



**T.C. MARMARA ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
TUZLA EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN  
ERİŞKİNLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI  
VE  
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**Dr. NEYLAN ORHAN**

**UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL 2017**



**T.C. MARMARA ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
TUZLA EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN  
ERİŞKİNLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI  
VE  
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**Dr. NEYLAN ORHAN**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: Doç. Dr. M. Çiğdem APAYDIN KAYA**

**İSTANBUL 2017**

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET .....	ii
İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT).....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	vii
TABLolar DİZİNİ .....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	2
2.1. Sağlık Tanımı.....	2
2.1.1.Negatif Sağlık .....	3
2.1.2. Nötral Sağlık .....	3
2.1.2. Pozitif Sağlık .....	3
2.2. Sağlıkın Belirleyicileri .....	3
2.3. Sağlık Davranışının Temelini Açıklamaya Yönelik Kavramlar .....	8
2.3.1. Sağlık Algısı, Sosyal Temsil ve Sağlık Davranışları .....	8
2.3.2. Sağlık Denetim Odağı ve Sağlık Davranışları .....	9
2.4. Sağlıkın Korunması .....	10
2.5. Sağlıkın Geliştirilmesi .....	10
2.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları .....	13
2.6.1. Sağlık Sorumluluğu .....	13
2.6.2. Fiziksel Aktivite.....	14
2.6.3. Beslenme .....	16
2.6.4. Manevi Gelişim.....	18
2.6.5. Kişiler Arası İlişkiler.....	21

2.6.6. Stres Yönetim .....	21
2.7. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Aile Hekiminin Rolü.....	24
2.8. Sağlık Davranış Modelleri .....	26
2.8.1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli .....	26
2.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) .....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	28
3.1. Araştırma Tipi.....	28
3.2. Araştırma Evreni ve Örneklem Seçimi .....	28
3.2.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri .....	28
3.2.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	28
3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları .....	29
3.4. Araştırma için alınan izinler ve Etik Kurul Onayı .....	34
3.5. İstatiksel Analizler .....	34
4. BULGULAR.....	35
4.1. Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Erişkinlerin Sosyodemografik Özellikleri .....	35
4.2. Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Erişkinlerin Sağlık Durumu ve Sağlık Davranışları ile İlgili Bazı Özellikler.....	38
4.3. Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Erişkinlerin Sosyodemografik ve Sağlıkla İlişkili Olabilecek Bazı Özelliklerinin SYBDÖ II ile Değerlendirilmesi .....	48
5. TARTIŞMA .....	67
6. SONUÇ .....	73
7. EKLER.....	75
8. KAYNAKLAR .....	89

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam sürecinde desteklerini her zaman hissettiğim, bana emeği geçen, her birinden ayrı ayrı çok şey öğrendiğim başta tez danışmanım ve hocam Doç. Dr. M. Çiğdem Apaydın Kaya'ya ve diğer değerli hocalarım Prof. Dr. Arzu Uzuner, Prof. Dr. Gülru Pemra Cöbek Ünalın, Prof. Dr. Saliha Serap Çiftçili, Prof. Dr. Mehmet Akman ve Prof. Dr. A. Dilek Güldal'a çok teşekkür ederim. Her zaman desteklerini arkamda hissettiğim aileme özellikle de bu zorlu süreçte benimle aynı duyguları paylaşan çok sevgili anneme ve kızıma, dostlukları ve yardımları için Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'nın tüm araştırma görevlilerine en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Dr.Neylan ORHAN

Aralık 2017

## ÖZET

**Amaç:** Aile Hekimlerinin kendilerine bağlı olan nüfusun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını öğrenmesi, sağlığın korunması ile ilgili gerekli müdahalelerin yapılabilmesi açısından oldukça önemlidir. Bu araştırma, yeni açılan bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezine (EASM) başvuran yetişkinlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını (SYBD) değerlendirmek ve ilişkili olabilecek faktörleri tespit etmek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı bir araştırma olan bu çalışma, 1 Mart-30 Mayıs 2017 arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı olarak İstanbul Tuzla'da yeni açılan bir EASM'ye herhangi bir sebeple başvuran 18 yaş ve üzeri gönüllülerle yürütülmüştür. Veriler, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, sağlık durumlarını, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)'yi ve SYBD ile ilişkili olabilecek sağlık okur-yazarlığı, genel sağlık algısı, iş memnuniyeti, kısa depresyon taraması gibi soruları içeren bir anket kullanılarak toplanmıştır. Tüm katılımcıların boy ve ağırlık ölçümleri yapılarak beden kitle indeksi (BKİ) hesaplanmıştır. Dörtlü likert skalasından oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)'ye göre elde edilen yüksek puanlar, kişinin günlük yaşamında daha fazla sağlıklı yaşam biçimini benimsediğini göstermektedir. Gruplar arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.  $p < 0,05$  olması anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya yaş ortalaması  $38 \pm 1,18$  olan 416 kişi katılmıştır (%68,3 K, %31,7 E). Fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçek puanları erkeklerde kadınlardan daha yüksektir (sırasıyla  $16,25 \pm 5,50$ ;  $27,28 \pm 5,08$ ;  $19,48 \pm 4,37$  /  $14,64 \pm 4,48$ ;  $25,92 \pm 4,45$ ;  $18,19 \pm 3,88$ ;  $p < 0,05$ ). Ölçek toplam puanı açısından bir fark görülmemesine karşın sağlık sorumluluğu alma ve beslenme puanları, kronik hastalığı olanlarda, olmayanlara göre daha yüksektir (sırasıyla  $21,93 \pm 4,85$ ;  $20,27 \pm 4,73$  /  $22,08 \pm 21,38 \pm 3,99$ ;  $p < 0,05$ ). Ölçek toplam puanı, kısa depresyon taraması pozitif çıkanlarda daha düşüktür ( $p < 0,05$ ).

**Sonuç:** Bu çalışmada, katılımcıların SYBDÖ II'den aldıkları puanlar orta düzeyde bulunmuş olup, cinsiyete göre yapılan karşılaştırmada, erkeklerin fiziksel aktivite,

manevi gelişim ve stres yönetimi davranışlarından aldıkları puanların kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmadan elde ettiğimiz diğer sonuçlar, depresyon taraması negatif olan bireylerin fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi ve SYBDÖ II puanlarının daha yüksek olduğu, herhangi bir işte çalışanların beslenme, sağlık sorumluluğu puanlarının, çalışmayan gruba göre daha düşük olduğu, 18-49 yaş arası kadınların doğum kontrol yöntemi kullanma oranlarının düşük olduğudur. Bu sonuçlar bize, ihtiyaç duyulan gruplara daha sağlıklı bir yaşam için obeziteyi önleyici, beslenme ve fiziksel aktiviteyi geliştirici, doğum kontrol yöntemlerini teşvik edici danışmanlık hizmetlerinin ve girişimlerinin biz aile hekimleri tarafından verilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Eğitim Aile Sağlığı Merkezi, Yaşam Tarzı, Aile Hekimliği, Yaşam Biçimi Davranışları, SYBD, SYBDÖ II

## ABSTRACT

Healthy Lifestyle Behaviors and Related Factors of Adults Who Apply to Marmara University, Faculty of Medicine, Tuzla Education Family Health Center

**Aim:** Family physicians should learn the healthy lifestyle behaviors of the population that they are responsible for. This information is very important that the necessary interventions can be made to protect health. This study was made to evaluate healthy lifestyle behaviors (HLSB) of adults who applied to a newly established Educational Family Health Center (EFHC) and to identify the factors that may be related.

**Methods:** This descriptive study was conducted between 1 March and 30 May 2017 with volunteers over 18 years of age who are applied in a newly opened EFHC in Istanbul Tuzla under the Marmara University School of Medicine Family Medicine Department for any reason. Data were collected using a questionnaire including questions such as sociodemographic characteristics of participants, health status, Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP II) and health literacy, general health perception, job satisfaction, short depression scanning which may be associated with HLSB. Body Mass Index (BMI) was calculated by measuring height and weight of all participants. The high scores of the Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP II) which is composed of the four-point likert scale, indicate that one adopts a more healthy lifestyle in daily life. Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis test were used in the intergroup comparisons.  $p < 0,05$  was considered significant.

**Results:** 416 people participated in the study (68,3% K, 31,7% E). The average age of participants was  $38 \pm 1,18$ . Physical activity, spiritual development and stress management subscale scores were higher in males than females ( $16,25 \pm 5,50$ ,  $27,28 \pm 5,08$ ,  $19,48 \pm 4,37$  /  $14,64 \pm 4,48$ ; ,  $92 \pm 4,45$ ;  $18,19 \pm 3,88$ ;  $p < 0,05$ ). Although there was no difference in terms of the total score of the scale, the health-taking and nutrition scores were higher in those with chronic disease than those without it ( $21,93 \pm 4,85$ ;  $20,27 \pm 4,73$  /  $22,08 \pm 21,38 \pm 3$  ,  $99$ ;  $p < 0,05$ ). Scale total score was lower when positive for short depression scan ( $p < 0,05$ ).



**Conclusion:** In this study, participants' scores on the HPLP II scale were found to be moderate, and in comparison with sex, men's scores on physical activity, spiritual development and stress management behaviors were higher than women.

Individuals with negative depression screening were found to have higher scores on physical activity, spiritual development, stress management and HPLP II scale. It has been achieved that the nutrition and health responsibility scores of employees in any job are lower than those of the non-working group. Women 18 to 49 years of age have found low rates of birth control.

These results suggest us that obesity prevention, nutrition and physical activity development, counseling services promoting contraceptive methods and initiatives should be provided by family physicians for a healthier life for the groups in need.

**Key Words:** Healthy Lifestyle Behaviors, Educational Family Health Center, Lifestyle, Family Medicine, HLSB, HPLP II

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BKİ:	Beden Kitle İndeksi
CYBH:	Cinsel Tolla Bulaşan Hastalıklar
DALY:	Disability-Adjusted Life Year
DSÖ:	Dünya sağlık Örgütü
EASM:	Eğitim Aile Sağlığı Merkezine
IQR:	Interquartile Range
MÜ EASM:	Marmara Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
RDA:	Recommended Dietary Allowances
SBKK:	Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım
SYBD:	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SYBDÖ II:	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TURDEP- I:	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik ..... Hastalıklar Prevalans I
TURDEP II:	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik .....Hastalıklar Prevalans II
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
USDA:	United States Department of Agriculture
WHO:	World Health Organization
WONCA:	World Organization of Family Doctors

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Yaşam Tarzı, Çevre ve Sağlık Durumu Arasındaki Karmaşık İlişki .....	5
Şekil 2. Sağlığı Geliştirmede İdeal Sağlık Dengesi .....	13
Şekil 3. Besin Piramidi .....	18
Şekil 4. Maslow'un İnsan Gdüleri Piramidi .....	20



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Sağlığın belirleyicileri .....	4
<b>Tablo 2.</b> Yetişkinlerde BKİ'ne göre zayıflık, fazla kiloluluk ve obezite sınıflandırması .....	34
<b>Tablo 3.</b> Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri .....	37
<b>Tablo 4.</b> Katılımcıların Kronik Hastalık Durumu ile İlgili Özellikler.....	39
<b>Tablo 5.</b> Katılımcıların Bazı Sağlıklı/Riskli Yaşam Biçimi Davranışları .....	40
<b>Tablo 6.</b> 18-49 Yaş Kadınların Doğum Kontrol Yöntemi Kullanma Durumları .....	41
<b>Tablo 7.</b> Cinsiyete Göre Bel Çevresi Risk Sınıflaması .....	42
<b>Tablo 8.</b> Cinsiyete Göre BKİ Gruplarının Karşılaştırılması.....	43
<b>Tablo 9.</b> Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Doktor Kontrolüne Gitme Sıklığı .....	44
<b>Tablo 10.</b> Katılımcıların Periyodik Muayene vb. gibi Bir Nedenle Doktor Kontrolüne Gitme Durumları.....	45
<b>Tablo 11.</b> Katılımcıların Genel Sağlık Algıları .....	46
<b>Tablo 12.</b> Genel Sağlık Algısına Göre Periyodik Muayene vb. Bir Nedenle Doktor Kontrolüne Gitme Durumu .....	47
<b>Tablo 13.</b> Sağlık Bilgisi Edinmede Kullanılan Kaynaklar .....	48
<b>Tablo 14.</b> SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları.....	49
<b>Tablo 15.</b> Cinsiyet Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları .....	50
<b>Tablo 16 .</b> Medeni Duruma Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları	51
<b>Tablo 17.</b> Yaş Gruplarına Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanlar ...	52
<b>Tablo 18.</b> Eğitim Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları .....	53
<b>Tablo 19.</b> Çalışma Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları .....	54
<b>Tablo 20.</b> Çalışma Şekline Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları .	55
<b>Tablo 21.</b> Kronik Hastalık Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları .....	56

<b>Tablo 22.</b> Sürekli İlaç Kullanım Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları .....	57
<b>Tablo 23.</b> Depresyon Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları .....	58
<b>Tablo 24.</b> Ailede Kronik Hastalık Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları .....	59
<b>Tablo 25.</b> Genel Sağlık Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları .....	60
<b>Tablo 26.</b> Periyodik Muayene vb. Bir Nedenle Doktor Kontrolüne Gitme Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları .....	62
<b>Tablo 27.</b> Sağlık Talimatı Yardım Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları .....	63
<b>Tablo 28.</b> Sigara İçme Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları .....	64
<b>Tablo 29.</b> Sağlık Bilgisi Edinmede Kaynak Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları .....	65
<b>Tablo 30.</b> BKİ Değerine Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları .....	66

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Son yüzyılda bilim ve teknolojide kaydedilen ilerlemeler tıp alanında da önemli başarılar sağlamış, en çok öldüren bulaşıcı hastalıklar yerlerini bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara bırakmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin de %40-50'sinin nedenini yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar oluşturmaktadır (Dickey ve Janick 2001). Bu durum hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli etken olan yaşam şekillerinin geliştirilmesine yönelik uygulamaların önemini ortaya çıkarmaktadır (Zaybak ve Fadiloğlu, 2004).

Toplumların sağlıklı yaşaması ve ekonomik yönden gelişmesi onu oluşturan bireylerin sağlıklı olmasına bağlıdır. Sağlık kavramını temel insan haklarından biri olarak ele alan Ottawa Sözleşmesi, huzur, yeterli ekonomik kaynak, gıda ve barınma, istikrarlı bir ekosistem ve sürdürülebilir kaynak kullanımını içeren bazı ön şartları vurgulamaktadır. Bu ön şartların kabul edilmesi, sosyal ve ekonomik koşullar, fiziksel çevre, bireysel yaşam tarzları ve sağlık arasındaki kaçınılmaz bağlantıları öne çıkarmaktadır. Bu bağlantılar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi tanımının merkezindeki bütüncül sağlık anlayışı için temel sunar. Bugün sağlığın ruhsal boyutu giderek daha fazla tanınmaktadır (WHO, 1986). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kuruluş anayasasında, sağlığı “yalnızca hastalık veya sakatlığın yokluğu değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlamış ve bütüncül sağlık anlayışının önemini vurgulamıştır.

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlerken sağlığa uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite, yeterli dinlenme ve uyku, sigara ve alkol kullanmama, etkin stres yönetimi gibi temel sağlık davranışları oluşturmaktadır (Yılmazel ve diğ., 2013). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bireyin genel sağlık ya da iyilik durumunu da geliştirmeyi amaçlar (Arslan ve Ceviz, 2007). Aile hekimliği, halk sağlığı çalışmalarına bizzat öncülük eden, her yaştan bireye hem koruyucu, hem de tedavi edici sağlık hizmeti sunan, insanın yaşam süresi ve kalitesini birincil olarak etkileyen

bir tıp disiplini. Aile hekimlerinin sürekli kapsamlı bakım hizmeti vermesi, hastasının birden fazla fiziksel ve ruhsal sağlık sorununu aile, yaşam olayları ve çevre ilişkisi içinde belli bir sürede eř zamanlı olarak önlemesi ve yönetmesiyle sağlığı koruma ve geliştirmede en uygun hekim grubu olduğu bir gerçektir.

**Bu çalışmada amaç;** Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'na bağlı olarak faaliyet gösteren Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezine (EASM) başvuran 18 yaş üstü erişkinlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek ve ilişkili olabilecek faktörleri tespit etmektir. Böylece bağlı nüfusun sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik olumlu ya da olumsuz davranışları hakkında bilgi sahibi olunarak, elde edilen verilerle gereksinim duyulan konularda sağlık eğitimi, yaşam tarzı değerikliği, ayrıca riskli grupların (örn: ailede meme kanseri vb.) taranması gibi müdahale çalışmalarına öncülük edilebilecektir.

## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1.Sağlık Tanımı**

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1948 yılında yaptığı ve günümüzde bile halen genel kabul gören tanımına göre "sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değer, bir bütün olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma halidir." DSÖ'nün tanımında yer alan fiziksel, zihinsel ve sosyal sağlık tanımını açmak istersek; fiziksel sağlık; bir organın fizyolojik olarak bütünlüğünün varlığı ve sürmesi demektir. Organın fizyolojisindeki aksamalar fiziksel sağlığın bozulduğunu gösterir. Zihinsel sağlık ise, bireyin, yaşadığı tüm alanlara müdahale edebiliyor olma gücünü hissetmesiyle ilgilidir. Dolayısıyla zihinsel sağlık durumu fiziksel sağlıktan farklı olarak, nesnel ölçütlerle ölçölüp saptanamaz. Sosyal sağlık, kişinin, toplumsal yapı içindeki konumuna göre, toplumun kendisinden beklediği sosyal rolleri yerine getirmesidir. Toplumsal alanın bireye bakışını yansıtır (Ferreira, 1995). Kişinin kendisinden beklenen rolleri gerçekteştirmemesi, sosyal sağlığın bozulması olarak tanımlanır (Hamzaoğlu, 2010). 1986 yılında Ottawa sözleşmesi ile bu tanım daha ileriye götürölerek; sağlık "bir birey ya da grubun bir yandan arzularını tanımlayıp gerçekteştirmeye ve gereksinimlerini karşılamaya, diğer yandan çevresini

değiştirmeye ve onunla baş etmeye muktedir olabilmesi'' anlamını almıştır (WHO, 1986).

Sağlık düzeylerine göre ise sağlığı negatif sağlık, nötral sağlık ve pozitif sağlık olarak üç boyutta değerlendirebiliriz (Öz, 2010);

### **2.1.1. Negatif Sağlık**

Tedavi ve rehabilitasyonu (geliştirme) gerektiren sağlık durumudur. Sigara içme, madde ya da alkol alışkanlığı, kötü diyet, önerilen tedaviyi, ilaçları reddetme sağlığa o anda ya da zamanla zarar verecek negatif sağlık davranışlarıdır.

### **2.1.2. Nötral Sağlık**

Herhangi bir hastalık durumu olmaksızın dengeli bir sağlıktır. Sağlığı geliştirebilmek için önce negatif sağlık durumundan nötral sağlık durumuna ulaşılması gerekir

### **2.1.3. Pozitif Sağlık**

Sağlığın geliştirilmesi, iyilik düzeyinin artırılması ile ilişkilidir. Nötral sağlık durumundan sonra ulaşılan, yaşam kalitesini geliştiren, potansiyel sağlığı geliştiren sağlık davranışlarını ifade eder.

## **2.2. Sağlığın Belirleyicileri**

Gündelik yaşama dair her şey sağlığımız üzerinde dolaylı veya doğrudan etkiye sahiptir. Bireyselden başlayarak çevresel ve sosyal olan herhangi bir şey sağlıkla ilişkilendirilebilir. Bu şekilde bakıldığında bireysel sağlık davranışları, bireyin eğitimi, barınma veya çalışma koşulları, sosyoekonomik konumu, içinde yaşadığı toplumun kültürel alışkanlıkları, politik ortamı, ülkenin kalkınmışlık seviyesi gibi birçok unsurdan etkilenir. Bu unsurların tümü sağlığın belirleyicileri olarak adlandırılır (Kayı ve Özgülner, 2015). Sağlığın belirleyicilerine ilişkin sınıflama Tablo 1'de

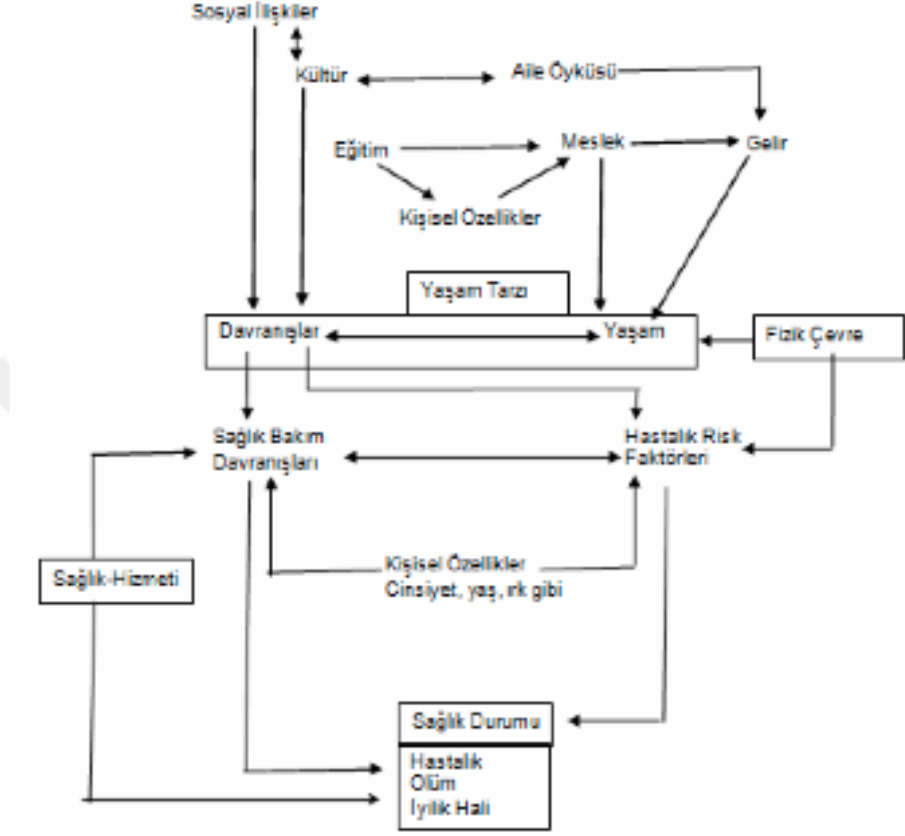


gösterilmiştir. Yaşam tarzı, çevre ve sağlık durumu arasındaki ilişki Şekil.1 de gösterilmiştir (Lawrence ve Potvin, 2002) (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011)

Tablo 1. Sağlıkın Belirleyicileri (Hapçioğlu, 2015)

<b>Sağlığın Belirleyicileri</b>				
<b>Bireysel (biyolojik)</b>	<b>Sosyal, Ekonomik</b>	<b>Çevre</b>	<b>Yaşam tarzı</b>	<b>Hizmetlere Ulaşılabilirlik</b>
Genetik Cinsiyet Yaş	Yoksulluk İşsizlik Dışlanma Çalışma Koşulları	Hava Kalitesi Su Kalitesi Konut Sosyal Çevre	Fiziksel Aktivite Obezite Sigara Alkol Uyuşturucu Cinsel tercihler	Eğitim Sağlık Sosyal hizmetler Ulaşım Boş zaman

**Şekil 1.** Yaşam Tarzı, Çevre ve Sağlık Durumu Arasındaki Karmaşık İlişki (Lawrence ve Potvin, 2002) (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).



