunlukta olup, anlamlı fark bulamayan çalışmalar (91, 104) da bulunmaktadır. Bu araştırmada algılanan fiziksel sağlık düzeyi ile yapılan çok değişkenli analizlerde toplam puan ve tüm alt ölçeklerdeki anlamlılık kaybolmuştur. Algılanan ruhsal sağlık düzeyi ile yapılan çok değişkenli analizlerde toplam puan, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçeklerindeki anlamlılık korunmuş olup, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme alt ölçeklerindeki anlamlılık kaybolmuştur. Algılanan sosyal sağlık düzeyi ile yapılan çok değişkenli analizlerde toplam puan, beslenme, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçeklerindeki anlamlılık korunmuş olup, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt ölçeklerindeki anlamlılık kaybolmuştur. Sağlıklı bir birey olduğunu düşünmek ve hissetmek, bireyleri hayatlarında daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemeleri konusunda cesaretlendiriyor ve destekliyor olabilir ya da tam tersi olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları uygulayan kişiler kendisini daha sağlıklı bir birey olarak nitelendiriyor olabilir.

Bu araştırmada kronik hastalık varlığı ve SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, kronik hastalığı

olmayan katılımcıların puan ortalaması, kronik hastalığı olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Literatürde toplam puan karşılaştırmasında bizim sonuçlarımızla benzer anlamlı fark bulan (84) veya tam ters yönde anlamlı fark bulan az sayıda çalışma (89) varken, gruplar arası anlamlı farklılık bulamayan çalışmalar (67, 77, 78, 80, 85, 90-92, 98, 100, 104) çoğunlukla gözlenmiştir. Bu çalışmada alt ölçek puanlarıyla karşılaştırmada manevi gelişim, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, her üç alt ölçekte kronik hastalığı olmayan katılımcıların puan ortalaması, kronik hastalığı olan katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalarda alt ölçek karşılaştırmalarında da az sayıda çalışmada bizim bulgularımızla benzer yönde anlamlı ilişki bulan çalışmaların (68, 75, 76) yanında, çok sayıda çalışmada (67, 77, 78, 80, 85, 90-92, 100, 104) herhangi bir alt ölçekte fark bulunamadığı gözlenmiştir. Bu çalışmada yapılan çok değişkenli analizlerde toplam puan, manevi gelişim, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçeklerindeki anlamlılık kaybolmuştur. Literatürde ölçek toplam puanı ile yapılan çok değişkenli analizlerde kronik hastalığa sahip olmamanın toplam ölçek puanına pozitif yönde etkisi olduğunu bulan çalışma mevcuttur (84). Her ne kadar anlamlılık kaybolmuş olsa da sürekli bakım ve tedavi gerektiren bir kronik hastalığa sahip olmak bireyleri yıpratıp, motivasyonlarını düşürüp, aktivite kısıtlılığı yaratıyor, stres seviyelerini artırıyor olabilir. Hastalığı olmayan bireyler hastalığa yakalanmamak için daha çok sağlıklı yaşam davranışı sergiliyor olabilir.

Bu çalışmada reçeteli düzenli ilaç kullanma durumu ve SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Reçeteli düzenli ilaç kullanmayan katılımcıların puan ortalaması, reçeteli düzenli ilaç kullanan katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır. Reçeteli düzenli ilaç kullanma durumuna göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında manevi gelişim ve fiziksel aktivite alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, her iki alt ölçekte de reçeteli düzenli ilaç kullanmayan katılımcıların puan ortalaması, reçeteli düzenli ilaç kullanan katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır. Literatürde bizim çalışmamızla benzer bulgulara sahip çalışma (68) olduğu gibi, ters yönde anlamlı ilişki bulan (77, 91) ve herhangi bir anlamlı ilişki bulamayan çalışmalar da (67, 96,

104) mevcuttur. Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde toplam puan, manevi gelişim ve fiziksel aktivite alt ölçeklerindeki anlamlılık kaybolmuştur. Her ne kadar anlamlılık kaybolmuş olsa da düzenli ilaç kullanımı kişinin kronik bir hastalığa sahip olduğunu göstermektedir. Bu yüzden düzenli ilaç kullanmayan ve dolayısıyla kronik hastalık tanısı olmayan kişilerin, nispeten daha sağlıklı olduğu ve bu sağlıklı hali sürdürebilmek adına davranışlarına dikkat ettikleri söylenbilir.

Bu araştırmada kronik hastalığı olan aile bireyi varlığı ve SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, ailesinde kronik hastalığa sahip birey olan katılımcıların puan ortalaması, sahip olmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Kronik hastalığı olan aile bireyi varlığına göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Tüm alt ölçeklerde de ailesinde kronik hastalığa sahip birey olan katılımcıların puan ortalaması, sahip olmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Literatürde bu değişkenin incelendiği az sayıda çalışma bulunup, bizim bulgularımızı destekleyen çalışma (96) olduğu gibi anlamlı fark bulamayan çalışmalar da (78, 85) bulunmaktadır. Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde toplam puan, manevi gelişim, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt ölçeklerindeki anlamlılık korunmuş olup, sağlık sorumluluğu alt ölçeğindeki anlamlılık kaybolmuştur. Ailesinde kronik hastalığı bulunan bireyler, o kişilerin yaşamlarını kolaylaştırmak ve onlara örnek olmak adına daha fazla sağlıklı yaşam davranışı gösteriyor olabilir. Bunun yanında kronik hastalıkla yaşamanın zorluklarına birebir şahit oldukları için aynı durumu yaşamamak adına daha bilinçli davranıyor olabilirler.

Bu araştırmada hastalık durumu olmadan genel sağlık taraması yaptırma durumu ve SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, genel sağlık taraması yaptırma katılımcıların puan ortalaması, yaptırmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Bu durum hastalık durumu olmadan ağız ve diş sağlığı taraması yaptırma durumu ile yapılan karşılaştırmada da aynı şekilde bulunmuştur. Alt lek puanları ile karşılaştırmada da tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, aynı şekilde genel sağlık taraması yaptırma katılımcıların puan ortalaması,

yaptırmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Bu anlamlı ilişki hastalık durumu olmadan ağız ve diş sağlığı taraması yaptırma durumu ile yapılan karşılaştırmalarda da bulunmuştur. Literatürde bizim bulgularımız destekler nitelikte, genel veya ağız ve diş sağlığı taraması yaptıran kişilerin toplam ve alt ölçek puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu çalışmalar bulunmaktadır (77, 91, 98, 104). Bu araştırmada genel sağlık taraması yaptırmanın dahil edildiği çok değişkenli analizlerde toplam puan, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt ölçeklerindeki anlamlılık korunmuş olup, manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt ölçeğindeki anlamlılık kaybolmuştur. Bu araştırmada ağız ve diş sağlığı taraması yaptırmanın dahil edildiği çok değişkenli analizlerde toplam puan, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt ölçeklerindeki anlamlılık korunmuş olup, stres yönetimi alt ölçeğindeki anlamlılık kaybolmuştur. Herhangi bir hastalık durumu olmadan sağlık kontrolü yaptırmak sessiz başlangıçlı bazı hastalıklar için erken tanı ve tedavi şansı sunmaktadır. Bunu bilen ve bilincinde olan bireyler daha sağlıklı bir hayat tarzı benimsemiş olabilir.

