



T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**DÜZCE MERKEZ İLÇEDEKİ BİRİNCİ BASAMAKTA
ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİ İLE ÜNİVERSİTE
HASTANESİ ASİSTAN HEKİM VE HEMŞİRELERİNİN
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE
YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

GÜLSÜM ZOROĞLU

DÜZCE 2018



T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**DÜZCE MERKEZ İLÇEDEKİ BİRİNCİ BASAMAKTA
ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİ İLE ÜNİVERSİTE
HASTANESİ ASİSTAN HEKİM VE HEMŞİRELERİNİN
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE
YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. GÜLSÜM ZOROĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Prof. Dr. ATILLA SENİH MAYDA

DÜZCE-2018

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Düzce merkez ilçedeki 1. basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin ve üniversite hastanesinde çalışan asistan hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde çalışan hemşire ve asistan hekimler ile halk sağlığı müdürlüğü, merkez toplum sağlığı merkezi, merkez ilçedeki 19 tane aile sağlığı merkezinde çalışan toplamda 485 kişiye 105 sorudan oluşan anket formu uygulanmıştır. Evren 581 sağlık çalışanından oluşmaktadır. Örneklem seçilmemiştir. Anketin birinci bölümünde 26 soru sosyodemografik özellikler ve sağlıklı ilgili bazı davranışları sorgulayan bazı sorular, 2. bölümde 52 sorudan oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları- II Ölçeği, 3. bölümde 27 soruluk Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR) kullanılmıştır. Araştırma kesitsel tiptedir. Bağımsız Gruplar T Testi, Varyans Analizi (Tek Yönlü ANOVA), Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Spearman Korelasyon Analizi, ki-kare yapılmıştır. $p < 0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %71.3'ü kadın, % 28.7'si erkektir. % 3.3'ü zayıf, % 54.5'i normal, % 30.4'ü fazla kilolu, % 11.9'u obezdir. Katılımcıların. % 11.4'ü lise mezunu, % 12.4'ü yüksekokul, %31.9'u üniversite mezunu iken, % 44.2'si yüksek lisans, doktora ya da uzmanlık eğitimini tamamlamıştır. % 21.4'ünün geliri giderinden az, % 59.2'sinin geliri giderine eşit, % 19.3'ünün geliri giderinden fazladır. SYBD-2 ölçeğinden en yüksek puanları manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler en düşük puanı fiziksel aktivite alt ölçeğinden almışlardır. SYBD-2 ölçeğinden alınan puanlar yaş grubu, cinsiyet, meslek, çalışılan kurum, eğitim, meslekte çalışma süresi, medeni durum, çocuk sahibi olma, gelir durumu kendini iş yaşamında verimli bulma, iş ortamından memnuniyet, düzenli ilaç kullanımı, sağlık algısı ve bazı sağlık davranışlarına göre anlamlı farklılık göstermektedir. Katılımcılar WHOQOL-BREF-TR ölçeğinden en yüksek puanları psikolojik ve sosyal alanda

almışlardır, sonra fiziksel, en son da çevre-TR alanı gelmektedir. Yaşam kalitesiyle ilgili alan puanları cinsiyet, meslek, BKİ, medeni durum, çocuk sahibi olma, çalışılan kurum, kendini iş yaşamında verimli bulma, iş ortamından memnuniyet, gelir durumu, alkol kullanımı, tanı konulmuş hastalık varlığı, diş hekimine gitme durumu, düzenli ilaç kullanımı, sağlık problemi olduğunda sağlık kuruluşuna başvurma, alkol kullanımı, sağlık durumu algısına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Sonuç: Bu çalışmada sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. Ancak her ikisini de etkileyen pek çok faktör olup bu faktörlere yönelik düzeltmeler yapılmalıdır.



ABSTRACT

Aim: In this study, it was aimed to evaluate and compare the healthy lifestyle behaviors and quality of life of health personnel working in the primary health care institutions in Düzce central district and resident doctors and nurses working in university hospital.

Materials and Methods: A questionnaire consisting of 105 questions was conducted with 485 health professionals from nurses and assistant doctors working at Düzce University Health Practice and Research Center, public health directorate, central community health center and 19 family health centers in the central district. The universe is made up of 581 health professionals. This was a cross-sectional study and there was no sample selection. In the first part of the questionnaire, 26 questions were about socio-demographic characteristics and some questions about health related behaviors, Healthy Lifestyle Behaviors- II Questionnaire consisting of 52 questions in the 2nd part, 27 questions in the 3rd part of WHOQOL-BREF- TR was used. Student T Test, Variance Analysis (One Way ANOVA), Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Spearman Correlation Analysis, Chi-square were performed for data analysis. A value of $p < 0.05$ was considered significant.

Results: % 71.3 of the participants were female, and % 28.7 were male. % 3.3 were underweight, % 54.5 were in the normal range, % 30.4 were pre-obese and % 11.9 were obese. % 11.4 were high school, % 12.4 college , % 31.9 university graduated and % 44.2 have completed master's degree, doctorate or specialist education. Income was less than the expense of % 21.4, income was equal to expense of % 59.2, income was more than the expense of % 19.3 of the participants. The highest scores on the SYBD-2 scale were obtained from spiritual development and interpersonal relationships and for the physical activity subscale with the lowest score. Scores taken from the SYBD-2 scale have significantly changed with the age group, gender, occupation, institution being studied, education, occupation, marital status, having child, income status, productive self-efficacy, satisfaction with work environment, regular medication use and some health behaviors. Participants had the highest scores on the WHOQOL-BREF-TR scale, both psychologically and socially domains, then physically, and finally the lowest score from environment-TR domain.

There was a significant difference according to gender, occupation, BMI, marital status, having child, institution being studied, productive self-efficacy, job satisfaction, income status, alcohol use, presence of diagnosed disease, health care provider appeal when there is health problem, health status perception with the domain scores related to quality of life.

Conclusion: In this study, healthy lifestyle behaviors and quality of life of health workers were found to be moderate. However, there are many factors that affect both, and corrections should be made to these factors.



ANAHTAR SÖZCÜKLER

Sağlıklı yaşam biçimi, Sağlık davranışı, Yaşam kalitesi, Hastalık, Sağlığı geliştirme

KEY WORDS

Healthy lifestyle, Health behavior, Quality of life, Disease, Health promotion



İÇİNDEKİLER

	Sayfalar
ÖZET	i
İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)	iii
ANAHTAR SÖZCÜKLER	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sağlık	3
2.2. Yaşam Kalitesi	3
2.2.1. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi	3
2.3. Sağlıkın Korunması	3
2.3.1. Birincil koruma	3
2.3.2. İkincil koruma	4
2.3.3. Üçüncül koruma	4
2.3.4. Dördüncül koruma	4
2.4. Sağlıkın Geliştirilmesi	4
2.4.1. Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi konusunda yapılmış konferanslar	5
2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	6
2.5.1. Beslenme	6
2.5.2. Fiziksel aktivite	8
2.5.3. Sağlık sorumluluğu	9
2.5.4. Kişiler arası ilişkiler	9
2.5.5. Stres yönetimi	9
2.6. Kronik Hastalıklarda Bazı Risk Faktörleri	10
2.6.1. Tütün ve tütün mamülleri kullanımı	10
2.6.2. Alkol kullanımı	10

2.6.3. Fazla kiloluluk ve obezite	10
2.6.4. Fiziksel hareketsizlik	11
2.7. Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013	11
2.8. Konu ile İlgili Yapılan Çalışmalar	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	18
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.3. Araştırmanın Tipi	18
3.4. Araştırmanın Hipotezleri	18
3.5. Araştırmaya Katılma Kriterleri	19
3.6. Araştırmaya Katılmama Kriterleri	19
3.7. Araştırmanın Değişkenleri (Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler)	19
3.8. Araştırmada Kullanılan Araç ve Gereçler	20
3.9. Ön-deneme	21
3.10. Araştırmanın Uygulanması	21
3.11. İstatistik Analiz	21
3.12. Etik komite izni	21
3.13. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	22
3.14. Araştırmanın Bütçesi	22
3.15. Araştırmanın Kısıtlılıkları	22
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA	99
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	122
7. KAYNAKLAR	127
8. EK-1: ANKET FORMU	136
9. EK-2: ETİK KURUL KARAR FORMU	145
10. EK-3: VALİLİK MAKAM OLURU	146

TABLO DİZİNİ

Tablolar	Sayfalar
Tablo 1. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi konusunda yapılan bazı çalışmalar	14
Tablo 2. SYBD-2 ölçeği ile WHOQOL-Bref –TR ölçeğine ait güvenilirlik analizi sonuçları	23
Tablo 3. Araştırmaya katılanların bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	24
Tablo 4. Katılımcıların iş yaşamlarını değerlendirme durumlarının dağılımı	26
Tablo 5. Katılımcıların sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımı	26
Tablo 6. Katılımcıların tanı konulmuş hastalık durumlarının dağılımı	27
Tablo 7. Katılımcıların düzenli olarak ilaç kullanma durumlarının dağılımı	28
Tablo 8. Katılımcıların diş hekimi muayenesi yaptırma durumu ve sağlık problemi olması durumundaki davranışlarının dağılımı	29
Tablo 9. Katılımcıların sağlıkla ilgili bazı davranış ve alışkanlıklarının dağılımı	30
Tablo 10. Katılımcıların SYBD-2 ölçeği puan ortalamaları, ortanca, min-max değerleri	31
Tablo 11. Katılımcıların WHOQOL-BREF-TR puan ortalamaları, ortanca, min-max değerleri	31
Tablo 12. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların yaş gruplarına göre karşılaştırılması	33
Tablo 13. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların cinsiyete göre karşılaştırılması	34
Tablo 14. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların meslek gruplarına göre karşılaştırılması	35
Tablo 15. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların beden	37

kitle indeksine göre karşılaştırılması	
Tablo 16. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların medeni duruma göre karşılaştırılması	38
Tablo 17. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması	39
Tablo 18. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların eğitim durumuna göre karşılaştırılması	40
Tablo 19. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların çalıştıkları kuruma göre karşılaştırılması	42
Tablo 20. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların meslekte çalıştıkları süreye göre karşılaştırılması	44
Tablo 21. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların gelir durumlarına göre karşılaştırılması	45
Tablo 22. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların kendilerini iş yaşamında verimli bulma durumlarına göre karşılaştırılması	47
Tablo 23. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların çalışma ortamları hakkındaki düşüncelerine göre karşılaştırılması	50
Tablo 24. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların sigara içme durumlarına göre karşılaştırılması	51
Tablo 25. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların alkol kullanma durumlarına göre karşılaştırılması	52
Tablo 26. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların tanı konulmuş hastalık varlığına göre karşılaştırılması	53
Tablo 27. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların düzenli ilaç kullanma durumlarına göre karşılaştırılması	54
Tablo 28. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların sağlık	57

durumları hakkındaki düşüncelerine göre karşılaştırılması	
Tablo 29. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların diş hekimi muayenelerini yaptırma durumlarına göre karşılaştırılması	60
Tablo 30. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların sağlık problemleri olduğunda davranma durumlarına göre karşılaştırılması	63
Tablo 31. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların hepatit B aşılarını yaptırma durumlarına göre karşılaştırılması	64
Tablo 32. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların yaş gruplarına göre karşılaştırılması	65
Tablo 33. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların cinsiyete göre karşılaştırılması	66
Tablo 34. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların mesleklerine göre karşılaştırılması	68
Tablo 35. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların beden kitle indeksine göre karşılaştırılması	69
Tablo 36. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların medeni durumlarına göre karşılaştırılması	70
Tablo 37. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların çocuğu olma durumlarına göre karşılaştırılması	71
Tablo 38. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması	71
Tablo 39. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların çalıştıkları kuruma göre karşılaştırılması	73
Tablo 40. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların meslekte çalıştıkları süreye göre karşılaştırılması	75
Tablo 41. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların	76

gelir durumlarına göre karşılaştırılması	
Tablo 42. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların kendilerini iş yaşamında verimli bulma durumlarına göre karşılaştırılması	78
Tablo 43. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların çalıştıkları ortam hakkındaki düşüncelerine göre karşılaştırılması	80
Tablo 44. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların sigara içme durumlarına göre karşılaştırılması	81
Tablo 45. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların alkol kullanma durumlarına göre karşılaştırılması	82
Tablo 46. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların tanı konulmuş hastalık varlığına göre karşılaştırılması	83
Tablo 47. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların düzenli ilaç kullanma durumlarına göre karşılaştırılması	84
Tablo 48. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların diş hekimine muayene olma durumlarına göre karşılaştırılması	86
Tablo 49. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların sağlık problemleri olması durumunda davranış şekillerine göre karşılaştırılması	87
Tablo 50. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların hepatit B aşılarını yaptırma durumlarına göre karşılaştırılması	88
Tablo 51. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların sağlık durumları hakkında düşüncelerine göre karşılaştırılması	91
Tablo 52. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların kan basınçlarını en son ölçtürme zamanlarına göre karşılaştırılması	92

Tablo 53. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların kan şekerini en son ölçtürme zamanlarına göre karşılaştırılması	93
Tablo 54. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların kolesterollerini en son ölçtürme zamanlarına göre karşılaştırılması	95
Tablo 55. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların yemek sofraya geldiğinde tadına bakmadan tuz atma durumlarına göre karşılaştırılması	96
Tablo 56. Katılımcıların tanı konulmuş hastalıkları olma durumunun BKİ gruplarına göre karşılaştırılması	97
Tablo 57. Katılımcıların SYBD-2 ölçeği ile WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden alanlarından aldıkları puanların korelasyonu	98

SİMGELER VE KISALTMALAR

Anti-HBs: Hepatit B Yüzey Antikoru

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BKİ: Beden Kitle İndeksi

Çevre-TR: Çevre Türkiye Alan Skoru

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HbA1C: Hemoglobin A1c

HSM: Halk Sağlığı Müdürlüğü

KW: Kruskal Wallis

MWU: Mann Whitney U

OGTT: Oral Glukoz Tolerans Testi

OR: Odd's Ratio, Tahmini Rölatif Risk

SHS: Suboptimal Sağlık Durumu

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SYBD: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHOQOL-BREF-TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi

Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürümü

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1946 yılında sağlığı “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak tanımlamasından sonra “Yaşam Kalitesi” kavramı fazlasıyla merak uyandıran bir kavram halini almıştır (1). Yaşam kalitesi seçimler yapma fırsatı ve yaşamdan memnuniyet sağlama anlamına da gelir. Sağlık, insanlara çevrelerini yönetme ve hatta değiştirme yeteneği kazandıran bir kaynak olarak öngörülmektedir. Bu sağlık görüşü seçim özgürlüklerini onaylar; bireylerin ve toplumların sağlığını kendileri için ne anlama geldiğinin belirlenmesindeki rolünü vurgular (2).

Yaşlı insanlar daha sağlıklı kaldıkça, engelsiz ve üretken yaşadıkça yaşam kaliteleri daha iyi olacak, topluma katkıları artacak ve belki de onlar için sağlık ve sosyal hizmet sunma maliyeti de bir o kadar azalacaktır. Yaşam kalitesi kavramıyla ilgili olarak “Yaşam kalitesi olmadan uzun ömürlülük içi boş bir ödüldür ve sağlık beklentisi yaşam beklentisinden daha önemlidir” mesajı 1997 deki Dünya Sağlık Raporu’nda yer alan ana mesajlardan biridir (3).

Kronik hastalıklar uzun sürelidir ve yavaş seyir gösterirler. Bulaşıcı olmayan hastalıklar her yıl dünya genelinde 38 milyon insanın ölümüne sebep olmaktadır. Günümüzde tüm toplumları etki altına alan kronik hastalıkların 4 ana grubu kalp ve damar hastalıkları, kanserler, kronik akciğer hastalıkları ve diyabettir. Kronik hastalığa bağlı 16 milyon ölüm 70 yaşın altında meydana gelmektedir. Bu prematür ölümlerin % 82’si düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir. Kardiyovasküler hastalık kaynaklı ölümler yıllık 17,5 milyon kişinin ölümü ile bu ölümlerin çoğunu açıklamaktadır; bunu sırasıyla 8,2 milyon kişi ile kanser, 4 milyon ile respiratuar hastalıklar, 1,5 milyon ile diyabet takip etmektedir. Kronik hastalık kaynaklı ölümlerin % 82’sini bu 4 grup hastalık oluşturmaktadır (4).

Ülkemiz nüfusunun giderek yaşlanması ve yaşam şeklinin değişmesi nedeniyle kronik hastalıklarla mücadele önem kazanmıştır (5). TÜİK ölüm nedeni istatistiklerine bakıldığında kalp hastalıkları tüm ölümler içinde 1. sırada yer almaktadır. Kalp hastalıkları 2015 yılında % 40,3 ile bütün ölüm nedenleri arasında ilk sıradadır (6). Alkol ve tütün kullanımı, hipertansiyon, yüksek beden kitle indeksi, yüksek kolesterol, kan şekeri yüksekliği, yetersiz sebze meyve tüketimi, fiziksel

inaktivite gibi 8 risk faktörü dünya genelindeki kardiyovasküler ölümlerin % 61 'inin nedeni olmaktadır. Aynı risk faktörleri dünya genelinde önde gelen ölüm sebeplerinden biri olan iskemik kalp hastalıklarının 4'te 3'ünün de nedeni olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2009 yılında yayınladığı Küresel Sağlık Riskleri Raporu'nda; belirtilmiş olan bu 8 risk faktörüyle karşılaşmayı azaltmakla küresel yaşam beklentisinin 5 yıl artacağı şeklinde açıklama yapmıştır (7).

Sigara kullanımı, fiziksel hareketsizlik, aşırı alkol tüketimi ve sağlıksız beslenme gibi değiştirilebilir davranışlar, bir kronik hastalıktan ölme riskini artırır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önemli bir bölümü bu 4 faktöre yönelik koruyucu önlemlerle azaltılabilir. Halkın katılımını teşvik etmek, insanların sağlığını etkileyen faktörleri kontrol etmesini sağlamak anlamına gelir. İnsanları sağlıklarını koruyan veya iyileştiren yollarla hareket etmesi sağlanmalıdır (4-2).