Gelir, sağlığın en önemli belirleyicilerinden biridir. Özellikle sağlık hizmetlerinin gün geçtikçe özelleşmesi, amaçları kar elde etmek olan özel sektör poliklinik ve hastanelerinin sağlık hizmetlerini kamuya göre daha iyi vermesi, sağlığı sadece parası olanın satın alabildiği bir hizmet haline getirmektedir. Kötü sosyal ve ekonomik koşullar sağlığı olumsuz etkiler. Sosyoekonomik düzey düştükçe hastalık oranları artar, yaşam beklentisi azalır. Beslenme yetersizliği, kötü hijyen koşulları, kalabalık aileler ciddi sağlık sorunlarını da beraberinde getirir (Hapçıoğlu, 2015).

Sosyal ve psikolojik koşullar, uzun süreli strese, endişeye, güvensizliğe, özgüven eksikliğine, sosyal izolasyona, kontrol bozukluğuna neden olabilir ve bütün bunlar iş ve özel yaşamda önemli sorunlara ve ruh sağlığının bozulmasına ve erken ölümlere yol açar. Güvensizlik, arkadaş ve akraba desteğinin olmaması, düşük sosyal statüde bulunan gruplar ve sanayileşmiş ülkelerin sosyoekonomik düzeyi düşük

fertlerinde çok rastlanan bir durumdur. Sosyal destek ve iyi sosyal ilişkiler sağlık üzerinde önemli bir katkı sağlar. Sosyal iletişim ve ilişkiler insanların kendilerini daha değerli ve güvende hissetmelerine neden olur. Duygusal ve sosyal destekten yoksun kişilerin kronik hastalıklara yakalanma eğilimleri yüksektir (Hapçioğlu, 2015).

Bağımlılık bir maddenin yaşamı ve sağlığı olumsuz etkilemesine karşı kullanımının devamıdır. Zararlı maddeleri bilerek kullanmak bağımlılığın bir özelliğidir. Bunun nedeni aslında irade ve isteğimizin değil bağımlısı olduğumuz maddenin davranışlarımızı kontrol etmesidir. Sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı ciddi bir sosyal ve toplumsal sorundur (Hapçioğlu, 2015).

Sağlığın diğer bir belirleyicisi olan sağlık eğitiminin temel amacı, sağlığı toplumsal bir değer haline getirerek, halkı sağlık sorunlarını çözmek için kullanacağı bilgi ve beceriler ile donatmak ve kişilerde sağlıklı tutum, davranış ve yaşam biçimi değişikliği oluşturmaktır. Hastalık riskini azaltıcı davranışların geliştirilmesi, koruyucu hizmetlerden yararlanma bilincinin oluşturulması, erken tanı ve tedavi olanaklarının araştırılması ve tıbbi tedavi önerilerine uyma davranışı kazandırılması sağlık eğitiminin sağladığı yararlar olarak sayılabilir (Elmacı, 2013).

Sağlık riskinin belirlenmesi ve bu doğrultuda yapılan girişimler, yaşam tarzını olumlu yönde etkilemektedir (Acquista ve diğ., 1988). Sağlık risklerini belirlemenin amaçlarını şöyle sıralayabiliriz;

1) Bireyin verdiği bilgiye dayanarak, sağlığına etki edebilecek bütün riskleri ortaya koymak, bazı hastalıkların doğal seyrini göstermek ve bireyin yaşına, cinsiyetine ve etnik özelliklerine göre esas ölüm nedenlerini ortaya çıkarmak,

2) Hastalık-ölüm istatistikleri, sağlık risk profili ve bilinen risk göstergelerini birleştirerek beklenen yaşam süresini tahmin etmek,

3) Hastalıktan korunmak için bireyde yaşam tarzı değişikliklerini başlatmak ya da yaşam tarzının hastalık yapıcı etkilerini en aza indirmek,

4) Hastalık ortaya çıktığında ise çok çabuk tıbbi bakım ve yaşam tarzı değişikliklerini başlatmak (Kıray Vural, 1998).

DSÖ'ye göre sağlık eğitimi; kişilere sağlıklı yaşam için gerekli önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak, sağlık durumlarını ve vrelerini iyileştirmek amacıyla birey olarak veya topluca karar aldirtmaktır. Sağlık eğitiminin diğer bir amacı da bireylerin kendi sağlıklarında öz-sorumluluk almalarını sağlamaktır (Orgun, 2014).

Sağlık okuryazarlığı kişinin sağlığı hakkında uygun karar verebilmesi için sağlık bilgisi ve hizmetlerine ulaşma, anlama ve kullanabilme becerisidir. (WHO, 1998b). Sağlık alanında farkındalık için sağlık okur-yazarlığının toplumda geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması birçok soruna yol açmaktadır. Yapılan bazı araştırma sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığının yetersiz olması, sağlık bilgisinin yetersiz olmasıyla ilişkili olup hastalıklara yakalanma riskinde artışa, tedavi yöntemlerini anlamada düşüşe ve hastaneye yatma oranında artışa yol açmaktadır. Ayrıca sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanarak, gereksiz hastane başvuruları yaparak, sağlık hizmetlerindeki harcamalarda artışa, kanser gibi erken teşhis edilebilen durumlar için erken tarama sıklığında azalmaya, sonuç olarak da yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sebep olmaktadır (Johnston ve diğer., 2005).

Sağlık hizmetleri, sağlığı korumak ve geliştirmek, hastalıkların oluşumunu önlemek, hastalananlara olanakların elverdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek, sakatlıkları önlemek, sakatlananlara tıbbi ve sosyal esenlendirici hizmet sunmak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için sunulan hizmetlerin tümüdür (Pala, 2004).

Sağlığı belirleyen en önemli faktörlerden biri de bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıdır. Kişilerin sağlığı koruma yönündeki davranışları, sağlık sorunları yaşadığında yaptıkları, genel olarak "sağlık davranışı" terimi ile ifade edilmektedir (Araz ve diğer., 2007). Aile, toplum ve eğitim ile kazanılan, zamanla değişen bu davranışlar, kişinin iyi olan sağlık durumunu sürdürülmesini sağlayan, kendisi için doğru olduğuna karar verdiği ve kendisini gerçekleştirmesini sağlayan davranışlar olup, sağlık bilincine ve sorumluluğuna sahip olmayı kapsamaktadır (Altıparmak ve Koca Kutlu, 2009).

## 2.3. Sağlık Davranışının Temelini Açıklamaya Yönelik Kavramlar

### 2.3.1. Sağlık Algısı, Sosyal Temsil ve Sağlık Davranışları

Sağlık davranışı kişilerin sağlık hakkındaki algılamaları ve tutumları ile yakından ilişkilidir (Araz ve diğ., 2007). Sağlığın kişiler tarafından algılanması “sosyal temsil” kavramı çerçevesinde incelenmektedir (Moscovici, 1988). Sosyal temsil, toplumda belirli alanlarla ilgili sağduyu kuramlarıdır ve bireyler arası etkileşimlerle tekrar tekrar üretilen kavram, ifade ve açıklamalar olarak tanımlanmaktadır (Leyens ve Codol, 1988). Sağlık ve hastalık kavramları da hem bilimsel olarak hem de toplumda gündelik olarak kullanılmaktadır. Kişilerin zihninde bu sosyal temsillerin nasıl yer aldığı, sağlık davranışlarını etkileyeceği için önemli bir konudur. Sağlık hakkındaki sosyal temsillerin küçük bir grupta incelendiği bir çalışmada, gerek sağlığın tanımlanması gerekse hastalıklardan korunma yolları konusundaki temsillerin hem bilimsel bilgiye hem de sağduyu bilgisine dayanarak oluşturulduğu gösterilmiştir (Akpınar ve Ersoy, 2012). Bu bağlamda bireylerin sağlığı nasıl tanımladığı ve hangi davranışları sağlıklı olma ile ilişkilendirdiği, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirler.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) herhangi bir hastalığı önlemeye yönelik olmayıp, bireyin yaşam boyu genel sağlık ya da iyilik durumunu geliştirmeyi amaçlar (Arslan ve Ceviz, 2007). Bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlerken sağlığa uygun davranışları seçmesi, sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite, yeterli dinlenme, uyku, sigara ve alkol kullanmama, etkin stres yönetimi gibi temel sağlık davranışları, kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını oluşturmaktadır (Yılmazel ve diğ., 2013).

Walker, Sechrit ve Pender (1987), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını “kendi kendine başlayan hareketlerin çok boyutlu modeli, iyilik halini korumaya ve yükseltmeye hizmet eden algılar, kendini gerçekleştirme ve bireyselliğin tamamlanması” şeklinde tanımlamıştır (Ata, 2008).

### 2.3.2 Sağlık Denetim Odağı ve Sağlık Davranışları

Sağlık davranışının temelini açıklamaya yönelik kavramlardan birisi de denetim odağı (kontrol noktası) kavramıdır. Sağlık alanında geliştirilen ölçeklerle yapılan çalışmalarda, sağlık denetim odağının birçok sağlık davranışı ve tutumu ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Greenberg ve diğ., 1996). Bireylerin sağlık davranışı sağlığı tehdit eden etmenlere ya da koruyucu önlemlere gösterilecek tepkiler yönünden değişiklik gösterir. Bu değişikliklerin bir bölümü, bireysel farklılıklar göz önünde bulundurularak açıklanabilir (Tabak ve Akköse, 2006). Rotter (1966) tarafından ortaya konulan bu kavram, kişinin olumlu ya da olumsuz kendisini etkileyen olayları, kendi yetenek ve davranışlarının sonuçları ya da şans, kader, güçlü başkaları gibi kendisi dışındaki güçlerin işi olarak algılaması eğilimidir (Hekimoğlu ve Şensoy, 2014). Denetim odağını, kendi davranış ve yeteneklerinde algılayan kişiler içten denetimli, sonucun genel olarak kendi davranışlarından bağımsız ve denetimin de kendi kontrolü dışındaki güçlü kimselerin kontrolü altında olduğuna inananlar dıştan denetimli, kontrolün şans, talih, kader ve benzeri kaynaklara bağlı olduğuna inananlar da 'kaderci' olarak tanımlanmaktadır (Tabak, 2006) (Dönmez, 1986). İçten denetleyici davranış gösteren kişiler; sağlıklarının sorumluluklarını kendileri üstlenir, sağlıkları ile ilgilidirler, alternatif tıp yöntemlerini uygulamaya isteklidirler, sağlıkla ilgili konularda medyayı yakından izlerler ve sağlıkla ilişkili olumlu davranışları yapmaya özen gösterirler. Örneğin, tütün kullanmazlar, sağlıklı beslenirler, düzenli egzersiz yaparlar vb.. Dıştan denetleyici kişiler, sağlıklarının sorumluluklarını üstlerine almak istemezler, sağlıklarının kader veya şansa bağlı olduğuna inanırlar ve davranış değişikliklerine karşı direnç gösterirler. İçten denetimli kişiler kendi başlarına davranabileceklerine olan inançları nedeni ile bilgiye daha fazla gereksinim duyarken, dıştan denetimli kişiler daha yeterli kişilere bağımlılığı (örneğin doktorlara) daha kolay kabul etmeleri nedeni ile bilgiye daha az gereksinim duyarlar. İçten denetimlilerin kendi yaşamlarına ilişkin sorumluluk yüklenmeye, rahatsız edici ve kötü koşulları değiştirme çabalarına daha hazır oldukları söylenebilir (Dönmez, 1986).

## 2.4.Sağlığın Korunması

Sağlık için tehlike oluşturan davranışlardan kaçınma, biyolojik, fizik, sosyal çevrenin olumlu hale getirilmesi, bununla birlikte kişiye yönelik önlemlerin de ihmal edilmemesi sonucu sağlanabilir (Zaybak ve Fadıloğlu, 2004). Sağlığı koruma düzeyi üç aşamada sınıflandırılmaktadır:

- **Birincil Koruma;** Sağlığın geliştirilmesine yönelik uygulamaları, koruyucu önlemleri kapsar. Bireylerin, ailelerin ve toplumun hastalık riskini azaltıcı davranış geliştirmelerini sağlayıp, sağlıklı yaşam biçimi geliştirme ve koruyucu hizmetlerden yararlanmalarına yönelik aktiviteleri içerir.
- **İkincil Koruma;** Bireylerin, ailelerin ve toplumun en üst sağlık düzeyinde korunmasını sağlayarak hastalıkların gelişmesini sınırlayıp, hastalıkların birincil evrede yapılan taramalarla erken tanı ve tedavisini içerir.
- **Üçüncül Koruma;** Bireyleri hastalıkların tekrarı, komplikasyonları ve sakatlıklardan korumaya yönelik hizmetleri kapsar. Önlenememiş hastalık ve travmalar sonucu oluşan engellilik ve sakatlık durumunda olan bireylerin, kendilerini üretken duruma getirmelerini, yaşamlarını sürdürebilmelerini sağlar.

Korumanın bu üç formu 1995’de Aile Hekimliği Sözlüğünde WONCA Uluslararası Sınıflandırma Komitesi tarafından tanımlanmış ve 1999 yılında WONCA yeni bir koruma tipi olan dördüncül korumayı Aile Hekimliği Sözlüğüne eklemiştir (Akdeniz ve Kavukçu, 2017). Dördüncül koruma; taramadan rehabilitasyona kadar sağlık bakımının tüm yönlerine uygulanabilmektedir. Klinik kanıt olmadan tarama, endikasyon olmadan aşı yapma, gereksiz ilaç kullanımı, doğru olmayan rehabilitasyon tekniklerini uygulanmasından kaçınmayı önermektedir. (Jamouille, 2015)

## 2.5. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak amacı ile verilen sağlık eğitimi, organizasyonel, ekonomik ve çevresel tabanlı tüm destekler sağlığın teşviki ve geliştirilmesi olarak adlandırılır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a).

Sağlığın geliştirilmesi kavramının ortaya çıkmasında Ottawa Şartı'nın önemli bir yeri vardır. Ottawa Şartında "Sağlığı geliştirme, insanların sağlıkları üzerinde kontrol gücüne sahip olma ve sağlıklarını geliştirme kapasitesine sahip olma süreci" olarak tanımlanmaktadır. Tam olarak fiziksel, mental ve sosyal anlamda iyi olma durumunu sağlayabilmek için, birey veya grup, isteklerinin farkında olabilmeli ve tanımlayabilmeli, çevreyi değiştirebilmeli ve uyum sağlayabilmelidir. Sağlık, fiziksel kapasiteyi olduğu kadar, sosyal ve kişisel kaynakları da gündeme getiren bir yaklaşım olduğu için sağlığı geliştirme, yalnızca sağlık sektörüne ait bir sorumluluk değildir. Sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı yaşam tarzının kabulü ve uygulamasına ilişkin bir süreçtir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011b).

Sağlığı geliştirmedeki amaç doğru sağlık davranışlarının geniş halk kitlelerine ulaşmasının sağlanmasıdır. Bu kapsamda gerçekleştirilen Sağlığın Teşviki ve geliştirilmesine yönelik yapılan Ottawa Sözleşmesine göre; Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrollerini arttırarak, kendi sağlıklarını iyileştirmelerini sağlama süreci olarak tanımlanmıştır. Bu konuda yapılan çalışmalar göstermiştir ki, kişisel kontrol ve öz yeterliliğin artırılması sağlığı güçlendirmektedir (WHO, 2001)

Toplum içindeki baskın yaşam şekli, sağlık için faydalı ya da zararlı olabilecek kişisel davranış kalıplarını geliştirmesi nedeniyle, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi açısından çok önemlidir. Sağlığa yardımcı olacak yaşam tarzlarının teşviki ve geliştirilmesi, tamamı yaşam boyu deneyimlerle ve yaşam koşullarıyla şekillendirilen sağlığa ilişkin inançların ve değerlerin yanı sıra kişisel başa çıkma stratejileri ve hazırlıklarının da dikkate alınmasını gerektirir. Pozitif sağlık davranışları ve uygun başa çıkma stratejilerinin teşviki ve geliştirilmesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında temel bir amaçtır. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a)

Sağlığı geliştirme kavramı, "İnsanların, öz tutkuları ile optimal sağlıkları arasındaki sinerjiyi keşfetmelerine yardım etme, optimal sağlığa ulaşma çabalarında motivasyonlarını arttırma ve optimal sağlık düzeyine doğru hareket ettirmek için yaşam biçimlerini değiştirmede onları destekleme sanatı ve bilimi" olarak tanımlanmıştır (Yardım ve diğ.) (O'Donnell, 2009). Optimal sağlık fiziksel, emosyonel, sosyal, tinsel ve entellektüel sağlık arasında kutulan dinamik bir dengedir. Fiziksel alanda; egzersiz, beslenme, tıbbi öz bakım, madde kötüye kullanım kontrolü,



emosyonel alanda; duygusal kriz bakımı, stres yönetimi, sosyal alanda; toplumlar, aileler, arkadaşlar, entelektüel alanda; eğitim, başarı, kariyer gelişimi tinsel alanda; sevgi, umut, yardımseverlik kavramları yer almaktadır (Şekil 2). (O'Donnell, 2009) (Özcan ve Bozhüyük, 2013).

**Şekil 2.** Sağlığı Geliştirmede İdeal Sağlık Dengesi (O'Donnell, 2009)



## 2.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlerken sağlığa uygun davranışları seçmesi, sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite, yeterli dinlenme, uyku, sigara ve alkol kullanmama, etkin stres yönetimi gibi temel sağlık davranışları, kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını oluşturmaktadır (Yılmazel ve diğ., 2013). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları herhangi bir hastalığı önlemeye yönelik olmayıp, aynı zamanda yaşam boyu bireyin genel sağlık ya da iyilik durumunu da geliştirmeyi amaçlar (Arslan ve Ceviz, 2007).

### 2.6.1 Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmeli, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir. (Bostan ve Beşer, 2017)

Bireylerin kendi sağlığı ile ilgili sağlığı geliştirici, koruyucu ve önleyici davranış ile ilgili davranış sergilemesini etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar (Demir Avcı, 2016):

- Yaş: Yaşla birlikte, bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili daha duyarlı oldukları ve sağlık sorumluluklarını daha iyi yerine getirdikleri belirlenmiştir
- Cinsiyet: Kadınların erkeklere göre sağlıkları için daha sorumlu davrandıkları belirlenmiştir
- Eğitim Düzeyi: Bireylerin eğitim düzeyi artıkça sağlığı ile ilgili sorumluluk düzeyleri gelişmektedir
- Medeni Durum: Boşanmış bireylerin sağlık ile ilgili sorumluluk algılamaları, evlilere göre daha yüksektir. Boşanmış bireylerin yükümlülüklerini paylaşacak bir eşe sahip olmamaları sağlıklarına daha çok dikkat etmelerini sağlamaktadır.
- Sigara ve Alkol Kullanmak: Sigara ve alkol gibi madde kullanan bireylerin sağlık sorumluluğu daha düşüktür.

- Beslenme Alışkanlığı: Düzenli beslenme alışkanlığı, bireylerin kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk algısını artmaktadır
- Kültür: Bireylerin, beslenme alışkanlığı gibi sağlığı geliştirme davranışları kültürden etkilenmektedir.
- Gelir düzeyi: Bireylerin gelir düzeyi artıkça sağlık sorumluluğu artmaktadır. Bu durum, sağlıkla ilgili harcamaları yapabilme gücü ile ilişkilendirilmiştir.
- Sağlık politikaları: Sağlık sorumluluğunu artırıcı sağlık politikaları bireylerde sağlıkları ile ilgili olumlu davranış değişikliği yapabilir.

Sağlık sorumluluğunu geliştirmede, sağlıklı yaşam tarzı geliştirmek ve sağlık bakım sistemlerine talebi azaltmak temel amaç edinilmiştir (Schmidt, 2007). ABD’ de, 2005 Medicaid Reformu’nda bireysel sağlığı geliştirme davranışları vurgulanmıştır. Sağlık sorumluluğu artırıldığı zaman sağlık harcamalarında azalma olacağı düşünülmektedir. Sağlık sorumluluğunun kişileri etkilemesi adlı çalışmada, bireysel sağlık sorumluluğunun önemi vurgulanmış, sağlık sigorta kuruluşlarının, sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri (sigara içmemek, kilo kontrolü, sağlık taramalarını düzenli yaptırmak, egzersiz) olanları tercih ettikleri belirtilmiştir (Demir Avcı, 2016).

### **2.6.2. Fiziksel Aktivite**

Günlük yaşam içerisinde, iskelet kasları kullanılarak yapılan ve enerji harcamasını gerektiren her hareket fiziksel aktivite olarak tanımlanır. Egzersiz ise fiziksel uygunluğun bir veya daha fazla bileşeninin korunmasını veya geliştirilmesini amaçlayan düzenli, planlanmış ve tekrarlı fiziksel aktivitelerdir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2011’de yapılan “Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması”na göre de Türkiye genelinde kadınların %87’si, erkeklerin %77’sinin yeterli ölçüde fiziksel aktivite yapmadığı belirlenmiştir. 65 yaş üzeri bireylerle yapılan bir çalışmada ise bireylerin sadece %30’unun yürüyüş yaptığı belirlenmiştir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014)

Dünya çapında, fiziksel hareketsizliğin, koroner kalp hastalığından kaynaklanan hastalık yükünün %6’sına, tip 2 diyabetten kaynaklanan hastalık yükünün

% 7'sine ve hem meme kanseri, hem de kolon kanseri için ise %10'una neden olduğu bulunmuştur (Lee ve diğ., 2012).