Bu araştırmada profesyonel psikolojik destek alma durumuna göre SYBDÖ-II toplam puan ve alt ölçek puanları karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır. Literatürde de bu değişken ile ilgilenen araştırma bulunamamıştır. Çalışma grubumuzda psikolojik destek almayan katılımcıların yüzdesi çok yüksek olduğu için gruplar arası anlamlılık bulunamamış olabilir.

Bu araştırmada algılanan stres düzeyi ve SYBDÖ-II toplam puan ve alt ölçek puanları karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, algılanan stres düzeyi 6 puan ve altında olan katılımcıların puan ortalaması, algılanan stres düzeyi 7 ve üstü olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Literatürde de bu değişken ile ilgilenen araştırma bulunamamıştır. Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde manevi gelişim, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt ölçeklerindeki anlamlılık korunmuş olup, toplam puan, fiziksel aktivite, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt ölçeklerindeki anlamlılık kaybolmuştur. Bireyin günlük yaşamdaki stresinin artması ile gün içindeki iş performansı etkileneceği gibi geriye kalan günlük yaşam aktiviteleri de

etkilenecektir. Mevcut yüksek stres ile baş ederken sağlıklı davranışlar sergilemeye yeterince dikkat ve özen göstermiyor olabilir.

Bu araştırmada sağlıklı yaşadığına inanma durumuna göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında, sağlıklı yaşadığına inanan katılımcıların puan ortalamasının, inanmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Aynı anlamlı ilişki tüm alt ölçeklerde de saptanmıştır. Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde toplam puan, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçeklerindeki anlamlılık korunmuş olup, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt ölçeklerindeki anlamlılık kaybolmuştur. Sağlıklı bir hayat sürdürdüğünü düşünen bireyler aynı zamanda bu düşüncelerini tutum ve davranışa da dönüştürüp hayatlarında uygulamaktadırlar.

Bu araştırmada yeterli ve dengeli beslendiğini düşünme durumu ve SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, yeterli ve dengeli beslendiğini düşünen katılımcıların puan ortalaması, düşünmeyen katılımcıların puan ortalamasından daha yüksektir. Aynı anlamlı ilişki tüm alt ölçeklerde de saptanmıştır. Literatürde toplam puan ve alt ölçek puanları ile karşılaştırma yapan çalışmalarda bizim çalışmamızı destekler şekilde aynı anlamlı ilişkiler bulunmuştur (75, 96, 98, 101, 104). Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde toplam puan, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt ölçeklerindeki anlamlılık korunmuş olup, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçeklerindeki anlamlılık kaybolmuştur. Literatürde ölçek toplam puanı ile yapılan çok değişkenli analizlerde bizim bulgularımızla paralel şekilde sağlıklı beslendiğini düşünmenin toplam ölçek puanına pozitif yönde etkisi olduğunu bulan çalışma mevcuttur (96). İçeriğine ve miktarına dikkat ederek besin tükettiğini düşünen bireylerin, besinlere gösterdikleri bu özeni diğer sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında da gösterdikleri düşünülebilir.

Bu araştırmada gün içinde ana öğün atlama durumu ve SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, ana öğün atlamayan katılımcıların puan ortalaması, ana öğün atlayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Alt ölçek puanları ile karşılaştırmalarda

ise manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt ölçeklerinde ana öğün atlamayan katılımcıların puan ortalamasının, öğün atlayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Gün içinde atlanan ana öğünün cinsine göre toplam puan ile karşılaştırmada anlamlı fark olmayıp, alt ölçek puanları karşılaştırmasında ise sadece beslenme alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Beslenme alt ölçeğinde gün içinde atlanan ana öğünü öğlen olan katılımcıların puan ortalaması, atlanan öğünü sabah olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde toplam puan, manevi gelişim, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçeklerindeki anlamlılık kaybolmuş olup, beslenme alt ölçeğindeki anlamlılık korunmuştur. Beslenmenin yeterli ve dengeli olmasının yanında ne zaman ve hangi sıklıkta olduğu da sağlığı etkilemektedir. Bireylerin düzenli olarak üç ana öğün beslenmeye verdikleri özeni, diğer sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına da gösterdikleri düşünülebilir.

Bu araştırmada ağırlığını değerlendirme durumuna göre SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, ağırlığını olması gerektiği gibi değerlendiren katılımcıların puan ortalaması, ağırlığını olması gerektiğinden fazla olarak değerlendiren katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Ağırlığını değerlendirme durumuna göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında manevi gelişim, fiziksel aktivite ve beslenme alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Tüm alt ölçeklerde de ağırlığını olması gerektiği gibi değerlendiren katılımcıların puan ortalaması, ağırlığını olması gerektiğinden fazla olarak değerlendiren katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde toplam puan ve beslenme alt ölçeğindeki anlamlılık korunmuş olup, manevi gelişim ve fiziksel aktivite alt ölçeklerindeki anlamlılık kaybolmuştur. Boyuna uygun ağırlıkta olma/kalma çabası ve SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, boyuna uygun ağırlıkta olma/kalma çabasına sahip olan katılımcıların puan ortalaması, bu çabaya sahip olmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Boya uygun ağırlıkta olma/kalma çabasına göre SYBDÖ-II alt ölçek puanları karşılaştırmasında tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Tüm alt ölçeklerde de boya uygun ağırlıkta olma/kalma çabasına sahip olan katılımcıların puan ortalaması, bu çabaya sahip olmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde toplam puan ve tüm alt ölçeklerdeki anlamlılık korunmuştur. Literatürde ağırlık algısı ve kontrolüne dair değişkenlerin ölçek puanları ile ilişkisini inceleyen çalışma bulunamamıştır. Boylarına uygun ağırlıkta olduğunu düşünen bireyler ideal ve sağlıklı bir vücuda sahip olduklarını düşünüp, sağlıklı yaşam davranışlarını uygulamak için daha hevesli olabilirler. Tam tersi olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergiledikleri için uygun vücut ölçülerine sahip olduklarını düşünüyor olabilirler. Boyuna uygun ağırlıkta olmaya ya da kalmaya özen gösteren bireyler, sağlıklı vücut ölçülerinin sağlıklı bir beden için ön şart olduğunun bilincinde olup, bunu elde edebilmek için daha çok sağlıklı yaşam davranışı sergiliyor olabilirler.

Bu araştırmada uyku süresinin ideal olma durumu ve SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Uyku süresi ideal olan katılımcıların puan ortalaması, ideal olmayan katılımcıların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır. Alt ölçeklerle karşılaştırmalarda tüm alt ölçeklerde aynı şekilde uyku süresi ideal olan katılımcıların puan ortalamasının, ideal olmayan katılımcıların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır. Literatürde ideal uyku süresi ile ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulamayan çalışma mevcuttur (79). Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde toplam puan, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt ölçeklerindeki anlamlılık korunmuş olup, fiziksel aktivite, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt ölçeklerindeki anlamlılık kaybolmuştur. Alameda çalışmasına göre ideal uyku süresi olarak tanımlanan günlük 7-8 saatlik gece uykusu hastalıkları önleyip, yaşam süresini de uzatmaktadır (14). Dinlenmiş, zinde bir vücut ve düşüncelerinden arınmış bir zihnin rahatlatıcı etkisi ile bireyler yeni başlayan günde sağlıklı kararlar alıp, sağlıklı davranışlar sergilemeye yöneliyor olabilir.