Yıllar boyunca sağlığı koruma ve geliştirme denildiğinde insanların aklına öncelikle doktorlar, hemşireler ve hastaneler gelmiş fakat sonraki zamanlarda insanların sağlıklarının yaşam biçimlerinden fazlasıyla etkilendiği anlaşılmaya başlanmıştır (8).

Çeşitli araştırmalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının farklı nedenlerle ortaya çıkan ölümler, yaşam beklentisi, kardiyovasküler hastalıklar, inme, şeker hastalığı ve kanser gibi sağlık sonuçlarına etkileri incelenmiştir. Bu çalışmalarda, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını en üst düzeye çıkaran kişilerde, sağlıklı yaşam biçimi davranışına sahip olmayanlara kıyasla, kronik hastalık morbiditesi veya mortalitesi gelişme riskinin önemli ölçüde azaldığı bulunmuştur (9,10, 11, 12).

Bu çalışmada Düzce merkez ilçedeki 1. basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin ve üniversite hastanesinde çalışan asistan hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü 1946 yılında sağlığı "Sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir." şeklinde tanımlamıştır (1).

2.2. Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi'ni bireylerin yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında ve kendi amaçları, beklentileri, standartları, endişeleri ile ilgili olarak yaşamdaki konumlarını algılayışı olarak tanımlar. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri, inançları, çevresinde dikkat çeken özelliklerden karmaşık şekilde etkilenen bir kavramdır (13).

2.2.1. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi

Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi, bilimsel literatürlerin sentezi ve halk sağlığı ortaklarının tavsiyelerine dayanarak, Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi'ni "bireyin veya grubun zaman içinde algılanan fiziksel ve zihinsel sağlığı" olarak tanımlamıştır (14).

2.3. Sağlığın Korunması

Sağlığın korunması, tüm nüfus ile seçilmiş gruplar hedef alınarak sağlıklı yaşama ve çalışma koşullarını sağlayan, bulaşıcı hastalıkların ve salgınların bulaşmasını önleyen faaliyetleri kapsar. Temel korumada amaç, hastalık riskini arttıran sosyoekonomik ve kültürel yaşam özelliklerinin oluşmasını önlemektir (15,16).

2.3.1. Birincil koruma

Birincil koruma hastalığın oluşmasını önlemeye yönelik eylemlerdir. Birincil korumanın kapsamında; hastalığı önleme faaliyetleri, sağlığın sosyoekonomik belirleyicilerine etki etme ve sağlık risklerini azaltma bulunur. Bu da hastalık

oluşmasını etkileyen etmenlerden kaçınma ile gerçekleştirilir. Ağız ve diş sağlığı eğitimi, sağlık riskleri hakkında danışmanlık ve bilgi sağlanması, gıda takviyesi, çocuk erişkin ve yaşlıların bağışıklama ve aşılması, bunun yanı sıra bulaşıcı bir hastalığa maruz kalan kişilerin aşılması ya da maruziyet sonrası profilaksisi, yol, iş ve ev kazalarından korunma, çevreyi olumlu hale getirme birincil korumanın içerisinde yer alan bazı önlemlerdir (15,16,17).

2.3.2. İkincil koruma

İkincil koruma tarama programlarını kullanarak hastalığın erken teşhisine, veya tedavi sonuçlarını iyileştirmek için hastalığın en erken evrelerinde tespit edilmesine yönelik koruyucu düzenli testlere odaklanır. Temel amaç kronik hastalığın erken tanısıyla ilerlemenin durdurulması ve komplikasyonların önlenmesidir (15,16).

2.3.3. Üçüncül koruma

Üçüncül koruma, hastalığın semptomlarını ve özürüllüğü azaltmak için bakım ve tedavi sağlayarak hastalığın ilerlemesini durdurmaya ve sağlığın iyileştirilmesine odaklanmaktadır. Kronik hastalığa yakalanan kişilerde yapısal, işlevsel ve ruhsal bozulma sonrası kişinin öz bakımını sağlaması için çalışmalar yapılarak eski yaşamına dönmesi sağlanmaya çalışılır (15,16).

2.3.4. Dördüncül koruma

Yeni bir kavram olan dördüncül koruma gereksiz veya aşırı müdahalelerin sonuçlarını hafifletmek veya önlemek için sağlık faaliyetlerini kapsar (15).

2.4. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların kendi sağlığı üzerinde kontrol sahibi olmalarını sağlamaktadır. Sadece tedavi ve iyileştirmeye odaklanmak değil, hastalıkların ana nedenlerini gidermek, hastalıkları önlemek suretiyle bireylerin sağlık ve yaşam kalitesini korumak ve bunun için tasarlanmış çok çeşitli sosyal ve çevresel müdahaleleri kapsar (18).

Sağlığı geliştirme konusuna ilginin artışının temelinde pek çok farklı neden söz konusudur. Bunlar Anderson tarafından 5 başlık altında toplanmıştır (19)

Sağlığın ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik ilginin artması (19),
Kişilerin tüketim hayatındaki eğilimlerle ilişkili olarak kendi yaşamlarını kontrol altına alma isteklerinin artması (19),
Sağlık eğitimi konusundaki geleneksel stratejilerin etkisinin yetersiz kalması (19),
Birçok hastalığın kişilerin yaşam biçimiyle ilişkili olduğunun fark edilmesi (19),
Sağlık hizmeti ve sağlık durumu arasındaki ilişkinin zayıf oluşuna yönelik artan kanıtlar, özellikle de sağlığa yapılan maliyetli yatırımların artmasına rağmen bu kaynakların zayıf geri dönüşü (19).

2.4.1. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusunda yapılmış konferanslar

Ottawa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi 1986 yılında yapılmıştır. Bu bildirmede sağlığı geliştirmede temel stratejiler sağlığa yönelik temel şartların oluşturulması, sağlıkta hakkaniyetin sağlanması, sağlığa yönelik ön şartların sağlık sektörü de dahil olmak üzere toplumun her kesiminin katılımıyla sağlanması gerektiği şeklinde belirtilmiştir (20).

1988 yılında yapılan Adalaide Bildirge'sinde toplum sektörleri arasında işbirliği ve sağlıklı halk politikası esas alınmıştır (20).

Sundsvall Sağlığı Destekleyen Çevreler Konferansı'nda (1991) tüm dünyadaki insanların çevrelerini sağlığı destekleyici hale getirme sürecinde aktif rol alması gerektiği kabul edilmiştir (20).

Jakarta Bildirgesi'nde 21. Yüzyıl'da sağlığın teşviki ve geliştirilmesine dönük eylemler konu alınmış ve bu konudaki çabalara ilk kez özel sektör de dahil edilmiştir (20).

Meksika Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda (2000) ülkelerin kendi içinde ve ülkeler arasında sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesi için temel zorlukların giderilmesi konuları esas alınmıştır (21).

Bangkok Konferansı'nda (2005) küreselleşen dünyada sağlığın belirleyicilerini ele almak için gerekli eylem ve sözler belirlenmiştir (20).

Nairobi Sağlığı Geliştirme Konferansı 2009 yılında yapılmıştır. Bu konferansta ülkeler arasında sağlıkta eşitsizlikten ve sağlığı geliştirme konusunda daha önce kabul edilmiş hedeflerin gerçekleştirilemediğinden bahsedilmiş, sağlıkta eşitsizliklerin yok edilmesi konusunda eylem çağrısında bulunulmuştur (22).

2016 şangay Konferansı'nda sağlıklı yaşam ve iyilik halinin artışının sağlığın 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri doğrultusunda teşvik edilerek, bütün toplumun sağlığı geliştirme sürecine dahil edilmesi ile sağlanabileceği, sağlık ve iyilik hali için çalışan şehirlerin sürdürülebilir kalkınmanın merkezinde olduğu açıklanmıştır (23).

2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlıklı kalmada bireylerin seçim ve sorumlulukları anahtar rol oynamaktadır. Kişinin yaşam biçimini bireysel davranış, sosyal öğrenme ve sosyal evre şekillendirir. Deneyim ve çevresel faktörlerle şekillenen yaşam biçimleri, belirli sağlık risklerinden kaçınmak veya bu riskleri kabul etmek için bireysel kararlar değildir. Bireylere açık seçeneklerin fiziksel, sosyal ve kültürel çevrelerinden ve mali olanaklardan kaynaklanan sınırlılıkları vardır (24).

Birçok yaşam biçimi davranışı sağlığı geliştirir, fiziksel ve zihinsel iyilik halini geliştirir bireyi stresin etkilerinden korurken; bazı davranışlar da sağlığa zarar vermektedir (24).

Sağlıklı yaşam biçimlerini seçmek için fırsatlar ve teşvikler insanların yaşadığı ekonomik ve sosyal koşulları şekillendiren politikalara büyük lde bağımlıdır. Ülkelerin kendi içinde ve ülkeler arasında eşitsizlik, kişilerin yeterli bilgiye sahip olması ve geleneksel tutumlar da yaşam biçimlerini etkilemektedir (24).

2.5.1. Beslenme

2014 yılında dünya genelinde 18 yaş ve üzeri 1.9 milyardan çok yetişkin fazla kilolu (18 yaş ve üstü bireylerin % 39'u), 600 milyondan fazla kişi (18 yaş ve üstü bireylerin % 13') de obezdi. Dünyada; fazla kiloluluk ve obezite zayıflıktan daha çok insanın insanın ölümüne neden olmaktadır (25).

Besinlerin yapısında bulunan besin ögeleri iki gruba ayrılır. Makro besin ögeleri; günlük diyetle fazla miktarda alınanlardır. Karbonhidratlar, yağlar ve proteinler bu gruptadır. Mikro besin ögeleri; vücutta işlevleri çok önemli olmasına karşın az miktarda gereksinim duyulan ve alınanlardır. Vitaminler ve mineraller de bu gruptadır (26).

Besinler içeriklerine göre 5 gruba ayrılmaktadır; 1) Süt ve ürünleri grubu, 2) Et, yumurta, kuru baklagiller ve yağlı tohumlar grubu, 3) Ekmek ve tahıllar, 4) Sebze grubu 5) Meyve grubudur (26).

1. Süt ve ürünleri grubu: Günde yetişkin bireylerin 3 porsiyon, gebe ve emzikli kadınlarla menopoz sonrası kadınların 2-4 porsiyon süt ve ürünlerini tüketmeleri gerekmektedir. Bir orta boy kupa süt 240 mL veya yoğurt 200-240 mL ya da iki kibrit kutusu büyüklüğünde (ortalama 40-60 g) peynir bir porsiyondur (26).
2. Et ve ürünleri, yumurta ve kuru baklagiller ile sert kabuklu yemişler/yağlı tohumlar: Kırmızı et ile tavuk eti, balık, yumurta, kuru baklagiller, sert kabuklu yemişler/yağlı tohumlar, iyi kalitede protein, demir, çinko, fosfor, magnezyum gibi mineraller ile B1, B6, B12 ve A vitamini içeren besinlerdir. Sadece hayvansal kaynaklı besinlerde B12 vitamini bulunur. Yumurta protein kalitesi en yüksek olan yiyecektir. Sağlıklı bireyler etle beslenmedikleri günlerde, haftada 3-4 kez, kalp-damar hastaları haftada 1-2 kez yumurta tüketebilirler. Bu gruptaki besinlerden yetişkin bireyler ve gençler günde 2.5-3 porsiyon tüketmelidir (26).

Porsiyon miktarları şu şekilde belirlenmiştir;

Pişmiş balığın 150 g, pişmiş kırmızı et ve tavuğun 80 g'ı (3-4 ızgara köfte veya 1 el ayası kadar), pişmiş kurubaklagillerin 130 g (8-10 yemek kaşığı), fındık ve cevizin 30 g'ı bir porsiyondur. Bir yumurta yarım porsiyondur.

3. Taze sebze ve meyveler: Günde en az 5 porsiyon (en az 400 g / gün) sebze ve meyve tüketilmeli, bunların en az 2.5-3 porsiyonu sebze, 2-3 porsiyonu meyve olmalıdır. Alınan sebze ve meyveler kendi içlerinde de en az iki porsiyon yeşil yapraklı sebze (ıspanak, brokoli gibi) veya domates gibi diğer sebzeler, meyve ise portakal, limon gibi turunçgiller veya antioksidanlardan zengin diğer meyveler olarak önerilmektedir (26).
4. Ekmek ve tahıllar: Ekmek, pirinç, makarna, erişte, kuskus, bulgur, yulaf, arpa ve kahvaltılık tahıllar tahıl grubu içerisinde. Tahıl ve ürünleri vitaminler, mineraller, karbonhidratlar (nişasta, posa) ve diğer besin ögesi içerikleri nedeniyle sağlık açısından önemli yiyeceklerdir. Tahıllar günde ortalama 3-7 porsiyon tüketilmelidir. Toplam tahıl tüketiminde önerilen en az yarısının tam tahıl olmasıdır (26).
5. Yağlar: Günlük olarak besinlerle alınan enerjinin %20-35'inin yağlardan sağlanması önerilmektedir. Bu oran yağ türleri arasında bir birim katı yağ, bir birim herhangi bir bitkisel sıvı yağ ve bir buçuk veya iki birim (1.5 veya 2 birim) zeytinyağı şeklinde dağılımı yapılır 1; 1; 1.5/2. Günlük yiyeceklerle alınan kolesterol miktarının yetişkinlerde 300 mg ve gebe kadınlarda 200 mg' ın altında tutulması önerilmektedir (26).

2.5.2. Fiziksel aktivite

Yetersiz fiziksel aktivite, dünya geneli ölümlerde önde gelen risk faktörlerinden biridir. Fiziksel aktivite yapmanın önemli yararları vardır ve bulaşıcı olmayan hastalıklardan korur. Dünya genelinde 4 yetişkinden 1'i yeteri kadar aktif değildir. DSÖ Üye Devletleri yetersiz fiziksel aktiviteyi 2025 yılına kadar % 10 azaltmak konusunda uzlaşmaya vardılar (27).

2013 yılında yayınlanan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nın sonuçlarına göre; boş zamanlarda yapılan fiziksel aktivite durumuna göre erkeklerin yüzde 23'ü yeterli, yüzde 22'si orta ve yüzde 55'i düşük düzeyde fiziksel aktivite yapmakta iken, bu sonuçlar kadınlarda sırasıyla yüzde 13, yüzde 18 ve yüzde 69 olarak bulunmuştur. Erkek ve kadınlarda yeterli ve orta düzeyde fiziksel aktivite yapma durumu yaşla beraber azalmaktadır (5).

DSÖ, fiziksel aktiviteyi iskelet kası tarafından üretilen, çalışırken, oynarken, ev işleriyle uğraşırken, seyahat ederken ve eğlence amaçlı çalışmalarda yer alan aktiviteler de dahil olmak üzere enerji harcanmasını gerektiren herhangi bir bedensel hareket olarak tanımlar. "Fiziksel aktivite" terimi, planlanmış, yapılandırılmış, tekrarlayan ve fiziksel uygunluğun bir veya daha fazla bileşenini geliştirmeyi veya sürdürmeyi hedefleyen bir fiziksel aktivite alt kategorisi olan "egzersiz" ile karıştırılmamalıdır (27).

18-64 yaş arasındaki yetişkinler haftada en az 150 dakika orta şiddette fiziksel aktivite yapmalı ya da haftada en az 75 dakika şiddetli yoğunlukta fiziksel aktivite yapmalı veya eşdeğer orta ve şiddetli yoğunluk aktivitesi kombinasyonu yapmalıdır (27).

Ek sağlık faydaları için, yetişkinler ılımlı yoğunluklu fiziksel aktivitelerini haftada 300 dakikaya veya eşdeğer bir seviyeye çıkarmalıdır. Kas güçlendirici faaliyetler, haftada 2 veya daha fazla gün içinde büyük kas grupları ile yapılmalıdır (27).

2.5.3. Sağlık Sorumluluğu

Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğu Geliştirme Programı'nda (2013-2023) sağlığın bireysel becerilerinin geliştirilmesi konusunda toplumdaki bireylerin kendi sağlıklarına yönelik sorumluluk alabilecekleri bilgi ve sosyal desteğin sunulması hedeflenmiştir (28).

2.5.4. Kişiler arası ilişkiler

Günlük dilde çoğunlukla ilişki, etkileşim ve iletişim kavramları birbirinin yerine geçecek şekilde kullanılmaktadır. İlişki kavramının daha genel bir kavram olarak iletişim ve etkileşim kavramlarını da içermektedir. İletişim olmadan etkileşim ve dolayısıyla ilişki de oluşmaz. Bu anlamda iletişim ilişkilerin en küçük birimidir (29).

2.5.5. Stres yönetimi

Bilinçli olmasa da stresin kaynağı çoğunlukla bireyin kendisidir. Stres azaltma eğitiminde yer alan teknikler şunları içerir;

Birey kendini kontrol etme becerisini, bedenini okuma heyecan düzeyini değerlendirme yeteneği kazanmalıdır. Birey derin gevşeme becerisini öğrenmelidir. Derin gevşeme bedenin fiziksel olarak kendini otomatik süreçlere teslim etmesidir. Tam gevşeme yönteminde ise stres sonucu gerginleşmiş kas grupları bilinçli bir şekilde gevşetilmesi sağlanır (30).

2.6. Kronik Hastalıklarda Bazı Risk faktörleri

2.6.1. Tütün ve tütün mamülleri kullanımı

Türkiye genelinde 15 ve daha yukarı yaşta bireylerin 2008 yılında %31,3'ü her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamullerini kullanmakta iken 2012 yılında yaklaşık olarak %27'ye düşmüştür (31).

Tütün ve tütün mamulü kullanımını erkeklerde %47,9'dan %41,4'e, kadınlarda ise %15,2'den %13,1'e düşmüştür (31).