Yeterli fiziksel aktivite kalp sağlığı, kan basıncı, kan şekeri ve kan kolesterolünün normal sınırlarda kalmasında çok önemlidir. Haftanın çoğu günü 30 dk veya 150 kcal/gün ve toplamda haftada 150 dk veya 1000 kcal/hafta orta derecede egzersiz yapılması önerilmektedir. Bir yetişkin kişi günde 25-50 dakika orta derece fiziksel aktivite yapmalıdır (U.S. Department of Health and Human Services, 1999). Yeterli fiziksel aktivite yaşlılarda kemik kaybını azaltır ve kas kütlesi ile kas gücünü artırır. Diğer olumlu etkileri ise, stres, anksiyete ve depresyon hissini azaltır, işlevsel kapasiteyi artırıp sosyal ilişkilerin gelişmesine katkıda bulunur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014)

INTERHEART çalışmasına göre, akut miyokard infarktüsü geçirenler arasındaki günlük egzersiz yapma sıklığının (%14,3), geçirmeyenlere göre (%19,3) daha düşük olduğu belirtilmektedir (Teo ve diğ., 2006).

Ülke genelini temsilen 2000-2002 tarihleri arasında yapılan Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım (SBKK) araştırmasına göre düzenli egzersiz yapanların oranı kadın cinsiyete göre % 3,1, erkek cinsiyete göre % 4,2 olup toplam da ise sadece %3,5'tir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004a). Ülkemizde fiziksel aktivite alışkanlığının yeterli olması durumunda, iskemik kalp hastalığına bağlı 31519 ölümün, iskemik inmeyle ilgili 10269 ölümün önlenilebileceği tahmin edilmektedir. Önlenebilen hastalık yüküne bakıldığında ise fizik aktivitenin yeterli olması ile birinci sırada iskemik kalp hastalığına bağlı 300850 DALY (Disability Adjusted Life Years) önlenilebilmekte ve bu durum önlenen yükün % 64,8'ini oluşturmaktadır. İkinci sırada iskemik inme, üçüncü sırada ise diabetes mellitus yer almaktadır. Toplamda ise 464627 DALY'nin önlenilebileceği tahmin edilmekte, bu sayıda tüm hastalık yükünün %4,3'ünü oluşturmaktadır. Fiziksel aktivite yetersizliğine bağlı hastalık yükü kadınlarda en fazla 60-69 yaş grubunda görülürken, erkeklerde ise 45-59 yaş grubunda görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004b).

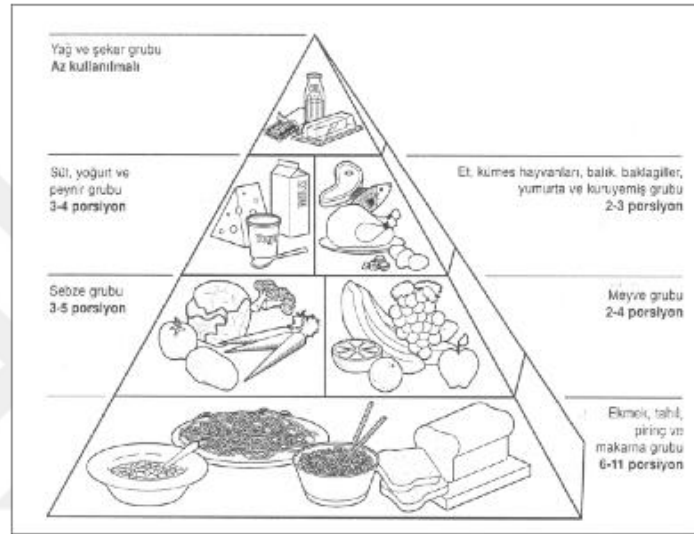
### 2.6.3. Beslenme

Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin ögelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir davranıştır. Bireylerin yeterli ve dengeli beslenmesi; hastalıkların görölme riskinin azalması, protein enerji malnütrisyonun, vitamin-mineral yetersizliklerinin önlenmesi vb. beslenme ile ilgili sağlık sorunlarının en aza indirilmesinde rol oynayan koruyucu etmenlerden biridir. Türkiye’de yapılan beslenme ve sağlık araştırmalarının sonuçlarına göre birçok beslenme ve sağlık sorununun görüldüğü bilinmektedir. Akut ve/veya kronik beslenme yetersizliği , vitamin ve mineral yetersizlikleri , şişmanlık ve beslenmeye bağlı bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar (kardiyovasküler hastalıklar, tip II diyabet, bazı kanser türleri vb.) sıklıkla görölmektedir (Hacettepe, 2015).

Toplumun sağlıklı yaşaması ve ekonomik yönden gelişmesi onu oluşturan bireylerin sağlıklı olmasına bağlıdır. Sağlığın temeli yeterli ve dengeli diğer bir deyişle sağlıklı beslenmedir. Bu doğrultuda yaşam boyu tüm bireylerin sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, yaşam kalitesinin arttırılması ve sağlıklı yaşam (sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlığı) biçimlerinin benimsenmesinin amaçlanması gerekmektedir (Pekcan, 2008).

Besin gereksinimleri yaş, cinsiyet, boy, vücut ağırlığı ile metabolik ve fiziksel aktiviteye bağlıdır. Buna göre her toplum kendi bireyelerine özgü enerji ve besin ögeleri standardı oluşturmalıdır. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Bilimler Akademisi/Ulusal Araştırma Konseyi’nin Besin ve Beslenme Kurulu ve ABD Tarım Dairesi (United States Department of Agriculture, USDA) düzenli olarak 45 temel besin üzerine insan gereksinimlerine paralel bilimsel literatürleri değerlendirmektedir. Besin ve Beslenme Kurulu beş yılda bir yiyeceklerle alınması tavsiye edilen miktarları (Recommended Dietary Allowances, RDA) bildirerek bunları anlamlı bir güvenlik faktörü ile tüm sağlıklı kişilerin gereksinimlerini karşılamak üzere hesaplamaktadır (Baysal, 2002). Besin Piramidi, kişilerin her gün hangi yiyecek grubundan ne kadar tüketilmesi gerektiğini gösteren bir kılavuzdur. 1992’de USDA yeni bir beslenme piramidi hazırlamıştır. Buna göre piramitte tahıl grubu (6-11 porsiyon), sebze grubu (3-5 porsiyon), meyve grubu (24 porsiyon), süt ürünleri grubu (2-3 porsiyon), et

ürünleri grubu (2-3 porsiyon) ve yağ ve şekerler grubu (“az” kullanılmak üzere) yer almıştır. Bireylerin gereksinimlerine göre piramitte yer alan her gruptan belli sayıda porsiyon tüketilerek kalori dengesi sağlanabilmektedir. Tavsiye edilen porsiyon sayısı, kişinin günde 1600 ile 2400 kalori arasında değişebilen enerji gereksinimine göre değişmektedir (Baysal, 2002). Piramit en altta yer alan ve sıklıkla tüketilmesi gereken karbonhidratlarla başlamakta ve daha az tüketilmesi gereken gıdalara doğru gitmektedir. Besin Piramidi Şekil 2’de gösterilmiştir (Beers ve Berkow, 2002).



Şekil 3. Besin piramidi (Baysal, 2002)

Günlük enerji alımının dengelenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılması ile vücut ağırlığını denetim altına almak olasıdır. Bireylerin ağırlıklarının / boy uzunluğunun karesine oranı olarak hesaplanan Beden Kitle İndeksi (BKİ), bireylerin zayıf, normal, fazla kilolu ve şişmanlık durumunu değerlendirmede önemli bir ölçüttür (WHO, 2003).

20 yaş ve üzerindeki tüm bireylerin yıllık genel muayenesi sırasında boy ve ağırlığına bakılarak BKİ'nin hesaplanıp risk durumunun değerlendirilmesi ve buna göre kişilere gerekli önerilerde bulunulması ve yıllık izlemlerinin yapılması belirtilmektedir (Hengstler ve diğ., 2002). INTERHEART çalışmasına göre, akut miyokart infarktüsü geçirenlerdeki BKİ ortalamasının geçirmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Kılıç, 2011). ABD’de 1999-2008 yılları arasında yetişkinler arasındaki obezite sıklığı (belirgin olarak erkeklerde olmak üzere) gittikçe

artmaktadır (Flegal ve diğ., 2010). 2008 yılında yapılan Türk Toplumunda Tuz Tüketimi (SALTürk) çalışmasına göre, ülkemizde 18 yaş ve üzeri kişilerin %41,9'unun fazla kilolu, %26,7'inin de şişman olduğu saptanmıştır (Erdem ve diğ., 2010). Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışmasına (TURDEP) göre (1998), 20 yaş ve üzerindeki kişilerde şişmanlık sıklığı %22 olup, BKİ ortalaması erkeklerde  $25,47 \pm 4,58$ , kadınlarda ise  $27,45 \pm 5,76$ 'dır. SBKK-2002 projesine göre ülkemizde 30 yaş ve üzerindeki kişilerin %77,9'u (erkek: %72,9; kadın: %80,1), UHA-2003'e göre 18 yaş üzerindeki kişilerin %43,4'ü (erkek: %43,3; kadın: %43,4) fazla kilolu/ şişmandır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006). TEKHARF'e göre, 1990 yılı taramasında 30 yaş ve üzeri kişilerde saptanan şişmanlık sıklığı, 2001/2002 yılı taramasında erkeklerde %12,5'ten %25,3'e, kadınlarda %32'den %44,2'ye yükselmiştir. On iki yıl önceki taramaya göre, şişman kişi sayısının yaklaşık %90 oranında arttığı belirtilmektedir (Kılıç, 2011).

#### **2.6.4. Manevi Gelişim**

Manevi gelişim, iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır (Bahar ve diğ., 2008).

Maslow' un ihtiyaçlar hiyerarşisinde (Şekil 3.) bir insanın en alt basamaktaki ihtiyaçları karşılandıktan sonra bir üst basamaktaki ihtiyaca yöneldiği savunulur. Bu hiyerarşiye göre piramitin tabanında ilk sırayı temel içgüdüsel ihtiyaçlar olan yemek, uyumak gibi fizyolojik ihtiyaçlar yer alır. İkinci sırada insanların güvenlik ihtiyacının karşılanması gerekir. Güvenlik ihtiyacı karşılandıktan sonra insanlar sevgi ve ait olma ihtiyacına yönelir. Sevmek ve sevilme dışında insanlar kendisine saygı duyulmasını isterler. Saygınlık, tanınma, başarılı olma, takdir edilme gibi ihtiyaçları karşılandıktan sonra piramitin en tepesinde kendini gerçekleştirme yani ideallerini ve yeteneklerini

gerçekleştirme ihtiyacı duyar. Maslow'a göre bir basamaktaki ihtiyaç tam olarak karşılanamazsa bir üst basamağa sağlıklı bir geçiş sağlanamaz.



Şekil 4. Maslow'un İnsan Gütüleri Piramidi

İnsanın sosyal yaşamda anlam bulma yolculuğu evrensel bir ihtiyaçtır. Gerçekte insanın anlam bulma yeteneği olduğu gerçeğini destekleyen unsurlardan birisi de ailesine, mesleğine, kültüre ve topluma yönelik aidiyet duygusudur. Hagerty ve ark.'nın (1992) yapmış oldukları tanımlamaya göre aidiyet duygusu, “bireyin kendisini bir sistemin ya da çevrenin ayrılmaz bir parçası olarak görmesini sağlayan bu sistem ya da çevreye katılım deneyimleri”dir. Bir başka tanımlamada ise aidiyet duygusu, kişiler arası bir sistem içerisinde kişinin kendisine ait algısı şeklinde açıklanmaktadır (Mavili ve diğ., 2014). Maslow'a göre kendini gerçekleştirmiş insanların özellikleri şunlardır;

- Kendini, başkalarını, doğayı kabul eder. Kendilerini ve başkalarını oldukları gibi kabul ederler.
- İçten geldiği gibi davranırlar. Maksatlı olarak gelenek dışı olmamalarına karşın öz kültürlerinin içselleştirilmesine dirençlidirler. Düşünce ve davranış içtendir.



- Bakış açıları geniştir. İyi bir mizah anlayışları vardır.
- Mahremiyetten hoşlanma, başkalarına bağlı değildirler. Çok değil az insanla derin, tatmin edici kişiler arası ilişkiler kurarlar.
- Başkaları ile yoğun ilişkiler kurarlar.
- Demokratik karakter yapısına sahip olurlar. İnsanlığın refahı ile ilgilendirler.
- Araç ile amacı, iyi ile kötüyü birbirinden ayırt edeler. Hayata nesnel bir açıdan bakabilirler.
- Kendini gerçekleştiren insanlar yaratıcıdır.
- Gerçekliği verimli bir şekilde algırlar ve belirsizliğe tahammül edebilirler. Kendi üzerinde yoğunlaşmaktan çok sorun üzerinde yoğunlaşırlar. Yaşamın temel deneyimlerini değerlendirebilirler. (Akgül, 2006; Cüceloğlu, 2003; Sağlam, 2008; Tuncer, 2006)

Spiritualite sözlük anlamında “manevi-ruhani değerlere bağlılık” olarak tanımlanan, anlaşılması zor, soyut bir kavramdır. Spritualizm terimi, sözcük anlamı olarak maddenin dışında ruhun varlığına inanan bir öğretiyi ifade etmek için kullanılır. Latince’de hayatın niteliğini geniş bir konseptte ele alan ve “nefes almak”, “hayatta olmak” anlamlarına gelen “spiritus” kelimesinden gelmiştir. Daha geniş anlamıyla hayatı hissetmektir (Sülü, 2006).

Manevi gereksinimler ise; “Manevi yoksunluğu azaltacak veya bireyin manevi gücünü destekleyecek gereksinimlerdir”, “Bireyin üstün güçle/Tanrıyla (kişi nasıl tanımlıyorsa) dinamik ilişkisini sürdürmesi için gerekli faktör veya faktörlerdir” şeklinde tanımlanmıştır (Sülü, 2006).

Maneviyat sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, genellikle manevi pratiklerin kötü alışkanlıkları engellemesi ve kişileri doğal olarak sağlıklı yaşama, sağlıklı beslenme, planlı yaşamaya yönelttiği noktasında da birleşmektedirler. Manevi yönü gelişmiş hastaların fiziksel, duygusal, sosyal yönden daha sağlıklı olduğu yönünde pek çok araştırma sonucu vardır. Bu hastaların ümit düzeyleri yüksek, depresyon ve izolasyon eğilimleri düşüktür, stresle daha iyi baş ederler ve yaşam kaliteleri yüksektir (Levin ve Schiller, 1987).

Çeşitli çalışmalarda spiritüel ya da dini inançların ve uygulamaların fiziksel ve ruhsal sağlığı güçlendirici, stres ve kan basıncını azaltıcı, uykuyu iyileştirici, kronik ağrıyı, ilişkilerdeki tepkiselliği, depresyon ve madde kullanımını azaltıcı olduğu saptanmıştır (Koenig, 2009). Bu bağlamda sağlık çalışanlarının bireylere destek sağlayabilmeleri için stresle baş etmenin bir alt boyutu olan maneviyat konusu ve önemi hakkında farkındalık kazanmaları önemlidir (Hiçdurmaz ve Öz, 2013).

### **2.6.5. Kişiler Arası İlişkiler**

Kişiler arası ilişkiler, başkaları ile olan ilişkilerdir, nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içerir.

Gerek toplum hayatı içinde gerekse insanın kendi biyolojik ve psikolojik bünyesi içinde çatışmaların önlenmesi, denge noktalarının ortada bir yere çekilmesi ve uyumsuzlukların azaltılabilmesi etkili bir iletişim yolunun kurulmasına bağlıdır (Hapçioğlu, 2015).

Sosyal destek ve iyi sosyal ilişkiler sağlık üzerinde önemli bir katkı sağlamaktadır. Sosyal iletişim ve ilişkiler insanların kendilerini daha değerli ve güvende hissetmelerine neden olmaktadır. Duygusal ve sosyal destekten yoksun kişilerin kronik hastalıklara yakalanma eğilimleri yüksektir (Hapçioğlu, 2015).

### **2.6.6. Stres Yönetim**

Stres yönetimi, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir (Walker ve Hill-Polerecky 1996).

Stresin insan üzerindeki etkilerine ilişkin ilk bilimsel araştırmaları, Kanada'lı bilim adamı Hans Selye (1926) yapmıştır. Selye, stres karşısında insanın genel bir dengesizlik, hoşnutsuzluk, sıkıntı, bunaltı, yorgunluk ve çökkünlük gösterdiğini saptamıştır. İnsan vücudunun en basit ihtiyacı olan hayatına devam etme isteğinin

yerine gelmesi için homeostatik düzenin devam ettirilmesi gerekir (Bayık ve diğ., 2006). Dolayısıyla hayatın devam ettirilmesi en temel ihtiyaç olarak ortaya çıkmaktadır. Talebin kaynağı vücuttur ve bunu algılayan da, reaksiyon veren de gene kendisidir. İçinde yaşanan ortamın fiziki bir özelliği organizmanın homeostatik düzenini tehdit edince organizma kendisinde var olan bir mekanizmayı işleterek ortama uyum yapmayı becerir. Biyolojik boyuttaki homeostatik düzene bağlı bu özellik aslında psikolojik ve sosyal boyutta da çok benzer şekillerde ortaya çıkar. Maslow'un (1970) biyolojik boyuttan psikolojik, sosyal ve nihai olarak ruhani boyuta uzanan insan ihtiyaçları sıralamasının temelinde yattığını öne sürdüğü iki temel motivasyon kaynağı bulunmaktadır. Birinci kaynak homeostatik düzenin bozulması durumunda dengeyi tekrar sağlamak veya "devam ettirmek" yolunda harekete geçiren güç, ikinci kaynak ise devamdan ziyade gelişimi vurgulamaktadır. İnsan zamanla içinde bulunduğu ortamlarla ilişkisi sonucunda kendisine has bir değerler sistemi geliştirir. Bu değerler doğrultusunda edinilen bir amaca ulaşırken biyolojik ve psikolojik sistemin tehlikeye girmesi göz ardı edilebilir. Burada daha önemli olarak öne çıkan uzun vadede yaşanabilecek psikolojik dengedir (Gençöz, 1998).

Herhangi bir sistem, homeostatik düzenin tehlikeye girmesi durumunda uygun mekanizmaları harekete geçirebilmek için alarm durumuna geçer. Selye "Genel adaptasyon sendromu" olarak tanımladığı reaksiyon verme sürecini benzer bir şekilde alarmla başlatır. Bozulan dengenin yeniden kurulması için yeni duruma uyum sağlaması gerekir. Alarm sürecinin sonunda organizma standart bir biçimde "savaş ya da kaç" reaksiyonunu vermeye hazır hale gelir. Selye de genel adaptasyon sendromu içinde stresi iyi (eustress) ve rahatsızlık veren stress (distress) olarak ikiye ayırmıştır. Bununla birlikte her talebin savaş ya da kaç gibi standart reaksiyonlara neden olmayabileceği tartışılmaktadır. Nitekim Morse ve Furst ise stres reaksiyonunun genellikle nötr kaldığını yani ne yararlı ne de zararlı bir etki yaratmadığını "neustress" (nötr stres) tanımıyla açıklamıştır. Bu bağlamda stresörlere değişik reaksiyon vermenin, stres reaksiyonunu olumlu, olumsuz veya nötr yapan nedenin kişinin stresörü algılayış tarzı ile ilgili olabileceği söylenebilir (Gençöz, 1998).

Stresörler iki grup altında incelenebilirler : 1. Biyojenik ve 2. Psikososyal stresörler. Psikososyal stresörler gerçekten olmuş veya sadece hayal edilmiş hayat

olaylardır. Bunlar dolaylı bir yolla stres reaksiyonuna neden olurlar. Çünkü olayın kendisi değil, nasıl algılandığı stres reaksiyonunun asıl sebebidir. Biyojenik stresörler ise yüksek beyin fonksiyonlarını pas geçip direkt olarak stres reaksiyonunun oluşmasına neden olurlar, algı gerektirmezler ve bünyede otomatik reaksiyonlar oluştururlar. Psikolojide stres veya uyum söz konusu olduğunda daha çok psikososyal stresörler yani hayat olayları ve bunların algılanış şekilleri ön plana çıkmaktadır. Bununla birlikte stress ölçümlerinde en sık kullanılan ölçekler içinde hayat olaylarının varlığını veya yokluğunu tarayanlar bulunmaktadır. Bu tür ölçeklerin orijininde Holmes ve Rahe'nin (1967) geliştirdikleri sosyal uyum değerlendirme ölçeği (Social Readjustment Rating Scale) gelmektedir (Gençöz, 1998).

Holmes ve Rahe'nin sosyal uyum ölçeğine göre yapılan çalışmalarında, sürekli karşılaşılan günlük ve sıradan hayat olaylarının depresyon, aksiyete ve fiziksel sağlığın bozulmasını tahmin etmede önemli hayat olaylarından daha etkili olabildiği bulunmuştur (DeLongis ve diğ., 1982). Holmes ve Rahe'ye göre; yaşam biçimindeki değişimler bireyin fizyolojik adaptasyonunu etkilemektedir. Uzun süre stresle karşılaşan bireylerin hastalanma riskleri daha fazladır (Bayık ve diğ., 2006). Strese karşı verilen tepkiler uzun bir zaman dilimi içinde kronik hastalıkların gelişmesine zemin hazırlar (Baltaş ve Baltaş, 2006). Bilimsel çalışmalar stresin günümüzde başlıca ölüm nedenleri arasında bulunan kardiyovasküler hastalıkların oluşumunda nedensel bir role sahip olduğunu göstermektedir. Örneğin bir çalışmada Everson-Rose ve Lewis (2005) psikostresörler ve sosyal ilişkilerdeki bozulma ve olumsuzlukların kalp ve damar hastalıklarına yakalanma ve bu hastalıklardan ölme riskini arttırdığını belirtmektedir (Eskin ve diğ., 2013).

Duygusal desteğin artması bireyin sorunlarla ve stresle baş etmesinde etkili bir unsurdur. Lepore, Evans ve Schneider (1991) da sosyal desteği tanımlarken bireylere yardım sağlayan veya bireylerin kendilerini güvende hissettikleri, sevildikleri ve korunduklarına inandıkları sosyal ağa ve bütünlüğe bağlanmaları ve sosyal yapıya aidiyet hissetmelerini vurgulamıştır (Hagerty ve Williams, 1999).

## 2.7. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Aile Hekiminin Rolü

Birinci basamak, toplumun büyük çoğunluğunun en sık başvurduğu sağlık hizmetidir (Brotons ve diğ., 2005). Sağlığı biyolojik psikolojik, sosyal boyutları ile ele alan birinci basamak sağlık hizmeti sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerini en iyi destekleyebilecek alandır (Günvar ve diğ., 2011).