Bu araştırmada sigara kullanma durumu ve SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında anlamlı fark saptanmış olup, sigara içmeyen/bırakmış katılımcıların toplam puan ortalaması, sigara içen katılımcıların puan

ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Alt ölçek puanları ile karşılaştırmalarda ise manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt ölçeklerinde sigara içmeyen katılımcıların puan ortalaması, sigara içen katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Literatürde toplam puan veya çeşitli alt ölçek puanları ile karşılaştırma yapan çalışmalarda bizim çalışmamızın bulgularını destekler şekilde sonuç bulan çalışmalar bulunmuştur (87, 88, 96, 101). Birkaç çalışmada ise sigarayı daha önceden içip, bırakan katılımcıların halen içmekte olan katılımcılardan daha yüksek puan aldığı gözlenmiştir (67, 86). Literatürde gruplar arasında anlamlı fark bulamayan çalışmalar (68, 77, 79, 80, 92, 104) olduğu gibi, ters yönde anlamlı ilişki bulan çalışmaya da rastlanmıştır (76). Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde toplam puan, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt ölçeklerindeki anlamlılık kaybolmuş olup, fiziksel aktivite ve beslenme alt ölçeklerindeki anlamlılık korunmuştur. Sigara gibi zararlı etkileri kesinleşmiş bir ürünü kullanıp bırakmak veya hiç kullanmamak bireylerin kendilerini değerli hissetmelerine ve zarar verici eylemlerden kendilerini koruyarak daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönlendiriyor olabilir.

Bu araştırmada alkol kullanma durumu ve SYBDÖ-II toplam puan karşılaştırmasında anlamlı fark saptanmamış olup sadece fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Her iki alt ölçekte de alkol kullanan katılımcıların puan ortalaması, alkol kullanmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır. Literatürde alkol kullanımı ile ölçek puan karşılaştırmalarında çok çeşitli sonuçlar bulunmuş olup bizim çalışma bulgularımızı destekleyen çalışmalar (67, 75, 76, 86) olduğu gibi, anlamlı fark bulamayan çalışmalar (68, 77, 79, 92, 101, 104) ve ters yönde ilişki bulan çalışmalar (88, 96) mevcuttur. Bu araştırmada yapılan çok değişkenli analizlerde fiziksel aktivite alt ölçeğindeki anlamlılık korunmuş olup, stres yönetimi alt ölçeğindeki anlamlılık kaybolmuştur. Alkol bildirim eksikliğinden dolayı literatürle çelişkili sonuçlar bulunmuş olabilir. Anksiyolitik etkisi olan alkolün stres yönetimi amacıyla kullanıldığı, bağımlılık yapıcı etkisi de olduğu için sürekli kullanım döngüsüne girildiği düşünülebilir. Kişilerin alkol ile aldıkları fazla kalorileri yakabilmek için daha fazla fiziksel aktiviteye yönelmiş oldukları düşünülebilir.

## 7. SONUÇ ve ÖNERİLER

Yaşam tarzının değiştirilmesi ile hastalıklar önlenebilir, erken tanı alınabilir, tedaviye erken başlanabilir ve en nihayetinde ölümler azaltılabilir. Gittikçe yaşlanan ve kalabalıklaşan dünya nüfusunun hem kaliteli bir yaşam sürebilmesi hem de sağlık hizmet talebini ve maliyetini azaltabilmek adına primer koruma olarak hastalıkların ortaya çıkmasına neden olan risk faktörlerinin yani sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ortadan kaldırılması gerekmektedir. Bilinen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının prevalansına yönelik durum saptaması yapmak ve bireylerde bu davranışların gelişmesine yönelik düzenlemeler yapmak büyük önem taşımaktadır.

1. Katılımcıların özelliklerinin değerlendirilmesi:
  - ✓ Kronik hastalığa sahip katılımcı yüzdesi %54,9 gibi yüksek bir yüzdeye olup bu kişilerin %80,6'sı reçeteli düzenli ilaç kullanmaktaydı.
  - ✓ Beden kitle indeksi gruplarına göre obez grupta olan katılımcı yüzdesi %16,5 iken fazla kilolu grupta olan katılımcılar da eklenince %54,0
  - ✓ Hastalık durumu olmadan hekim kontrolüne giden katılımcı yüzdesi %31,3 iken, diş hekimi kontrolüne giden katılımcı yüzdesi %34,4
  - ✓ Her gün sigara içen katılımcı yüzdesi %21,6 iken ayda en az 1 ve daha fazla alkol kullanan katılımcı yüzdesi %48,8 bulunmuştur.
2. SYBDÖ-II toplam ve alt ölçek puanlarının değerlendirilmesi:
  - ✓ Araştırmamızda katılımcıların ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması  $126,05 \pm 19,87$ 'dir. En düşük toplam puan 66, en yüksek toplam puan ise 189 olmuştur. Ölçekten alınacak toplam puan aralığı 52 ve 208 arasında olduğu düşünülürse bulunan sonuca göre araştırma grubundaki sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri orta seviyede bu saptanmıştır. Alt ölçeklerden alınan puan ortalamalarına bakıldığında en düşük ortalama fiziksel aktivite alt ölçeğinde, en yüksek ortalama manevi gelişim alt ölçeğinde bulunmuştur.
3. SYBDÖ-II manevi gelişim alt ölçek puanına etki eden faktörler çok değişkenli analizde değerlendirildiğinde, anlamlı ilişki saptanan değişkenler ve puan üzerine etkileri şu şekildedir:

- Kadın cinsiyet,
- Algılanan ruhsal sağlık düzeyinin iyi ve üzeri olması,
- Ailede kronik hastalığı olan birey varlığı,
- Ağız ve diş sağlığı taraması yaptırma,
- Yeterli ve dengeli beslendiğini düşünme,
- Boya uygun ağırlıkta olma/kalma çabası,
- Uyku süresinin ideal olması pozitif yönde etkili iken,
- Tek yaşama,
- En uzun süre ilde yaşama,
- En uzun süre ilçede yaşama,
- Artan stres düzeyi negatif yönde etkilidir.

4. SYBDÖ-II sağlık sorumluluğu alt ölçek puanına etki eden faktörler çok değişkenli analizde değerlendirildiğinde, anlamlı ilişki saptanan değişkenler ve puan üzerine etkileri şu şekildedir:

- Kadın cinsiyet,
- Genel sağlık taraması yaptırma,
- Ağız ve diş sağlığı taraması yaptırma,
- Yeterli ve dengeli beslendiğini düşünme,
- Boya uygun ağırlıkta olma/kalma çabası,
- Uyku süresinin ideal olması pozitif yönde etkili iken,
- Artan stres düzeyi negatif yönde etkilidir.