Yaş grubuna göre tütün ve tütün mamulü kullanımına bakıldığında, en çok 25-34 ile 35-44 yaş grubundaki bireyler her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamulü kullandıklarını ifade etmişlerdir. 25-34 yaş grubu için 2008 yılında %40,3 iken, 2012 yılında %34,9'dur. 35-44 yaş grubunda ise 2008 yılında %39,6 iken, 2012 yılında %36,2'dir (31).

2.6.2. Alkol kullanımı

Türkiye Sağlık Araştırması 2014 sonuçlarına göre 15 yaş ve üzeri alkol kullanımı % 14.9, erkeklerde % 24.3 kadınlarda ise % 5.8 olarak bulunmuştur. Alkol kullanma durumuna yaş grubuna göre bakıldığında en yüksek erkeklerde % 31, kadınlarda % 10 ve toplamda % 20.5 ile 25-34 yaş aralığındadır (32).

2.6.3. Fazla kiloluluk ve obezite

Onbeş yaş ve üzeri bireylerde beyana dayalı vücut kitle indeksine bakıldığında 2012 yılında obez bireyler % 17.2 iken 2014 yılında % 19.9'a

yükselmiştir. Kadınlara bakıldığında % 20.9'dan % 25.4'e; erkeklerde ise % 13.7'den % 15.3'e yükselmiştir (32).

2.6.4. Fiziksel hareketsizlik

15 yaş ve üzeri bireylerin günlük faaliyet durumlarına bakıldığında çoğunlukla oturan veya duranlar erkeklerde % 30.8, kadınlarda % 46 toplamda ise % 38.5'tir. Çoğunlukla yürüyüş ve orta derecede fiziksel güç gerektiren işleri yapanlar toplamda % 53.3'tür (32).

2.7. Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013

Öykü ve ölçümle elde edilen verilere göre araştırmada hesaplanan toplam hipertansiyon prevalansı yüzde 24 olup; erkeklerde yüzde 21, kadınlarda yüzde 26 olarak bulunmuştur (5).

Hipertansiyon prevalansı hem kadınlarda hem de erkeklerde yaşla birlikte artmaktadır. Hipertansiyon prevalansı 45-54 yaş grubundan başlayarak, her yaş grubunda kadınlarda daha yüksektir (5).

Araştırmaya katılanların yüzde 28'i ailesinde en az bir kişide diyabet olduğunu belirtmiştir. Kendisinde diyabet olduğunu bildirenler yaklaşık olarak yüzde 8 olup kadınlarda (yüzde 9) erkeklerden (yüzde 7) biraz daha fazladır. Toplumdaki kişilerin yüzde 16'sı prediyabetiktir. 15 yaş üzeri grupta, diyabet hastalığı ve ilaç kullanma öyküsü ile açlık plazma glukozu ölçümüne dayalı olarak belirlenen diyabet tanısına göre, araştırma grubunda diyabet sıklığı yüzde 11 bulunmuştur (5).

2.8. Konu ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Çin de 2972 öğrenci ile yapılmış bir çalışmada katılımcılar başlangıçtaki sağlık durumu ve yaşam tarzı açısından değerlendirildi ve supoptimal sağlık durumunda (SHS) olan 2972 katılımcı 1.5 yıl boyunca takip edildi. SHS'li 2972 öğrenciden 422'sinin 1.5 yıllık izlemde sağlık durumunun iyileştiği, 579'unun hastalık durumuna ilerlediği ve 1971'inin SHS'de kaldığı gösterilmiştir. Düzeltilmiş demografik değişkenlerle yapılan çok değişkenli regresyon analizlerinde, sağlık durumu ile sağlığı teşvik edici yaşam tarzı arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur

($P < 0.05$). Sağlıklı bir yaşam tarzıyla (minimum maruziyet) karşılaştırıldığında, 'kötü' bir yaşam tarzında (en yüksek maruz kalma seviyesi) SHS'yi geliştirme riski 30 kat artmış; optimal olmayan bir yaşam tarzını yaşayan kişilerde SHS'ye yaklaşık 4 kat daha fazla yakalanma riski olduğu anlaşılmıştır (33).

İran 'da 2013 yılında yapılmış kesitsel bir çalışmada 60 yaş üstü 500 kişi örnekleme alınmıştır, SYBD 2 ölçeği kullanılarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi karşılaştırılması yapılmıştır. Yaşlılarda yaşam kalitesi ve SYBD (sağlıklı yaşam biçimi davranışları) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. ($r = 0.42$, $P < 0.05$) SYBD II alt bölümlerine bakıldığında, yaşlılarda yaşam kalitesini önemli şekilde etkileyen alt bölümler manevi gelişim, stres yönetimi ve fiziksel aktiviteden oluşmaktadır ($P < 0.05$) (34).

Çin de yapılan kesitsel bir araştırmada, 2012-2013 yılları arasında 12-80 yaş arasındaki 24159 kişiden oluşan kümelenmiş bir örneklem üzerinde gerçekleştirildi. 24159 katılımcının SHS'si (% 46.0) ve hastalık durumu (% 35.2) olan kişiler sağlıklı bireylerden (% 18.8) çok daha yüksek bir yüzdeydi. Regresyon analizleri sağlık durumu ile sağlıklı yaşam tarzı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur ($P < 0.001$). Sağlıksız yaşam tarzının SHS ve hastalık, özellikle de önceden oluşmuş hastalık için önemli bir risk faktörü olduğu anlaşılmıştır. Genel nüfusta SHS için başlıca risk faktörlerinin, kötü stres yönetimini, yetersiz kendini gerçekleştirme, yetersiz fiziksel aktivite ve kötü kişiler arası ilişkiyi içerdiği tespit edilmiştir (35).

İzmir'de sağlıklı 100 öğrenciyle yapılmış bir çalışmada SYBD-2 ve WHOQOL-BREF ölçekleri kullanılmıştır. SYBD 2'nin toplam skoru 131.1 ± 18.2 (min-max: 78-184) olarak bulunmuştur. Toplam WHOQOL-BREF skoru $89,6 \pm 10,05$ (min-max: 63-112) olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, SYBD-II'nin WHOQOL-BREF ile anlamlı bir ilişkisi ($r = 0.53$, $p < 0.001$) olduğu ve sağlıklı yaşam tarzı skoru arttıkça hayat kalitesi skalası skorunun da arttığı saptanmıştır (36).

Tahran'da 389 beta talasemili hastayla yapılmış kesitsel bir çalışmada sağlıklı yaşam biçimi ve yaşam kalitesinin ilişkisi incelenmiştir. B-talasemi bulunan

erişkinlerde sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, ruhsal gelişim ve kişiler arası ilişkiler yaşam kalitesi için belirleyici prediktif faktörler olduğu tespit edilmiştir. Bu 4 alt birimin varyansın % 37.9'unu açıkladığı hesaplanmıştır (37).

Orta yaş grubunda 15.708 kişinin katıldığı bir araştırmada sağlıklı yaşam biçimini yeni benimseyen kişilerde (günlük 5 yada daha fazla sebze meyve tüketmek, düzenli egzersiz, sigara içmeme, BKİ'ni (beden kitle indeksi) 18.5-29.9 kg/m² aralığında tutma) bu yaşam biçiminin kardiovasküler hastalık ve ölüm hızlarına etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada sağlıklı yaşam biçimini yeni benimseyen kişilerde benimsemeyen kişilere göre takip eden 4 yıl içinde toplam mortalite ve kardiovasküler hastalık vakalarının daha az olduğu, yararın da hızlı bir şekilde olduğu görülmüştür. Yeni uygulayıcılarda takip eden 4 yıl içinde daha düşük kardiyovasküler hastalık vakalarının (OR 0.65,% 95 GA, 0.39-0.92) ve tüm nedenlere bağlı mortalitenin (OR 0.60,% 95 Güven Aralığı 0.39-0.92) daha düşük olduğu görülmüştür (12).

SENECA Çalışması'nda yaşlı insanlar arasında, sigara içmemek, fiziksel olarak aktif olmak ve yüksek kalitede bir diyet uygulamayı içeren üç sağlıklı yaşam biçiminin tek ve kombine etkisi araştırılmıştır. Çalışma popülasyonu 70-75 yaş arası 631 erkek ve 650 kadından oluşmuştur. Bir yaşam biçimi skoru, yaşam tarzı faktörlerinin fiziksel aktivite, beslenme kalitesi ve sigara içme alışkanlıklarının skorlarının toplanması ile hesaplanmıştır. Yaşam biçimi faktörleri tek tek ve yaşam biçimi skoru mortaliteyle ilişkili bulunmuştur. 70-75 yaşlarında bile sigara içmek, düşük kaliteli bir diyet yapmak ve fiziksel olarak inaktif olmak gibi sağlıksız yaşam tarzı davranışları tek başına yüksek mortalite riski ile ilişkilidir. Ölüm riski, iki sağlıksız yaşam biçimi davranışının tüm kombinasyonları ile daha da artmıştır (10).

Tablo 1. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi konusunda yapılan bazı çalışmalar

Araştırmacılar	Tarihi Yeri	Sonuçlar
E. Türkol G. Güneş,	2012 Malatya	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesinde ihtisas yapan 235 asistanla yapılan çalışmada asistanların SYBD alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek puan sırasıyla kişiler arası ilişkiler (23.72 ± 3.73) ve kendini gerçekleştirme alt ölçeklerinden, en az puan sırasıyla fiziksel aktivite (14.68 ± 4.24) ve stres yönetimi (17.00 ± 3.76) alt ölçeklerinden almışlardır. Asistanların genel sağlık durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında kendini gerçekleştirme ve kişiler arası ilişkiler dışındaki ölçeklerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (38).
Fatma Emel Çetin	2015 Ankara	Ankara HSM ve Merkez İlçedeki TSM'lerde çalışan sağlık çalışanları ile yapılmış çalışmada en yüksek puan tinsellik alt ölçeğinden ($25,44 \pm 4,15$), en düşük puan fiziksel aktivite alt grubundan ($16,35 \pm 4,86$) alınmıştır. Araştırmaya katılanların yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk durumu ve meslekte çalışma yılına göre BKİ

durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Araştırmaya katılanların yaş, BKİ, medeni durum, meslek durumu, meslekte çalışma yılı ve alkol kullanma durumuna göre kronik hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$) (39).

Meltem	2007	Afyon ve Denizli'deki Üniversite
Yalçinkaya,	Afyon	Hastanelerinde ve devlet
Fadime	Denizli	hastanelerinde görev yapan sağlık
Gök Özer		çalışanları ile çalışma yapılmış.
Ayla		Kadınların erkeklere göre sağlık
Yavuz		sorumluluğu ve beslenme alt
Karamanoğlu		boyutlarından daha yüksek puan
		aldıkları, 40 yaş ve üzeri grubunun,
		beslenme sağlığı geliştirme
		davranışını daha yüksek düzeyde
		uyguladıkları, lisans mezunlarının,
		genel toplamda ve egzersiz dışındaki
		tüm alt boyutlarındaki puan
		ortalamaları diğer çalışanlara daha
		yüksek olarak bulunmuştur. Sağlık
		çalışanlarının çalışma yılı, çalıştığı
		hastane, çalıştığı bölümlere göre
		sağlıklı yaşam biçimi davranışları
		incelendiğinde aralarında istatistiksel
		olarak anlamlı fark vardır
		($p<0.05$)(40).

Handan Selçuklu Çetiner	2014 İstanbul	İstanbul ilindeki bir eğitim ve araştırma hastanesinde 858 sağlık çalışanı ile bir çalışma yapılmış. Hastane çalışanlarında SYBD ölçeğinin genel puan ortalaması $126,02 \pm 22,24$ tür. Ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamaları sırasıyla; sağlık sorumluluğu $20,89 \pm 4,95$, fiziksel aktivite $15,93 \pm 5,55$, beslenme $20,62 \pm 4,42$, manevi gelişim $25,94 \pm 4,85$, kişilerarası ilişkiler $25,10 \pm 4,47$ ve stres yönetimi $17,52 \pm 4,09$ dur (41).
Nesibe Şimşekoğlu	2013 Düzce	Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde 206 hemşire ile yapılmış. Çalışmada en yüksek puan kendini gerçekleştirme puanının $35 \pm 0,4$, sağlık sorumluluğunun $23 \pm 0,38$, beslenmenin $15,7 \pm 0,23$, kişiler arası desteğin $19,45 \pm 0,23$, stres yönetiminin $16,6 \pm 0,25$, en düşük puan ise $9,34 \pm 0,25$ egzersizden alındığı görülmektedir. Kronik hastalık durumuna göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada kronik hastalığı olan hemşirelerin stres yönetimi puan ortalaması anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p < 0,05$) (42).

Habibe	2013	Isparta il merkezinde bazı toplum öncüsü meslek üyeleri ile yapılan çalışmada SYBDÖ'den alınan toplam puan için araştırma grubunun ortalama ve standart sapması $136,3 \pm 22,0$ 'dı. SYBDÖ toplam puan açısından meslek grupları arasında anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$). Egzersiz alt faktöründe mesleklere göre anlamlı farklılık yoktu. Meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu ($\chi^2=0,001$). Kronik hastalık olma durumunda mesleksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Bireylerin meslekte çalışma yılına göre ölçekten aldıkları toplam puan anlamlı olarak değişmekteydi ($p=0,019$) (43).
Özçelik	Isparta	

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 1 Temmuz 2017-31 Eylül 2017 tarihleri arasında Düzce Halk Sağlığı Müdürlüğü, Merkez İlçedeki Toplum Sağlığı Merkezi ve 19 Aile Sağlığı Merkezinde, Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yapılmıştır.

Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Konuralp'de Sağlık Bakanlığına bağlı olarak Göğüs Hastalıkları Hastanesi olarak kurulmuş; 1998 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesine ayrılmış binada hizmet vermeye başlamıştır. Düzce Üniversitesinin kurulması sonrasında Düzce Üniversitesine bağlanmış ve 2009 yılında 320 yatak kapasiteli yeni binaya taşınmıştır. 2017 yılı sonunda ek bina inşaatı tamamlanmıştır (44).

5258 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında kanun 24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete'de, Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Düzce ilimizde 15.09.2005 tarihinde Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına geçilmiştir (45).

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme:

Araştırmanın evreni: Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde çalışan 215 hemşire ile 138 asistan hekim, Düzce Halk Sağlığı Müdürlüğünde çalışan 49, Düzce Merkez Toplum Sağlığı Merkezinde çalışan 57, merkez ilçedeki 19 tane aile sağlığı merkezinde çalışan 120, toplamda 581 sağlık çalışanı araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

Araştırmanın örnekleme: Örneklem seçilmemiş olup evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir.

3.3. Araştırmanın Tipi: Kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.4. Araştırmanın Hipotezleri:

- a) H_0 : Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanı meslek durumuna göre anlamlı fark göstermemektedir.

H₁: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanı meslek durumuna göre anlamlı fark göstermektedir.

b) H₀: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanı, yaşa göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

H₁: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanı yaşa göre anlamlı fark göstermektedir

c) H₀: Kronik hastalık varlığı BKİ'ne göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

H₁: Kronik hastalık varlığı BKİ'ne göre anlamlı farklılık göstermektedir.

d) H₀: WHOQOL-Bref –TR alan puanları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

H₁: WHOQOL-Bref –TR alan puanları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir.

3.5. Araştırmaya Katılma Kriterleri: 1 Temmuz 2017-31 Eylül 2017 tarihleri arasında Düzce Halk Sağlığı Müdürlüğü, Merkez İlçedeki Toplum Sağlığı Merkezi ve Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan sağlık çalışanları ve Düzce Üniversite Hastanesi'nde çalışan asistan hekim ve hemşirelerden olup araştırmaya katılmayı kabul etmek.

3.6. Araştırmaya Katılmama Kriterleri: Düzce Halk Sağlığı Müdürlüğü, Merkez İlçedeki Toplum Sağlığı Merkezi ve Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışmıyor olmak. Düzce Üniversite Hastanesi'nde çalışan asistan hekim ve hemşirelerden olmamak. Araştırmaya katılmayı kabul etmemek,

3.7. Araştırmanın Değişkenleri (Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler):

Bağımlı Değişkenler: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek toplam ve alt ölçek puanları, WHOQOL-BREF-TR alan puanları, kronik hastalık varlığı

Bağımsız Değişkenler: Cinsiyet, medeni durum, çocuğu olma durumu, eğitim durumu, meslek, beden kitle indeksi, çalışılan kurum, meslekte çalışma süresi, gelir durumu, kendini iş yaşamında verimli bulma, çalışma ortamı hakkında düşünce, sigara içme, alkol tüketimi, tanı konulmuş hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, , diş hekimine muayene olma durumu, sağlık problemi olduğunda davranış şekli, hepatit B aşısı yaptırma durumu, sağlık durumu algısı, kan basıncı, kan şekeri ve kolesterolü en son ölçtürme zamanı, tuz atma davranışı.

3.8. Araştırmada Kullanılan Araç ve Gereçler: Araştırmaya katılanlara 105 sorudan oluşan anket formu uygulanmıştır. Anketin ilk bölümünde 11 soru sosyodemografik özelliklere yönelik, 2 soru iş ortamıyla ilgili, 13 soru sağlıkla ilgili bazı davranış ve alışkanlıkları sorgulanmaktadır.

Anketin 2. bölümünde 52 sorudan oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları- II Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçmektedir. Bu ölçeğin Sağlık Sorumluluğu, Fiziksel Aktivite, Beslenme, Manevi Gelişim, Kişilerarası ilişki, Stres Yönetimi olmak üzere 6 alt grubu bulunmaktadır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin geçerliliği ve güvenilirliği 2008 yılında Bahar Z. ve arkadaşları tarafından yeniden yapılmış olup ölçeğin alpha değeri 0.92 olarak bulunmuştur (46).