Aile hekimliği halk sağlığı çalışmalarına bizzat öncülük eden, her yaştan bireye hem koruyucu, hem de tedavi edici sağlık hizmeti sunan, insanın yaşam süresi ve kalitesini birincil olarak etkileyen bir tıp disiplindir.

Aile hekimleri hastalarının yaş, cinsiyet, yaşam koşulları ve alışkanlıkları bağlamında gereksinimleri olan koruyucu hizmetleri almalarını sağlamaya çalışır. Son yıllarda yapılan çalışmalardan elde edilen yeni bilgiler koruma girişimlerinin hastalara zarar da verebileceğini işaret etmektedir. Aile hekimlerinin kişileri olabildiğince sağlıklı tutma ve sağlık durumlarını iyileştirme sorumluluğunun yanında onların zarar görmesini engellemek için “hasta savunuculuğu” görevi de vardır (Akdeniz ve Kavukçu, 2017).

Aile hekimi, hasta merkezli yaklaşımları ile hastayı bir bütün olarak ele alır, sürekli kapsamlı bakım hizmeti uygular. Bir hastanın birden fazla fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarını aile, yaşam olayları ve evre ilişkisi içinde belli bir sürede eř zamanlı olarak önler ve yönetir. Hastanın sağlık bakımını planlamada, hasta ve ailesiyle kurduğu ilişki , hastanın öz geçmişi , kişiliği , korkuları ve beklentileri ile ilgili bilgi sahibi olması nedeniyle diğer tıp disiplinleri arasında en uygun kişidir (WONCA, 2002).

Amerikan Aile Hekimleri Akademisi'nin önerdiği öğretim programına göre sağlığın geliştirilmesi ve hastalığın önlenmesi konusunda uzmanlık eğitimi tamamlandığında kazanılması amaçlanan yeterlilik;

- Koruyucu sağlık hizmetlerini hizmet sağlayıcılar, kuruluşlar ve devlet kurumları arasında koordine edebilmelidir (Sistem-temelli Uygulama)
- Risk faktörlerinin azaltılması, tarama ve hastalıklardan korunma ile ilgili öneriler konusunda hasta ve hasta ailesi ile etkili ve sevecen bir iletişim kurabilmelidir. (Kişiler arası ve İletişim Becerileri)

- Her yaştan hastalar için sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi konusunda güncel, kanıt-temelli örgütsel kaynaklar ve önerileri belirleyebilmeli ve onlara erişebilmelidir (Uygulama-temelli Öğrenme ve Gelişim, Hasta Bakımı)
- Sağlıklı bir yaşam tarzı ile örnek oluşturarak önleyici sağlık ilkelerini benimseyebilmelidir (Profesyonizm, Kişiler arası ve İletişim Becerileri)
- Sağlıklı yaşam tarzı geliştirme ve hastalıkları önlemeye dikkat ederek detaylı öykü ve fizik muayene gerçekleştirebilmelidir (Hasta Bakımı)
- Tarama anımsatıcılarına yönelik olarak poliklinik ortamında hastayı hatırlamada bir sistem kurmalı veya var olan sistemi kullanabilmelidir (Sistem-temelli Uygulama)
- Mevcut sağlık hizmeti sisteminde hastaları savunmalı ve sağlığın korunması ile hastalığın önlenmesini geliştirmek amacıyla sürekli olarak sistem ilerletme yönünde çaba gösterebilmelidir (Profesyonizm, Hasta Bakımı, Sistem-temelli Uygulama)
- Kalite, güvenlik ve herkes için erişime odaklanmış kapsamlı, koordineli ve sürekli bakımın olduğu hasta-temelli birinci basamak kavramına bağlılık ve anlayış gösterebilmelidir (Sistemtemelli Uygulama, Profesyonizm)
- Sağlığı geliştirme ve ikincil koruma aracı olarak, kronik hastalık tedavi planlarını harekete geçirebilmeli, takip edebilmeli, hastalara ve diğer ekip üyelerine aktarabilmelidir (Hasta Bakımı, Sistem-temelli Uygulama)
- Hastayı önemli ilişkiler bağlamında değerlendiren ve aile sistemleri odaklı bir hasta bakım yaklaşımı sergileyebilmelidir (Hasta Bakımı, Sistem-temelli Uygulama) (American Academy of Family Physicians)

## **2.8. Sağlık Davranış Modelleri**

### **2.8.1.Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli**

Sağlığın geliştirilmesi alanında araştırma ve uygulamalara yol gösterecek nitelikleri taşıyan ve Pender tarafından geliştirilen “Sağlığı Geliştirme Modeli” Bandura'nın “Sosyal Öğrenme Teorisi”ni temel almaktadır. Bu model, sağlığı geliştirici öğeleri ve neden olduğu öngörülen mekanizmaları açıklayıp tanımlamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi modelindeki bilişsel algılama faktörleri, sağlığı geliştirici davranışların kazanılması ve sürdürülmesinde başlıca motivasyonel mekanizmalardır. Modelde belirtilen özyeterlilik sağlığı geliştirici davranışların en güçlü belirleyicisidir (Aksayan ve Gözüm, 1998).

Pender modelini ilk olarak 1980 yılında geliştirmiş ve daha sonra 1987 ve 1996'da güncellemiştir. Modelin oluşturulma amacı bireylere sağlıklarını geliştirme davranışlarının nasıl kazanılması kazandırılacağı konusuna ışık tutmaktır. Modelin çekirdek kavramı öz-yeterlilik algısıdır (Tokat ve Okumuş, 2008).

### **2.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)**

Sağlığın geliştirilmesi, bireyin kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artırma gücünü kazanmasıdır.. Hastalıklardan korunmada, erken tanıda bulunmada ve sağlığın sürdürülmesinde, sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temeldir (Owens, 2006). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimidir (Pender ve diğ., 1992). Walker tarafından 1987 yılında geliştirilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ilk versiyonu 48 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Ölçek 1996 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır (Walker ve ark., 1996). Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Yapı geçerliliği için faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik katsayısı olan Cronbach alpha değeri, toplam ölçek için .94 olup, altı alt faktörler için .79-.87 arasında değişim göstermektedir. Alt ölçekler; Sağlık sorumluluğu (3,9,15,21,27,33,39,45,51), fiziksel aktivite

(4,10,16,22,28,34,40,46), beslenme (2,8,14,20,26,32,38,44,50), manevi gelişim (6,12,18,24,30,36,42,48,52), kişiler arası ilişkiler (1,7,13,19,25,31,37,43,49) ve stres yönetimidir (5,11,17,23,29,35,41,47). Ölçek likert tipinde olup, hiçbir zaman (1), düzenli olarak (4) olarak derecelendirilerek puanlanmıştır. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmeli, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir. Fiziksel aktivite; hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsar. Günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yürütülür. Beslenme; bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirler. Manevi gelişim; iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır. kişiler arası ilişkiler; başkaları ile olan ilişkilerdir, nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içerir. Stres yönetimi, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir (Walker ve diğ.,1996).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırma Tipi**

Bu araştırma, Marmara Üniversitesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran erişkinlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve ilişkili olabilecek faktörleri tespit etmek amacıyla yapılmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırma Evreni ve Örneklem Seçimi**

Çalışmaya Marmara Üniversitesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezine 01.03.2017-30.05.2017 tarihleri arasında başvuran ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 18 yaş üstü tüm erişkinler alınmıştır. Örneklem seçilmemiştir. Marmara Üniversitesi EASM (MÜ EASM) Temmuz 2016'da kayıtlı bir nüfus olmadan hizmet vermeye başlayan 3 birimlik bir EASM'dir. Çalışmanın bittiği tarihte 3 birime kayıtlı toplam nüfus 5300 kişi olarak tespit edilmiştir.

##### **3.2.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri**

Marmara Üniversitesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezine 01.03.2017-30.05.2017 tarihleri arasında başvuran, çalışmaya katılmaya gönüllü olan, organik nedene bağlı herhangi bir psikiyatrik bozukluğu ve zihinsel engeli olmayan, 18 yaş üstü tüm erişkinler dahil edilmiştir.

##### **3.2.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri**

Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayanlar, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)'yi tam doldurmayanlar, organik nedene bağlı herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olanlar, zihinsel engeli bulunanlar ve 2. ve 3. trimesterde olan gebeler çalışmaya dahil edilmemiştir.

### 3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Araştırmanın bağımlı değişkeni Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) toplam ve alt boyut puanlarıdır. Bağımsız değişkenler aşağıda listelenmiştir:

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Çalışma durumu
- Sosyal güvence
- Hane aylık geliri
- Genel sağlık algısı
- 2 soruluk kısa depresyon tarama testi (Whooley Depression Screen)(Whooley, 1997)
- Tek soruluk sağlık okur-yazarlığı sorusu (One or Two Question Test) (Bernhardt ve diğ, 2003) (Sezgin D,2014)
- İş memnuniyeti
- Riskli davranışlar (alkol, madde, sigara kullanımı, emniyet kemeri kullanımı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, doğum kontrolü)
- Kronik hastalık/hastalıklar varlığı
- Ailede kronik hastalık/hastalıklar varlığı
- Periyodik muayene vb. nedenle doktor kontrolüne gitme durumu
- Sürekli kullanılan ilaç varlığı

Sosyodemografik özellikler ile bağımsız değişkenleri içeren 35 soruluk bir anket ile bağımlı değişkenleri içeren 52 maddelik SYBDÖ II okuma yazma bilenler tarafından kendi kendilerine, okuma yazma bilmeyenler için de araştırmacı tarafından okunarak yanıtlanmıştır.

**SYBDÖ II (bağımlı değişken)** 1: hiçbir zaman; 2: bazen; 3: sık sık ve 4: düzenli olarak olmak üzere dördümlü Likert skalasından oluşmaktadır Ölçek 6 faktörden (alt ölçek) oluşmaktadır:

**1.Manevi gelişim alt ölçeği** 9 maddeden oluşmaktadır. Bunlar madde numaralarına göre;

(6) Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.

(12) Yaşamamın bir amacı olduğuna inanırım.

(18) Geleceğe umutla bakarım.

(24) Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.

(30) Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.

(36) Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.

(42)Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.

(48) İlahi bir gücün varlığı ile ilişkim olduğunu hissederim.

(52) Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.

**2.Kişiler arası ilişkiler alt ölçeği** 9 maddeden oluşmaktadır. Bunlar madde numaralarına göre;

(1) Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı konuşurum.

(7) İnsanları başarıları için takdir ederim.

(13) İnsanlarla anlamlı ve doyurucu ilişkiler sürdürürüm.

(19) Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.

(25) Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.

(31) Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.

(37) Mahrem ihtiyaçlarımı karşılayacak yollar bulurum.

(43) Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.

(49) Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.

**3.Beslenme alt ölçeği** 9 maddeden oluşmaktadır. Bunlar madde numaralarına göre;

- (2) Yağı düşük, doymuş yağı düşük ve kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.
- (8) Şekeri ve şeker içeren gıdaları (tatlı vb.) kısıtlı tüketirim.
- (14) Her gün ekmek, tahıl, pirinç ve makarnadan toplam 6-11 porsiyon (öğün) yerim.
- (20) Her gün 2-4 porsiyon (öğün) meyve yerim.
- (26) Her gün 3-5 porsiyon (öğün) sebze yerim.
- (32) Her gün 3-4 porsiyon süt, yoğurt veya peynir yerim.
- (38) Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan sadece 3-4 porsiyon(öğün) yerim.
- (44) Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.
- (50) Kahvaltı yaparım.

**4.Fiziksel aktivite alt ölçeği** 8 maddeden oluşmaktadır. Bunlar madde numaralarına göre;

- (4) Düzenli bir egzersiz programı yaparım.
- (10) Haftada en az 3 kez 20 dakika veya daha uzun süreli tempolu egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans ve step egzersiz gibi)
- (16) Hafif ve orta düzeyde fiziksel aktivitede bulunurum (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla, 30-40 dakika kesintisiz yürürüm.).
- (22) Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım
- (28) Haftada en az 3 kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.

(34) Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park eder ve yürürüm)

(40) Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.

(46) Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.

**5.Sağlık Sorumluluğu alt ölçeği** 9 maddeden oluşmaktadır. Bunlar madde numaralarına göre;

(3) Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağan dışı belirti ve bulguları anlatırım.

(9) Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.

(15) Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.

(21) Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili kaygılarım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.

(27) Sağlık sorunlarımı sağlık personeliyle konuşurum.

(33) Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.

(39) Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.

(45) Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.

(51) Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.

**6.Stres Yönetimi alt ölçeği** 8 maddeden oluşmaktadır. Bunlar madde numaralarına göre;

(5) Yeterince uyurum.

(11) Her gün gevşemek için zaman ayırırım.

(17) Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.

(23) Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.

(29) Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.

(35) İş ve eğlence zamanımı dengelerim.

(41) Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.

(47) Yorulmaktan kendimi korurum.

Ölçeğin tümü olumlu ifadelerden oluşmaktadır. Alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi, bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını gösterir. (Bahar, 2008) (Aksoy ve Uçar, 2014).

Ölçeğin Türkiye’de geçerliliği ve güvenilirliği Esin (1997), Akça (1998) ve Bahar (2008) tarafından yapılmıştır. Esin’in çalışmasında 48 maddelik olan ölçeğin ilk versiyonu, Akça’nın çalışmasında ise 52 maddelik olan ikinci versiyonu kullanılmıştır. Esin’in çalışmasında Cronbach alpha değeri 0,91, Akça’nın çalışmasında ise 0,90 olarak bulunmuştur. Alt faktörlerin Cronbach alpha değerleri Esin’in çalışmasında 0,55-0,84, Akça’nın çalışmasında 0,52-0,81 arasında değişen değerler almıştır. Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında ise ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,92 olup yüksek güvenilirlik derecesine sahip bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları ise; Sağlık sorumluluğu 0,77, Fiziksel Aktivite 0,79, Beslenme 0,68, Manevi Gelişim 0,79, Kişiler Arası İlişkiler 0,80, Stres Yönetimi 0,64 olarak saptanmıştır. (Bahar, 2008)

**Antropometrik Ölçümler;** araştırmacı tarafından tüm katılımcıların boy, ağırlık ve bel çevresini içeren antropometrik ölçümleri yapılmıştır. Boy ve ağırlık ölçümleri ayakta durarak bir şekilde ve ince tek kat giysi ile, kalibre edilmiş boy ölçerli tartı yardımıyla yapılmıştır. Beden kütle indeksi (BKİ) ağırlık (kg)/boy uzunluğu (m<sup>2</sup>) formülü ile hesaplanmıştır. Çıkan sonuçlar DSÖ sınıflandırılmasına göre 4 grup olarak değerlendirilmiştir (Tablo 1). BKİ’nin 30 ve üzerinde olması obezite olarak kabul edilmiştir.

Bel çevresi ölçümü hastanın üzerinde kıyafet olmadan en alt kostalar ile iliak kemikler arasındaki orta noktadan geçecek şekilde göbek belin en ince yerinden mezura beli fazla sıkmadan, yere paralel olarak yapılmıştır (WHO 2011). Ölçüm sırasında inspiyum yapılmaması istenmiştir. Bel çevresinin erkeklerde 94 cm., kadınlarda 80cm’in altında olması vücut ağırlığı ile ilişkili düşük risk; erkeklerde 94 cm-102 cm, kadınlarda 80 cm-88 cm arasında olması yüksek risk, erkeklerde 102 cm,

kadınlarda 88 cm'nin üzerinde olması çok yüksek risk olarak belirlenmiştir (Hacettepe, 2015).

Tablo 2. Yetişkinlerde BKİ'ne göre zayıflık, fazla kiloluluk ve obezite sınıflandırması

	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	Obezite sınıfı	Bel çevresine göre hastalık riski*	
			Erkek ≥94 cm	Erkek ≥102 cm
			Kadın ≥80 cm	Kadın ≥88 cm
Düşük kilolu	<18.5		-	-
Normal	18.5-24.9		-	-
Fazla kilolu	25.0-29.9		Artmış	Yüksek
Obezite	30.0-34.9	I	Yüksek	Çok yüksek
	35.0-39.9	II	Çok yüksek	Çok yüksek
Morbid obezite	≥40	III	Aşırı yüksek	Aşırı yüksek

\*Tip 2 Diyabet, Kardiyovasküler Hastalık riski (WHO, 2001)

BKİ'nin 30 ve üzerinde olması obezite olarak kabul edilir. Aşırı kilo ve obezitenin sağlık riskleri BKİ  $\geq 25$  'ten itibaren progresif olarak artmaktadır (WHO, 2012).

#### 3.4. Araştırma için alınan izinler ve Etik Kurul Onayı

Araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 09.2016.459 protokol koduyla onay alınmıştır. Ayrıca İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Proje Destek Biriminden yazılı izin alınmıştır. Her katılımcı araştırma hakkında bilgilendirilmiş olup onamları alınmıştır. (Ek 1)

#### 3.5. İstatiksel Analizler

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 20 yazılımı kullanılarak yapıldı. SYBDÖ II'nin güvenilirliği ölçmek için Cronbach alpha değerlerine bakıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu, görsel (histogram grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov testi) kullanılarak incelendi. Tanımlayıcı analizler normal dağılmayan

değişkenler için ortanca ve çeyreklerarası aralık (IQR) değeri kullanılarak değerlendirildi. Bağımsız değişkenlerle, SYBDÖ II ve alt ölçeklerinin değerlendirilmesinde ikişerli karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi, 3 ve daha üzeri karşılaştırmalar Kruskal-Wallis testi kullanılarak yapıldı. Gruplar arası farklılığın kaynağını saptamak için post-hoc olarak Bonferroni düzeltilmeli Dunn testi kullanıldı. p değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar ( $p < 0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Kesikli değişkenler arasındaki ilişkiyi tespit etmek için ki-kare testi kullanıldı. p değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar ( $p < 0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.





## 4.BULGULAR

SYBDÖ II'nin güvenilirliği ölçmek için yapılan analizde ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,92 olup yüksek güvenilirlik derecesine sahip bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları ise; Sağlık Sorumluluğu 0,79 Fiziksel Aktivite 0,83, Beslenme 0,63, Manevi Gelişim 0,79, Kişiler Arası İlişkiler 0,79, Stres Yönetimi 0,72 olarak saptanmıştır.

### 4.1 Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Erişkinlerin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırma sürecinde 458 kişiden veri toplanmıştır. SYBDÖ II' nin tam doldurulmadığı 42 anket çalışma dışı bırakılmış ve araştırma 416 anket ile sonlandırılmıştır. 416 katılımcının 284'ü kadın ,132 si erkektir. Yaş ortancası 36, yaş ortalaması  $38\pm 11,8$  (min: 18-maks: 85). Katılımcıların %84,8'i evli, %9,2'si bekar, %6'sı dul veya boşanmış kişilerden oluşmaktaydı. Sadece eşiyle birlikte yaşayanların oranı %13,5, eşi ve çocuklarıyla beraber yaşayanların oranı %65, eşi, çocukları ve aile büyükleriyle birlikte yaşayanların oranı %5,3 ve yalnız yaşayanların oranı ise %1,2'ydi. Araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler		n (%)
Cinsiyet (n = 416)	Erkek	132 (31,7)
	Kadın	284 (68,3)
Medeni Durum (n = 414)	Evli	351 (84,8)
	Bekar	38 (9,2)
	Dul/Boşanmış	25 (6,0)
Eğitim Durumu (n = 415)	8 yıl ve altı	158 (38,0)
	Lise	109 (26,3)
	Üniversite/Lisans Üstü	148 (35,7)
Yaş (n = 403)	18-34	178 (44,2)
	35-44	129 (32,0)
	45-64	84 (20,8)
	65-85	12 (3,0)
Çocuk Sayısı (n = 413)	Çocuk yok	75 (18,2)
	1 veya 2	245 (59,3)
	3 ve daha çok	93 (22,5)
Hane Aylık Geliri* (n = 412)	1370 TL ve altı	68 (16,5)
	1370 - 4462 TL.	296 (71,8)
	4462 TL ve üzeri	48 (11,7)
Çalışma Durumu (n = 416)	Çalışıyor	149 (35,8)
	Çalışmıyor	267 (64,2)
Sosyal Güvence (n = 416)	Var	391 (94,0)
	Yok	25 (6,0)
Çalışma Şekli (n = 149)	Gündüz	109 (26,2)
	Nöbetli Sistem	25 (6,0)
	Diğer	15 (3,6)
Meslekleri (n=416)	Ev Hanımı	204 (49,0)
	İşçi	74 (17,8)
	Memur	33 (7,9)
	Emekli	35 (8,4)
	Serbest	21 (5,0)
	Öğrenci	13 (3,1)
	Diğer**	36 (8,7)

\* Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Temmuz 2016 Araştırmasına göre belirlenen değerlerdir.

\*\*Tekniker, reklamcı, sporcu, hattat, çocuk bakıcısı vb.

Çalışmaya katılanların 267'si (%64,2) herhangi bir işte çalışmamakta olup, 204'ü (%49) ev hanımlarından oluşmaktadır.

Gelir durumuna yanıt veren kişilerin (n=412) sosyoekonomik durumlarına bakıldığında %16,5'unun açlık sınırının altında, %71,8'inin açlık sınırı ile yoksulluk sınırı arasında, %11,7'sinin ise yoksulluk sınırının üzerinde sosyoekonomik durumu olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılar yaşlarına göre 4 gruba ayrıldığında katılımcıların çoğunluğunun genç popülasyondan 18-44 yaş oluştuğu görülmüştür.

#### **4.2. Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Erişkinlerin Sağlık Durumu ve Sağlık Davranışları ile İlgili Bazı Özellikler**

Katılımcıların sağlık durumu ile ilgili veriler Tablo 4'te gösterilmiştir. Buna göre yaklaşık %40'ının (n=166) en az bir kronik hastalığı vardır.

Tablo 4. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumu ile İlgili Özellikler

Hastalık Türü	Var n(%)
Kronik Hastalıklar (n=416)	166 (39,9)
Tiroid hastalığı	37 (8,9)
Akciğer hastalığı, Astım	31(7,5)
Hipertansiyon	29 (7,0)
Eklem hastalığı	29 (7,0)
Şeker hastalığı	25 (6,0)
Şişmanlık	22 (5,3)
Depresyon	20 (4,8)
Kalp Damar Hastalığı	15 (3,6)
Böbrek Hastalığı	6 (1,4)
Karaciğer Hastalığı	4 (1,0)
Kanser	1 (0,2)
Sürekli ilaç kullananlar (n=413)	121 (29,3)
Ailede kronik hastalığı olan (n=413)	282 (68,3)

Araştırmada sağlığı olumsuz olarak etkileyen riskli yaşam biçimi davranışları Tablo 5'te gösterilmiştir. Emniyet kemerini düzenli kullananların oranı %64, sigara içme oranı %22,4, düzenli alkol kullanım oranı %0,2, doğum kontrolü oranı 18-49 yaş grubu kadınlarda %45,7, cinsel hastalıklara karşı düzenli koruyucu önlem alanların oranı ise %29,4 olarak saptanmıştır.