5. SYBDÖ-II fiziksel aktivite alt ölçek puanına etki eden faktörler çok değişkenli analizde değerlendirildiğinde, anlamlı ilişki saptanan değişkenler ve puan üzerine etkileri şu şekildedir:

- Tek yaşama,
- Artan mesleki deneyim süresi,
- Algılanan sosyal sağlık düzeyinin iyi ve üzeri olması,
- Ağız ve diş sağlığı taraması yaptırma,
- Sağlıklı yaşadığına inanma,
- Boya uygun ağırlıkta olma/kalma çabası,

- Sigara kullanmama pozitif yönde etkili iken,
  - Artan vücut kitle indeksi,
  - En uzun süre ilde yaşama,
  - En uzun süre ilçede yaşama,
  - Alkol kullanmama negatif yönde etkilidir.
6. SYBDÖ-II beslenme alt ölçek puanına etki eden faktörler çok değişkenli analizde değerlendirildiğinde, anlamlı ilişki saptanan değişkenler ve puan üzerine etkileri şu şekildedir:
- Artan yaş,
  - Kadın cinsiyet,
  - Algılanan sosyal sağlık düzeyinin iyi ve üzeri olması,
  - Ailede kronik hastalığı olan birey varlığı,
  - Ağız ve diş sağlığı taraması yaptırma,
  - Yeterli ve dengeli beslendiğini düşünme,
  - Boya uygun ağırlıkta olma/kalma çabası,
  - Sigara kullanmama pozitif yönde etkili iken,
  - En uzun süre ilde yaşama,
  - En uzun süre ilçede yaşama,
  - Ana öğün atlama,
  - Ağırlığını olması gerektiğinden fazla şekilde değerlendirme negatif etkilidir.
7. SYBDÖ-II kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanına etki eden faktörler çok değişkenli analizde değerlendirildiğinde, anlamlı ilişki saptanan değişkenler ve puan üzerine etkileri şu şekildedir:
- Kadın cinsiyet,
  - Algılanan ruhsal sağlık düzeyinin iyi ve üzeri olması,
  - Algılanan sosyal sağlık düzeyinin iyi ve üzeri olması,
  - Ailede kronik hastalığı olan birey varlığı,
  - Ağız ve diş sağlığı taraması yaptırma,
  - Yeterli ve dengeli beslendiğini düşünme,
  - Boya uygun ağırlıkta olma/kalma çabası pozitif yönde etkili iken,

- Tek yaşama negatif yönde etkilidir.
8. SYBDÖ-II stres yönetimi alt ölçek puanına etki eden faktörler çok değişkenli analizde değerlendirildiğinde, anlamlı ilişki saptanan değişkenler ve puan üzerine etkileri şu şekildedir:
- Artan yaş,
  - Algılanan ruhsal sağlık düzeyinin iyi ve üzeri olması,
  - Algılanan sosyal sağlık düzeyinin iyi ve üzeri olması,
  - Genel sağlık taraması yaptırma,
  - Sağlıklı yaşadığına inanma,
  - Boya uygun ağırlıkta olma/kalma çabası,
  - Uyku süresinin ideal olma durumu pozitif yönde etkili iken,
  - Artan stres düzeyi negatif yönde etkilidir.
9. SYBDÖ-II toplam puanına etki eden faktörler çok değişkenli analizde değerlendirildiğinde, anlamlı ilişki saptanan değişkenler ve puan üzerine etkileri şu şekildedir:
- Artan yaş,
  - Kadın cinsiyet,
  - Algılanan ruhsal sağlık düzeyinin iyi ve üzeri olması,
  - Algılanan sosyal sağlık düzeyinin iyi ve üzeri olması,
  - Ailede kronik hastalığı olan birey varlığı,
  - Genel sağlık taraması yaptırma,
  - Ağız ve diş sağlığı taraması yaptırma,
  - Sağlıklı yaşadığına inanma,
  - Yeterli ve dengeli beslendiğini düşünme,
  - Boya uygun ağırlıkta olma/kalma çabası,
  - Uyku süresinin ideal olma durumu pozitif yönde etkili iken,
  - En uzun süre ilde yaşama,
  - En uzun süre ilçede yaşama,
  - Ağırlığını olması gerektiğinden fazla şekilde değerlendirme negatif etkilidir.

## Öneriler:

- ✓ Aile sağlığı merkezinde çalışan hekim ve hemşirelerin orta düzeyde saptanan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını arttırmaya yönelik sağlık müdürlüğü ile ortak çalışarak hizmet içi eğitim verilmeli, mevcut bilgilerin tutum ve davranışa dönüştürülebilmesi için destekleyici çevreler oluşturulmalıdır.
- ✓ En düşük puan ortalamasına sahip alt ölçek olan fiziksel aktivitenin arttırılması için sağlık çalışanları teşvik edilmeli, ASM'ye kayıtlı hastaların da katılımı ile beraber gerçekleşecek fiziksel aktivite programları düzenlenmelidir.
- ✓ Katılımcıların yarıdan fazlasının kronik hastalığa sahip olduğu ve bu kişilerin daha az sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergiledikleri göz önüne alındığında, mevcut hastalığın olumsuz sağlık sonuçlarının ertelenebilmesi veya önlenebilmesi açısından bu kişilere ekstra zen gösterilmelidir.
- ✓ DSÖ'nün 'Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler' uygulamasına ASM'ler de entegre edilerek hem personel hem de başvuran halk için sağlığı teşvik edecek çalışma ve hizmet alma ortamı oluşturulabilir.
- ✓ Őehir yaşamının olumsuz etkilerinin azaltılabilmesi ve daha sağlıklı ortamlara dönüştürülebilmesi amacıyla ulaşımda sağlıklı tercihlere yönelik (bisiklet, yürüyüş) yol düzenlemesi, bitki çeşitliliğini ve ağalandırmayı artırma, rekreasyon alanlarının artırılması, temiz içerikli ve ucuz gıdaya erişimin sağlanması gibi girişimler yerel yönetimlerce üstlenmelidir.
- ✓ Kişiler, hastalık durumu gelişmeden yaş, cinsiyet ve diğer özelliklere bağlı olarak rutin sağlık kontrolü ve taramaları için teşvik edilmelidir. Sağlık çalışanlarına kendi sağlıklarının takibini yapmaları hatırlatılmalı, genel sağlık taraması ile ağız ve diş sağlığı taraması yaptırılmaları için sağlık kurumlarına başvurmaları için desteklenmelidir.
- ✓ Bu araştırma Antalya merkez ilçelerinde bulunan ASM'lerde çalışan sağlık personelleri üzerinde yapılmıştır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin dahil edildiği veya daha geniş bir bölgede yapılacak çalışmalar ile bu araştırmanın bulgularının karşılaştırılması sağlanabilir.

## ÖZET

Sağlıklı ve kaliteli bir hayat sürdürebilmek için her yaştan bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulaması gerekmektedir. Bu araştırma, Antalya merkez ilçelerindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyini ve bunu etkileyen faktörleri tespit edebilmek amacıyla planlanmıştır.

Kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırma evreni Aksu, Döşemealtı, Kepez, Konyaaltı ve Muratpaşa ilçelerinde yer alan aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarıdır. Toplam 867 çalışandan araştırmaya katılmayı kabul eden 680 kişidir (Katılım oranı %78,4). Bağımlı değişken Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'den elde edilen toplam ve alt ölçek puanlarıdır. Bağımsız değişkenler sosyodemografik ve mesleki özellikler, sağlık durumları ve günlük yaşam aktiviteleridir. Veriler SPSS 23.0 programı ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değer, bağımsız gruplarda t testi, Pearson korelasyon testi, tek yönlü ANOVA ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

Katılımcıların ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması  $126,05 \pm 19,87$  olup, 52-208 puan aralığında değerlendirildiğinde orta düzeydedir. Alt ölçeklerde en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite, en yüksek manevi gelişimde bulunmuştur. Çoklu regresyon analizinde artan yaş, kadın cinsiyet, en uzun süre köyde yaşama, ruhsal ve sosyal sağlığını iyi olarak değerlendirme, ailede kronik hastalıklı birey varlığı, genel ve ağız dış sağlığı taraması yaptırma, sağlıklı yaşadığına inanma, yeterli ve dengeli beslendiğini düşünme, boya uygun ağırlıkta olmaya çalışma, ağırlığını olması gerektiği gibi değerlendirme ve uyku süresinin ideal olmasının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine pozitif yönde etkisi olduğu gözlenmiştir.

Sonuç olarak aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri istenilen düzeyde değildir. Mesleki bilgilerin tutum ve davranışa dönüştürülebilmesi için bu konuda hizmet içi eğitim verilmesi önerilir.

Anahtar Sözcükler: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, aile sağlığı merkezi, aile hekimi, aile sağlığı çalışanı

## ABSTRACT

For maintaining a healthy and quality life, it is necessary for individuals of all ages to practice healthy lifestyle behaviors. This research is planned in order to determine the level of healthy lifestyle behaviors of health personnel working in family health centers in the central districts of Antalya and the factors affecting it.

It is a cross-sectional study. The population of the study is family physicians and family nurses working in family health centers located in Aksu, Döşemealtı, Kepez, Konyaaltı and Muratpaşa districts. Out of 867 employees, 680 people has agreed to participate (The participation rate is 78.4%). Dependent variables are the total and subscale scores obtained from the Healthy Lifestyle Behaviors Scale-II. Independent variables are sociodemographic and occupational characteristics, health status and activities of daily living. Data were analyzed with SPSS 23.0 program. Number, percentage, mean, standard deviation, minimum and maximum value, independent-samples t test, Pearson correlation test, one-way ANOVA and multiple regression analysis were used to evaluate the data.

The total mean score of the participants from the scale is  $126.05 \pm 19.87$ , and when evaluated in the 52-208 point range, it is at a moderate level. The lowest mean score in the subscales was found in physical activity and the highest in spiritual development. In the multiple regression analysis it has been observed that increasing age, female gender, living in the village for the longest time, evaluating self mental and social health as well, presence of individuals with chronic diseases in the family, having a general, oral and dental health screening, believing that he/she lives healthy, thinking that he/she has an adequate and balanced diet, evaluating his/her weight as it should be and trying to be at an appropriate weight has a positive effect in healthy lifestyle behaviors.

As a result, healthy lifestyle behavior levels of family health center personnels are not at the desired level. In order to transform professional knowledge into attitudes and behaviors, it is recommended to give training about this subject.

Keywords: Healthy lifestyle behaviors, family health center, family physician, family health worker

## KAYNAKLAR

1. Birleşmiş Milletler Türkiye Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları [Online] Erişim Adresi: <https://turkiye.un.org/tr/sdgs/3> Erişim Tarihi: 20.06.2021.
2. Türkiye Büyük Millet Meclisi Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013), Kalkınma Bakanlığı, Ankara, 2006.
3. Türkiye Büyük Millet Meclisi Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018), Kalkınma Bakanlığı, Ankara, 2013.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı 2010-2014, Ankara, 2010.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı 2019-2023, Ankara, 2019.
6. Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. Public Health. 2021; 199:20-4.
7. Raingruber B. The history of health promotion. Contemporary Health Promotion in Nursing Practice 2014: 25-26.
8. World Health Organisation. Health promotion topic 2012, [Online] Erişim Adresi: [https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1) Erişim Tarih: 10.07.2021.
9. Özvarış ŞB. Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi: Hacettepe Yayınları; 2016; 46-59
10. Bahar Z, Dilay A. Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2014; 7(1):59-67.
11. Roser M, Ospina EO, Ritchie H. Life Expectancy 2013 [Online] Erişim Adresi: <https://ourworldindata.org/life-expectancy> Erişim Tarihi: 12.07.2021.
12. World Health Organisation. Add life to years 2012 [Online] Erişim Adresi: <https://www.who.int/westernpacific/news/item/04-04-2012-world-health-day-2012-adding-life-to-years> Erişim Tarihi: 15.07.2021.

13. Housman J, Dorman S. The Alameda County study: a systematic, chronological review. *Journal of Health Education*. 2005; 36(5):302-8.
14. Belloc NB, Breslow L. Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*. 1972; 1(3):409-21.
15. Belloc NB. Relationship of health practices and mortality. *Preventive Medicine*. 1973; 2(1):67-81.
16. Breslow L, Enstrom JE. Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Preventive Medicine*. 1980; 9(4):469-83.
17. Gottlieb NH, Green LW. Life events, social network, life-style, and health: An analysis of the 1979 National Survey of Personal Health Practices and Consequences. *Health Education Quarterly*. 1984; 11(1):91-105.
18. Berkman PL. Measurement of mental health in a general population survey. *American Journal of Epidemiology*. 1971; 94(2):105-11.
19. Renne KS. Measurement of social health in a general population survey. *Social Science Research*. 1974; 3(1):25-44.
20. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*. 1987; 36(2):76-81.
21. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, 1996. [Online] Erişim Adresi: [https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP\\_II-Dimensions.pdf?sequence=2](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP_II-Dimensions.pdf?sequence=2) Erişim Tarihi: 02.08.2021.
22. Kasapoğlu F. Manevi Yönelim Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2015; 16(3):51-68.
23. Flannelly KJ, Jankowski KRB, Flannelly LT. Operational Definitions in Research on Religion and Health. *Journal of Health Care Chaplaincy*. 2014; 20(2):83-91.

24. Larson DB, Larson SS. Spirituality's Potential Relevance to Physical and Emotional Health: A Brief Review of Quantitative Research. *Journal of Psychology and Theology*. 2003; 31(1):37-51.
25. Wallace JM, Forman TA. Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth. *Health Education Behaviour* 1998; 25(6):721-41.
26. Strawbridge WJ, Shema SJ, Cohen RD, Kaplan GA. Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships. *Annals of Behavioral Medicine*. 2001; 23(1):68-74.
27. Avcı YD. Kişisel sağlık sorumluluğu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016; 15(3):259-266.
28. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023, Ankara, 2014.
29. Güngörmüş Z. Bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanımı ile sağlık sorumluluğu arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, 2001.
30. Bay ÜS, Yılmaz E. Ruhsal bozukluklarda fiziksel aktivite ve egzersizin etkileri ile ilgili yapılmış çalışmaların incelenmesi. *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*. 2020; 3(2):437-47.
31. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Fiziksel Aktivite Neden Önemli? [Online] Erişim Adresi: <https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/tr/fiziksel-aktivite/fiziksel-aktivite-neden-onemli.html> Erişim Tarihi: 18.08.2021.
32. Çendek BD. Gebelik ve Egzersiz. Hergüner G, Yaman Ç, Gümüşdağ H, Yücel AS, editörler. *Spor ve Sosyal Bilimler Üzerine Yaklaşımlar*. 48. İstanbul: Güven Plus Grup Danışmanlık Yayınları; 2021. p. 142-3. [Online] Erişim Adresi: <https://www.guvenplus.com.tr/imagesbuyuk/6e0d9SVSBUY.pdf> Erişim Tarihi: 18.08.2021.