Anketin 3.bölümünde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR) kullanılmıştır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği DSÖ tarafından geliştirilmiş, Eser ve arkadaşları tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (47). Ölçeğin uzun (WHOQOL-100) ve kısa (WHOQOL-27) formu olmak üzere iki sürümü vardır. Ölçek bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel iyilik hallerini ölçmekte ve 26 sorudan oluşmaktadır. Türkiye sürümü (27. soru ulusal sorudur) kullanıldığında Çevre alan skoru çevre-TR olarak adlandırılır. Bu durumda Çevre-TR alan skoru çevre skoru yerine kullanılır. Ölçek yaşlı olmayan yetişkinlere uygulanabilmektedir. Her bir alan, birbirinden bağımsız olarak kendi alanındaki yaşam kalitesini ifade ettiği için, alan puanları 4-20 arasında hesaplanmaktadır. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır.

3.9. Ön-deneme: 1 Haziran 2017 tarihinde 5 araştırma görevlisine anket formu uygulanmıştır. Uygulama sonrası birkaç soruda düzeltmeler yapılmıştır.

3.10. Araştırmanın Uygulanması: Doğum izninde olanlar çalışma dışında bırakılmıştır. Ulaşılan kişilere araştırma hakkında bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 489 kişiye anket formu dağıtılmıştır, anketi kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Anketler mesai saatleri içinde ve nöbet şeklinde çalışan birimlerde çalışanların nöbetlerine göre hastaneye gidilerek verildi. Anketi dolduranlardan 4 kişi yarıda bıraktığı için araştırma dışında bırakılmıştır. Toplamda evrenin % 83.5'ine (485 kişi) ulaşılmıştır.

3.11. İstatistik Analiz: Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerde kategorik ölçümlere ait değerlerde sayı ve yüzde, sayısal değişkenlerin normal dağılıma uyması durumunda ortalama, standart sapma, normal dağılıma uymaması durumunda 25-50-75. persentil değerleri, minimum ve maksimum değerler hesaplanmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğuna Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk Testleri kullanılarak bakılmıştır. Verilerin normal dağılıma uymaması durumunda Mann-Whitney U, Kruskal Wallis testi ile Spearman sıra korelasyon analizleri kullanılmıştır. Gruplar arası farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak amacıyla yapılan ikişerli karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi ile yapıldı ve Bonferroni düzeltmesi kullanılarak değerlendirildi. Normal dağılıma uyan verilerde İki Bağımsız Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Spearman korelasyon katsayısının 0,01-0,19 arasında olması önemsiz ilişki, 0,20-0,49 arasında olması düşük düzeyde ilişki, 0,50-0,69 arasında olması orta seviyede ilişki olarak yorumlanmıştır(48). Veriler SPSS 22 paket programı ile değerlendirilmiştir. $p < 0,05$ değeri istatistiki anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3.12. Etik Komite İzni: Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu'nun 02/05/2017 tarihli ve 2017/80 sayılı araştırmanın yapılmasında etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına dair yazılı karar alınmıştır. Araştırmanın Düzce Halk Sağlığı Müdürlüğü, merkez TSM ve merkez ilçedeki aile sağlığı merkezlerinde yapılabilmesi için Valilik Makamı'ndan 29/06/2017 12651140/020 sayılı yazılı onay alınmıştır. Çalışmada Dünya Sağlık

Örgütü'nün Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Sürümü'nü kullanabilmek için Dünya Sağlık Örgütü WHOQOL Türkiye Merkezi'nden 20/06/2017 tarihinde izin alınmıştır.

3.13. Araştırmanın Zaman Çizelgesi:

	Kasım 2016	Aralık 2016	Ocak 2017	Şubat 2017	Mart 2017	Nisan 2017	Mayıs 2017	Haziran 2017	Temmuz 2017	Ağustos 2017	Eylül 2017	Ekim 2017	Kasım 2017	Aralık 2017	Ocak 2018	Şubat 2018	Mart 2018	Nisan 2018	Mayıs 2018	Haziran 2018	
Konu seçimi	X																				
Kaynak inceleme	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Hazırlık		X	X	X	X	X	X	X													
Veri toplama									X	X	X	X	X	X							
Değerlendirme												X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Analiz																X	X	X	X	X	X
Yazım				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3.14. Araştırmanın bütçesi: Araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3.15. Araştırmanın Kısıtlılıkları: Araştırma sadece belirtilen kurumlarda çalışılan kişilerle sınırlıdır. Araştırma sadece sağlık çalışanları ile yapıldığı için uygun ortam olmaması nedeniyle de vücut ağırlığı ve boy bilgisi katılımcıların kendi beyanlarına dayanılarak alınmıştır. Anket sorularının uzunluğu ve anketin mesai saatlerinde gidilerek uygulanması katılımcıların dikkatini toplamasında zorlanmasına neden olmuş olabilir. WHOQOL-BREF-TR ölçeğinde yer alan cinsel yaşamla ilgili soruya bazı katılımcılar cevap vermemiştir.

4. BULGULAR

4.1. SYBD-2 Ölçeği ile WHOQOL-Bref –TR Ölçeğine Ait Güvenilirlik Analizi

Sonuçları

Tablo 2’de katılımcıların SYBD-2 ölçeği ile WHOQOL-Bref –TR ölçeğine ait güvenilirlik analizi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 2. SYBD-2 ölçeği ile WHOQOL-Bref –TR ölçeğine ait güvenilirlik analizi sonuçları

SYBD-2 Ölçek alt boyutları ve Ölçek toplamı	Cronbach-Alpha Değerleri
Sağlık sorumluluğu	0.796
Fiziksel aktivite	0.871
Beslenme	0.657
Manevi gelişim	0.775
Kişiler arası ilişkiler	0.770
Stres yönetimi	0.718
SYBD-2 toplam	0.927
WHOQOL-Bref –TR Ölçek alanları	
Fiziksel	0.787
Psikolojik	0.813
Sosyal	0.706
Çevre-TR	0.759

4.2. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya katılanların yaşları 21 ile 56 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 34.7 ± 7.2 'dir. Maksimum çocuk sayısı 5'tir, kız çocuk sayı ortalaması 0.4 ± 0.7 , erkek çocuk sayı ortalaması 0.4 ± 0.6 , toplam çocuk sayı ortalaması 0.9 ± 0.9 'dur.

Tablo 3’de katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir. Katılımcıların % 36.4’ü 21-30 yaş grubunda, % 41.4’ü 31-40 yaş grubunda, % 22.2’si 41-56 yaş grubunda; %71.3’ü kadın, % 28.7’si erkektir. BKİ ortalaması 24.8 ± 4.1 olup minimum değer 14,8, maksimum değer 40.2’dir, katılımcıların % 3.3’ü zayıf, % 54.5’i normal, % 30.4’ü fazla kilolu, % 11.9’u obezdir. % 46.3’ünün çocuğu

yoktur, % 22.4'ünün 1 çocuğu, % 25.4'ünün 2 çocuğu, % 5.8'inin 3 ve daha fazla sayıda çocuğu vardır. % 11.4'ü lise mezunu, % 12.4'ü yüksekokul, %31.9'u üniversite mezunu iken, % 44.2'si yüksek lisans, doktora ya da uzmanlık eğitimini tamamlamıştır. % 43.3'ü hemşire, %25.3'ü asistan hekim, %10.6'sı ebe, %10.4'ü aile hekimi, %3.9'u sağlık teknisyeni, %1.9'u toplum sağlığı merkezi hekimi, % 1.4'ü sağlık memuru, %0.8'i halk sağlığı müdürlüğü hekimi, %0.8'i diş hekimi, % 0.4'ü psikolog, % 0.4'ü diyetisyen, % 0.2'si röntgen teknikeri, %0.2'si biyolog, % 0.2'si tıbbi sekreter, % 0.2'si sosyal çalışmacıdır. % 69.5'i evli, % 27.2'si bekar, % 3.1'i boşanmış ya da eşinden ayrı yaşıyor, % 0.2'sinin eşi ölmüştür. % 21.0'i bir aile sağlığı merkezinde, % 9.7'si halk sağlığı müdürlüğünde, % 9.3'ü toplum sağlığı merkezinde, % 60.0'ı Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışmaktadır. % 36.9'u meslekte 5 yıl ve daha kısa süre, % 35.1'i 5.5 ile 15 yıl arasında, % 28'i 16-32 yıldır çalışmaktadır. % 21.4'ünün geliri giderinden az, % 59.2'sinin geliri giderine eşit, % 19.3'ünün geliri giderinden fazladır.

Tablo 3. Araştırmaya katılanların bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

		N	Yüzde
Meslek	Hemşire	209	43.3
	Asistan hekim	122	25.3
	Ebe	51	10.6
	Aile hekimi	50	10.4
	Sağlık teknisyeni	19	3.9
	Toplum sağlığı merkezi hekimi	9	1.9
	Sağlık memuru	7	1.4
	Halk sağlığı müdürlüğü hekimi	4	0.8
	Diş hekimi	4	0.8
	Psikolog	2	0.4
	Diyetisyen	2	0.4
	Röntgen teknikeri	1	0.2
	Biyolog	1	0.2
	Tıbbi sekreter	1	0.2
	Sosyal çalışmacı	1	0.2
	Toplam	483	100.0
Çalışılan kurum	Aile sağlığı merkezi	102	21.0
	Halk sağlığı müdürlüğü	47	9.7
	Toplum sağlığı merkezi	45	9.3
	Düzce Üni. Araştırma ve Uygulama Hastanesi	291	60.0
	Toplam	485	100.0
Meslekte çalışma süresi	5 yıl ve altında	171	36.9
	5.5-15 yıl	163	35.1
	16-32 yıl	130	28
	Toplam	464	100

Tablo 3. Araştırmaya katılanların bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı(devamı)

Yaş grupları	21-30 yaş	174	36.4
	31-40 yaş	198	41.4
	41-56 yaş	106	22.2
	Toplam	478	100
Cinsiyet	Erkek	139	28.7
	Kadın	346	71.3
	Toplam	485	100
Beden kitle indeksi	<18.50	16	3.3
	18,50-24,99	262	54.5
	25,00-29,99	146	30.4
	≥30,00	57	11.9
	Toplam	481	100
Çocuğu olma durumu	Çocuğu olmayan	215	46.3
	1 çocuk	104	22.4
	2 ve daha fazla çocuk	145	31.3
	Toplam	464	100
Eğitim durumu	Lise mezunu	55	11.4
	Yükseokul	60	12.4
	Üniversite	154	31.9
	Yüksek lisans/doktora/uzman	214	44.3
	Toplam	483	100
Medeni durum	Evli	337	69.5
	Bekar	132	27.2
	Boşanmış- eşinden ayrı yaşıyor-eşi vefat etmiş	16	3.3
	Toplam	485	100
Eğitim durumu	Lise mezunu	55	11.4
	Yükseokul	60	12.4
	Üniversite	154	31.9
	Yüksek lisans/doktora/uzman	214	44.3
	Toplam	483	100

Tablo 4’te katılımcıların iş yaşamlarını değerlendirme durumları gösterilmiştir; % 60.6’sı kendilerini iş yaşamında verimli bulmakta, % 5.2’si bulmamakta, % 34.2’si kısmen verimli bulmaktadır. % 6.3’ü çalışma ortamının çok iyi olduğunu, % 44.7’si iyi olduğunu, % 34.2’si orta, % 12.1’i kötü, % 2.7’si çok kötü olduğunu düşünmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların iş yaşamlarını değerlendirme durumlarının dağılımı

		N	Yüzde
Kendinizi iş yaşamında verimli buluyor musunuz?	Evet	292	60.6
	Hayır	25	5.2
	Kısmen	165	34.2
	Toplam	482	100
Çalışma ortamı hakkında düşünce	Çok iyi	30	6.3
	İyi	214	44.7
	Orta	164	34.2
	Kötü	58	12.1
	Çok kötü	13	2.7
	Toplam	479	100

Tablo 5'te katılımcıların sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımı gösterilmiştir. % 28.7'si halen sigara içiyorum, % 15'i bıraktım, % 56.3'ü hiç içmedim cevabını vermiştir. Sigara içenlerin % 45.5'i 0.3-10 yıldır sigara içmekte, % 54.5'i 11-30 yıldır sigara içmektedir. % 20'si günde 1-5 adet, % 38.5'i 6-10 adet, % 11.1'i 11-15 adet, % 25.9'u 16-20 adet, % 4.4'ü 21-40 adet sigara içmektedir. % 79.7'si hiç alkol tüketmemekte, % 12.1'i yılda 1-2 kez, % 5.6'sı ayda 2-3 kez, % 1.5'i haftada 1 kez, % 0.6'sı haftada 2-3 kez, % 0.4'ü her gün alkol kullandığını ifade etmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımı

		N	Yüzde
Sigara içme durumları	Halen içiyorum	138	28.7
	Bıraktım	72	15
	Hiç içmedim	271	56.3
	Toplam	481	100
Sigara içme süresi	0.3-10 yıl	61	45.5
	11-30 yıl	73	54.5
	Toplam	134	100
Günde içilen sigara sayısı	1-5 adet	27	20
	6-10 adet	52	38.5
	11-15 adet	15	11.1
	16-20 adet	35	25.9
	21-40 adet	6	4.4
	Toplam	135	100
Alkol kullanma durumu	Hiç tüketmem	381	79.7
	Yılda 1-2 kez	58	12.1
	Ayda 2-3 kez	27	5.6
	Haftada 1 kez	7	1.5
	Haftada 2-3 kez	3	0.6
	Her gün	2	0.4
	Toplam	478	100

Tablo 6’da katılımcıların tanı konulmuş hastalıklarının dağılımı gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların % 71’inin tanı konulmuş hastalığı yoktur; en fazla görülen hastalık % 6.8 ile tiroid hastalığıdır.

Tablo 6. Katılımcıların tanı konulmuş hastalık durumlarının dağılımı*

		N	Yüzde
Hastalık varlığı	Hayır	340	71
	Evet	139	29
	Toplam	479	100
Hastalıklar (n=479)	Tiroid hastalığı	33	6.8
	Dolaşım sistemi hastalığı (hipertansiyon hariç)	19	3.9
	Depresyon	14	2.9
	Hipertansiyon	13	2.7
	Diyabet	10	2
	Astım (alerjik astım dahil)	9	1.8
	Kas iskelet sistemi hastalıkları (bel bölgesi hariç; eklem problemleri, epikondilit, tuzak nöropati, tenosinovit, servikal disk hernisi, skolyoz, fibromyalji, menisküs problemleri)	9	1.8
	Migren	8	1.6
	GİS hastalıkları (çölyak, gastroözafageal reflü, gilbert sendromu, gastrit, hepatit), (ülseratif kolit hariç)	7	1.4
	Bel bölgesine ait sorunlar (lomber herni, bel düzleşmesi)	7	1.4
	Alerjik hastalıklar (alerjik rinit, allerji, kronik ürtiker), (alerjik astım hariç)	6	1.2
	Hematolojik hastalıklar (demir eksikliği anemisi, faktör hastalıkları, ITP)	6	1.2
	Kronik inflamatuvar hastalıklar(romatoid artrit, ankilozan spondilit, ülseratif kolit, sarkoidoz)	5	1
	Epilepsi	3	0.6
	Depresyon dışı ruhsal problemler/ uyku bozukluğu	3	0.6
	FMF	3	0.6
	Vertigo	3	0.6
	Multiple skleroz	2	0.4
	Diğer(myom, fibroadenom, hidrosefali, keratokonus, seboreik dermatit, vitiligo)	6	1.2

*Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 7’de katılımcıların düzenli ilaç kullanma durumlarının dağılımı gösterilmiştir. Katılımcıların % 19.5’i düzenli olarak ilaç kullanmaktadır. En fazla kullanılan ilaç grubu % 6 ile tiroid ilaçlarıdır.

Tablo 7. Katılımcıların düzenli olarak ilaç kullanma durumlarının dağılımı*

		N	Yüzde
Düzenli ilaç kullanma	Hayır	385	80.5
	Evet	93	19.5
	Toplam	478	100
Kullanılan ilaçlar (n=478)	Tiroid için kullanılan	29	6.0
	Antidepresan	14	2.9
	Antihipertansif	12	2.5
	Kalp damar hastalığı ilacı	9	1.8
	Diyabet için kullanılan	8	1.6
	Astım için	6	1.2
	Mide ilacı	5	1.0
	Oral kontraseptif	5	1.0
	Antidepresan dışı psikiyatri ilaçları	5	
	Kolşisin	4	0.8
	Antihistaminik	3	0.6
	Antiinflamatuvar	2	0.4
	Demir	2	0.4
	Vitamin	2	0.4
	İmmün modülatör	1	0.2
	Monoklonal antikor	1	0.2
	Dislipidemi	1	0.2
Dermatolojik	1	0.2	

*Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 8’de katılımcıların dış hekimi muayenesini yaptırma sıklığı ve sağlık problemi yaşamaları durumunda davranışlarının dağılımı gösterilmiştir. % 44.1’i her rahatsızlandığında, % 34’ü ciddi rahatsızlık durumunda, % 6.8’i her ay-6 ayda 1 kez kontrol için, % 15.1’i yılda-2 yılda 1 kez kontrol için dış hekimine muayene olduğunu ifade etmiştir. % 55.1’i sağlık problemi olduğunda genellikle bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu ve doktorunun önerdiği tedaviyi uyguladığını, % 7.8’i önemsemediğini, % 22.9’u kendi kendine ilaç tedavisi uyguladığını, % 3.1’i

alternatif tıp yöntemlerini uyguladığını, % 12.1'i hem doktorunun önerdiği tedavileri uyguladığını hem de alternatif tıp yöntemlerini uyguladığını ifade etmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların dış hekimi muayenesi yaptırma durumu ve sağlık problemi olması durumundaki davranışlarının dağılımı*

		N	Yüzde
Dış hekimi muayenesi	Her rahatsızlandığımda	213	44.1
	Ciddi rahatsızlık durumunda	164	34
	Her ay-6 ayda 1 kez kontrol için	33	6.8
	Yılda-2 yılda 1 kez kontrol için	73	15.1
	Toplam	483	100
Sağlık probleminiz olduğunda genellikle ne yaparsınız? (n=484)	Bir sağlık kuruluşuna başvururum ve doktorumun önerdiği tedaviyi uyguladım	267	55.1
	Önemsemem	38	7.8
	Kendi kendime ilaç tedavisi uyguladım	111	22.9
	Alternatif tıp yöntemlerini uyguladım	15	3.1
	Hem doktorumun önerdiği tedavileri hem de alternatif tıp yöntemlerini uyguladım	59	12.1

*Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 9'da katılımcıların sağlıkla ilgili bazı davranış ve alışkanlıkların dağılımı gösterilmiştir. Hepatit B aşısını yaptırma durumuna göre % 83.9'u hepatit B aşısını tam doz yaptırdığını, % 6.2'si yaptırmadığını, % 9.9'u emin olmadığını-bilmediğini belirtmiştir. % 6.6'sı sağlık durumunun çok iyi olduğunu, % 63.1'i iyi, % 27'si orta, % 3.1'i kötü, % 0.2'si çok kötü olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Kan basıncının en son ölçüm zamanına bakıldığında % 67.8'i 6 ay içinde, % 15.3'ü 6 ay-1 yıl içinde, % 11.8'i 1-3 yıl içinde, % 2.9'u 3 yıl ve daha uzun süre içinde ölçüm

yapıldığını, % 2.3'ü hiç ölçülmediğini ifade etmiştir. Kan şekeri ölçüm zamanına bakıldığında % 56.2'si 6 ay içinde, % 19.6'sı 6 ay-1 yıl içinde, % 14'ü 1-3 yıl içinde, % 6.4'ü 3 yıl ve daha uzun süre içinde ölçüm yapıldığını, % 3.7'si hiç ölçülmediğini ifade etmiştir. Kolesterol ölçüm zamanına bakıldığında % 45'i 6 ay içinde, % 19.8'i 6 ay-1 yıl içinde, % 16.9'u 1-3 yıl içinde, % 8.5'i 3 yıl ve daha uzun süre içinde ölçüm yapıldığını, % 9.7'si hiç ölçtürmediğini ifade etmiştir. “Yemek sofraya geldiğinde genellikle tadına bakmadan tuz atar mısınız?” sorusuna katılımcıların % 15.3'ü “evet” % 84.7'si hayır yanıtını vermiştir.