Tablo 5. Katılımcıların Bazı Sağlıklı/Riskli Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlıklı/Riskli davranış	n (%)
Emniyet kemeri kullanımı	
Hiçbir zaman	16 (3,9)
Bazen	71 (17,2)
Sık sık	62 (15,0)
Düzenli olarak	264 (63,9)
Toplam	413 (100)
Sigara içme durumu	
Evet	93 (22,4)
Hayır	302 (72,6)
Bıraktım	21 (5,0)
Toplam	416 (100)
Uyuşturucu Madde kullanımı	
Hayır	415 (99,8)
Denedim, bıraktım	1 (0,2)
Toplam	416 (100)
Alkol kullanımı	
Hiçbir zaman	374 (89,9)
Bazen	41 (9,9)
Düzenli olarak	1 (0,2)
Toplam	416 (100)
CYBH korunma	
Hiçbir zaman	117 (51,3)
Bazen	26 (11,4)
Sık sık	18 (7,9)
Düzenli olarak	67 (29,4)
Toplam	228 (100)
Periyodik muayene olma	
Son 1 yıl içinde	175 (42,5)
1 yıldan daha uzun sürede	84 (20,4)
Hiç gitmedim	153 (37,1)
Toplam	412 (100)
Sağlık okur yazarlığı (talimatları anlamak için yardım alma)	
Hiçbir zaman	47 (11,4)
Nadiren	121 (29,3)
Bazen	162 (39,2)
Sık sık	44 (10,7)
Düzenli olarak	39 (9,4)
Toplam	413 (100)
Diş fırçalama (günde)	
>1	156 (37,5)
1 kez	216 (51,9)
<1	44 (10,6)
Toplam	416 (100)

18-49 yaş grubu kadınların (n=221) doğum kontrol yöntemi kullanma oranları %45,7 (n=101) olarak saptanmıştır. Kullanılan doğum kontrol yöntemleri oranları ise kondom %38,5, geri çekme yöntemi %29,6, RİA %23,1, hap %4,4, tüp ligasyonu %4,4 olarak tespit edilmiştir. Herhangi bir kontrasepsiyon kullanmayanların (n=120) %12,5’u (n=15) çocuk istediği için, %0,8’i (n=1) menopoza nedeni ile kalanı da %35,9 (n=43) tüp ligasyonu, infertilite, histerektomi gibi nedenlerle herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmamakta iken, kullanmayanların %50,8’i (n=61) herhangi bir gerekçe bildirmemiştir. Bulgular Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. 18-49 Yaş Kadınların Doğum Kontrol Yöntemi Kullanma Durumları

	n (%)
Herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanma	
Evet	101 (45,7)
Hayır	120 (54,3)
Toplam	221 (100)
Kullanılan Doğum kontrol yöntemi	
Prezervatif	35 (38,5)
Geri çekme	27 (29,6)
RİA	21 (23,1)
Hap	4 (4,4)
Tüp ligasyonu	4 (4,4)
Toplam	91 (100)*
Doğum kontrolü kullanmama nedenleri	
Menopoz	1 (0,80)
Çocuk isteme	15 (12,5)
Diğer**	43 (35,9)
Neden beyan etmeyenler	61 (50,8)
Toplam	120 (100)

\*Doğum kontrol yöntemi kullandığını beyan edenlerden 10 tanesi yöntemin özelliği hakkında bilgi vermemiştir.

\*\*Histerektomi, infertilite vb.

Dünya Sağlık Örgütü'nün bel çevresi risk sınıflamasına göre kadın ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p=0,073$ ) (Tablo 7).

Tablo 7. Cinsiyete Göre Bel Çevresi Risk Sınıflaması

<b>Erkek</b>	<b>n (%)</b>	<b>Kadın</b>	<b>n (%)</b>	<b>Toplam</b>	<b>p*</b>
Sağlıkla ilişkili çok yüksek risk Bel çevresi $\geq 102$	24 (18,5)	Sağlıkla ilişkili çok yüksek risk Bel çevresi $\geq 88$	69 (24,6)	93 (22,7)	0,073
Sağlıkla ilişkili yüksek risk Bel çevresi 94-102	45 (34,6)	Sağlıkla ilişkili yüksek risk Bel çevresi 80-88	68 (24,3)	113 (27,6)	
Sağlıkla ilişkili düşük risk Bel çevresi $< 94$	61 (46,9)	Sağlıkla ilişkili düşük risk Bel çevresi $< 80$	143 (51,1)	204 (49,8)	
Toplam	130 (100)	Toplam	280 (100)	410 (100)	

\*Ki-kare testi

Beden kitle indeksi (BKİ) DSÖ sınıflamasına göre gruplandırıldığında tüm popülasyonun %64,7'sinin fazla kilolu veya obez olduğu saptanmıştır. Cinsiyete göre kadın ve erkekler arasında ( $p=0,007$ ) BKİ gruplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 8). Bu sonuca göre kadınlarda obezite görülme sıklığı erkeklerden daha yüksektir. Cinsiyete göre BKİ gruplarının karşılaştırılması Tablo 8'de gösterilmiştir

Tablo 8. Cinsiyete Göre BKİ gruplarının karşılaştırılması

BKİ	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	p*
Zayıf	3 (2,3)	6 (2,2)	9 (2,2)	0,007*
Normal	30 (22,9)	105 (37,9)	135 (33,1)	
Fazla Kilolu	70 (53,4)	102 (36,8)	172 (42,2)	
Obez	28 (21,4)	64 (23,1)	92 (22,5)	

\* Ki-kare testi

Çalışmamızda katılımcılara hastalık veya rahatsızlık olmadan check up, aşı, periyodik muayene vb. gibi nedenlerle en son ne zaman doktor kontrolüne gittikleri sorulmuş, kadın ve erkek cinsiyet arasında doktor kontrolüne gitme sıklığı açısından ( $p = 0,352$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış ( $p > 0,05$ ), son 1 yıl içerisinde kontrole gidenlerin oranı %42,5 olarak tespit edilmiştir. Yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmada ise 65-85 yaş grubu katılımcıların 3/4'ünün son 1 yıl içinde hekim kontrolüne gittikleri tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Katılımcıların medeni durumlarına ( $p = 0,482$ ) ve çalışma durumlarına ( $p = 0,335$ ) göre yapılan karşılaştırmalarda ise hekim kontrolüne gitme sıklığında açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Tablo 9'da katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre periyodik muayene vb. gibi bir nedenle doktor kontrolüne gitme durumları gösterilmiştir.



Tablo 9. Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Doktor Kontrolüne Gitme Sıklığı

		Son 1 yıl içinde n (%)	>1 yıl n (%)	Hiç gitmedim n (%)	Toplam n (%)	p*
Cinsiyet	Erkek	51 (38,6)	32 (24,2)	49 (37,2)	132(100)	0.352
	Kadın	124 (44,3)	52 (18,6)	104 (37,1)	280 (100)	
	Toplam	175 (42,5)	84(20,4)	153(37,1)	412(100)	
Yaş grubu	18-34	66 (37,3)	29(16,4)	82(46,3)	177(100)	0,004*
	35-44	53 (41,4)	33(25,8)	42(32,8)	128(100)	
	45-64	42 (50,6)	19(22,9)	22(26,5)	83(100)	
	65-85	9 (75,0)	2(16,7)	1(8,3)	12(100)	
	Toplam	170 (42,5)	83(20,8)	147(36,8)	400(100)	
Medeni Durum	Evli	152 (43,8)	69 (19,9)	126 (36,3)	347(100)	0,482
	Bekar	11 (28,9)	10 (26,3)	17 (44,7)	38(100)	
	Dul/Boşanmış	12 (48,0)	5 (20,0)	8 (32,0)	25(100)	
	Toplam	175 (42,7)	84 (20,5)	151 (36,8)	410(100)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	56 (37,8)	34(23,0)	58(39,2)	148(100)	0,335
	Çalışmıyor	119 (45,1)	50 (18,9)	95(36,0)	264(100)	
	Toplam	175(42,5)	84 (20,4)	153 (37,1)	412(100)	

\* Ki-kare testi

Katılımcıların kronik hastalık ( $p=0,007$ ) durumuna göre, hekim kontrolüne gitme durumu karşılaştırılmış, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bu sonuca göre en az bir kronik hastalığı bulunanların, kronik hastalığı bulunmayan gruba göre daha sık hekim kontrolüne gittiğini söyleyebiliriz. Yine benzer şekilde sürekli ilaç kullanım ( $p=0,006$ ) durumu ile hekim kontrolüne gitme durumu değerlendirilmiş, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sürekli ilaç kullanım durumunun, sahip olunan kronik hastalık neticesi olduğunu düşünürsek, hekim kontrolüne gitme sıklığının sürekli ilaç kullananlarda daha sık olmasının tutarlı bir sonuç olduğunu söyleyebiliriz. Ailede kronik hastalık ( $p=0,335$ ) durumuna göre yapılan karşılaştırmada ise gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Bulgular Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların Periyodik Muayene vb. gibi Bir Nedenle Doktor Kontrolüne Gitme Durumları

Doktor Kontrolü		Son 1 yıl içinde n (%)	> 1 yıl n (%)	Hiç gitmedim n (%)	Toplam n (%)	p*
Kronik hastalık	Var	82 (55)	36 (22)	46 (28)	164(100)	0,007*
	Yok	93 (37,5)	48(19,4)	107(43,1)	248(100)	
	Toplam	174 (42,4)	84 (20,4)	153 (37,1)	412(100)	
Sürekli ilaç kullanımı	Evet	65 (54,6)	20 (16,8)	34 (28,6)	119(100)	0,006*
	Hayır	109 (37,5)	64(22)	118(40,5)	291(100)	
	Toplam	174(42,4)	84 (20,5)	152 (37,1)	410(100)	
Ailede kronik hastalık	Var	125 (44,6)	56 (20)	99 (35,4)	280(100)	0,335
	Yok	48 (37,2)	27(20,9)	54(41,9)	129(100)	
	Toplam	173 (42,3)	83 (20,3)	153 (37,4)	409(100)	

\* Ki-kare testi

Katılımcılara sorulan ‘‘Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?’’ sorusuna katılımcıların %18,1’i çok iyi ve mkemmел, %52,7’si iyi, %29,2’si ise orta-kötü yanıtını vermiş olup, cinsiyete göre erkek ve kadın gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Erkek katılımcıların genel sağlık algılarının kadınlara göre daha iyi olduğu söylenilebilir. Cinsiyete göre genel sağlık algısı durumları Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların Genel Sağlık Algısı Durumu

Genel Sağlık Algısı	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	p*
Mkemmел	15 (11,4)	11 (3,9)	26 (6,3)	<0,001*
Çok İyi	22 (16,7)	27 (9,6)	49(11,8)	
İyi	70 (53,0)	148 (52,5)	218(52,7)	
Orta-kötü	25 (18,9)	96 (34,0)	121(29,2)	
Toplam	132(100)	282(100)	414(100)	

\*Ki-kare testi

Tablo 12’de ise katılımcıların genel sağlık algısı düzeyleri ile hekim kontrolüne gitme sıklığı karşılaştırılmış , gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,248$ ) ( $p > 0,05$ ).

Tablo 12. Genel Sağlık Algısına Göre Periyodik Muayene vb. Bir Nedenle Doktor Kontrolüne Gitme Durumu

Doktor Kontrolü		Son 1 yıl içinde n(%)	1 yıldan daha uzun bir süre önce n(%)	Hiç gitmedim n(%)	Toplam n(%)	P*
Genel Sağlık Algısı	Mükemmel	12(46,2)	3(11,5)	11(42,3)	26(100)	0,248
	Çok İyi	13(26,5)	12(24,5)	24(49)	49(100)	
	İyi	99(45,8)	42(19,4)	75(34,7)	216(100)	
	Orta-Kötü	51(42,5)	27(22,5)	42(35)	120(100)	
Toplam		175(42,6)	84(20,4)	152(37)	411(100)	

\*Ki-kare testi

“Sağlık hizmetine erişiminizin kolay olduğunu söyleyebilir misiniz? “ sorusuna cevap veren 415 kişiden %72,5’u sağlık hizmetine erişimini iyi-çok iyi, %24,8’ i orta, %2,7 si ise kötü-çok kötü olarak ifade etmiştir. Bu gruplar arasında periyodik muayeneye gibi bir nedenle doktor kontrolüne gitme durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p >0,05).

Katılımcılara sağlık bilgisi edinmede kaynak olarak nereden/nerelerden faydalandıkları sorulmuş, %76’sı sağlık bilgisi edinmede kaynak olarak doktoru göstermiştir. Tablo 13’te katılımcıların başvurdukları diğer kaynaklar ve oranları gösterilmektedir.

Tablo 13. Sağlık Bilgisi Edinmede Kullanılan Kaynaklar

Sağlık Bilgisi Edinmede Kaynak Kullanımı*	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)
Doktor	316 (76,0)	100 (24,0)	416 (100)
İnternet	242 (58,2)	174 (41,8)	416 (100)
TV Programı	102 (24,5)	314 (75,5)	416 (100)
Kitap, dergi	44 (10,6)	372 (89,4)	416 (100)
Arkadaş Çevresi	83 (20,0)	333 (80,0)	416 (100)

\*Kaynak kullanımı aynı kişi için birden fazla seçenek olabilmektedir.

#### 4.3. Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Erişkinlerin Sosyodemografik ve Sağlıkla İlişkili Olabilecek Bazı Özelliklerinin SYBDÖ II ile Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan erişkinlerin SYBDÖ II 'den ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar, alınan en düşük ve en yüksek puanlar Tablo 14'te görülmektedir.

SYBDÖ II den alınan toplam puan ortalaması  $128 \pm 20,6$  olup, alınan en düşük puan 71, en yüksek puan 191 olarak saptanmıştır. Kadınlar ve erkekler arasında ölçek toplam puanları açısından bir fark saptanmamıştır (Kadın ort:  $127 \pm 19$ , ortanca: 125; Erkek ort:  $130 \pm 23$ , ortanca: 127) ( $p=0,202$ ).

Alt ölçeklerden alınan puan ortalamaları ise en yüksekte en düşüğe doğru sırasıyla manevi gelişim  $26,3 \pm 4,6$  puan, kişiler arası ilişkiler  $25,5 \pm 4,6$  puan, beslenme  $21,4 \pm 4,0$  puan, sağlık sorumluluğu  $20,9 \pm 4,8$  puan, stres yönetimi  $18,6 \pm 4,0$  puan, fiziksel aktivite  $15,5 \pm 4,8$  puan olarak saptanmıştır. Bulgular Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14. SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları

	Ölçek Puan Ortalaması	Min-Max	Alınabilecek en yüksek puan
Sağlık Sorumluluğu	20,9 ±4,8	9-34	36
Fiziksel Aktivite	15,5±4,8	8-32	32
Beslenme	21,4 ±4,0	11-34	36
Manevi Gelişim	26,3±4,6	9-36	36
Kişiler Arası İlişkiler	25,5 ±4,6	12-36	36
Stres Yönetimi	18,6±4,0	8-32	32
Ölçek Toplam	128±20,6	71-191	208

Cinsiyet durumuna göre erkek ve kadın gruplar arasında fiziksel aktivite ( $p=0,007$ ), manevi gelişim( $p=0,004$ ) ve stres yönetimi ( $p=0,009$ ) alt ölçekleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Buna göre erkeklerin fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi davranışlarının kadınlara göre daha iyi olduğu söylenebilir (Tablo 15).

Tablo 15. Cinsiyet Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları

Cinsiyet n=416	Kadın n=284		Erkek n=132		p*
	Medyan (IQR)	Min-Max	Medyan (IQR)	Min-Max	
Sağlık Sorumluluğu	21(6,75)	12-34	19(7,0)	9-34	0,082
Fiziksel Aktivite	14(6,0)	8-32	16(7,0)	8-30	0,007*
Beslenme	22(5,0)	11-34	21(6,0)	11-32	0,188
Manevi Gelişim	26(6,0)	13-36	27.5(7,0)	9-36	0,004*
Kişiler Arası İlişkiler	25(6,0)	12-36	26(8,0)	12-36	0,303
Stres Yönetimi	18(5,0)	8-32	19(6,0)	9-31	0,009*
Ölçek Toplam	125(27,0)	83-186	127(33,7)	71-191	0,202

\*Mann-Whitney U testi

Medeni durumuna göre sadece fiziksel aktivite ( $p=0,007$ ) alt ölçeği bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu farkın hangi grup yada gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için post hoc analiz, Dunn testi yapılmış, farkın sırasıyla evli-bekar ve bekar-dul/boşanmış gruplarından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Medeni duruma göre SYBDÖ II toplam ölçek ve alt ölçek puanları Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Medeni Duruma Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları

Medeni Durum	Evli		Bekar		Dul/Boşanmış		p*
	Medyan (IQR)	Min-Max	Medyan (IQR)	Min-Max	Medyan (IQR)	Min-Max	
Sağlık Sorumluluğu	21(6)	11-34	19,5(7)	9-30	21(7)	13-28	0,258
Fiziksel Aktivite**	15(7)b	8-32	16(6,25)a	8-28	13(7,5)b	9-25	0,007*
Beslenme	21(6)	11-34	20(6,25)	14-28	23(6,5)	11-32	0,128
Manevi Gelişim	26(7)	14-36	27(6,5)	9-35	28(7)	14-35	0,823
Kişiler Arası İlişkiler	26(7)	15-36	26(9)	12-35	26(6,5)	17-36	0,754
Stres Yönetimi	18(5)	8-32	18(6,25)	12-27	18(4)	13-30	0,579
Ölçek Toplam	125(28)	81-191	126,5(28)	71-172	130(37)	84-181	0,910

\*Kruskal Wallis testi

\*\*Dunn testi

**Not: Fiziksel aktivite** satırında a ve b gibi ayrı harfler ile gösterilen gruplar arasında, sırasıyla evli-bekar ve bekar-dul/boşanmış gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Aynı harfi taşıyan, b harfi ile gösterilen evli- dul/boşanmış grupları arasında ise fark yoktur.

Yaş gruplarına göre SYBDÖ II ölçek toplamı ile alt ölçeklerin hiç birinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).Bulgular Tablo 17’de gösterilmiştir.



Tablo 17. Yaş Gruplarına Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanlar

	18-34		35-44		45-64		65-85		p*
	Medyan (IQR)	Min-Max	Medyan (IQR)	Min-Max	Medyan (IQR)	Min-Max	Medyan (IQR)	Min-Max	
Sağlık Sorumluluğu	21(7)	9-34	20(6)	12-34	21(8)	11-32	19(8,25)	12-26	0,214
Fiziksel Aktivite	15(6)	8-28	15(6,5)	8-32	14(7)	8-29	13.5(11,5)	8-26	0,994
Beslenme	21(6)	12-31	21(6)	13-32	22(6)	11-34	22.5(5,25)	17-26	0,128
Manevi Gelişim	27(6,2)	9-36	26(7)	17-36	26(6)	18-36	26.5(7,75)	18-33	0,918
Kişiler Arası İlişkiler	26(6)	12-36	25(6)	15-36	26(8)	15-36	25(6,25)	18-31	0,491
Stres Yönetimi	18(5)	8-32	18(6)	11-31	19(4,75)	12-31	18,5(8,75)	11-27	0,060
Ölçek Toplam	126(27)	71-172	125 (29,5)	92-181	128(29)	86-186	128(41)	97-166	0,541

\*Kruskal Wallis testi

Eğitim durumuna göre sadece stres yönetimi alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Bu fark lise-üniversite/lisansüstü grupları arasındaki farktan kaynaklanmıştır. Eğitim durumu üniversite/lisansüstü olanların stres yönetim davranışlarının eğitim durumu lise olanlara göre daha iyi olduğu söylenebilir. Eğitim durumuna göre SYBDÖ II toplam ölçek ve alt ölçek puanları Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18. Eğitim Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları

Eğitim Durumu	Sekiz Yıl ve Altı		Lise		Üniversite/Lisans Üstü		p*
	Medyan (IQR)	Min-Max	Medyan (IQR)	Min-Max	Medyan (IQR)	Min-Max	
Sağlık Sorumluluğu	21(8)	11-34	20(7)	12-32	20(6)	9-34	0,286
Fiziksel Aktivite	14(6)	8-32	15(6)	8-30	15(6,75)	8-30	0,388
Beslenme	22(6)	11-34	21(5)	12-31	21(6,75)	11-32	0.067
Manevi Gelişim	26,5(7)	14-35	26(7)	17-36	27(6)	9-36	0.600
Kişiler Arası İlişkiler	26(6,2)	15-36	25(6,5)	16-36	26(6)	12-36	0.444
Stres Yönetimi**	18(5) <sup>ab</sup>	11-31	17(5) <sup>a</sup>	11-29	19(6) <sup>b</sup>	8-32	0.030*
Ölçek Toplam	126,5(29,7)	86-186	124(27)	84-179	126,5(28,7)	71-191	0,341

\*Kruskal Wallis testi

\*\*Dunn testi

Not: Aynı satırda farklı harfler(a,b) gruplar arasında fark olduğunu göstermektedir. Buna göre **stres yönetim** durumuna göre fark lise-üniversite/lisansüstü grupları arasındaki farktan kaynaklanmıştır.

Çalışma durumuna göre sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçekleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Çalışmayanların sağlık sorumluluğu ( $p = 0,023$ ) ve beslenme ( $p = 0,003$ ) davranışlarının çalışan gruba göre daha iyi olduğu söylenebilir (Tablo 19).

Tablo 19. Çalışma Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları

Çalışma Durumu n=416	Çalışıyor n=149		Çalışmıyor n=267		p*
	Medyan (IQR)	Min-Max	Medyan (IQR)	Min-Max	
Sağlık Sorumluluğu*	19(7)	9-34	21(6)	12-34	0,023*
Fiziksel Aktivite	15(6)	8-30	14(7)	8-32	0,294
Beslenme*	20(6)	11-32	22(6)	13-34	0,003*
Manevi Gelişim	27(6)	9-36	26(7)	14-36	0,187
Kişiler Arası İlişkiler	26(7,5)	12-36	26(6)	15-36	0,808
Stres Yönetimi	18(5)	8-31	18(5)	11-32	0,460
Ölçek Toplam	124(30)	71-191	127(27)	83-186	0,520

\*Mann-Whitney U testi

Çalışma şekline göre; nöbetli sistem ve gündüz çalışan grup ile çalışmayan grup arasında, sağlık sorumluluğu ve beslenme davranışları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Çalışmayan grubun beslenme ( $p=0,008$ ) ve sağlık sorumluluğu ( $p=0,048$ ) davranışlarının diğer gruplardan daha iyi olduğu söylenebilir (Tablo 20).