33. World Health Organisation. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025. 2016 [Online] Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329407> Erişim Tarihi: 21.08.2021.
34. Harvard T.H.Chan School of Public Health. Staying active 2022 [Online] Erişim Adresi: <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/staying-active/> Erişim Tarihi: 21.08.2021.
35. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, Ankara, 2014. [Online] Erişim Adresi: [https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Fiziksel\\_Aktivite\\_Rehberi/Turkiye\\_Fiziksel\\_Aktivite\\_Rehberi.pdf](https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Fiziksel_Aktivite_Rehberi/Turkiye_Fiziksel_Aktivite_Rehberi.pdf) Erişim Tarihi: 21.08.2021.
36. World Health Organisation. Physical activity, 2022 [Online] Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity> Erişim Tarihi: 21.08.2021.
37. Aktif Yaşam Derneği Türkiye Toplumunun Fiziksel Aktivite Düzeyi Araştırması 2010 [Online] Erişim Adresi: <https://aktifyasam.org.tr/pdf/fiziksel-aktivite-arastirmasi-raporu.pdf> Erişim Tarihi: 21.08.2021.
38. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Ankara, 2013, [Online] Erişim Adresi: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> Erişim Tarihi: 21.08.2021.
39. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı. Ankara, 2017 [Online] Erişim Adresi: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/turkey/factsheet-steps-turkey-tur-08.10.2018.pdf?sfvrsn=6e6c0c0d\\_1&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/turkey/factsheet-steps-turkey-tur-08.10.2018.pdf?sfvrsn=6e6c0c0d_1&download=true) Erişim Tarihi: 21.08.2021.
40. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, Ankara, 2019, [Online] Erişim Adresi: [https://krtknadm.karatekin.edu.tr/files/sbf/TBSA\\_RAPOR\\_KITAP\\_20.08.pdf](https://krtknadm.karatekin.edu.tr/files/sbf/TBSA_RAPOR_KITAP_20.08.pdf) Erişim Tarihi: 21.08.2021.

41. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Yeterli ve Dengeli Beslenme Nedir? 2023 [Online] Erişim Adresi: [https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/?option=com\\_content&view=article&id=381:izinli-biyosidal](https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/?option=com_content&view=article&id=381:izinli-biyosidal) Erişim Tarihi: 10.10.2021.
42. Türk Böbrek Vakfı, Sağlıklı Bireyler İçin Temel Beslenme El Kitabı 2017 [Online] Erişim Adresi: [https://www.tbv.com.tr/site/assets/files/4780/temel\\_beslenme.pdf](https://www.tbv.com.tr/site/assets/files/4780/temel_beslenme.pdf) Erişim Tarihi: 10.10.2021.
43. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Temel Besin Grupları [Online] Erişim Adresi: <https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/tr/beslenme/temel-besin-gruplari.html> Erişim Tarihi: 10.10.2021.
44. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Yaş Dönemlerinde Beslenme 2023 [Online] Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/component/content/article/ya%C5%9Fd%C3%B6nemlerinde-beslenme.html?catid=199&Itemid=432> Erişim Tarihi: 10.10.2021.
45. Faizan U, Rouster AS. Nutrition and hydration requirements in children and adults. 2020. [Online] Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562207/> Erişim Tarihi: 10.10.2021.
46. Development Initiatives, Global Nutrition Report: Stronger commitments for greater action, Bristol, 2022, [Online] Erişim Adresi: [https://globalnutritionreport.org/documents/922/2022\\_Global\\_Nutrition\\_Report.pdf](https://globalnutritionreport.org/documents/922/2022_Global_Nutrition_Report.pdf) Erişim Tarihi: 23.10.2021.
47. Global Nutrition Report, The global burden of malnutrition at a glance [Online] Erişim Adresi: <https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/> Erişim Tarihi: 23.10.2021.
48. İmamoğlu SE, Aydın B. Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği'nin Geliştirilmesi, Psikoloji Çalışmaları, 2009; 29:39-64.

49. Pektekin Ç. Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler, Yöntem ve Teknikler. Geylan R, editör. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Ders Kitapları; 1991: 105.
50. Cohen S. Social relationships and health. *American Psychologist*. 2004; 59(8):676-84.
51. Güçlü N. Stres yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2001; 21(1).
52. World Health Organisation. Stress 2023 [Online] Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress> Erişim Tarihi: 19.11.2021.
53. World Health Organisation. Doing What Matters in Times of Stress 2020 [Online] Erişim Adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927> Erişim Tarihi: 19.11.2021.
54. Frank E, Breyan J, Elon L. Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. *Archives of Family Medicine*. 2000; 9(3):287.
55. Hash RB, Munna RK, Vogel RL, Bason JJ. Does physician weight affect perception of health advice? *Preventive Medicine*. 2003; 36(1):41-4.
56. Frank E, Rothenberg R, Lewis C, Belodoff BF. Correlates of physicians' prevention-related practices: findings from the Women Physicians' Health Study. *Archives of Family Medicine*. 2000; 9(4):359.
57. Wells KB, Lewis CE, Leake B, Ware JE. Do physicians preach what they practice?: A study of physicians' health habits and counseling practices. *Journal of American Medical Association*. 1984; 252(20):2846-8.
58. Lewis CE, Wells KB, Ware J. A model for predicting the counseling practices of physicians. *Journal of General Internal Medicine*. 1986; 1:14-9.
59. T.C. Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Başkanlığı, Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması-2004. Ankara,

2006. [Online] Erişim Adresi: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/166> Erişim Tarihi: 29.11.2022.
60. World Health Organisation. The global burden of disease: 2004 update, 2008 [Online] Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43942> Erişim Tarihi: 29.11.2021.
61. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ulusal Hastalık Yükü Çalışması-2013, 2016 [Online] Erişim Adresi: <https://docplayer.biz.tr/25797853-Ulusal-hastalik-yuku-calismasi-aralik-2016.html> Erişim Tarihi: 29.11.2021.
62. Özdemir T, Karadağ G. Ülkemizde Son 10 Yılda Yürütülen Sağlık Geliştirme Programları. Social Sciences Studies Journal. 2020; 6(64):2549-60.
63. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete Tarihi: 10.02.2022 [Online] Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/02/20220210-1.htm> Erişim Tarihi: 03.03.2022.
64. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara, 2021 [Online] Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316,siy2021-turkcepdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 03.03.2022.
65. T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarihi: 25.01.2013, [Online] Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim Tarihi: 03.03.2022.
66. Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1998; 2(2):60-8.
67. Çevik M, Gümüştakım R, Kuş C, Bilgili P. Aile Hekimleri Sağlıklarına Ne Kadar Dikkat Ediyor?: Kesitsel Bir Çalışma. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2021; 15(2):315-26.