Tablo 9. Katılımcıların sağlıkla ilgili bazı davranış ve alışkanlıklarının dağılımı

		N	Yüzde
Hepatit B aşısı yaptırma	Evet	407	83.9
	Hayır	30	6.2
	Emin değilim-bilmiyorum	48	9.9
	Toplam	485	100
Sağlık durumunuz hakkında ne düşünüyorsunuz?	Çok iyi	32	6.6
	İyi	306	63.1
	Orta	131	27
	Kötü	15	3.1
	Çok kötü	1	0.2
	Toplam	485	100
Kan basıncınızı en son ne zaman ölçtünüz/ölçtürdünüz?	6 ay içinde	329	67.8
	6 ay-1 yıl içinde	74	15.3
	1-3 yıl içinde	57	11.8
	3 yıl ve üstü	14	2.9
	Hiç ölçülmedi	11	2.3
	Toplam	485	100
Kan şekerinizi en son ne zaman ölçtünüz/ölçtürdünüz?	6 ay içinde	272	56.2
	6 ay-1 yıl içinde	95	19.6
	1-3 yıl içinde	68	14
	3 yıl ve üstü	31	6.4
	Hiç ölçülmedi	18	3.7
	Toplam	484	100
Kolesterolünüzü en son ne zaman ölçtürdünüz?	6 ay içinde	218	45
	6 ay-1 yıl içinde	96	19.8
	1-3 yıl içinde	82	16.9
	3 yıl ve üstü	41	8.5
	Hiç ölçtürmedim	47	9.7
	Toplam	484	100
Yemek sofraya geldiğinde genellikle tadına bakmadan tuz atar mısınız?	Evet	74	15.3
	Hayır	411	84.7
	Toplam	485	100

Tablo 10’da araştırmaya katılanların SYBD toplam puan ve alt ölçek toplam puan ortalamaları, ortanca, minimum-maksimum değerleri gösterilmiştir. Katılımcılar en yüksek puan ortalamalarını sırasıyla manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt ölçeklerinden almışlardır, SYBDÖ-2 toplam puan ortalaması 122.94±18.90’dır.

Tablo 10. Katılımcıların SYBD-2 ölçeği puan ortalamaları, ortanca, min-max değerleri

SYBDÖ alt ölçekleri	Toplam puan ortalaması	Ortanca	Min -max
Sağlık sorumluluğu (n= 459)	19.48±4.34	19.0	9.00-35.00
Fiziksel aktivite (n=470)	15.44±4.85	15.0	8.00-32.00
Beslenme (n=465)	20.76±3.90	20.0	11.00-33.00
Manevi gelişim (n=466)	25.35±4.12	25.0	13.00-36.00
Kişiler arası ilişkiler (n=463)	24.28±3.93	24.0	13.00-35.00
Stres yönetimi (n=469)	17.55±3.88	18.0	8.00-30.00
SYBD toplam (n=397)	122.94±18.90	122.0	75.00-195.00

Tablo 11’de araştırmaya katılanların WHOQOL-BREF-TR puan ortalamaları, ortanca, min-max değerleri gösterilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların WHOQOL-BREF-TR puan ortalamaları, ortanca, min-max değerleri

WHOQOL-BREF-TR	Toplam puan ortalaması	Ortanca	Min -max
Fiziksel (n=481)	14.15±2.44	14.28	6.86-20.00
Psikolojik (n=479)	14.20±2.32	14.66	6.00-20.00
Sosyal (n=480)	14.12±2.66	14.66	4.00-20.00
Çevre-TR (n=481)	13.68±1.95	13.77	7.11-19.56

4.3. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ve bazı davranışlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları 2 ölçeğinden aldıkları puanların ilişkisinin incelenmesi

Tablo 12’de araştırmaya katılanların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların yaş gruplarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. SYBD-2 ölçeğinden alınan puanları yaş gruplarına göre karşılaştırmak için yapılan analizlerde fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanlarında yaş gruplarına göre anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Fiziksel aktivite alt ölçeği puanlarında yaş gruplarına göre anlamlı farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda 21-30 yaş grubu ile 31-40 yaş gruplarının karşılaştırılmasında anlamlı farklılık (Mann Whitney U= 13664.500, p=0.007) olduğu görülmüştür. 21-30 yaş grubunun fiziksel aktivite alt ölçek puanları 31-40 yaş grubundan anlamlı olarak yüksektir.

Beslenme alt ölçeğinde yaş grupları arasında anlamlı farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda 21-30 ile 41-56 yaş gruplarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U=651.000, p=0.004; 31-40 ile 41-56 yaş gruplarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U=7014.000, p=0.001 bulunmuştur. 41-56 yaş aralığında olanların beslenme alt ölçek puanları 21-30 yaş grubu ile 31-40 yaş gruplarına göre anlamlı olarak yüksektir.

Stres yönetimi alt ölçek puanlarında gruplar arası anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. İkili karşılaştırmalarda 21-30 ile 31-40 yaş grubunun karşılaştırılmasında Mann Whitney U=13969.500 p=0.014, 31-40 ile 41-56 yaş grubunun karşılaştırılmasında Mann Whitney U=7466.500 p=0.003 bulunmuştur. 31-40 yaş arasında olanların stres yönetimi alt ölçek puanları 21-30 ile 41-56 yaş arasında olanlardan anlamlı ölçüde düşüktür.

SYBDÖ toplam puanlarında yaş grupları arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Post hoc analizlerde gruplar arası farkın 31-40 yaş grubu ile 41-56 yaş grubunun puanlarının farklı (p=0.002) olmasından kaynaklandığı bulunmuştur. 41-56

yaş arasında olanların SYBD toplam puanları 31-40 yaş arasında olanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 12. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların yaş gruplarına göre karşılaştırılması

		SYBD-2 Ölçeğinden alınan puanlar						
		Sağlık sorumluluğu (n=452)	Fiziksel aktivite (n=463)	Beslenme (n=458)	Manevi gelişim (n=460)	Kişiler arası ilişkiler (n=457)	Stres yönetimi (n=462)	SYBD toplam** (n=392)
		Ortanca (25.p-75.persentil)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortalama ±standart sapma
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Yaş grupları	21-30 yaş	19.00(16.00-22.00) 9.00-30.00	16.00(12.00-19.00) 8.00-30.00	20.00(18.00-23.00) 12.00-32.00	26.00 (23.00-28.00) 15.00-35.00	24.00(22.00-27.00) 14.00-35.00	18.00 (15.00-20.00) 8.00-29.00	123.65±18.84 80.00-179.00
	31-40 yaş	19.00(17.00-22.00) 10.00-35.00	14.00 (11.00-17.00) 8.00-32.00	20.00(18.00-22.00) 12.00-33.00	25.00(22.00-28.00) 16.00-34.00	24.00(21.00-27.00) 15.00-34.00	17.00(14.00-19.00) 9.00-29.00	119.65±18.41 77.00-195.00
	41-56 yaş	19.00(17.00-23.00) 10.00-33.00	15.00 (12.00-18.00) 8.00-31.00	22.00(19.00-24.00) 11.00-33.00	26.00(23.00-28.00) 13.00-36.00	24.00(22.00-26.00) 13.00-34.00	18.00(16.00-21.00) 10.00-30.00	127.68±18.44 75.00-171.00
KW- χ^2		1.647	7.481	12.092	4.409	5.486	10.825	
p		0.439	0.024	0.002	0.110	0.064	0.004	0.006*****

Alt ölçeklerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. **SYBD toplam puan karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Tablo 13’de araştırmaya katılanların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların cinsiyete göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre SYBD-2 ölçeği alanlarından aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi alt ölçeklerinde erkeklerin; beslenme alt ölçeğinde kadınların anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.

Tablo 13. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların cinsiyete göre karşılaştırılması

		SYBD-2 Ölçeğinden alınan puanlar						
		Sağlık sorumluluğu (n=459)	Fiziksel aktivite (n=470)	Beslenme (n=465)	Manevi gelişim (n=466)	Kişiler arası ilişkiler (n=463)	Stres yönetimi (n=469)	SYBD toplam (n=397)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Cinsiyet	Kadın	19.00(17.00-22.00)	15.00(11.00-17.00)	21.00(18.00-23.00)	25.00(23.00-28.00)	24.00(22.00-27.00)	17.00(15.00-20.00)	121.00(110.00-133.50)
		10.00-35.00	8.00-32.00	12.00-33.00	13.00-35.00	13.00-35.00	9.00-30.00	75.00-195.00
Cinsiyet	Erkek	18.00(16.00-22.00)	16.00(12.00-20.75)	20.00(17.00-22.00)	26.00(23.00-29.75)	24.00(22.00-26.00)	18.50(16.00-21.00)	125.00(108.25-138.00)
		9.00-30.00	8.00-32.00	11.00-30.00	16.00-36.00	14.00-35.00	8.00-28.00	77.00-171.00
M. W. U.		19569.000	18314.000	18849.500	18740.000	20971.000	18909.000	14972.500
p		0.101	0.002	0.011	0.011	0.410	0.007	0.202

Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 14’de araştırmaya katılanların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların mesleğe göre karşılaştırılması gösterilmiştir. SYBD-2 ölçeğinden alınan puanların mesleklere göre karşılaştırılmasında sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi alt ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde gruplar arası anlamlı farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda; hemşire asistan hekim karşılaştırılmasında Mann Whitney U=7380 p= p<0,001; ebe asistan hekim karşılaştırılmasında Mann Whitney U=1812.500 p<0,001 bulunmuştur.

Asistan hekimlerin sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı hemşire ve ebelerden anlamlı ölçüde düşüktür. Beslenme alt ölçeğinde gruplar arası anlamlı farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda; ebe asistan hekim karşılaştırılmasında Mann Whitney U=1763.500 p<0,001 bulunmuştur, diğer karşılaştırmalarda anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Asistan hekimlerin beslenme alt ölçek puanı ebelerden anlamlı ölçüde düşüktür. Stres yönetimi alt ölçeğinde gruplar arası anlamlı farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili

karşılaştırmalarda; hemşirelerle aile hekimlerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=3244.500$ $p<0,001$ bulunmuştur, diğer karşılaştırmalarda anlamlı farklılık görülmemiştir. Aile hekimlerinin stres yönetimi alt ölçek puanı hemşirelerden anlamlı olarak yüksektir.

Tablo 14. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların meslek gruplarına göre karşılaştırılması

	SYBD-2 Ölçeğinden Alınan Puanlar							
	Sağlık sorumluluğu (n= 443)	Fiziksel aktivite (n= 453)	Beslenme (n= 448)	Manevi gelişim (n=450)	Kişiler arası ilişkiler (n= 446)	Stres yönetimi (n=452)	SYBD toplam (n=382)	
	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortalama \pm standart sapma	
	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	
Mesleğiniz nedir?	Hemşire	19.00(18.00-23.00)	14.50(11.00-18.00)	20.50(18.00-23.00)	24.00(22.00-28.00)	24.00(21.00-27.00)	17.00(14.00-19.00)	121.42 \pm 19.19
		10.00-35.00	8.00-32.00	13.00-33.00	13.00-35.00	13.00-34.00	8.00-29.00	79.00-195.00
	Ebe	20.00(18.00-23.00)	15.00(13.00-17.25)	22.00(20.00-24.00)	26.00(24.00-28.00)	25.00(22.25-27.00)	18.00(16.00-20.00)	127.07 \pm 16.42
		12.00-30.00	8.00-29.00	12.00-33.00	13.00-34.00	17.00-34.00	10.00-25.00	75.00-161.00
	Sağlık teknisyeni/teknikeri	19.50(16.75-21.75)	16.00(11.00-22.00)	21.00(18.00-22.00)	27.00(24.00-30.00)	24.50(22.25-28.00)	19.00(16.00-21.00)	129.82 \pm 22.18
		12.00-30.00	8.00-29.00	12.00-28.00	16.00-33.00	19.00-34.00	10.00-25.00	81.00-165.00
	Asistan hekim	18.00(15.00-20.00)	16.00(12.00-18.00)	20.00(17.00-22.00)	26.00(22.00-28.00)	24.00(21.75-26.00)	17.00(15.00-20.00)	120.08 \pm 17.35
		9.00-29.00	8.00-29.00	11.00-32.00	15.00-35.00	16.00-35.00	9.00-26.00	80.00-166.00
Aile hekimi	18.00(16.00-21.00)	17.00(13.25-18.75)	21.00(18.50-24.00)	26.00(24.00-29.50)	25.00(22.00-28.25)	19.00(16.50-22.00)	125.20 \pm 18.91	
	10.00-30.00	8.00-31.00	13.00-30.00	16.00-36.00	15.00-33.00	9.00-30.00	77.00-171.00	
TSM hekimi	19.00(18.00-22.50)	14.00(10.50-17.00)	19.00(18.00-20.75)	26.00(23.25-27.00)	25.00(22.00-26.00)	19.00(17.00-21.00)	119.25 \pm 11.89	
	15.00-26.00	8.00-21.00	16.00-22.00	23.00-31.00	20.00-30.00	10.00-22.00	104.00-141.00	
Sağlık memuru	23.00(16.00-20.00)	16.00(12.75-23.75)	20.00(17.75-23.25)	28.00(25.00-30.00)	25.00(24.00-29.00)	18.00(14.00-23.00)	134.33 \pm 24.22	
	11.00-27.00	12.00-32.00	17.00-24.00	20.00-32.00	21.00-31.00	13.00-28.00	101.00-167.00	

Tablo 14. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların meslek gruplarına göre karşılaştırılması (devamı)

	Diş hekimi**	17.00(13.00-22.50) 12.00-24.00	11.00(8.50-16.50) 8.00-18.00	22.00(15.25-23.50) 13.00-24.00	17.00-20.00 17.00-22.00	21.50(18.50-23.75) 18.00-24.00	16.00(14.25-18.50) 14.00-19.00	102.33±12.58 89.00-114.00
	HSM hekimi**	20.00(15.25-23.25) 14.0-24.00	14.50(11.00-20.25) 10.00-22.00	20.00(20.00-23.75) 20.00-25.00	28.00(24.25-31.75) 24.00-32.00	24.00(22.50-27.00) 22.00-28.00	20.00(17.00-21.50) 16.00-22.00	128.00±17.661 109.00-151.00
K	W	32.691	7.860	20.005	12.144	7.464	19.434	
p		0.000	0.249	0.003	0.059	0.280	0.003	0.089

**işaretili meslek grupları analiz dışı bırakılmıştır. Alt ölçeklerde Kruskal Wallis testi, SYBDÖ-2 toplam puanda Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır.

Tablo 15’de araştırmaya katılanların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların beden kitle indeksine göre karşılaştırılması gösterilmiştir. SYBD-2 ölçeğinden alınan puanların BKİ gruplarına göre karşılaştırılmasında anlamlı farklılık görülmemiştir.