Tablo 20. Çalışma Şekline Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları

	Çalışmıyorum	Gündüz	Nöbetli Sistem	Diğer	P*
	Medyan (IQR) Min-Max	Medyan (IQR) Min-Max	Medyan (IQR) Min-Max	Medyan (IQR) Min-Max	
Sağlık Sorumluluğu**	21(7) <sup>a</sup> 9-34	19.5(6,75) <sup>b</sup> 11-34	18(8) <sup>b</sup> 12-29	21(8) <sup>ab</sup> 16-27	0,048*
Fiziksel Aktivite	14.5(7) 8-30	15(7) 8-32	14(5,5) 8-30	18(9) 10-28	0,093
Beslenme**	22(6) <sup>a</sup> 13-34	20(5,75) <sup>b</sup> 11-32	19(6) <sup>b</sup> 13-31	21(9,5) <sup>ab</sup> 16-31	0,008*
Manevi Gelişim	26(7) 9-36	27(6,75) 16-36	26(4,5) 13-35	28(6) 18-34	0,354
Kişiler Arası İlişkiler	26(7) 12-36	26(7) 17-36	23(7,5) 12-36	26(7) 20-30	0,226
Stres Yönetimi	18(5) 11-32	19(5) 8-31	16(6) 12-30	19(6) 13-31	0,115
Ölçek Toplam	127(27,7) 71-186	124(28) 81-191	119(36) 83-162	132(25,5) 108-168	0,192

\*Kruskal Wallis testi

\*\*Dunn testi

**Not:** Aynı satırda farklı harfler(a,b) gruplar arasında fark olduğunu göstermektedir. Bu fark **sağlık sorumluluğu** ve **beslenme** açısından aynı satırdaki aynı harfle gösterilmiş olan sırasıyla çalışmayan grup-gündüz çalışan grup ve çalışmayan grup-nöbetli sistem çalışan grup arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

Hane aylık gelir durumuna göre, sosyal güvence durumuna göre, çalışma memnuniyetine göre SYBDÖ II toplam ölçek ile alt ölçeklerin hiç birinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Kronik hastalık olup olmaması durumuna göre sağlık sorumluluğu ( $p=0,001$ ) ve beslenme ( $p=0,018$ ) alt ölçekleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Kronik hastalığı olanların sağlık sorumluluğu ve beslenme davranışlarının, kronik hastalığı olmayanlara göre daha iyi olduğunu söyleyebiliriz (Tablo 21).

Tablo 21. Kronik Hastalık Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları

Kronik Hastalık	Var		Yok		p*
	Medyan (IQR)	Min-Max	Medyan (IQR)	Min-Max	
Sağlık Sorumluluğu	22(7)	12-33	20(6)	9-34	0,001*
Fiziksel Aktivite	15(7)	8-32	15(6)	8-29	0,737
Beslenme	22(6)	11-34	21(6)	11-31	0,018*
Manevi Gelişim	26(7)	14-36	27(7)	9-36	0,439
Kişiler Arası İlişkiler	26(6)	15-36	25(6)	12-36	0,182
Stres Yönetimi	18(5)	8-31	18(5)	9-32	0,937
Ölçek Toplam	128(29,2)	86-186	125(29)	71-191	0,174

\*Mann-Whitney U testi

Sürekli ilaç kullanıp kullanmama durumuna göre SYBDÖ II toplam ölçek ( $p=0,37$ ), sağlık sorumluluğu ( $p<0,001$ ) ve beslenme ( $p=0,02$ ) alt ölçekleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Bulgular Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22. Sürekli İlaç Kullanım Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları

İlaç Kullanımı	Evet		Hayır		p*
	Medyan (IQR)	Min-Max	Medyan (IQR)	Min-Max	
Sağlık Sorumluluğu	22(7,50)	12-33	20(7)	9-34	p<0,001*
Fiziksel Aktivite	15(7)	8-32	15(7)	8-30	0,985
Beslenme	22(6)	11-34	21(6)	11-32	0,020*
Manevi Gelişim	27(6)	14-36	26(7)	9-36	0,531
Kişiler Arası İlişkiler	27(6)	15-36	25(6)	12-36	0,079
Stres Yönetimi	18(5)	8-31	18(5)	9-32	0,079
Ölçek Toplam	131(30,5)	86-186	125(28)	71-191	0,037*

\*Mann-Whitney U testi

Depresyon durumuna göre gruplar arasında toplam ölçek (p=0,023) ve fiziksel aktivite (p=0,022), manevi gelişim (p=0,02), stres yönetimi (p<0,001) alt ölçekleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). Katılımcılardan depresyon tarama testine negatif cevap verenlerin fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi ve SYBDÖ II toplam puanlarının daha yüksek olduğu söylenebilir (Tablo 23).

Tablo 23. Depresyon Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları

Depresyon Durumu	Yok		Var		p*
	Medyan (IQR)	Min-Max	Medyan (IQR)	Min-Max	
Sağlık Sorumluluğu	20.5(7,25)	11-34	21(6)	9-33	0,531
Fiziksel Aktivite	16(6,25)	8-32	14(6)	8-29	0,022*
Beslenme	21.5(5)	11-31	21(7)	11-34	0,318
Manevi Gelişim	27(7)	13-36	25(6)	9-36	0,002*
Kişiler Arası İlişkiler	26(7)	12-36	26(7)	12-36	0,636
Stres Yönetimi	19(5)	11-32	17(5)	8-31	0,000*
Ölçek Toplam	129,5(33)	83-191	123(26,50)	71-186	0,023*

\*Mann-Whitney U testi

Ailede kronik hastalık olup olmaması durumuna göre ölçek toplamı ile alt ölçeklerin hiç birinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Tablo 24. Ailede Kronik Hastalık Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları

Ailede Kronik Hastalık n=413	Var n=282		Yok n=131		P*
	Medyan (IQR)	Min-Max	Medyan (IQR)	Min-Max	
Sağlık Sorumluluğu	21(7)	9-34	20(7)	11-34	0,105
Fiziksel Aktivite	14(6,2)	8-32	16(7)	8-29	0,093
Beslenme	21(7)	11-34	21(5)	12-32	0,631
Manevi Gelişim	26(7)	9-36	27(6)	15-36	0,461
Kişiler Arası İlişkiler	26(7)	12-36	25(6)	15-36	0,681
Stres Yönetimi	18(6)	8-31	18(4)	9-32	0,107
Ölçek Toplam	126(30)	71-186	125(25)	81-191	0,648

\*Mann-Whitney U testi

Genel sağlık durumuna göre fiziksel aktivite ( $p=0,004$ ), manevi gelişim ( $p<0,001$ ), kişiler arası ilişkiler ( $p=0,010$ ), stres yönetimi ( $p<0,001$ ) alt ölçekleri ile ölçek toplamı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).



Tablo 25. Genel Sağlık Algısına Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları

	Mükemmel	Çok İyi	İyi	Orta-Kötü	p*
	Medyan (IQR) Min-Max	Medyan (IQR) Min-Max	Medyan (IQR) Min-Max	Medyan (IQR) Min-Max	
Sağlık Sorumluluğu	2,5(8,2) 9-30	21(6,5) 11-30	21(6,2) 11-34	21(7) 12-32	0,967
Fiziksel Aktivite**	17(9,2) <sup>ac</sup> 8-28	16(5,5) <sup>a</sup> 9-29	15(7) <sup>bc</sup> 8-30	14(5) <sup>b</sup> 8-32	0,004*
Beslenme	22(3,7) 15-31	22(5,5) 15-31	21,5(6) 11-34	20(5,5) 11-32	0128
Manevi Gelişim**	30,5(9,2) <sup>b</sup> 9-36	27(7) <sup>b</sup> 17-35	27(6) <sup>b</sup> 15-36	24(6) <sup>a</sup> 14-35	<0,001*
Kişiler Arası İlişkiler**	26(7,5) <sup>ab</sup> 12-36	26(7,5) <sup>a</sup> 16-36	26(6) <sup>a</sup> 15-36	24(7) <sup>b</sup> 15-36	0,010*
Stres Yönetimi**	19(7) <sup>b</sup> 12-29	19(5) <sup>b</sup> 13-32	18(5) <sup>b</sup> 8-30	17(4.) <sup>a</sup> 11-31	<0,001*
Ölçek Toplam**	133,5(27,7) <sup>b</sup> 71-169	132(30) <sup>b</sup> 92-170	127(26) <sup>b</sup> 81-191	121(28,5) <sup>a</sup> 83-181	0,004*

\*Kruskal Wallis testi

\*\*Dunn testi

**Not:** Aynı satırda farklı harfler(a,b,c) gruplar arasında fark olduğunu göstermektedir. Buna göre **fiziksel aktivite** açısından genel sağlık algısı mükemmel olan grupla (ac)-genel sağlık algısı orta-kötü olan grup arasında (b), **manevi gelişim** açısından genel sağlık algısı orta-kötü olan grup (b) ile diğer tüm gruplar (a) arasında, **kişiler arası ilişkiler** açısından genel sağlık algısı çok iyi(a) ve iyi (a) olan grupla orta-kötü olan grup (b) arasında, **stres yönetimi** açısından genel sağlık algısı orta-kötü olan grup (b) ile diğer tüm gruplar(a) arasında, **SYBDÖ II toplam puanları** açısından genel sağlık algısı orta-kötü olan grup (b) ile diğer tüm gruplar(a) arasında anlamlı fark vardır (p<0,05)

Periyodik sağlık muayenesi henüz bir hastalık belirtisi göstermeyen sağlıklı kişilerin, tarama, muayene ve laboratuvar testleri ile danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla, sağlıklarının korunmasına katkıda bulunmak amacıyla yapılan düzenli sağlık kontrolüdür (Mazıcıoğlu ve Uzuner, 2014). Periyodik muayene vb. bir nedenle doktor kontrolüne gitme durumuna göre sağlık sorumluluğu ( $p<0,001$ ), fiziksel aktivite ( $p=0,016$ ) ve beslenme ( $p=0,022$ ) alt ölçekleri ile ölçek toplamı ( $p=0,003$ ) bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre son 1 yıl içinde periyodik muayene vb. bir nedenle doktor kontrolüne gidenlerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alt ölçek ve toplam ölçek puanları hiç gitmeyenlere göre yüksek bulunmuştur. Bulgular Tablo 26'da gösterilmiştir.



Tablo 26. Periyodik Muayene vb. Bir Nedenle Doktor Kontrolüne Gitme Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları

	Son 1 yıl içinde		1 yıldan daha uzun bir süre önce		Hiç gitmedim		p*
	Medyan (IQR)	Min-Max	Medyan (IQR)	Min-Max	Medyan (IQR)	Min-Max	
Sağlık Sorumluluğu**	21(5) <sup>a</sup>	11-34	20(7,5) <sup>b</sup>	9-32	20(7,5) <sup>b</sup>	11-34	<0,001*
Fiziksel Aktivite**	16(6) <sup>a</sup>	8-30	15(6) <sup>ab</sup>	8-32	14(8) <sup>b</sup>	8-29	0,016*
Beslenme**	22(6) <sup>a</sup>	13-34	21,5(6) <sup>ab</sup>	12-32	20(6) <sup>b</sup>	11-31	0,022*
Manevi Gelişim	27(7)	15-36	26(7)	9-36	26(6)	13-36	0,071
Kişiler Arası İlişkiler	26(8)	15-36	26(7)	12-36	25(6)	12-36	0,177
Stres Yönetimi	19(5)	8-31	18(4)	9-31	17(7)	11-32	0,054
Ölçek Toplam**	130(28) <sup>a</sup>	86-186	124,5(29) <sup>ab</sup>	71-181	123(29) <sup>b</sup>	83-191	0,003*

\*Kruskal Wallis testi

\*\*Dunn testi

**Not:** Aynı satırda farklı harfler (a,b) gruplar arasında fark olduğunu göstermektedir. Buna göre **sağlık sorumluluğu** açısından periyodik muayene gibi bir nedenle doktor kontrolüne 1 yıl içinde giden grup (a) ile tüm gruplar (b) arasında, **fiziksel aktivite** açısından periyodik muayene gibi bir nedenle doktor kontrolüne 1 yıl içinde giden grup (a) ile hiç gitmeyen grup (b) arasında, **beslenme** açısından periyodik muayene gibi bir nedenle doktor kontrolüne 1 yıl içinde giden grup (a) ile hiç gitmeyen grup (b) arasında, **SYBDÖ II** toplam ölçek puanları açısından periyodik muayene gibi bir nedenle doktor kontrolüne 1 yıl içinde giden grup (a) ile hiç gitmeyen grup (b) arasında fark vardır.

Katılımcılara sağlık okur yazarlığı sorusu ‘‘Doktorunuz veya eczanenizden verilen sağlık talimatları, broşürler veya diğer yazılı materyalleri okumak için hangi sıklıkla yardım alırsınız?’’ şeklinde sorulmuş olup gruplar arasında sağlık sorumluluğu ( $p<0,001$ ), beslenme ( $p=0,001$ ) ve kişiler arası ilişkiler ( $p=0,003$ ) alt ölçekleri ile ölçek

toplamı ( $p=0,001$ ) bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Tablo 27. Sağlık Talimatı Yardım Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her Zaman	p*
	Medyan (IQR) Min-Max	Medyan (IQR) Min-Max	Medyan (IQR) Min-Max	Medyan (IQR) Min-Max	Medyan (IQR) Min-Max	
Sağlık Sorumluluğu	20(5) <sup>ac</sup> 12-27	19(7,5) <sup>c</sup> 11-34	20,5(7) <sup>c</sup> 11-34	24(5) <sup>b</sup> 13-32	25(7) <sup>b</sup> 9-34	<0,001*
Fiziksel Aktivite	15(4) 8-28	14(7,5) 8-29	15(7) 8-30	14(5,75) 9-30	16(10) 8-32	0,296
Beslenme	20(5) <sup>a</sup> 13-27	20(6) <sup>ad</sup> 12-32	22(5) <sup>bd</sup> 11-32	23(5,5) <sup>c</sup> 15-30	23(7) <sup>c</sup> 11-34	0,001*
Manevi Gelişim	26(5) 13-36	26(7,5) 14-36	26(6,2) 17-36	27,5(6,7) 17-34	28(6) 9-36	0,057
Kişiler Arası İlişkiler	25(6) <sup>ac</sup> 12-35	24(7) <sup>a</sup> 15-36	26(7) <sup>ad</sup> 17-36	28(3,75) <sup>b</sup> 17-34	27(5) <sup>bcd</sup> 12-35	0,003*
Stres Yönetimi	18(4) 11-29	18(6,5) 9-32	18(5) 8-31	18(5,75) 12-27	19(5) 11-31	0,342
Ölçek Toplam	124(18) <sup>a</sup> 83-156	123(33,5) <sup>a</sup> 81-191	124(29) <sup>a</sup> 84-172	132(16,7) <sup>b</sup> 101-181	138(29) <sup>b</sup> 71-186	0,001*

\*Kruskal Wallis testi

\*\*Dunn testi

Not: Aynı satırda farklı harfler (a,b,c,d) gruplar arasında fark olduğunu göstermektedir.

Sigara içme durumuna göre ölçek toplamı ile alt ölçeklerin hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Tablo 28. Sigara İçme Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları

	Evet		Hayır		Bıraktım		p*
	Medyan (IQR)	Min-Max	Medyan (IQR)	Min-Max	Medyan (IQR)	Min-Max	
Sağlık Sorumluluğu	21(7)	9-32	21(6,2)	11-34	19(7)	15-32	0,343
Fiziksel Aktivite	14(7,5)	8-30	15(7)	8-32	16(6,5)	8-28	0,774
Beslenme	20(5,5)	11-31	22(6)	12-34	20(7)	16-28	0,176
Manevi Gelişim	26(7,5)	9-36	27(6)	13-36	27(3,5)	18-34	0,627
Kişiler Arası İlişkiler	26(7)	12-36	26(7)	12-36	26(6)	18-34	0,426
Stres Yönetimi	17(6)	11-31	18(5)	8-32	19(5,5)	13-26	0,202
Ölçek Toplam	122(30,5)	71-170	126(28)	81-191	130(22)	104-156	0,379

\*Kruskal Wallis testi

Tablo 29. Sağlık Bilgisi Edinmede Kaynak Durumuna Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları

Sağlık Bilgisi Doktor	Evet		Hayır		p*
	Medyan (IQR)	Min-Max	Medyan (IQR)	Min-Max	
Sağlık Sorumluluğu	21(7)	9-34	19(7)	12-33	0,005*
Fiziksel Aktivite	15(7)	8-32	15(6)	8-30	0,457
Beslenme	22(6)	11-34	20(5)	12-32	0,008*
Manevi Gelişim	27(6)	9-36	26(7)	16-36	0,491
Kişiler Arası İlişkiler	26(6)	12-36	25(7)	15-35	0,187
Stres Yönetimi	18(5)	11-32	18(5,75)	8-30	0,501
Ölçek Toplam	127(5,7)	71-191	123(30,7)	81-171	0,120

\*Mann-Whitney U testi

Sağlık bilgisi edinmede kaynağın doktor olup olmaması durumuna göre sağlık sorumluluğu ( $p=0,005$ ) ve beslenme ( $p=0,008$ ) alt ölçekleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sağlık bilgisi kaynağının internet olup olmamasına durumuna göre sadece beslenme ( $p=0,029$ ) alt ölçeği bakımından anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sağlık bilgisi kaynağının TV programları olup olmaması durumuna göre ölçek toplamı ile alt ölçeklerin hiç birinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Sağlık bilgisi kaynağının kitap/dergi olup olmaması durumuna göre sadece beslenme ( $p=0,024$ ) alt ölçeği bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sağlık bilgisi edinmede arkadaş çevresinin kaynak gösterilmesi durumuna göre ölçek toplamı ile alt ölçeklerin hiç birinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Beden kitle indeksi (BKİ) DSÖ sınıflamasına göre gruplandırılmış, tüm popülasyonun %64,7'sinin fazla kilolu veya obez olduğu saptanmıştır BKİ'ne göre sınıflandırılmış gruplar arasında ölçek toplamı ile alt ölçeklerin hiç birinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 30).

Tablo 30. BKİ Değerine Göre SYBDÖ II Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları

BKİ	Zayıf		Normal		Kilolu		Obez		p*
	Medyan (IQR)	Min-Max	Medyan (IQR)	Min-Max	Medyan (IQR)	Min-Max	Medyan (IQR)	Min-Max	
Sağlık Sorumluluğu	23 (5,5)	14-30	21 (7)	9-34	21 (7)	11-34	21 (6,75)	12-33	0,651
Fiziksel Aktivite	16 (7,5)	11-26	15 (8)	8-30	15 (6)	8-29	15 (6)	8-32	0,664
Beslenme	22 (6)	17-28	21 (6)	12-31	21 (6)	11-32	22 (5,7)	14-34	0,578
Manevi Gelişim	30 (8,5)	19-33	27 (7)	9-36	26 (6)	13-36	26 (7,7)	17-36	0,516
Kişiler arası İlişkiler	27 (7)	20-34	25 (6)	12-36	26 (6)	12-36	26 (7)	17-35	0,398
Stres Yönetimi	17 (11)	15-32	18 (4)	8-31	18 (5)	9-30	18 (4,7)	11-31	0,671
Ölçek Toplam	139 (47,5)	103-172	127 (28)	71-181	125,5 (27)	81-191	124 (29)	86-186	0,642

\*Kruskal Wallis testi

## 5.TARTIŞMA

Bu çalışmada Marmara Üniversitesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran erişkinlerin sağlığı koruma ve geliştirme davranışları ve bu davranışlarla ilişkili olabilecek faktörler araştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, 284'ü kadın, 132'si erkek olmak üzere, yaşları 18-85 arasında olan 416 katılımcı SYBDÖ II ile değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre SYBDÖ II'den alınan toplam ölçek puan ortalaması  $128 \pm 20,6$  bulunmuştur. Alt ölçek puan ortalamaları sırasıyla sağlık sorumluluğu  $20,9 \pm 4,8$ , fiziksel aktivite  $15,5 \pm 4,8$ , beslenme  $21,4 \pm 4$ , kişiler arası ilişkiler  $25,5 \pm 4,6$ , manevi gelişim  $26,3 \pm 4,6$  ve stres yönetimi  $18,6 \pm 4,0$  olarak bulunmuştur. SYBDÖ II'den alınacak en yüksek toplam puanın 208 olduğu düşünülürse, araştırma grubumuzun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğunu söyleyebiliriz. SYBDÖ II alt ölçeklerinden alınan puanlara göre ise en yüksek puan ortalaması manevi gelişim, en düşük puan ortalaması ise fiziksel aktivite alt ölçeğinden alınmıştır.

Literatürde SYBDÖ II kullanılarak yapılan araştırmalara bakacak olursak; bu çalışmalar kadınlar, hemşireler, öğretim elemanları, asistanlar, öğretmenler, üniversite öğrencileri, sağlık çalışanları, ev hanımları, gebeler, kanser ve komorbid hastalığı olanlar, yaşlılar gibi farklı gruplarda yapılmıştır. Bizim çalışmamızda ise 18 yaş üstü gönüllü tüm erişkinler çalışmaya dahil edilmiş, herhangi özellikli bir grup seçilmemiştir. Yapılan bu çalışmaların çoğunluğunda SYBDÖ II toplam puanı bizim çalışmamızda olduğu gibi orta düzeyde bulunmuştur.