68. Özçelik H. Isparta il merkezinde görev yapan toplum öncüsü bazı meslek üyelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi: Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Isparta, 2012.
69. Koruk İ, Bakar C, Kurt AÖ, Deveci S, Altun DU, Keklik AZ et al. Dört ilde çalışan aile sağlığı merkezi personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi, sosyodemografik ve işyeri ile ilgili bazı değişkenlerin buna etkisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 12(2):271-83.
70. Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2023 [Online] Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2022-49685> Erişim Tarihi: 25.09.2022.
71. Antalya Valiliği, İlçelerimiz [Online] Erişim Adresi: <http://www.antalya.gov.tr/ilcelerimiz> Erişim Tarihi: 25.09.2022.
72. Özabacı MNE. Endüstriyel Alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, 1997.
73. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi. 2008; 12(1):1-13.
74. World Health Organisation. Noncommunicable diseases 2022 [Online] Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> Erişim Tarihi: 12.03.2023.
75. Alemdağ M. Ameliyathanede çalışan sağlık personelinin sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2019.
76. Uz D. Bir hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz etkililik düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, 2011.

77. Zoroğlu G. Düzce merkez ilçedeki birinci basamakta çalışan sağlık personeli ile üniversite hastanesi asistan hekim ve hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Düzce, 2018.
78. Canbolat Y. Üniversite hastanesi ve birinci basamak hekimlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırılması; Edirne örneğinde. Tıpta Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne, 2019.
79. Balliel N. Ankara Üniversitesi İbni Sina hastanesi hemşirelerinde sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 2009.
80. Türkol E. İnönü Üniversitesi Tıp Fakóltesi hastanesinde ihtisas yapan asistanların, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ruhsal sağlık durumu. Tıpta Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Malatya, 2012.
81. Kırağ N, Ocaktan EM. Analysis of health promoting lifestyle behaviors and associated factors among nurses at a university hospital in Turkey. Saudi Medical Journal. 2013; 34(10):1062-7.
82. Gündoğdu NA, Güler G. Healthy Lifestyle Behaviors and Self-Efficacy Levels of Health Care Professionals Working at Primary Health Care Institutions. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2016; 18(1):14-27.
83. Betül U, Üstündağ H. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2018; 5(3):306-15.
84. Estebdari F, Bakhshi F, Nemati S, Leili E, Ramezani H, Sadeghi R. Determinants of Health Promoting Lifestyle Behaviors in Hospital Staff of Guilan University of Medical Sciences. Health Education and Health Promotion. 2019; 7:71-6.

85. Yılğın Y, Kasım İ, Özkara A, Başer DA, Şencan İ, Kahveci R. Do health professionals apply behaviors of the healthy lifestyle? *Annals of Medical Research*. 2021; 28(7):1289-95.
86. Çakır M, Piyal B, Aycan S. Hekimlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi: Tıp Fakültesi Tabanlı Kesitsel Bir Çalışma. *Ankara Medical Journal*. 2015; 15(4):209-19.
87. Bostan N, Beşer A. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2017; 14(1):38-44.
88. Yalçınkaya M, Özer FG, Yavuz Karamanoğlu A. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007; 6(6):409-20.
89. Topçu M, Zorlu S. Sağlık Çalışanlarının Nargile İçme Profilleri, Nargilenin Sağlığa Olan Etkilerine Yönelik Algıları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Bağımlılık Dergisi*. 2021; 22(4):432-46.
90. Yanık A, Noğay NH. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2017; 22(4):167-76.
91. Özvurmaz S, Mandıracıoğlu A. Healthy lifestyle behavior of employees in small and medium-sized enterprises in Aydın, Turkey. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2017; 33(2):404-10.
92. Kolaç N, Balcı AS, Şişman FN, Ataçer BE, Dinçer S. Health perception and healthy lifestyle behaviors in factory workers. *Medical Journal of Bakırköy*. 2018; 14(3):267-74.
93. Yılmaz A, Demir GT, Esentürk OK. Health-promoting lifestyle behaviors of employees in public sector. *Science, Movement and Health*. 2016; 16(2):285-92.
94. Gürsel N, Özbey S, Güzel P. Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi. *International Journal of Social Science Research*. 2016; 5(2):10-25.

95. Duran Ü, Ögüt S, Asgarpour H, Kunter D. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2018; 2(3):138-47.
96. Tamin İN. Trakya Üniversitesi'nin Merkez İlçedeki Birimlerinde Çalışan Personelin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Tıpta Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne, 2022.
97. Liu Q, Huang S, Qu X, Yin A. The status of health promotion lifestyle and its related factors in Shandong Province, China. BMC Public Health. 2021; 21(1):1146.
98. Ulutaşdemir N, Kılıç M, Zeki Ö, Beğendi F. Effects of Occupational Health and Safety on Healthy Lifestyle Behaviors of Workers Employed in a Private Company in Turkey. Annual Global Health. 2015; 81(4):503-11.
99. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2009; 2(4):145-54.
100. Altay B, Çavuşoğlu F, Güneştaş İ. Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2015; 8(4):12-8.
101. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008; 3(7):90-105.
102. Sayan A, Erci B. Çalışan Kadınların Sağlığı Geliştirici Tutum Ve Davranışları İle Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001; 4(2):11-9.
103. Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson ET. Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. Nursing Outlook. 1992; 40(3):106-12; 20.

104. Demirtaş SA. Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Trabzon, 2018.
105. Güler G, Güler N, Kocataş S, Yıldırım F, Akgül N. Bir Üniversitede Çalışan Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi. 2008; 12(3):18-26.
106. Şimşek H, Öztoprak D, Onur Ö, Tekel Ş, Çiftçi Ş, Yavuz Ö et al. Tıp Fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2012; 26(3):151-7.
107. Beşer A, Bahar Z, Büyükkaya D. Health promoting behaviors and factors related to lifestyle among Turkish workers and occupational health nurses' responsibilities in their health promoting activities. Industrial Health. 2007; 45(1):151-9.
108. Göğer S, Cingil D, Ören GK. Bir Spor Merkezine Kayıtlı Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Fiziksel Aktivite Düzeyleri ve Obezite Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Sağlık ve Toplum. 2019; 29(1):89-97.