Tablo 15. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların beden kitle indeksine göre karşılaştırılması

		SYBD-2 Ölçeğinden Alınan Puanlar						
		Sağlık sorumluluğu (n=456)	Fiziksel aktivite (n=466)	Beslenme (n=461)	Manevi gelişim (n=462)	Kişiler arası ilişkiler (n=460)	Stres yönetimi (n=465)	SYBD toplam (n=394)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Beden kitle indeksi	14.00-18.49	17.00(15.25-20.00)	16.00(10.00-18.00)	18.00(17.00-21.00)	23.00(21.00-27.25)	24.00(22.00-26.00)	17.00(15.00-21.25)	113.00(109.00-125.00)
		14.00-23.00	9.00-19.00	13.00-26.00	15.00-35.00	16.00-29.00	12.00-26.00	80.00-146.00
	18.50-24.99	19.00(17.00-22.00)	15.00(12.00-18.00)	21.00(18.25-23.75)	26.00(23.00-28.00)	24.00(22.00-27.00)	18.00(15.00-20.00)	123.00(113.00-134.00)
		9.00-35.00	8.00-32.00	12.00-33.00	13.00-35.00	13.00-35.00	9.00-30.00	75.00-195.00
	25.00-29.99	19.00(17.00-22.00)	15.00(12.00-19.00)	21.00(18.00-23.00)	26.00(23.00-29.00)	24.00(21.00-27.00)	18.00(15.00-20.00)	122.00(109.00-138.00)
	10.00-33.00	8.00-32.00	12.00-30.00	16.00-36.00	14.00-35.00	8.00-29.00	80.00-171.00	
	30.00-50.00	18.50(16.00-23.00)	14.00(11.00-17.00)	21.00(18.00-22.75)	24.00(22.00-27.00)	23.00(20.00-26.00)	17.00(14.00-20.00)	120.50(103.75-133.00)
		9.00-30.00	8.00-23.00	11.00-33.00	16.00-34.00	16.00-34.00	9.00-28.00	79.00-161.00
KW- χ^2		3.213	2.801	6.583	6.388	3.969	0.807	4.140
p		0.360	0.423	0.086	0.094	0.265	0.848	0.247

Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 16’da araştırmaya katılanların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların medeni duruma göre karşılaştırılması gösterilmiştir. SYBD-2 ölçeğinden alınan puanların medeni duruma göre karşılaştırılmasında fiziksel aktivite alt ölçeği dışında anlamlı farklılık görülmemiştir. Fiziksel aktivite alt ölçeğindeki anlamlı farklılık evli ile bekar grupları arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır (Mann Whitney U=16727.500 z=-3.297, p=0.001). Bekarların fiziksel aktivite alt ölçek puanları evlilerden anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 16. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların medeni duruma göre karşılaştırılması

		SYBD-2 Ölçeğinden Alınan Puanlar						
		Sağlık sorumluluğu (n=459)	Fiziksel aktivite (n=470)	Beslenme (n=465)	Manevi gelişim (n=466)	Kişiler arası ilişkiler (n=463)	Stres yönetimi (n=469)	SYBD toplam (n=397)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Medeni durum	Evli	19.00(17.00-22.00)	15.00(11.00-18.00)	21.00(18.00-23.00)	26.00(23.00-28.00)	24.00(22.00-27.00)	17.00(15.00-20.00)	122.00(109.25-136.00)
		9.00-33.00	8.00-32.00	11.00-33.00	13.00-36.00	13.00-35.00	9.00-29.00	75.00-171.00
	Bekar	19.00(17.00-22.00)	17.00(13.00-19.00)	20.00(18.00-23.00)	25.00(22.00-28.00)	24.00(22.00-27.00)	18.00(15.00-20.00)	121.00(111.00-133.00)
		10.00-35.00	8.00-32.00	13.00-33.00	15.00-35.00	14.00-35.00	8.00-29.00	80.00-195.00
	Boşanmış -eşinden ayrı yaşıyor-eşi vefat etmiş	20.00(18.00-22.00)	16.50(12.50-20.00)	21.00(19.25-25.75)	24.00(22.00-26.00)	23.00(19.00-25.00)	18.50(16.00-21.00)	123.50(108.75-141.25)
		15.00-26.00	10.00-30.00	18.00-30.00	19.00-34.00	18.00-31.00	11.00-30.00	100.00-171.00
KW- χ^2		0.629	12.446	3.283	2.299	3.442	3.114	0.374
p		0.730	0.002	0.194	0.317	0.179	0.211	0.829

Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 17’de araştırmaya katılanların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması gösterilmiştir. SYBD2 ölçeğinden alınan puanların çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılmasında fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçek puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Fiziksel aktivite alt ölçeğinde yapılan ikili karşılaştırmalarda; çocuğu olmayan grup ile 1 çocuğu olan grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U=8142 p=0.001, çocuğu olmayan ile 2 ve daha fazla çocuğu olan grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U=11557 p=0.001 olarak bulunmuştur. Çocuğu olmayanların fiziksel aktivite alt ölçek puanları 1 çocuğu olanlar ile 2 ve daha fazla sayıda çocuğu olanlara göre daha yüksektir. Stres yönetimi alt ölçek puanlarının çocuğu olma durumuna göre karşılaştırmak için yapılan Kruskal Wallis test sonucuna göre anlamlı farklılık

olduğu görülmüştür. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 17. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılması

		SYBD-2 Ölçeğinden Alınan Puanlar						
		Sağlık sorumluluğu (n=439)	Fiziksel aktivite (n=451)	Beslenme (n=445)	Manevi gelişim (n=445)	Kişiler arası ilişkiler (n=444)	Stres yönetimi (n=452)	SYBD toplam (n=383)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Çocuğu olma durumu	Çocuğu olmayanlar	19.00(17.00-22.00)	16.00(13.00-19.00)	20.00(18.00-23.00)	25.00(23.00-28.00)	24.00(22.00-27.00)	18.00(15.00-21.00)	122.00(110.00-137.00)
		9.00-35.00	8.00-32.00	12.00-33.00	15.00-35.00	14.00-35.00	8.00-29.00	80.00-195.00
	1 çocuğu olanlar	18.00(16.00-22.00)	14.00(10.00-17.00)	20.50(18.00-23.00)	25.00(23.00-28.00)	24.00(21.00-27.00)	16.00(15.00-19.00)	116.00(105.50-130.50)
		11.00-30.00	8.00-31.00	14.00-30.00	16.00-34.00	15.00-35.00	10.00-30.00	93.00-171.00
	2 ve daha fazla sayıda çocuğu olanlar	20.00(17.00-22.00)	14.00(12.00-17.00)	21.00(19.00-23.00)	26.00(22.75-28.00)	24.00(22.00-26.00)	17.00(15.00-19.25)	122.00(113.00-136.00)
		10.00-32.00	8.00-32.00	11.00-33.00	16.00-36.00	15.00-34.00	9.00-28.00	77.00-167.00
KW- χ^2		2.354	16.856	3.830	0.004	1.633	6.408	4.307
p		0.308	0.000	0.147	0.998	0.442	0.041	0.116

Tablo 18’de araştırmaya katılanların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların eğitim durumuna göre karşılaştırılması gösterilmiştir. SYBD-2 ölçeğinden alınan puanların eğitim durumuna göre karşılaştırılmasında sağlık sorumluluğu alt ölçeği puanlarında eğitim durumuna göre anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Yapılan ikili karşılaştırmalarda üniversite mezunu ile yüksek lisans/doktora/uzman grubunun karşılaştırılmasında Mann Whitney U=11700.500 p<0,001 bulunmuştur. Üniversite mezunlarının sağlık sorumluluğu alt ölçek puanları yüksek lisans/doktora/uzman grubunun puanlarından anlamlı olarak yüksektir.

Tablo 18. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların eğitim durumuna göre karşılaştırılması

		SYBD-2 Ölçeğinden Alınan Puanlar						
		Sağlık sorumluluğu (n=457)	Fiziksel aktivite (n=468)	Beslenme (n=463)	Manevi gelişim (n=464)	Kişiler arası ilişkiler (n=461)	Stres yönetimi (n=468)	SYBD toplam (n=396)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortalama \pm standart sapma
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Eğitim durumu	Lise mezunu	19.00(17.00-22.00)	15.00(10.00-18.50)	21.00(19.00-23.00)	24.00(22.00-28.00)	24.00(21.00-27.00)	17.00(14.00-20.00)	120.56 \pm 18.90
		10.00-30.00	8.00-32.00	14.00-33.00	16.00-34.00	14.00-34.00	8.00-29.00	79.00-161.00
	Yüksekokul	19.00(16.00-22.00)	14.00(11.00-18.00)	21.00(18.00-24.00)	25.00(22.00-27.00)	24.00(22.00-26.00)	18.00(16.00-19.00)	124.05 \pm 22.46
		11.00-30.00	8.00-32.00	12.00-28.00	13.00-34.00	17.00-34.00	11.00-25.00	75.00-179.00
	Üniversite mezunu	20.00(18.00-23.00)	15.00(12.00-17.00)	21.00(18.00-23.50)	25.00(23.00-28.00)	24.00(22.00-27.00)	17.00(15.00-19.00)	122.76 \pm 18.32
		11.00-35.00	8.00-32.00	13.00-33.00	16.00-34.00	15.00-34.00	9.00-29.00	86.00-195.00
	Yüksek lisans/ doktora/ uzman	18.00(16.00-21.00)	16.00(12.00-18.00)	20.00(18.00-23.00)	26.00(23.00-28.00)	24.00(22.00-27.00)	18.00(15.00-21.00)	123.40 \pm 18.57
		9.00-30.00	8.00-31.00	11.00-32.00	15.00-36.00	15.00-35.00	9.00-30.00	77.00-174.00
KW- χ^2		13.690	4.167	3.050	2.352	0.665	5.171	
p		0.003	0.244	0.384	0.503	0.881	0.160	0.823*****

Alt ölçeklerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. SYBDÖ-2 toplam puan karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Tablo 19’da araştırmaya katılanların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların çalıştıkları kuruma göre karşılaştırılması gösterilmiştir. SYBD puanlarının çalışılan kuruma göre karşılaştırılmasında beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi, SYBD toplam puanlarında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Beslenme alt ölçeği puanlarında çalışılan kuruma göre anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda aile sağlığı merkezinde çalışanlar ile Düzce Üniversitesi’nde çalışanların karşılaştırılmasında Mann Whitney U=10293 p<0,001 olarak

bulunmuştur. Aile sağlığı merkezinde çalışanların beslenme alt ölçek puanları niversite hastanesinde çalışanlardan anlamlı olarak daha yüksektir.

Manevi gelişim alt ölçek puanlarında anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda halk sağlığı müdürlüğünde çalışanlar ile Düzce niversitesi'nde çalışanların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=4487.500$ $p=0.001$ olarak bulunmuştur. Halk sağlığı müdürlüğünde çalışanların manevi gelişim alt ölçek puanları niversite hastanesinde çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanlarında anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Stres yönetimi alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan karşılaştırmada aile sağlığı merkezi ile Düzce niversitesi'nde çalışanların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=10240.500$ $p<0,001$ bulunmuştur. Aile sağlığı merkezinde çalışanların stres yönetimi alt ölçek puanları niversite hastanesinde çalışanlardan anlamlı olarak daha yüksektir.

SYBD lek toplam puanlarında çalışılan kuruma göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda; aile sağlığı merkezi ile niversite hastanesinde çalışanların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=7897.500$ $p= 0.001$, halk sağlığı müdürlüğü ile niversite hastanesinde çalışanların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=3441$ $p=0.005$ bulunmuştur. Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde alışanların SYBD-2 toplam ölçek puanları aile sağlığı merkezinde çalışanlar ile halk sağlığı müdürlüğünde çalışanlardan anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

Tablo 19. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların çalıştıkları kuruma göre karşılaştırılması

		SYBD-2 Ölçeğinden Alınan Puanlar						
		Sağlık sorumluluğu (n=459)	Fiziksel aktivite (n=470)	Beslenme (n=465)	Manevi gelişim (n=466)	Kişiler arası ilişkiler (n=463)	Stres yönetimi (n=469)	SYBD toplam (n=397)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Çalışılan kurum	ASM	20.00 (17.00-23.00)	16.00(13.00-18.00)	22.00(19.00-24.00)	26.00(24.00-28.75)	25.00(22.50-28.00)	18.00(16.75-21.00)	126.50(116.00-138.00)
		10.00-30.00	8.00-31.00	12.00-33.00	13.00-36.00	15.00-34.00	9.00-30.00	75.00-179.00
	HSM	20.00(17.00-22.75)	16.00(12.25-22.00)	21.00(19.00-24.00)	27.00(24.00-30.00)	24.00(22.00-28.00)	18.50(15.75-22.00)	124.50(115.00-151.00)
		11.00-30.00	8.00-32.00	13.00-29.00	21.00-34.00	20.00-34.00	10.00-29.00	101.00-174.00
	TSM	20.00(18.00-23.00)	14.00(10.00-17.75)	21.00(18.00-24.00)	26.00(23.00-28.75)	24.00(22.00-26.00)	18.00(16.00-20.00)	122.50(113.25-137.00)
		12.00-30.00	8.00-25.00	12.00-28.00	16.00-34.00	18.00-34.00	10.00-23.00	81.00-155.00
	Düzce Üni. Hast.	18.00(17.00-22.00)	15.00(12.00-18.00)	20.00(18.00-22.00)	25.00(22.00-28.00)	24.00(21.00-26.50)	17.00(14.00-19.00)	119.00(107.00-131.00)
		9.00-35.00	8.00-32.00	11.00-33.00	13.00-35.00	13.00-35.00	8.00-29.00	79.00-195.00
KW		5.059	7.107	18.855	13.676	9.209	18.165	15.740
χ^2								
p		0.168	0.069	0.000	0.003	0.027	0.000	0.001

Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 20’de katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların meslekte çalıştıkları süreye göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Yapılan analizlerde meslekte çalışma süresine göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi, manevi gelişim alt ölçek puanlarında ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Sağlık sorumluluğu alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda; 0-5 yıl ile 16-32 yıl çalışmış olan grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U=7550 p<0,001, 5.5-15 yıl ile 16-32 yıl çalışmış grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U=7770.500 p=0.013 bulunmuştur. 16-32 yıldır çalışmakta olanların sağlık sorumluluğu alt ölçek puanları 0-5 yıl ile 5.5-15 yıldır meslekte çalışanların puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir.

Fiziksel aktivite alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda; 0-5 yıl ile 5.5-15 yıl çalışmış olan grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U=11072.500 p=0.007, 5.5-15 yıl ile 16-32 yıl çalışmış olan grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U=8055.500 p=0.011 bulunmuştur. 5.5-15 yıldır çalışmakta olanların fiziksel aktivite alt ölçek puanları 0-5 yıl ile 16-32 yıldır çalışmakta olanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

Beslenme alt ölçeğinde gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda; 0-5 yıl ile 16-32 yıl çalışmış grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U=7487.500 p<0,001, 5.5-15 ile 16-32 yıl çalışmış grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U=7222 p<0,001 olarak bulunmuştur. 16-32 yıldır çalışmakta olanların beslenme alt ölçek puanları 0-5 yıl ile 5.5-15 yıldır çalışmakta olanların puanlarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Manevi gelişim alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan posthoc testlerde 5.5-15 yıl ile 16-32 yıldır çalışmakta olan grubun karşılaştırılmasında p=0.016, 0-5 ile 5.5-15 yıldır çalışmakta olan grupların karşılaştırılmasında p=0.024 bulunmuştur. 5.5-15 yıldır çalışmakta olanların manevi gelişim alt ölçek puanları 0-5 yıl ile 16-32 yıldır çalışmakta olanların manevi gelişim alt ölçek puanlarından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. SYBD ölçeği toplam puanlarının meslekte çalışılan süreye göre karşılaştırılmasında gruplar arası anlamlı farklılık olduğu görülmüştür, yapılan posthoc analizlerde 5.5-15 yıl ile 16-32 yıldır meslekte çalışmış olan grubun karşılaştırılmasında p<0,001 bulunmuştur. 16-32 yıldır çalışmakta olan grubun SYBD-2 toplam puanları 5.5-15

yıldır çalışmakta olan grubun puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir. 0-5 yıldır çalışmakta olan grup ile 16-32 yıldır çalışmakta olan grubun ölçek toplam puanlarının karşılaştırılmasında $p=0.035$ bulunmuştur. Meslekte 16-32 yıldır çalışmakta olan grubun SYBDÖ-2 toplam puan ortalaması 0-5 yıl ile 5.5-15 yıldır çalışmakta olanların SYBD-2 toplam puan ortalamasından anlamlı olarak yüksektir.