Birinci basamakta SYBDÖ II kullanılarak yapılan çalışmalar az sayıda ve genellikle kadın gruplar seçilerek yapılmış çalışmalardır. Bu çalışmalara örnek vermek istersek; Altıparmak ve Koca'nın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ölçmek üzere Manisa'da bir aile sağlığı merkezine başvuran 15-49 yaş arası 300 kadın üzerinde yaptığı çalışmada SYBDÖ II'den alınan toplam ölçek puan ortalaması  $112 \pm 20,8$  bulunmuştur. Alt ölçeklerden alınan puan ortalamaları ise sırasıyla kendini gerçekleştirme  $33,4 \pm 7,4$ , sağlık sorumluluğu  $19,4 \pm 5,8$ , fiziksel aktivite  $7,8 \pm 3,3$ , kişiler arası destek  $21,1 \pm 3,4$ , stres yönetimi  $15,1 \pm 4,1$ , beslenme  $15,5 \pm 3,3$  olarak saptanmış olup kadınların sağlıklı yaşam tarzı davranışları düşük olarak değerlendirilmiştir (Altıparmak ve Koca, 2009). Arslan ve arkadaşlarının yaptığı bir



çalışmada, ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) değerlendirilmiş, 797 katılımcının olduğu bu çalışmada SYBDÖ II'den elde edilen puanlara göre, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme davranışları puan ortalamasının çalışan kadınlar lehine daha iyi olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ) (Arslan ve diğ.,2007). Ankara'da bir sağlık ocağına ve belediyeye ait bir spor kompleksine başvuran 18 yaş ve üzeri kadınlarda yapılan diğer bir çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen bazı faktörler araştırılmış ve yapılan çalışmada SYBDÖ II puan ortalamasının  $122,99\pm 24,07$  olduğu belirlenmiştir (Kaya ve diğ., 2009). Bizim yaptığımız çalışmada ise çalışma durumuna ve çalışma şekline göre SYBD ayrı ayrı değerlendirilmiş, çalışmayanların sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçek puanları gündüz ve nöbet sistemiyle çalışan diğer gruplardan yüksek bulunmuştur.

Gürsel ve arkadaşlarının öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesini ölçmek için yaptığı bir çalışmada, cinsiyete göre kadın ( $133,12\pm 19,15$ ) öğretim elemanlarının SYBDÖ II toplam puanlarının erkek ( $129,58\pm 20,49$ ) öğretim elemanlarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda cinsiyete göre yapılan karşılaştırmalarda fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetim davranışlarının, erkeklerde kadınlara oranla daha iyi olduğu görülmüş olup SYBDÖ II toplam puanları açısından her iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kaya ve arkadaşlarının, öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörleri tespit etmek amacıyla yaptıkları bir çalışmada, 301 öğretim elemanının en az uyguladıkları sağlık davranışlarının fiziksel aktivite, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu olduğu görülmüştür (Kaya ve diğ., 2008).

Türköl ve arkadaşlarının İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan, %47,7'sini 30 yaşın altında, %40,9'unu kadın, %59'unu erkek cinsiyetin oluşturduğu %59,1'inin evli, %8,1'inin temel tıp bilim dallarında, %50,6'sının dahili tıp bilim dallarında, %41,3'ünün cerrahi tıp bilim dallarında ihtisas yapmakta olan toplam 235 asistan üzerinde yaptığı bir çalışmada, asistanların SYBDÖ II puan ortalaması  $116\pm 17,8$  tespit edilmiş olup, alt ölçeklerden en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite en yüksek puan ortalaması ise kişiler arası ilişkiler alt boyutundan alınmıştır (Türköl ve diğ., 2012).

Çalışmamızda katılımcıların genel sağlık durumu erkek ve kadın cinsiyet için ayrı ayrı değerlendirilmiş, genel sağlık durumunu çok iyi/iyi olarak değerlendiren erkeklerin oranı %69,7, kadınların oranı ise %62,1 olarak bulunmuştur. 15 yaş ve üzeri bireylerin değerlendirildiği TÜİK 2016 sağlık araştırmasında, genel sağlık durumunu çok iyi/iyi olarak algılayan erkeklerin oranı %69,8, kadınların oranı ise %57,5 olarak bulunmuştur. Çalışma bulgularımız TÜİK, 2016 sağlık araştırmasıyla benzerdir (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2017). Ayrıca çalışmamızda katılımcılara depresif duygu durumları hakkında fikir sahibi olabileceğimiz sensitivitesi % 95, spesivitesi % 56 olan 2 soruluk kısa depresyon tarama testi (Whooley Soruları) yapılmış sorulardan herhangi birine verilen evet yanıtı depresyon taraması açısından pozitif kabul edilmiştir (Whooley, 1997 ). Katılımcılardan depresyon tarama testine negatif cevap verenlerin fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi ve SYBDÖ II toplam puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Test sonucu pozitif çıkanlar depresyon açısından daha ayrıntılı tarama ve klinik değerlendirmeyle araştırılmalıdır.

Walter ve Emery yaptıkları bir çalışmada, ailesinde kanser, kalp hastalığı, diyabet öyküsü olan bireylerin aile öyküleri ile ilgili algılarını araştırmış, ailesinde meme kanseri, kolon kanseri, diyabet ve kalp hastalığı olan bireylerin kendilerini risk altında hissettiklerini göstermiştir (Walter ve Emery, 2006) (McWhinney, 2012). Bizim çalışmamızda SYBD açısından ailede kronik hastalık olup olmaması durumuna göre ölçek toplamı ile alt ölçeklerin hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olup ailede kronik hastalığı bulunmayanların genel sağlık algılarının, ailede kronik hastalığı bulunan gruba göre daha iyi olduğu görülmüştür.

Çalışmamıza katılan 416 kişinin yaklaşık %40'ında en az bir kronik bir hastalık olup, bu hastalıkların görülme oranları ve dağılımları genel toplumumuzdan farklıdır. Görülme sıklığı açısından tiroid hastalıkları (%8.9) 1. sırada yer alırken, hipertansiyon (%7) 3.sırada, kanser (%0,2) son sırada yer almaktadır. 2012 PateNT2 Türk Hipertansiyon prevalans çalışmasına göre toplam nüfusta (18 yaş üzeri) hipertansiyon prevalansı %30,3, erkeklerde %28,4 ve kadınlarda %32,3 olarak bulunmuştur(Arıcı ve diğ., 2012). Bizim çalışmamızda ise hipertansiyon prevalansı %7 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda katılımcıların %76,2'sinin 18-44 yaş genç popülasyondan oluşması, bu farklılığın nedeni olabilir. Kronik hastalığı olanların beslenme ve sağlık sorumluluğu alt ölçeği puanlarının daha yüksek olması, periyodik hekim kontrolüne

gitme sıklığının daha fazla olması, bu grubun hastalıkları nedeni ile kendi sağlıkları konusunda daha dikkatli olduklarını göstermektedir.

DSÖ'nün 2011 yılında yayınladığı bulaşıcı olmayan hastalıklar ülke profillerinde açıklandığı üzere 2008 yılında ülkemizde tüm ölümlerin % 85'ini kronik hastalıkların oluşturduğu tahmin edilmektedir. Bu hastalıklar; kardiyovasküler hastalıklar (% 49), kanser (% 18), solunum hastalıkları (% 9), diyabet (% 2) ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar (% 7)' dir. 2008' de ülkemizde 60 yaş altında tüm kronik hastalıklardan ölüm oranının erkeklerde %30,8, kadınlarda %22,9 olduğu belirtilmektedir (WHO, 2011)

Araştırmamızda katılımcılara 'sağlık bilgisi edinmede kaynak olarak nereden/nerelerden faydalandıkları' sorulmuş, %76'sı doktoru, %58,2'si interneti, %24,5'u TV programlarını kaynak olarak göstermiştir. Bu bulgular bize katılımcıların sağlık bilgisi edinmede hekimlerine daha fazla güvendiklerini düşündürebilir. Hekime güven duyulması ise hasta-hekim ilişkisinin güçlenmesi, hasta uyumu ve olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi açısından önemlidir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde başarılı olmak için hastaları için örnek teşkil eden hekimlerin de sağlıklı yaşam tarzı ilkelerini benimsemesi ve uygulaması gerekmektedir. Hekim danışmanlığı, hekimin kendi sağlık uygulamaları ile yakından ilişkilidir. Dolayısıyla, sağlığı geliştirme danışmanlığının artmasında asıl anahtar hekimin kendi sağlık davranışları olmaktadır (Oberg ve Frank 2009) (Frank, 2004). Bu nedenle her hekim kendi yaşam tarzını sorgulamalı, olumlu ve olumsuz sağlık davranışları konusunda iç görü sahibi olmalıdır.

Çalışmamızda katılımcıların doğum kontrol yöntemi kullanıp, kullanmama durumu değerlendirilmiş, "Kullandığınız doğum kontrol yöntemi var mı?" sorusu 18 yaş üstü tüm kadın ve erkeklere sorulmuş fakat kadın ve erkek bireylerin ayrı ayrı değerlendirilmelerinin bazı durumlarda mümkün olamayacağı, örneğin anketi dolduranların evli çiftler olması gibi karıştırıcı faktörler nedeniyle değerlendirmeye sadece 18-49 yaş grubu kadınlar (n=221) alınmıştır. Buna göre 18-49 yaş grubu kadınların (n=221) doğum kontrol yöntemi kullanma oranları %45,7 (n=101) olarak saptanmıştır. Kullanılan doğum kontrol yöntemleri ise kondom %35, geri çekme yöntemi %27, RİA %21, hap %4, tüp ligasyonu %4 olarak tespit edilmiştir. Herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmayan (n=120) kadınların %12,5'u (n=15) çocuk

istediği için, % 0,8'i (n=1) menopoz nedeni ile kalan %35,9' u da (n=43) tüp ligasyonu, infertilite, histerektomi gibi nedenlerle kontraseptif yöntem kullanmaya ihtiyaç duymadıklarını belirtmiş, geri kalan %50,8'i (n=61) ise geçerli bir neden göstermemiştir. TNSA 2013 verilerine göre 18-49 yaş arası kadınlar %73,5 oranında gebeliği önleyici bir yöntem kullanmakta olup, bunun %47'sini modern yöntem, %26'sını geleneksel yöntem oluşturmaktadır. Kullanılan yöntemler sırasıyla geri çekme yöntemi %26, RİA %17, kondom kullanımı %16, tüp ligasyonu %9, kombine oral kontraseptif kullanımı %5 ve diğer modern yöntemler %1' dir. Verilerimiz 2013 TNSA verileriyle karşılaştırılmış, karşılaştırma neticesi 18-49 yaş grubu kadınların (n=221) doğum kontrol yöntemi kullanma oranının (%45,7), TNSA oranından (%73,5) oldukça düşük olduğu görülmüştür (Hacettepe, 2014). Yine çalışma grubumuzdaki 18-49 yaş kadınların en çok kullandığı yöntem TNSA verilerinden farklı olarak %36 oranıyla kondom kullanımı olmuştur. Geleneksel yöntem olan geri çekme yöntemi %27 oranıyla TNSA verilerine çok yakın bulunmuştur. Araştırmamızda en sık kullanılan doğum kontrol yöntemleri sırasıyla kondom %35, geri çekme yöntemi %27, RİA %21, hap %4, tüp ligasyonu %4 olarak tespit edilmiştir. TNSA 2013 verilerine göre ise geri çekme yöntemi %26, RİA %17, kondom %16, tüp ligasyonu %9, KOK %5, diğer yöntemler %1 bulunmuştur. Araştırmamızda kondom ve RİA kullanım oranının yüksek olması kayda değer bir bulgu iken geri çekme yönteminin TNSA ile benzer olması dikkat çekicidir (Hacettepe, 2014). Herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmayanların %50,8'inin (tüm 18-49 yaş grubunun %27,6'sının) bir gerekçe bildirmemiş olması 18-49 yaş arası kadınların yaklaşık üçte birinin doğum kontrol yöntemleri açısından danışmanlık verilmesi ve desteklenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

DSÖ 2014 verilerine göre dünyada 18 yaş üstü popülasyonun %39'u fazla kilolu, %14'ü de obez grubundadır. Türkiye'de 24.788 kişinin tarandığı Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması-I (TURDEP-I) çalışmasının sonuçlarına göre obezite oranı kadınlarda %30, erkeklerde %13, genelde ise %22,3'tür. Bizim çalışmamızda ise MÜ EASM'ye başvuran kişilerde fazla kilolu ve obez olma oranı daha fazladır (%42,2 fazla kilolu, %22,5 obez). TURDEP-I çalışmasından 12 yıl sonra yapılan TURDEP-II çalışmasında da Türk erişkin toplumunda 1998'de %22,3 olan obezite prevalansının %40 artarak 2010'da %31,2'ye

ulaştığı görülmüştür. Abdominal obezitenin değerlendirildiği TURDEP-II çalışmasında santral obezite (bel çevresi kadında>88 cm, erkekte>102 cm) prevalansı kadınlarda %49, erkeklerde %17, genelde %35 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise santral obezite sıklığı kadında %24,6, erkeklerde %18,5, toplamda da %22,7 olarak daha düşük tespit edilmiştir. BKİ ve bel çevresi değerlerinin Türkiye verisi olan TURDEP-II'ye göre daha düşük olması dikkat çekicidir. Bu durum çalışmaya katılan grubun yaş ortalamasının düşük olması ile ilişkili olabilir. Fiziksel aktivite ve beslenme şekli ile de ilişkili olabilecek bu konunun ileri çalışmalarla araştırılması gerekmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2010).

2012 Türkiye Tütün Araştırmasına göre Türkiye'de yetişkinler arasında sigara içme oranı 2008 yılında %31,2'den 2012'de %27,1'e gerilemiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014b). Çalışmamızda sigara kullananların oranı %22,4'tür ve bu oran Türkiye ortalamasının altındadır. Katılımcıların diğer riskli davranışları olarak değerlendirilen emniyet kemeri kullanma oranı %63,9, alkol kullanma oranı %10,1, cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu önlem alma oranı %48,7 olarak bulunmuştur. Ülkemizde 2013 de yapılan bir araştırmada emniyet kemeri kullanım oranı şehir içinde %34,1, şehirlerarası ise %39,7 olarak bulunmuştur. Emniyet kemeri kullanım oranı bizim çalışmamızda daha yüksektir fakat trafik kazalarına bağlı ağır yaralanmaların önüne geçmek için bu oran daha yükseklerle çekilmelidir.

**Araştırmanın güçlü yanları;** birinci basamakta yapılması ve bu konu ile ilgili birinci basamakta yapılan fazla çalışmanın olmaması, kullanılan SYBDÖ II'nin çalışılan popülasyonda Cronbach alfa değerinin 0,92 olması çalışmanın güçlü yanlarıdır.

**Araştırmanın kısıtlılıkları;** tanımlayıcı bir araştırma olması nedeniyle neden sonuç ilişkisinin kurulamaması, temsiliyetinin olmaması, EASM'nin yeni hizmet vermeye başlayan bir ASM olması nedeniyle başvuran kişi sayısının diğer ASM'lere oranla az olması ve anketteki bazı sorulara az sayıda kişinin yanıt vermiş olması araştırmanın kısıtlılıkları olarak sayılabilir. Bazı sorular katılımcılar tarafından boş bırakılmıştır. Örneğin; "Cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda koruyucu önlem alır mısınız?" sorusuna katılımcıların yaklaşık yarısının yanıt vermiş olması bu sorunun tam anlaşılmasını engellediğini düşündürmektedir.

## 6. SONUÇ

Sağlıklı yaşam tarzı pozitif sağlığın en önemli belirleyicilerinden biridir. Toplumların sağlık düzeylerinin geliştirilmesinde, bireylerin kendi sağlık davranışlarını tanımları, iyilik halini koruyacak, geliştirecek ve sürdürecektir olumlu davranışlar kazanmaları ve kendi sağlıkları ile ilgili doğru kararlar almalarının sağlanması çok önemlidir. (Lundy ve Janes, 2001; Kong, 1995; Sisk, 2000). Aile hekimleri hasta merkezli ve holistik (bütüncül) yaklaşımıyla, toplum yönelimli olmasıyla, sağlık bakım hizmetinin sürekliliği ile sağlık davranışlarının geliştirilmesi ve desteklenmesi açısından en uygun hekim grubudur. Kendisine kayıtlı her hastayı yılda ortalama 3-4 kez görür. Böylece sağlık danışmanlığı ve hastalıkların erken tanısında önemli bir fırsat elde eder (McWhinney, 2012).

Bu çalışmada Marmara Üniversitesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran erişkinlerin sağlığı koruma ve geliştirme davranışları ve bu davranışlarla ilişkili olabilecek faktörler araştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, 284'ü kadın, 132'si erkek olmak üzere, yaşları 18-85 arasında olan 416 katılımcı SYBDÖ II ile değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre araştırma grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğunu söyleyebiliriz. Alt ölçek puanlarına göre ise en yüksek puan ortalaması manevi gelişim, en düşük puan ortalaması ise fiziksel aktivite alt boyutundan alınmıştır.

Araştırma sonuçlarımız gerek duyulan gruplar için obeziteyi önleyici, fiziksel aktiviteyi geliştirici ve doğum kontrol yöntemlerini teşvik edici hizmetlerin kanıta dayalı hazırlanmış güncel rehberler eşliğinde aile hekimleri tarafından verilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Ayrıca risk faktörü olsun ya da olmasın tüm bireylere sigara bırakma, stres yönetimi, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ile ilgili sağlık davranışlarının kazandırıldığı eğitici ve sağlığı geliştirici müdahale programları planlanabilir. Tespit edilen riskli gruplarda (aile öyküsü-genetik yatkınlık vb.) oluşabilecek hastalıkla ilgili farkındalık yaratılıp, erken teşhise yönelik tarama planlanabilir.

Bu çalışmada Marmara Üniversitesine bağlı hizmet veren Tuzla EASM'ye başvuran erişkinlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili olabilecek bazı faktörler tanımlanmış olup, çalışma sonuçlarımızın konuyla ilgili çalışacak

araştırmacılara ve özellikle de birinci basamakta görev yapan aile hekimlerine yol gösterebileceğini düşünmekteyiz.



## 7. EKLER

### EK-1

Marmara Üniversitesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezine  
Başvuran Erişkinlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını ve  
İlişkili Faktörleri Sorgulayan Veri Toplama Formu:

1.Cinsiyetiniz:	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
2.Yaşınız:	
3.Doğum yeriniz:	
4.Medeni durumunuz:	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul/Boşanmış
5.Eğitim durumunuz:	<input type="checkbox"/> Okur-yazar değil <input type="checkbox"/> Okur-yazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Yüksek lisans-Doktora
6.Çalışma durumunuz:	<input type="checkbox"/> Çalışmıyorum <input type="checkbox"/> Memur <input type="checkbox"/> İşçi <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> Serbest <input type="checkbox"/> Öğrenci <input type="checkbox"/> Ev hanımı <input type="checkbox"/> Diğer .....
7.Çalışıyorsanız çalışma şekliniz?	<input type="checkbox"/> Çalışmıyorum <input type="checkbox"/> Gündüz <input type="checkbox"/> Nöbetli sistem <input type="checkbox"/> Diğer .....
8.Eşiniz çalışıyorsa çalışma şekli?	<input type="checkbox"/> Çalışmıyor <input type="checkbox"/> Gündüz <input type="checkbox"/> Nöbetli sistem <input type="checkbox"/> Diğer .....



9. Hanenizin aylık geliri :	<input type="checkbox"/> 1370 TL ve altında <input type="checkbox"/> 1370 TL ile 4462 TL arası <input type="checkbox"/> 4462 TL ve üzeri
10.Sosyal güvenceniz var mı? (SSK,Bağ-kur,Emekli Sandığı,Özel Sağlık Sigortası,Yeşil kart vs.)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
11. Çocuğunuz var mı?Varsa sayısı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var,.....tane
12. Birlikte yaşadığınız kişiler:	<input type="checkbox"/> Eşimle yaşıyorum <input type="checkbox"/> Eşim ve çocuklarımla yaşıyorum <input type="checkbox"/> Eşim,çocuklarım ve aile büyüklerimle yaşıyorum <input type="checkbox"/> Yalnız yaşıyorum <input type="checkbox"/> Diğer.....
13.Kardeşiniz var mı?Varsa sayısı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var,.....tane
14.Annenizin eğitim durumu:	<input type="checkbox"/> Okur-yazar değil <input type="checkbox"/> Okur-yazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Yüksek lisans-Doktora
15.Babanızın eğitim durumu:	<input type="checkbox"/> Okur-yazar değil <input type="checkbox"/> Okur-yazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Yüksek lisans-Doktora

<p>16.Kronik hastalığınız var mı?Varsa mevcut olanları işaretleyiniz.</p>	<p><input type="checkbox"/>Yok  <input type="checkbox"/> Şeker hastalığı  <input type="checkbox"/> Hipertansiyon  <input type="checkbox"/> Kalp-damar hastalığı  <input type="checkbox"/> Akciğer hastalığı,Astım  <input type="checkbox"/> Böbrek hastalığı  <input type="checkbox"/> Karaciğer hastalığı  <input type="checkbox"/> Tiroid hastalığı  <input type="checkbox"/> Eklem hastalığı  <input type="checkbox"/> Şişmanlık  <input type="checkbox"/> Depresyon  <input type="checkbox"/> Kanser  <input type="checkbox"/> Diğer.....</p>
<p>17.Ailenizde kronik hastalığı olan var mı?Varsa mevcut olanları işaretleyiniz</p>	<p><input type="checkbox"/> Yok  <input type="checkbox"/> Şeker hastalığı  <input type="checkbox"/> Hipertansiyon  <input type="checkbox"/> Kalp-damar hastalığı  <input type="checkbox"/> Akciğer hastalığı,Astım  <input type="checkbox"/> Böbrek hastalığı  <input type="checkbox"/> Karaciğer hastalığı  <input type="checkbox"/> Tiroid hastalığı  <input type="checkbox"/> Eklem hastalığı  <input type="checkbox"/> Şişmanlık  <input type="checkbox"/> Depresyon  <input type="checkbox"/> Kanser  <input type="checkbox"/> Diğer.....</p>
<p>18.Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?</p>	<p><input type="checkbox"/> Hayır    <input type="checkbox"/> Evet ,.....</p>
<p>19.Çalışıyorsanız ,çalışma memnuniyetinizi nasıl değerlendirirsiniz?</p>	<p><input type="checkbox"/> Mükemmel    <input type="checkbox"/> Çok iyi    <input type="checkbox"/> İyi  <input type="checkbox"/> Orta    <input type="checkbox"/> Kötü</p>
<p>20.Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?</p>	<p><input type="checkbox"/> Mükemmel    <input type="checkbox"/> Çok iyi    <input type="checkbox"/> İyi  <input type="checkbox"/> Orta    <input type="checkbox"/> Kötü</p>
<p>21.Hastalık veya rahatsızlık olmadan check up,aşı,periyodik muayene vb. gibi nedenlerle en son ne zaman doktor kontrolüne gittiniz?</p>	<p><input type="checkbox"/> Son 1 yıl içinde  <input type="checkbox"/> 1yıldan daha uzun bir süre önce  <input type="checkbox"/> Hiç gitmedim</p>