## **EKLER**

**Ek 1: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
İzni**



**Ek 1: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
İzni (devamı)**



**Ek 2: Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu İzni**



**Ek 2: Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri  
Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu  
İzni (devamı)**



### Ek 3: Araştırma Anketi

#### Antalya Merkez İlçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler

1. Cinsiyetiniz nedir?
  - a. Kadın
  - b. Erkek
2. Yaşınız .....
3. Boyunuz ..... cm
4. Ağırlığınız ..... kg
5. Eğitim durumunuz nedir?
  - a. Lise
  - b. Önlisans
  - c. Lisans
  - d. Yüksek lisans/Doktora
  - e. Uzmanlık
6. Yaşamınızın büyük bölümünü nerede geçirdiniz?
  - a. İl merkezi
  - b. İlçe
  - c. Köy
7. Medeni durumunuz nedir?
  - a. Bekar
  - b. Evli
  - c. Boşanmış
  - d. Eşi vefat etmiş
8. Evli iseniz eşiniz çalışıyor mu?
  - a. Evet
  - b. Hayır
9. Çocuğunuz var mı? (Cevabınız evet ise sayısını belirtiniz)
  - a. Evet (.....çocuk)
  - b. Hayır
10. Aile tipiniz hangisine uymaktadır?
  - a. Tek yaşıyor
  - b. Çekirdek aile (Eş ve/veya çocuklar)
  - c. Geniş aile
11. Yaşadığınız hanede sizinle birlikte toplam kaç kişi yaşamaktadır?..... kişi
12. Evinize giren toplam ortalama aylık geliriniz ..... TL
13. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
  - a. Geliri giderinden düşük
  - b. Geliri giderine eşit
  - c. Geliri giderinden yüksek
14. Mesleğiniz nedir?
  - a. Doktor
  - b. Hemşire
  - c. Ebe
  - d. Diğer yardımcı sağlık personeli
15. Çalıştığınız Aile Sağlığı Merkezi hangi ilçededir?
  - a. Aksu
  - b. Döşemealtı
  - c. Kepez
  - d. Konyaaltı
  - e. Muratpaşa
16. Çalıştığınız Aile Hekimliği Biriminin toplam nüfusu kaçtır?.....
17. Çalıştığınız Aile Hekimliği Biriminin mobil hizmet verdiği nüfus var mı? Var ise ayda kaç saat mobil ziyaret yapmaktasınız?
  - a. Evet..... saat
  - b. Hayır
18. Meslekte kaçınıcı yılınız? ..... yıl
19. Sağlık Ocağı/Aile hekimliği (ASM) sisteminde kaçınıcı çalışma yılınız?..... yıl
20. Genel olarak fiziksel sağlığınıza nasıl tanımlarsınız?
  - a. Mükemmel
  - b. Çok iyi
  - c. İyi
  - d. Orta
  - e. Kötü
21. Genel olarak ruhsal sağlığınıza nasıl tanımlarsınız?
  - a. Mükemmel
  - b. Çok iyi
  - c. İyi
  - d. Orta
  - e. Kötü
22. Genel olarak sosyal sağlığınıza (hobilere, arkadaşlara, akrabalara zaman ayırma, dernek üyeliği...) nasıl tanımlarsınız?
  - a. Mükemmel
  - b. Çok iyi
  - c. İyi
  - d. Orta
  - e. Kötü
23. Doktor tarafından tanısı konulmuş kronik bir hastalığınız var mı?(Cevabınız hayırsa 25. soruya geçiniz)
  - a. Evet
  - b. Hayır

24. Aşağıdaki kronik hastalıklardan hangisine sahipsiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)
- a. Diyabet      b. Hipertansiyon      c. Kalp damar hast.      d. Kanser  
e. Astım/KOAH      f. Bel/Boyun ağrısı      g. Tiroid hast.      h. Obezite  
i. Osteoporoz      j. Psikiyatrik hast.      k. Diğer.....
25. Doktor tarafından reçete edilmiş sürekli kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı? Var ise ilaç ismini/isimlerini yazınız
- a. Evet.....      b. Hayır
26. Ailenizde kronik bir hastalığı olan birey/bireyler var mı? Var ise hastalığı/hastalıklarının ne olduğunu yazınız.
- a. Evet.....hastalığı      b. Hayır
27. Hastalık durumu olmadan hekime gidip genel sağlık taraması yaptırdınız mı? Cevabınız evet ise ne zaman yaptırdığınızı belirtiniz.
- a. Evet.....      b. Hayır
28. Hastalık durumu olmadan diş hekimine gidip ağız ve diş sağlığı kontrolü yaptırdınız mı? Cevabınız evet ise ne zaman yaptırdığınızı belirtiniz.
- a. Evet.....      b. Hayır
29. Profesyonel bir psikolojik destek alıyor musunuz?
- a. Evet      b. Hayır
30. Günlük hayattaki stres düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?
- 1(Düşük)      2      3      4      5      6      7      8      9  
10(Yüksek)
31. Sağlıklı yaşadığınıza inanıyor musunuz?
- a. Evet      b. Hayır
32. Yeterli ve dengeli beslendiğinizi düşünüyor musunuz?
- a. Evet      b. Hayır
33. Gün içinde ana öğün atlar mısınız? (Cevabınız hayırsa 35. soruya geçiniz)
- a. Evet      b. Hayır
34. En sık atladığınız ana öğün hangisidir?
- a. Sabah      b. Öğlen      c. Akşam
35. Ağırlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
- a. Olması gerektiğinden fazla  
b. Olması gerektiğinden az  
c. Olması gerektiği gibi
36. Boyunuza uygun ağırlıkta olmak/kalmak için çaba sarf eder misiniz?
- a. Evet      b. Hayır
37. Her gün ortalama olarak kaç saat uyursunuz?..... saat
38. Sigara içiyor musunuz?
- a. Hayır, hiç içmedim  
b. İçiyordum, bıraktım  
c. Evet, ara sıra (günde 1'den az) içiyorum  
d. Evet, her gün ..... tane içiyorum
39. Alkol kullanıyor musunuz?
- a. Hiç kullanmıyorum.  
b. Ayda 1 veya daha az  
c. Ayda 2-4 kez  
d. Haftada 2-3 kez  
e. Haftada 4 veya daha fazla

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Bu ölçekte şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız)

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.				
5	Yeterince uyurum.				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8	Şekeri ve tatluyu 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	Her gün 6-11 porsiyon ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.*				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm).				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
18	Geleceğe umutla bakarım.				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20	Her gün 2-4 porsiyon 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 hissederim.				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26	Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim.*				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				
28	Haftada en az 3 kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.				
32	Her gün 3-4 porsiyon süt, yoğurt veya peynir yerim.*				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az 1 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	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.				
38	Her gün 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.				

\*DSÖ'nün önerdiği 5 temel besin grubuna ait günlük porsiyon miktarlarıdır. Her bir besin grubunda 1 porsiyona denk gelen besin miktarları şöyledir:

- 1) **Ekmek ve tahıl grubu:** 2 ince dilim ekmek, 5 yemek kaşığı makarna, 5 yemek kaşığı pirinç/bulgur pilavı, yarım simit...
- 2) **Meyve grubu:** 1 elma, 1 portakal, 2 mandalina, 20 üzüm, 15 kiraz, 8 çilek, 5 kibrit kutusu büyüklüğünde kavun/karpuz...
- 3) **Sebze grubu:** 5 yemek kaşığı pişmiş sebze yemeği, 1 kâse salata...
- 4) **Süt ve süt ürünleri grubu:** 1 su bardağı süt, 1 su bardağı yoğurt, 2 kibrit kutusu büyüklüğünde peynir
- 5) **Et, tavuk, balık, yumurta, baklagiller, yağlı tohumlar, sert kabuklu yemişler grubu:** 2-3 köfte büyüklüğüne denk et, tavuk ve/veya balık, 1 yumurta, 10 yemek kaşığı baklagil yemeği (nohut, fasulye, barbunya vs), 20 adet fındık, 5 adet ceviz, 2 avuç antep fıstığı, 5 avuç ayçiçeği çekirdeği