Tablo 20. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların meslekte çalıştıkları süreye göre karşılaştırılması

		SYBD-2 Ölçeğinden Alınan Puanlar						
		Sağlık sorumluluğu (n=439)	Fiziksel aktivite (n=450)	Beslenme (n=446)	Stres yönetimi (n=452)	Kişiler arası ilişkiler (n=443)	Manevi gelişim (n=447)	SYBD toplam (n=384)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortalama ±standart sapma	Ortalama ±standart sapma
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Meslekte çalışma süresi	0-5 yıl	18.00(16.00-21.00) 9.00-30.00	16.00(12.00-18.00) 8.00-30.00	20.00(17.75-22.00) 12.00-32.00	18.00(15.00-20.00) 9.00-26.00	24.00(22.00-27.00) 16.00-35.00	25.68±4.11 15.00-35.00	123.31±18.65 80.00-179.00
	5.5-15 yıl	19.00(16.75-22.00) 10.00-35.00	14.00(11.00-17.00) 8.00-32.00	20.00(18.00-22.00) 12.00-33.00	17.00(14.00-19.00) 8.00-29.00	23.00(21.00-27.00) 13.00-34.00	24.65±4.31 13.00-36.00	119.11±19.01 79.00-195.00
	16-32 yıl	20.00(18.00-23.00) 12.00-32.00	16.00(13.00-18.00) 8.00-32.00	22.00(20.00-24.00) 11.00-32.00	18.00(16.00-21.00) 11.00-30.00	24.00(22.00-26.00) 17.00-34.00	25.84±3.74 13.00-35.00	128.41±17.73 75.00-171.00
KW- χ^2		12.600	9.287	18.824	14.60	5.924		
p		0.002	0.010	0.000	0.00	0.052	0.024	0.001

Manevi gelişim alt ölçeği dışındaki alt ölçeklerde Kruskal Wallis testi, manevi gelişim alt ölçeği ve SYBD toplam puanında tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Tablo 21’de katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların gelir durumlarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. SYBD-2 ölçeğinden alınan puanların “Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusuna verilen cevaplara göre karşılaştırılmasında manevi gelişim alt ölçeği dışında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Manevi gelişim alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda geliri giderinden az olan grup ile fazla olan grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U=3291.500 $p=0.009$ bulunmuştur. Gelirinin giderinden fazla olduğunu ifade edenlerin manevi

gelişim alt ölçek puanları az olduğunu ifade edenlerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 21. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların gelir durumlarına göre karşılaştırılması

		SYBD-2 Ölçeğinden Alınan Puanlar						
		Sağlık sorumluluğu (n=450)	Fiziksel aktivite (n=461)	Beslenme (n=457)	Stres yönetimi (n=462)	Kişiler arası ilişkiler (n=454)	Manevi gelişim (n=457)	SYBD toplam (n=390)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortalama ±standart sapma
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Gelir durumu	Geliri giderinden az	20.00(17.00-22.00)	14.00(11.00-17.00)	20.00(18.00-23.00)	17.00(14.00-19.75)	24.00(22.00-26.00)	25.00(22.00-28.00)	122.40±20.30
		10.00-30.00	8.00-30.00	12.00-30.00	9.00-25.00	18.00-34.00	16.00-34.00	79.00-179.00
	Geliri giderine eşit	19.00(17.00-22.00)	15.00(12.00-18.00)	21.00(18.00-23.00)	17.00(15.00-20.00)	24.00(22.00-27.00)	25.00(23.00-28.00)	122.29±17.94
		9.00-35.00	8.00-32.00	12.00-33.00	8.0-29.00	13.00-35.00	13.00-36.00	77.00-195.00
	Geliri giderinden fazla	18.00(16.25-22.00)	16.00(12.00-19.00)	21.00(17.50-24.00)	18.00(15.25-21.00)	24.00(22.00-27.00)	26.00(23.00-28.00)	125.63±20.22
		11.00-31.00	8.00-32.00	11.00-30.00	9.00-30.00	15.00-35.00	13.00-35.00	75.00-171.00
KW- χ^2		0.969	2.858	0.188	5.340	0.541	7.512	
p		0.616	0.240	0.910	0.069	0.763	0.023	0.396

Alt ölçekler için Kruskal Wallis testi, SYBD toplam puanı için tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Tablo 22’de katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların kendilerini iş yaşamında verimli bulma durumlarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. SYBD-2 ölçeğinden alınan puanların “Kendinizi iş yaşamında verimli buluyor musunuz ?” sorusuna verilen cevaplara göre karşılaştırılmasında sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanlarında ve SYBD toplam puan ortalamasında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Sağlık sorumluluğu alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için yapılan ikili karşılaştırmalarda kendini iş

yaşamında verimli bulduğunu ifade edenler ile bulmadığını ifade edenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=2260$ $p=0.010$, kendini iş yaşamında verimli bulduğunu ifade edenler ile kısmen verimli bulduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=16405.500$ $p<0,001$ bulunmuştur. “Kendinizi iş yaşamında verimli buluyor musunuz ?” sorusuna evet cevabı verenlerin sağlık sorumluluğu alt ölçek puanları hayır cevabı verenler ile kısmen cevabı verenlerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Beslenme alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için yapılan ikili karşılaştırmalarda gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

Manevi gelişim alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için yapılan ikili karşılaştırmalarda kendini iş yaşamında verimli bulduğunu ifade edenler ile bulmadığını ifade edenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1966$ $p=0.001$, kendini iş yaşamında verimli bulanlar ile kısmen verimli bulan grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=16537.500$ $p<0,001$ bulunmuştur. “Kendinizi iş yaşamında verimli buluyor musunuz ?” sorusuna evet cevabı verenlerin manevi gelişim alt ölçek puanları hayır cevabı verenler ile kısmen cevabı verenlerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda kendini iş yaşamında verimli bulduğunu ifade edenler ile kısmen verimli bulduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=17864.500$ $p=0.001$ bulunmuştur. Kendini iş yaşamında verimli bulduğunu ifade eden grubun kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanları kısmen verimli bulduğunu ifade edenlerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

SYBD toplam puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda kendini iş yaşamında verimli bulduğunu ifade eden grup ile kısmen verimli bulduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=12482.500$ $p<0,001$ bulunmuştur. Kendini iş yaşamında verimli bulduğunu ifade edenlerin SYBD toplam puanları kısmen verimli bulduğunu ifade edenlerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 22. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların kendilerini iş yaşamında verimli bulma durumlarına göre karşılaştırılması

		SYBD-2 Ölçeğinden Alınan Puanlar						
		Sağlık sorumluluğu (n=456)	Fiziksel aktivite (n=467)	Beslenme (n=462)	Manevi gelişim (n=463)	Kişiler arası ilişkiler (n=460)	Stres yönetimi (n=467)	SYBD toplam (n=395)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Kendini iş yaşamında verimli bulma	Evet	20.00(17.00-23.00)	16.00(12.00-18.00)	21.00(18.00-23.25)	26.00(24.00-29.00)	25.00(22.00-27.00)	18.00(15.00-21.00)	125.00(113.00-139.00)
		9.00-35.00	8.00-32.00	11.00-33.00	16.00-36.00	14.00-35.00	8.00-30.00	77.00-195.00
	Hayır	17.50(15.00-20.00)	15.00(12.00-21.00)	18.50(15.25-24.00)	22.00(19.25-27.50)	22.50(19.25-26.75)	17.00(13.00-20.00)	115.00(103.00-133.00)
		10.00-28.00	8.00-31.00	13.00-30.00	13.00-32.00	13.00-30.00	9.00-23.00	79.00-167.00
	Kısmen	18.00(16.00-21.00)	14.00(11.00-17.00)	20.00(18.00-22.00)	24.00(22.00-27.00)	23.00(21.25-26.00)	17.00(15.00-19.00)	119.00(107.00-128.00)
		9.00-31.00	8.00-29.00	12.00-30.00	16.00-35.00	16.00-31.00	9.00-26.00	80.00-165.00
KW- χ^2		20.883	4.841	7.849	27.869	12.733	2.309	17.535
p		0.000	0.089	0.020	0.000	0.002	0.315	0.000

Alt ölçekler için Kruskal Wallis testi, SYBD toplam puanı için tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Tablo 23’de katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların çalışma ortamları hakkında düşüncelerine göre karşılaştırılması gösterilmiştir. SYBD-2 ölçeğinden alınan puanların “Çalışma ortamınız hakkında düşünceniz ?” sorusuna verilen cevaplara göre karşılaştırılmasında sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt ölçeklerinde ve ölçek toplam puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Sağlık sorumluluğu alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmada çalışma ortamının

iyi olduğunu ifade edenler ile kötü olduğunu ifade edenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=5323$ $p<0.001$, çalışma ortamının orta olduğunu ifade edenler ile kötü olduğunu ifade edenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=4069.500$ $p=0.002$ bulunmuştur. Çalışma ortamının kötü olduğunu ifade edenlerin sağlık sorumluluğu alt ölçek puanları orta ve iyi olduğunu ifade edenlere göre anlamlı olarak daha düşüktür.

Fiziksel aktivite alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

Beslenme alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda çalışma ortamının iyi olduğunu ifade edenler ile orta olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=15809$ $p=0.012$, iyi olduğunu ifade edenler ile kötü olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=5779$ $p=0.002$ bulunmuştur. Çalışma ortamının iyi olduğunu ifade edenlerin beslenme alt ölçek puanları orta ve kötü olduğunu ifade edenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Manevi gelişim alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda çalışma ortamının iyi olduğunu ifade eden grup ile kötü olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=5054$ $p<0,001$, çalışma ortamının orta olduğunu ifade eden grup ile kötü olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=3672.500$ $p<0,001$ bulunmuştur. Çalışma ortamının kötü olduğunu ifade edenlerin manevi gelişim alt ölçek puanları iyi ve orta olduğunu ifade edenlere göre anlamlı olarak daha düşüktür.

Kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda çalışma ortamının iyi olduğunu ifade eden ile kötü olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=5088.500$ $p<0.001$, çalışma ortamının orta olduğunu ifade eden ile kötü olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=3794.500$ $p<0.001$ bulunmuştur. Çalışma ortamının kötü olduğunu

ifade edenlerin kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanları iyi ve orta olduğunu ifade eden diğer 2 gruba göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

Stres yönetimi alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda çalışma ortamının iyi olduğunu ifade eden grup ile kötü olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=4864.500$ $p<0.001$, çalışma ortamının orta olduğunu ifade eden grup ile kötü olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=3754.500$ $p<0.001$ bulunmuştur. Çalışma ortamının kötü olduğunu ifade edenlerin stres yönetimi alt ölçek puanları iyi ve orta olduğunu ifade eden diğer 2 gruba göre anlamlı olarak daha düşüktür.

SYBD-2 ölçek toplam puanlarının “Çalışma ortamınız hakkında düşünceniz ?” sorusuna verilen cevaplara göre karşılaştırılmasında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Posthoc analizlerde çalışma ortamının iyi olduğunu ifade eden grup ile orta olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında $p=0.026$; çalışma ortamının iyi olduğunu ifade eden grup ile kötü olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında $p<0.001$, çalışma ortamının orta olduğunu ifade eden grup ile kötü olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında $p<0.001$ bulunmuştur. Çalışma ortamının iyi olduğunu ifade edenlerin SYBD-2 ölçeği toplam puanı orta ve kötü olduğunu ifade eden diğer 2 gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çalışma ortamının kötü olduğunu ifade edenlerin ölçek toplam puanı iyi ve orta olduğunu ifade edenlere göre anlamlı olarak daha düşüktür.

Tablo 23. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların çalışma ortamları hakkındaki düşüncelerine göre karşılaştırılması

		SYBD-2 Ölçeğinden Alınan Puanlar						
		Sağlık sorumluluğu (n=453)	Fiziksel aktivite (n=464)	Beslenme (n=459)	Manevi gelişim (n=460)	Kişiler arası ilişkiler (n=457)	Stres yönetimi (n=464)	SYBD toplam (n=392)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortalama \pm standart sapma
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Çalışma ortamı hakkında düşünce	İyi	20.00(17.00-23.00)	16.00(12.25-18.00)	21.00(19.00-24.00)	26.00(23.00-29.00)	24.50(22.00-27.00)	18.00(15.00-21.00)	126.88 \pm 19.40
		9.00-35.00	8.00-32.00	11.00-33.00	13.00-36.00	13.00-35.00	10.00-30.00	75.00-195.00
	Orta	19.00(17.00-22.00)	15.00(11.00-17.0)	20.00(18.00-22.00)	26.00(23.00-28.00)	24.00(22.00-27.00)	18.00(15.00-19.00)	122.34 \pm 16.00
		9.00-31.00	8.00-26.00	13.00-30.00	15.00-35.00	15.00-34.00	9.00-26.00	80.00-171.00
	Kötü	18.00(15.00-20.00)	14.00(10.00-18.50)	19.00(16.75-23.00)	23.00(20.00-26.00)	23.00(20.00-25.00)	16.00(12.00-18.00)	111.74 \pm 19.41
	10.00-28.00	8.00-31.00	12.00-32.00	16.00-32.00	14.00-31.00	8.00-23.00	79.00-167.00	
KW- χ^2		16.523	7.701	13.504	26.782	18.782	27.063	
p		0.000	0.021	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000

Alt ölçekler için Kruskal Wallis testi, SYBD toplam puanı için tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Tablo 24’de katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların sigara içme durumlarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. SYBD-2 ölçek puanlarının sigara içme durumuna göre karşılaştırılmasında gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir.

Tablo 24. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların sigara içme durumlarına göre karşılaştırılması

		SYBD-2 Ölçeğinden Alınan Puanlar						
		Sağlık sorumluluğu (n=452)	Fiziksel aktivite (n=463)	Beslenme (n=458)	Manevi gelişim (n=459)	Kişiler arası ilişkiler (n=457)	Stres yönetimi (n=463)	SYBD toplam (n=392)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Sigara içme durumu	Halen içiyorum	18.50(16.00-22.00)	15.00(11.00-18.00)	20.00(17.00-22.00)	25.00(22.00-28.00)	24.00(22.00-27.00)	17.00(14.00-20.00)	120.50(104.00-134.25)
		9.00-30.00	8.00-32.00	12.00-33.00	16.00-36.00	14.00-34.00	8.00-29.00	79.00-167.00
	Bıraktım	19.00(18.00-22.00)	16.00(12.00-19.00)	21.00(18.50-24.00)	25.00(23.00-29.00)	24.00(21.00-26.50)	18.00(14.25-21.75)	125.00(114.00-139.00)
		11.00-29.00	8.00-31.00	11.00-32.00	13.00-34.00	13.00-35.00	10.00-30.00	75.00-179.00
	Hiç içmedim	19.00(17.00-22.00)	15.00(12.00-18.00)	20.00(18.00-23.00)	26.00(23.00-28.00)	24.00(22.00-27.00)	18.00(15.00-20.00)	122.00(110.00-134.50)
		10.00-35.00	8.00-32.00	13.00-33.00	15.00-35.00	15.00-35.00	9.00-29.00	77.00-195.00
KW- χ^2		2.778	1.582	4.923	0.684	1.030	5.924	2.852
p		0.249	0.453	0.085	0.710	0.597	0.052	0.240

Analizlerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 25’de katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların alkol kullanma durumlarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. SYBD-2 ölçek puanlarının alkol kullanma durumuna göre karşılaştırılmasında fiziksel aktivite alt ölçeği dışında gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Alkol kullananların fiziksel aktivite alt ölçek puanları kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 25. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların alkol kullanma durumlarına göre karşılaştırılması

		SYBD-2 Ölçeğinden Alınan Puanlar						
		Sağlık sorumluluğu (n=452)	Fiziksel aktivite (n=463)	Beslenme (n=458)	Manevi gelişim (n=459)	Kişiler arası ilişkiler (n=457)	Stres yönetimi (n=463)	SYBD toplam (n=392)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Alkol kullanma durumu	Hiç kullanmam	19.00(17.00-22.00) 9.00-35.00	15.00(11.00-18.00) 8.00-32.00	20.00(18.00-23.00) 11.00-33.00	26.00(23.00-28.00) 13.00-36.00	24.00(22.00-27.00) 13.00-35.00	17.00(15.00-20.00) 9.00-29.00	122.00(110.00-135.00) 75.00-195.00
	Kullanırım	18.50(16.00-22.25) 10.00-30.00	16.00(13.00-20.00) 8.00-32.00	21.00(18.00-23.00) 12.00-32.00	25.00(22.75-28.00) 16.00-34.00	24.00(22.00-27.00) 14.00-34.00	18.00(15.00-20.00) 8.00-30.00	120.00(110.00-137.00) 79.00-171.00
Mann Whitney U		15852.500	14674.500	16732	16535	16054	16868.500	12589
p		0.692	0.028	0.656	0.588	0.680	0.520	0.994

Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 26’da katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların tanı konulmuş hastalık varlığına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. SYBD-2 ölçek puanlarının tanı konulmuş hastalık varlığına göre karşılaştırılmasında gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir.

Tablo 26. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların tanı konulmuş hastalık varlığına göre karşılaştırılması

		SYBD-2 Ölçeğinden Alınan Puanlar						
		Sağlık sorumluluğu (n=454)	Fiziksel aktivite (n=466)	Beslenme (n=460)	Manevi gelişim (n=460)	Kişiler arası ilişkiler (n=457)	Stres yönetimi (n=464)	SYBD toplam (n=395)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Tamı konulmuş hastalık varlığı	Hayır	19.00(17.00-22.00)	15.00(12.00-18.00)	20.00(18.00-23.00)	26.00(23.00-28.00)	24.00(22.00-27.00)	18.00(15.00-20.00)	122.00(109.00-136.00)
		9.00-35.00	8.00-32.00	11.00-33.00	13.00-36.00	13.00-35.00	8.00-30.00	77.00-195.00
	Evet	19.00(17.00-23.00)	15.00(12.00-18.00)	21.00(18.00-23.00)	25.00(22.25-27.75)	24.00(22.00-26.00)	17.00(15.00-20.00)	122.00(110.00-135.25)
		10.00-31.00	8.00-32.00	12.00-33.00	13.00-34.00	15.00-35.00	9.00-25.00	75.00-167.00
Mann-Whitney U		19688	22344.500	20455.500	19723	20748.500	21571	16816
p		0.113	0.884	0.252	0.075	0.401	0.528	0.901

Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 27’de katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların düzenli ilaç kullanma durumlarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. SYBD-2 ölçeğinden alınan puanların ilaç kullanma durumlarına göre karşılaştırılmasında sağlık sorumluluğu alt ölçeği dışında anlamlı farklılık görülmemiştir. Sağlık sorumluluğu alt ölçek puanları ilaç kullananlarda kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 27. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların düzenli ilaç kullanma durumlarına göre karşılaştırılması

		SYBD-2 Ölçeğinden Alınan Puanlar						
		Sağlık sorumluluğu (n=453)	Fiziksel aktivite (n=464)	Beslenme (n=459)	Manevi gelişim (n=459)	Kişiler arası ilişkiler (n=456)	Stres yönetimi (n=463)	SYBD toplam (n=395)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortalama \pm standart sapma
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
İlaç kullanma durumu	Hayır	19.00(17.00-22.00) 9.00-35.00	15.00(12.00-18.00) 8.00-32.00	20.00(18.00-23.00) 11.00-33.00	26.00(23.00-28.00) 13.00-36.00	24.00(22.00-27.00) 13.00-35.00	18.00(15.00-20.00) 8.00-30.00	122.87 \pm 18.98 75.00-195.00
	Evet	20.00(18.00-23.00) 10.00-31.00	15.50(11.00-18.00) 8.00-31.00	21.00(18.75-23.25) 14.00-33.00	25.00(23.00-28.00) 16.00-34.00	24.00(22.00-27.00) 15.00-35.00	17.00(15.00-20.00) 9.00-25.00	123.73 \pm 19.00 79.00-167.00
Mann Whitney U		13470	16447	14846	15548.500	16193.500	16898.500	
p		0.018	0.737	0.118	0.487	0.712	0.884	0.718

Alt ölçeklerde Mann Whitney U testi, SYBD-2 toplam puanı için bağımsız gruplar T testi kullanılmıştır.