22.Sigara içiyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet .....adet/gün <input type="checkbox"/> Bıaktım
23.Alkol kullanır mısınız?	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Sık sık <input type="checkbox"/> Düzenli olarak
24.Uyuşturucu yada uyarıcı madde esrar,ekstazi,kokain vb. kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Daha önce denedim,bıaktım
25.Kullandığınız doğum kontrol yöntemi var mı?	<input type="checkbox"/> Evet,.....yöntemi <input type="checkbox"/> Hayır,çünkü.....
26.Cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda koruyucu önlem alır mısınız?(Cinsel ilişkide bulunmuyor iseniz cevaplamayınız)	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Sık sık <input type="checkbox"/> Düzenli olarak
27.Emniyet kemeri kullanır mısınız?	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Sık sık <input type="checkbox"/> Düzenli olarak

28. Sağlık hizmetine erişiminizin kolay olduğunu söyleyebilir misiniz?	<input type="checkbox"/> Çok iyi <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Çok kötü
29.Sağlık bilgisi edinmede kaynak olarak nerelerden faydalanırsınız? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)	<input type="checkbox"/> Doktorunuz ve diğer sağlık çalışanları <input type="checkbox"/> İnternet <input type="checkbox"/> TVprogramları <input type="checkbox"/> Kitap,dergi <input type="checkbox"/> Arkadaş çevresi <input type="checkbox"/> Diğer.....
30.Doktorunuz veya eczanenizden verilen sağlık talimatları,broşürler veya diğer yazılı materyalleri okumak için hangi sıklıkla yardım alırsınız?	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> Nadiren <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Sıklıkla <input type="checkbox"/> Her zaman

31.Kendinize ne sıklıkla zaman ayırabiliyorsunuz?	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> Nadiren <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Sıklıkla <input type="checkbox"/> Her zaman
32.Dişlerinizi hangi sıklıkla fırçalarsınız?	<input type="checkbox"/> Günde birden çok <input type="checkbox"/> Günde bir kez <input type="checkbox"/> Günde birden az
33.Aile içi iletişiminiz nasıldır?	<input type="checkbox"/> Çok iyi <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Çok kötü
34.Geçtiğimiz iki hafta içinde sıklıkla kendinizi düşkün ,çökkün veya çaresiz hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
35.Geçtiğimiz iki hafta içinde sıklıkla kendinizi ilgisiz veya keyifsiz hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

**Aşağıdaki ölçümler araştırmacılar tarafından yapılacaktır.**

**Boy:** .....

**Bel çevresi:** .....

**Kilo:** .....

**BKİ:** .....

## EK-2

### SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz.

Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				

9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştirmeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				

21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda baksa bir sağlık personeline danışırım				
22	Bos 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 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				

33	Vücutumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	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				

EK-3

ETİK KURUL ONAYI



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2016.459
	PROJE ADI	Tuzla Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Bağlı Eriskinlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlgili Faktörler
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Doç. Dr. Memnune Çiğdem APAYDIN KAYA

KARAR BİLGİLERİ	Tarih: 02.09.2016
Fakülte başvere bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili bilgiler araştırmanın gerekçe, amacı, yöntem ve yöntemleri hakkında bilimsel bütünlüğü ve gerekliliğininde sakınca bulunmadığı için Kararlanmıştır. Onaylanmıştır. Onay tarihi: 02.09.2016. Onay eden: Prof. Dr. Memnune Çiğdem APAYDIN KAYA	

Üyeler	Unvanı / AB / Sorumlusu	Yerleşim Noktası	Kararın / EK Çıktısı	Onaylanan Proje ile İlgili	Toplamıyla Karar	İmza
Prof.Dr. Hacer DİRİSKENELİ	Beslenme	M.Ü. Tıp Fakültesi Beslenme	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Tuba ERGÜN	Beslenme	M.Ü. Tıp Fakültesi Beslenme Ynl.	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Felsefe	M.Ü. Tıp Fakültesi Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. M. Behide GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü. Tıp Fakültesi Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Ayşe KARAAFP	Farmakoloji	M.Ü. Tıp Fakültesi Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. İsmail SARDAR	Estetik	M.Ü. Estetik Fak. Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Bekir DOĞAN	Dış Hastalıkları	M.Ü. Dış Hastalıkları Fak. Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof. Dr. Bülent Nihal ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü. Tıp Fakültesi Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç. Dr. ERKARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü. Tıp Fakültesi Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç. Dr. Mahmut NOLAN	Dış Hastalıkları	İstanbul Üniv. Dış Hastalıkları Fak. Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç. Dr. Talha GÜVEN	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü. Tıp Fakültesi Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Histoloji	M.Ü. Tıp Fakültesi Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Yrd. Doç. Dr. Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Araştırma Ünl. Tıp Fak.	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Yrd. Doç. Dr. Pınar Neşe TİBER	Epidemiyoloji	M.Ü. Tıp Fakültesi Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Gözetici Aymer MİRZA	Sağlık Müdürlüğü vizeleme kipi	Serbest	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	

**EK-4**

**BİLGİLENDİRME FORMU**

Bu araştırma Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, Marmara Üniversitesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18 yaş üstü erişkinlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve ilişkili olabileceği düşünülen bazı faktörlerin araştırılmasıdır. Bu amaçla sizden bir veri formu doldurmanız istenecektir. Sizden kan gibi herhangi bir biyolojik örnek alınmayacaktır. Araştırmaya katılmayı reddetme ve yürütülmesi sırasında her hangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Reddetmenizin ya da araştırmadan ayrılmanızın size olumsuz yansımaları olmayacaktır. Araştırmaya katılanlara her hangi bir ücret ödenmeyeceği gibi kendilerinden de her hangi maddi talepte bulunulmayacaktır. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Bu koşullar altında araştırmamıza katılmayı kabul etmenizi dileriz. Araştırma süresince sorularınız olması durumunda, mesai saatleri içinde Dr.Neylan ORHAN'a 0216 625 4545-9099 numaralı telefonda ulaşabilirsiniz.

Saygılarımızla.

Doç. Dr. Memnune Çiğdem Apaydın Kaya

Araştırma ekibi adına araştırma danışmanı

## **EK-5**

### **GÖNÜLLÜ ONAY FORMU**

Araştırmacılar tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı olan Marmara Üniversitesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili açıklayıcı bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. Araştırma hakkında soruların olması durumunda ulaşabileceğim bir iletişim telefonu ve imzalamış bulunduğum bu form kağıdının bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün,

Adı-soyadı:

Adresi-telefon no:

İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacı

Adı-soyadı:

İmza:

## EK-6

### ARAŞTIRMACI ÖZGEÇMİŞ:

Adı Soyadı : Neylan ORHAN

Doğum Tarihi ve Yeri : 04.02.1972 , Samsun

Medeni Durumu : Bekar

Telefon : 05320647498

E.posta : neylanorhan@gmail.com

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

Görev Yerleri : 1994-1996 Çorum İskilip Çarısı Sağlık Ocağı

: 1996-2000 Çanakkale Gelibolu Devlet Hastanesi

: 2000-2014 Çanakkale Devlet Hastanesi

: 2014-2016 Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği

: 2016- ..... Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği

Sertifikaları :RİA+MR Uygulama Sertifika Eğitimi

: Kan Bankacılığı ve Transfüzyon Tıbbı Sertifika Eğitimi

: Kan Hizmet Birimleri Denetçi Sertifika Eğitimi

:İşyeri Hekimliği ve İş Güvenliği Uzmanlığı Sertikası

Dernek Üyelikleri : Türkiye Kan Merkezleri Transfüzyon Derneği

.....: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD)

Yabancı Dil :İngilizce

## 8.KAYNAKLAR

- Acquista VW, Wachtel TJ, Gomes CI, Salzillo M, Stockman M. Home-based health risk appraisal and screening program. *Journal of Community Health*, 1998;13(1): 43-52.
- Akdeniz M, Kavukçu E. Dördüncül koruma: Önce zarar verme, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2017;21(2):74-81
- Akgül A. Piramit I: Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi 1-2-3. 2006
- Akpınar A, Ersoy N. Yaşamı destekleyen tedaviler: Ne zaman esirgenmeli? Ne zaman sonlandırılmalı? *Türk Onkoloji Dergisi* 2012;27(1):37-45
- Aksayan S, Gözüm S. Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik algısının önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 1998;2(1):35-41.
- Altıparmak S, Koca Kutlu A. 15-49 yaş grubu kadınlarda sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009;8(5):421-426.
- Aksoy T, Uçar H. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014:53-67
- American Academy of Family Physicians. Health promotion and disease prevention  
AAFP Reprint No. 267  
[http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp\\_org/documents/about/rap/curriculum/health\\_promotion\\_and.Par.0001.File.tmp/Reprint267.pdf](http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp_org/documents/about/rap/curriculum/health_promotion_and.Par.0001.File.tmp/Reprint267.pdf) Erişim Tarihi: 02.12.2017
- Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. *Koruyucu Hekimlik*, 2007;6(2): 113.
- Arıcı M, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Turgan Ç, et al. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması PatenT2. *Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği*, 2012.

- Arslan C, Ceviz D. Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2007;21(5):211-20.
- Ata EE. Hemşirelik Programının Öğrencilerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesine ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2008.
- Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;12(1):1-14
- Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve başa çıkma yolları. 23. Basım. s.23–307. Remzi Kitabevi, İstanbul, 2006
- Bayık A, Altuğ Özsoy S, Ardahan M, Özkahraman Ş, Başalan İz F. Kadınların stres verici yaşam olaylarıyla karşılaşma durumları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9(2):1-12
- Baysal A. Giriş - Genel Tanımlar. Diyet El Kitabı, s.7-39. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 2002
- Beers MH, Berkow R (Çeviri: Özenoğlu A, Artan Ş). Beslenme Bozuklukları. The Merck Manual Tanı Tedavi El Kitabı. s.1-23. Yüce reklam/yayım/dağıtım, İstanbul, 2002
- Bernhardt Jay M, Cameron Kezie A. "Assessing, Understanding and Applying Health Communication Messages: The Challenge of Health Literacy", içinde: Thompson Teresa L. vd., Handbook of Health Communication, London, Lawrence Erlbaum Associates, 2003; 583-605.
- Bostan N, Beşer A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2017;14 (1): 38

- Brotons C, Björkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, Kloppe P, Lionis C, Mierzecki A, Piñeiro R, Pullerits L, Sammut MR, Sheehan M, Tataradze R, Thireos EA, Vuchak J; EUROPREV Network. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med* 2005;40:595-601.
- Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışları. İstanbul: Remzi Kitabevi. 2003
- DeLongis AD, Coyne JC, Dakof G, Folkman S, Lazarus RS. Relationship of daily hassles, uplifts and major life events to health status. *Health Psychology*, 1982;1:119-136.
- Demir Avcı Y. Kişisel sağlık sorumluluğu, *TAF Prev Med Bull*, 2016;15(3):259-66
- Dickey RA, Janick JJ. Lifestyle modifications in the prevention and treatment of hypertension. *Endocr Pract* 2001;7(5):392-9.
- Dönmez A. Denetim odağı: temel araştırma alanları. *Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 1986;19(1):259-80.
- Elmacı N. Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ders Notları, 2013. <http://www.dicle.edu.tr/Contents/e2631764-fea8-4059-b97e-b0a01a453d9c.pdf>. Erişim Tarihi: 11.11.2017
- Erdem Y, Arici M, Altun B, Turgan C, Sindel S, Erbay B, Derici U, Karatan O, Hasanoğlu E, Çağlar S. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTurk study. *Blood Pres.* 2010;19(5):313-318.
- Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlik analizi. *New/Yeni Symposium Journal*, 2013;51(3):132-40
- Ferreira PL. Conceptual Framework Concerning Evaluation of Functional Status Groningen,1995
- Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA*, 2010;303(3):235-241.
- Frank E. Physician health and patient care. *JAMA* 2004; 291:637.



Gençöz F. Uyum Psikolojisi. Kriz Dergisi, 1998;6(2):1-7

Greenberg JS, Myers-Oakes B, Dintiman GB. Wellness: creating a life of health and fitness. p.452. Benjamin-Cummings Publishing Company, San Francisco, 1996

Günvar T, Kuruoğlu E, Toksun A, Erdem A, Güldal D. Birinci basamak hekimleri yaşam tarzı değişikliklerinde ne kadar kararlı? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2011;15(2):43-47

Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi, Merdiven Reklam Tanıtım, Ankara, 2015

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

Hagerty BM, Williams RA. The effect of sense of belonging, social support, conflict, and loneliness on depression. Nursing Research, 1999;48:215-219.

Hamzaoğlu O. Sağlık nedir? Nasıl tanımlanmalıdır? Toplum ve Hekim, 2010;25(6): 403-410

Hapçioğlu B. Sağlıkın sosyal belirleyicileri. Ders Notları, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, 2015. [http://istanbultip.istanbul.edu.tr/ogrenci/wp-content/uploads/2014/11/33-079\\_sagligin.sosyal.belirleyicileri.pdf](http://istanbultip.istanbul.edu.tr/ogrenci/wp-content/uploads/2014/11/33-079_sagligin.sosyal.belirleyicileri.pdf) Erişim Tarihi: 15.12.2017

Hekimoğlu L, Şensoy N. Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların sağlık denetim odağı algılama düzeyleri ve sağlık davranışlarına etkisi, Euras J Fam Med 2014;3(3):157-162

Hengstler P, Battegaya E, Cornuzb J, Bucherc H, Battegaya M. Evidence for prevention and screening: recommendations in adults. Swiss Med Wkly. 2002; 132: 363-373.

- Hiçdurmaz D, Öz F. Stresle başetmenin bir boyutu olarak spiritüalite. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;16(1):50-6
- Jamouille M. First do not harm. J Midlife Health 2015;6(2):51-52.
- Johnston MV, Diab ME, Kim SS, Kirshblum S. Health Literacy, Morbidity and Quality of Life among Individuals with Spinal Cord Injury. J Spinal Cord Med 2005;28(3):230-40.
- Kaya F, Ünüvar R. Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin incelenmesi Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008;7(1):59-64.
- Kaya M, Özvarış ŞB, Atlas H, Altay M. Atik Ç. Aytekin G. Badak E. Ankara'da bir sağlık ocağına ve belediyeye ait bir spor kompleksine başvuran 18 yaş ve üzeri kadınların sağlığı geliştirici yaşam biçim düzeylerinin belirlenmesi. Toplum Hekimliği Bülteni 2009;28(1):8-13
- Kayı İ, Özgülnar N. Sağlığın sosyal belirleyicileri içinde ara halka: sosyal sermaye. Ocak - Şubat 2015;30(1):29-41
- Kılıç M. Kronik Hastalıkların Önlenmesinde Davranışsal Risk Faktörlerinin Önemi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2011;10(6):733-740
- Kıray Vural B. Sağlık riskinin belirlenmesi ve hemşirelik için önemi. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1998;2(2):39-43
- Koenig HG. Research On Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. The Canadian Journal of Psychiatry 2009;54(5):283-91
- Kong, R. Building community capacity for health promotion; A Challenge for public health nurses. Public Health Nursing, 12(5): 312-318. 5. 1995
- Lawrence G and Potvin L. Education, Health Promotion, and Social and Lifestyle Determinants of Health and Disease, Oxford Textbook of Public Health (R Deteles, J McEwen, R Beaglehole and H Tanaka, Oxford University Press, USA, 2002

- Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012;380:219-29.
- Levin JS, Schiller FL. Is there a religious factor in health, *Journal of Religion and Health*, 1987;26(1):9-36.
- Leyens JP, Codol JP. Social Cognition. Eds.: Hewstone, M, Stroebe, W, Codol JP, Stephenson, G.M. In: *Introduction to Social Psychology*. p.89-141, Basil Blackwell, UK, 1988.
- Lundy, KS, Janes, S. Clients in Home Health, Hospice and Long-Term Care Settings: Community Health Nursing Caring for the Public's Health. Sudbury, MA: Jones and Barlett Publishers, 340-348,2001
- Mavili A, Kesen NF, Daşbaşı S. Aile Aidiyeti Ölçeği: bir ölçek geliştirme çalışması. 2014;14(33):29-45
- Mazıcıoğlu, M. ve Uzun, A. Periyodik Sağlık Muayenesi. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği Birinci Aşama Uyum Eğitimi Kurs Notları (s. 113-135), Ankara 2014
- McWhinney IR, Freeman TR. Aile Hekimliği (Çev: Güldal AD), s:209, Medikal Akademi, İstanbul, 2012.
- McWhinney IR, Freeman TR. Aile Hekimliği (Çev: Güldal AD), s:193, Medikal Akademi, İstanbul, 2012.
- Moscovici M. Notes towards a description of social representations, *European Journal of Social Psychology*. 1988;18:211-250.
- Oberg EB, Frank E. Physicians' health practices strongly influence patient health practices. *J R Coll Physicians Edinb* 2009; 39:290-291
- O'Donnell MP. Definition of health promotion 2.0: embracing passion, enhancing motivation, recognizing dynamic balance, and creating opportunities. *Am J Health Promot* 2009;24:iv

- Orgun F. Sağlık Eğitimi ve Sağlığın İyileştirilmesi; Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2014;s.47
- Owens L. The Relationship of Health Locus of Control, Self Efficacy, Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Older Adults. A dissertation presented for the doctor of philosophy degree The University of Memphis. 2006
- Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. 2. Basım, s. 38, Mattek Matbaacılık Basım ve Yayıncılık, Ankara, 2010.
- Özcan S, Bozhüyük A. Sağlığın geliştirilmesi ve aile hekimlerinin rolü, Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC), 2013;7(3):46-51
- Pala K. Sağlık Hizmetleri İçinde İşyeri Hekimliğinin Yeri. İşyeri Hekimliği Ders Notları. 8.Basım, Türk Tabipleri Birliği Yayını, 2004.
- Pekcan G. Beslenme Durumunun Saptanması, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008
- 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):106-112.
- Sağlam FN. Kendini Gerçekleştirenlerin Özellikleri. 2008
- Schmidt H. Personal responsibility for health developments under the german healthcare reform 2007. European Journal of Health Law. 2007;14(3):241-250
- Sezgin D. Sağlık Okuryazarlığını Anlamak, Galatasaray Üniversitesi, 2014  
<http://dergipark.gov.tr/gsuilet/issue/7383/96659>
- Sisk, RJ. Caregiver burden and health promotion. International Journal of Nursing Studies, 37: 37-43.,2000
- Sülü E. Yoğun bakımda yatan çocuk hastaların annelerinin manevi bakım (spiritüel bakım) gereksinimleri. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2006
- Tabak RS, Akköse K. Ergenlerin sağlık denetim odağı algılama düzeyleri ve sağlık davranışlarına etkileri. TAF Preventive Medicine Bulletin 2006;5(2):118-30.

- T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ulusal Hanehalkı Araştırması 2003. Ankara. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 700, 2006:30-59.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım Projesi Araştırma Raporu. Ankara. Gürlər Matbaası Dış Tic. Ltd. Şti. 2004:23- 65.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004. Ankara. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 701, 2007:4-40.[https://www.researchgate.net/publication/288642253\\_The\\_Importance\\_of\\_Behavioral\\_Risk\\_Factors\\_for\\_Prevention\\_of\\_Chronic\\_Diseases](https://www.researchgate.net/publication/288642253_The_Importance_of_Behavioral_Risk_Factors_for_Prevention_of_Chronic_Diseases) Erişim Tarihi: 28.12.2017
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferanslardan Bildiriler, Anıl Matbaacılık, Ankara, 2011
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik “Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi” Rehberi, Deniz Matbaacılık, Ankara, 2011
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, s. 1. Kuban Matbaacılık Yayıncılık, Ankara, 2014.
- T.C.Sağlık Bakanlığı,“Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012” “Sağlık Bakanlığı Yayın No:948 Ankara, 2014
- T.C. Sağlık Bakanlığı “Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması” “Sağlık Bakanlığı Yayın No:909 Ankara, 2013
- T.C. Sağlık Bakanlığı “Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II Çalışması), Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2010

- Teo K, Ounpuu S, Hawken S. Tobaccouse and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. Lancet. 2006;368(9536):647658.[https://www.researchgate.net/publication/288642253\\_The\\_Importance\\_of\\_Behavioral\\_Risk\\_Factors\\_for\\_Prevention\\_of\\_Chronic\\_Diseases](https://www.researchgate.net/publication/288642253_The_Importance_of_Behavioral_Risk_Factors_for_Prevention_of_Chronic_Diseases) Erişim Tarihi: 28.12.2017
- Tokat MA, Okumuş H. Başarılı emzirme için kuram ve modele dayalı hemşirelik uygulamaları nasıl geliştirilir. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2008;3:51-8.
- Tuncer S. Maslow'un İhtiyalar Hiyerarşisi Kuramı ve marka/ihtiyaç ilişkisi. 2006
- Türköl E, Gülsen G. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012;19(3):159-66
- U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Nutrition and Physical Activity. Promoting Physical Activity: A Guide to Community Action. Champaign, IL: Human Kinetics. 1999:15-28.  
[https://www.cdc.gov/stltpublichealth/hop/pdfs/NCCDPHP\\_Factsheet.pdf](https://www.cdc.gov/stltpublichealth/hop/pdfs/NCCDPHP_Factsheet.pdf)  
Erişim Tarihi: 11.11.2017
- Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of HPLP II. Unpublished Manuscript, University of Nebraska Medical Center, 1996.
- Walter FM, Emery J, Perceptions of family history across common diseases: A qualitative study in primary care. Family Practice ,2006;3(5):405-414
- WHO The Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion Ottawa, 17-21 November, 1986.  
<https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/servicesandsupport/ottawa-charter-for-health-promotion?viewAsPdf=true> Erişim tarihi: 15.12.2017

- WHO Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policymakers: Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998
- WHO Division of health promotion, education and communications health education and health promotion unit. Health Promotion Glossary. World Health Organization, Geneva. 1998.
- WHO Regional Publications, European Series, No.92 Evaluation in health promotion. Principles and perspectives, Denmark, 2001
- WHO Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO Technical Report Series: 916, p. 13-91. Geneva, 2003
- WHO Noncommunicable Diseases Country Profiles, 2011.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9\\_789241502283\\_eng.pdf/](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9_789241502283_eng.pdf/)  
Erişim Tarihi: 28.11.2017
- Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression: two questions are as good as many. J Gen Intern Med. 1997;12:439-4
- WONCA EUROPE – 2002. Aile Hekimliği Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. 2002
- Yardıı N, Ggen S, Mollahaliloğlu S. Sağlığın geliştirilmesi: Dünyada ve Türkiye’de mevcut durum. İstanbul Tıp Fak Derg 2009; 72: 29-35.
- Yılmazel G, etinkaya F, Naçar M. Hemşirelik ğrencilerinde sağlığı geliştirme davranışları. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013;12(3):261-70.
- Zaybak A, Fadıloğlu . Üniversite ğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin incelenmesi”, E. . Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2004;20(1):77-95.