Tablo 28’de katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların sağlık durumları hakkındaki düşüncelerine göre karşılaştırılması gösterilmiştir. SYBD-2 ölçeğinden alınan puanlarda tüm alt ölçeklerde ve SYBDÖ-2 toplam puanında “Sağlık durumunuz hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusuna verilen cevaplara göre anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Sağlık sorumluluğu alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda sağlık durumunun çok iyi olduğunu ifade eden grup ile orta olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U=1293 p=0.007 bulunmuştur. Sağlık durumunun çok iyi olduğunu ifade edenlerin sağlık sorumluluğu alt ölçek puanları orta olduğunu ifade edenlere göre anlamlı olarak yüksektir.

Fiziksel aktivite alt ölçeğinde gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda sağlık durumunun çok iyi olduğunu ifade eden grup ile iyi olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında

Mann Whitney $U=2731$ $p<0.001$, çok iyi olduğunu ifade eden grup ile orta olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=991.500$ $p<0.001$, sağlık durumunun çok iyi olduğunu ifade eden grup ile kötü olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=86$ $p=0.001$ bulunmuştur. Sağlık durumunun çok iyi olduğunu ifade edenlerin fiziksel aktivite alt ölçek puanları iyi, orta ve kötü olduğunu ifade edenlere göre anlamlı olarak yüksektir.

Beslenme alt ölçeğinde gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda sağlık durumunun çok iyi olduğunu ifade eden grup ile orta olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1204.500$ $p=0.001$, sağlık durumunun iyi olduğunu ifade eden grup ile orta olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=14971.500$ $p=0.002$ bulunmuştur. Sağlık durumunun orta olduğunu ifade edenlerin beslenme alt ölçek puanları çok iyi ile iyi olduğuna ifade eden diğer 2 gruba göre anlamlı olarak düşüktür.

Manevi gelişim alt ölçeğinde gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda sağlık durumunun çok iyi olduğunu ifade eden grup ile iyi olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=2049$ $p<0.001$, sağlık durumunun çok iyi olduğunu ifade eden grup ile orta olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=641$ $p<0.001$, sağlık durumunun çok iyi olduğunu ifade eden grup ile kötü olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=77$ $p<0.001$, sağlık durumunun iyi olduğunu ifade eden grup ile orta olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=13886.500$ $p<0.001$ bulunmuştur. Manevi gelişim alt ölçek puanlarında sağlık durumunun çok iyi olduğunu ifade edenlerin alt ölçek puanları iyi, orta ve kötü olduğunu ifade eden diğer 3 gruba göre anlamlı olarak yüksektir.

Kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanları için gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda sağlık durumunun çok iyi olduğunu ifade eden grup ile orta olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1225$ $p=0.001$, sağlık durumunun iyi olduğunu ifade eden grup ile orta olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=14138$ $p<0.001$ bulunmuştur. Sağlık durumunun orta olduğunu

düşünenlerin kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanları çok iyi olduğunu düşünenler ile iyi olduğunu düşünenlerden anlamlı olarak düşüktür.

Stres yönetimi alt ölçek puanları için gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda sağlık durumunun çok iyi olduğunu ifade eden grup ile iyi olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=3178$ $p=0.003$, sağlık durumunun çok iyi olduğunu ifade eden grup ile orta olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1038.500$ $p<0.001$, sağlık durumunun çok iyi olduğunu ifade eden grup ile kötü olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=113$ $p=0.002$, sağlık durumunun iyi olduğunu ifade eden grup ile orta olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=13867.500$ $p<0.001$ bulunmuştur. Stres yönetimi alt ölçeğinde sağlık durumunun çok iyi olduğunu ifade edenlerin puanları iyi, orta ve kötü olduğunu ifade edenlere göre anlamlı olarak yüksektir.

SYBD-2 ölçek toplam puanları için gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda sağlık durumunun çok iyi olduğunu ifade eden grup ile iyi olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1858.500$ $p<0.001$, sağlık durumunun çok iyi olduğunu ifade eden grup ile orta olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=596$ $p<0.001$, sağlık durumunun çok iyi olduğunu ifade eden grup ile kötü olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=79.500$ $p=0.001$, sağlık durumunun iyi olduğunu ifade eden grup ile orta olduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=9555$ $p<0.001$ bulunmuştur. SYBD-2 ölçek toplam puanları için sağlık durumunun çok iyi olduğunu ifade edenlerin puanları iyi, orta, kötü olduğunu ifade eden diğer 3 gruba göre anlamlı olarak yüksektir.

Tablo 28. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların sağlık durumları hakkındaki düşüncelerine göre karşılaştırılması

		SYBD-2 Ölçeğinden Alınan Puanlar						
		Sağlık sorumluluğu (n=459)	Fiziksel aktivite (n=470)	Beslenme (n=465)	Manevi gelişim (n=466)	Kişiler arası ilişkiler (n=463)	Stres yönetimi (n=469)	SYBD toplam (n=397)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Sağlık durumu hakkında düşünce	Çok iyi	21.00(18.00-26.00)	20.00(15.00-24.00)	22.00(20.00-26.00)	31.00(27.00-33.00)	25.00(23.00-30.00)	21.50(16.50-23.75)	144.00(131.50-155.00)
		10.00-30.00	9.00-30.00	14.00-29.00	16.00-35.00	15.00-34.00	10.00-30.00	77.00-179.00
	İyi	19.00(17.00-22.00)	16.00(12.00-18.00)	21.00(19.00-23.00)	26.00(23.00-28.00)	24.00(22.00-27.00)	18.00(16.00-20.00)	123.00(114.00-135.00)
		9.00-35.00	8.00-32.00	13.00-33.00	15.00-35.00	14.00-35.00	8.00-29.00	80.00-195.00
Orta		18.00(16.00-21.00)	14.00(11.00-17.00)	19.00(17.00-22.00)	24.00(21.00-27.00)	23.00(21.00-26.00)	16.00(14.00-18.75)	115.50(104.00-124.75)
		9.00-30.00	8.00-32.00	11.00-33.00	13.00-36.00	13.00-35.00	9.00-26.00	81.00-167.00
Kötü		18.00(17.00-19.75)	12.00(9.00-16.00)	18.00(16.50-23.50)	23.00(17.00-27.75)	21.0(19.25-25.75)	13.50(11.25-19.50)	109.00(94.50-135.50)
		12.00-26.00	8.00-21.00	12.00-30.00	13.00-32.00	16.00-29.00	9.00-23.00	75.00-154.00
KW- χ^2		9.629	25.510	17.610	47.485	21.192	34.527	40.947
p		0.022	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000

Analizlerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 29’da katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların diş hekimi muayenelerini yaptırma durumlarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların kontrol/tedavi amaçlı diş hekimine muayene olma sıklığına göre SYBD-2 ölçeğinden alınan puanlara bakıldığında tüm alt ölçekler ve SYBD toplam puanında gruplar arası anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Sağlık sorumluluğu alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda; diş hekimine her rahatsızlandığında muayene olduğunu ifade eden grupla ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U=12419 p<0,001, diş hekimine ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade eden grupla her ay-6 ayda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ifade

eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1347$ $p<0,001$, diş hekimine ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade eden grupla yılda-2 yılda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=3976.500$ $p=0.003$ bulunmuştur.

Sağlık sorumluluğu alt ölçek puanlarında diş hekimine ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade edenlerin alt ölçek puanları her rahatsızlandığında, her ay-6 ayda 1 kez kontrol için ve yılda-2 yılda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ifade edenlere göre anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur.

Fiziksel aktivite alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda; diş hekimine her rahatsızlandığında muayene olduğunu ifade eden grupla her ay-6 ayda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=2343.500$ $p=0.008$, diş hekimine her rahatsızlandığında muayene olduğunu ifade eden grupla yılda-2 yılda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=5131.500$ $p<0,001$, diş hekimine ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade eden grupla her ay-6 ayda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1760$ $p=0.005$, diş hekimine ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade eden grupla yılda-2 yılda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=3870$ $p<0,001$ bulunmuştur. Diş hekimine her rahatsızlandığında muayene olduğunu ifade edenlerin fiziksel aktivite alt ölçek puanları her ay-6 ayda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ifade edenler, yılda-2 yılda 1 kez kontrol için gittiğini ifade edenlerin puanlarından anlamlı ölçüde düşüktür. Diş hekimine ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade edenlerin fiziksel aktivite alt ölçek puanları her ay-6 ayda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ifade eden ve yılda-2 yılda 1 kez kontrol için gittiğini ifade edenlerin puanlarından anlamlı ölçüde düşüktür.

Beslenme alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda; diş hekimine ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade eden grupla yılda-2 yılda 1 kez

kontrol için muayene olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=3950.500$ $p=0.001$ bulunmuştur.

Beslenme alt ölçek puanlarında diş hekimine ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade edenlerin puanları yılda-2 yılda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ifade edenlerin puanlarından anlamlı ölçüde düşüktür.

Manevi gelişim alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda; diş hekimine ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade eden grupla her ay-6 ayda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1526.500$, $p=0.001$ bulunmuştur. Diş hekimine ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade edenlerin manevi gelişim alt ölçek puanları her ay-6 ayda 1 kez muayene olduğunu ifade edenlerden anlamlı ölçüde düşüktür.

Kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda; diş hekimine ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade eden grupla her ay-6 ayda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1531$ $p<0,001$, diş hekimine ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade eden grupla yılda-2 yılda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=4147.500$ $p=0.002$ bulunmuştur. Diş hekimine ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade edenlerin kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanları her ay-6 ayda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ve yılda-2 yılda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ifade edenlerden anlamlı ölçüde düşüktür.

Stres yönetimi alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda; diş hekimine her rahatsızlandığında muayene olduğunu ifade eden grupla her ay-6 ayda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1987$ $p<0,001$, diş hekimine ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade eden grupla her ay-6 ayda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1268$ $p<0,001$ bulunmuştur. Diş hekimine her ay-6 ayda bir muayene olduğunu ifade eden grubun stres yönetimi alt ölçek puanları

her rahatsızlığında ve ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade edenlerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

SYBD-2 toplam puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan posthoc analizlerde dış hekime her rahatsızlandığında muayene olduğunu ifade eden gruptakilerin puanları ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade edenlerden anlamlı ölçüde yüksek($p=0.014$), her ay-6 ayda 1 kez muayene olduğunu ifade edenlerden anlamlı ölçüde düşüktür($p=0.011$). Dış hekime ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade edenlerin SYBD-2 toplam puanları diğer 3 gruptakilerden anlamlı ölçüde düşüktür($p<0.05$).

Tablo 29. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların dış hekimi muayenelerini yaptırma durumlarına göre karşılaştırılması

		SYBD-2 Ölçeğinden Alınan Puanlar						
		Sağlık sorumluluğu (n=457)	Fiziksel aktivite (n=468)	Beslenme (n=463)	Manevi gelişim (n=464)	Kişiler arası ilişkiler (n=461)	Stres yönetimi (n=467)	SYBD toplam (n=395)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortalama \pm standart sapma
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Dış hekimi muayenesi	Her rahatsızlanma	19.00(17.00-22.00)	15.00(11.00-18.00)	21.00(18.25-23.00)	26.00(23.00-28.00)	24.00(22.00-27.00)	17.50(15.00-20.00)	123.50 \pm 18.43
		9.00-35.00	8.00-32.00	12.00-33.00	15.00-35.00	15.00-35.00	10.00-30.00	80.00-195.00
	Ciddi rahatsızlık durumunda	18.00(16.00-20.00)	15.00(11.00-17.00)	20.00(17.00-22.00)	25.00(22.00-27.00)	23.00(21.00-26.00)	17.00(14.00-19.00)	118.26 \pm 17.06
		10.00-30.00	8.00-32.00	11.00-32.00	13.00-34.00	13.00-34.00	9.00-28.00	75.00-179.00
	Her ay-6 ayda 1 kez kontrol	21.50(18.00-25.25)	17.00(14.00-20.75)	21.00(19.00-24.00)	28.00(24.00-30.00)	26.00(24.00-29.00)	21.00(18.00-23.00)	133.38 \pm 20.38
		12.00-29.00	8.00-32.00	13.00-30.00	17.00-36.00	18.00-34.00	10.00-29.00	89.00-167.00
	Yılda/2 yılda 1 kez kontrol için	21.00(17.00-24.00)	17.00(14.00-20.50)	21.00(19.00-25.00)	26.00(23.00-28.50)	25.00(22.00-28.00)	18.00(15.00-22.00)	127.96 \pm 20.84
		10.00-31.00	8.00-26.00	13.00-32.00	16.00-34.00	14.00-35.00	8.00-29.00	79.00-194.00
KW- χ^2		24.260	20.511	15.495	13.362	19.350	18.942	
p		0.000	0.000	0.001	0.004	0.000	0.000	0.000

Alt ölçekler için Kruskal Wallis testi, SYBD toplam puanı için tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Tablo 30’da katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların sağlık problemleri olduğunda davranma durumlarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların “Sağlık probleminiz olduğunda genellikle ne yaparsınız?” sorusuna verdikleri cevaplara göre SYBD-2 ölçeğinden alınan puanlarda sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası ilişkiler, SYBD-2 toplam puanında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Sağlık sorumluluğu alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda; “Sağlık kuruluşuna başvururum ve doktorumun önerdiği tedaviyi uygulayım” cevabını veren grup ile “Önemsemem” cevabını veren grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=2801.500$ $p<0.001$; “Sağlık kuruluşuna başvururum ve doktorumun önerdiği tedaviyi uygulayım” cevabını veren grup ile “Kendi kendime ilaç tedavisi uygulayım” cevabını veren grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=6864.500$ $p<0.001$ bulunmuştur. “Önemsemem” cevabını veren grup ile “Alternatif tıp yöntemlerini uygulayım-hem doktorun önerdiği tedavileri hem de alternatif tıp yöntemlerini uygulayım.” cevabını veren grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=653$ $p<0.001$ bulunmuştur. “Kendi kendime ilaç tedavisi uygulayım.” cevabını veren grup ile “Alternatif tıp yöntemlerini uygulayım-hem doktorun önerdiği tedavileri hem de alternatif tıp yöntemlerini uygulayım.” cevabını veren grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1624$ $p<0.001$ bulunmuştur. “Sağlık kuruluşuna başvururum ve doktorumun önerdiği tedaviyi uygulayım.” cevabını verenlerin sağlık sorumluluğu alt ölçek puanları “Önemsemem.” cevabını verenler ile “Kendi kendime ilaç tedavisi uygulayım.” cevabını verenlerin puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir. “Alternatif tıp yöntemlerini uygulayım-hem doktorumun önerdiği tedavileri hem de alternatif tıp yöntemlerini uygulayım.” cevabını verenlerin sağlık sorumluluğu alt ölçek puanları “Önemsemem” cevabını verenler ile “Kendi kendime ilaç tedavisi uygulayım.” cevabını verenlerden anlamlı olarak daha yüksektir.

Beslenme alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

Kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda “Sağlık kuruluşuna başvururum ve doktorumun önerdiği tedaviyi uyguladım.” cevabını veren grup ile “Kendi kendime ilaç tedavisi uyguladım” cevabını veren grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U=10691 p=0.006 bulunmuştur. “Kendi kendime ilaç tedavisi uyguladım.” cevabını veren grup ile “Alternatif tıp yöntemlerini uyguladım-hem doktorun önerdiği tedavileri hem de alternatif tıp yöntemlerini uyguladım.” cevabını veren grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U=2116.500 p<0.001 bulunmuştur. “Kendi kendime ilaç tedavisi uyguladım.” cevabını verenlerin kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanları “Sağlık kuruluşuna başvururum ve doktorumun önerdiği tedaviyi uyguladım.” ve “Alternatif tıp yöntemlerini uyguladım-hem doktorumun önerdiği tedavileri hem de alternatif tıp yöntemlerini uyguladım.” cevabını verenlerden anlamlı ölçüde düşüktür.

Manevi gelişim alt ölçek puanında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan posthoc testlerde “Bir sağlık kuruluşuna başvururum ve doktorumun önerdiği tedaviyi uyguladım.” cevabını veren gruptakilerin alt ölçek puanları “Önemsemem.” cevabını veren gruptakilerin puanlarıyla karşılaştırılmasında p=0.024, “Kendi kendime ilaç tedavisi uyguladım.” cevabını veren gruptakilerin puanlarıyla karşılaştırılmasında p=0.021 bulunmuştur. “Sağlık kuruluşuna başvururum ve doktorumun önerdiği tedaviyi uyguladım cevabını verenlerin manevi gelişim alt ölçek puanları “Önemsemem.” ve “Kendi kendime ilaç tedavisi uyguladım.” cevabını verenlerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

SYBDÖ-2 toplam puanında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda “Sağlık kuruluşuna başvururum ve doktorumun önerdiği tedaviyi uyguladım cevabını veren grup ile “Kendi kendime ilaç tedavisi uyguladım” cevabını veren grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U=7125.500 p=0.001 bulunmuştur. “Sağlık kuruluşuna başvururum ve doktorumun önerdiği tedaviyi uyguladım.” cevabını verenlerin SYBD-2 ölçek toplam puanları “Kendi kendime ilaç tedavisi uyguladım” cevabını verenlerin puanlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 30. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların sağlık problemleri olduğunda davranma durumlarına göre karşılaştırılması

		SYBD-2 Ölçeğinden Alınan Puanlar						
		Sağlık sorumluluğu (n=453)	Fiziksel aktivite (n=465)	Beslenme (n=460)	Manevi gelişim (n=460)	Kişiler arası ilişkiler (n=457)	Stres yönetimi (n=463)	SYBD toplam (n=393)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortalama \pm standart sapma	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Sağlık probleminiz olduğunda genellikle ne yaparsınız?	Sağlık kuruluşuna başvururum ve doktorumun önerdiği tedaviyi uyguladım	20.00(18.00-23.00)	15.50(12.00-18.00)	21.00 (19.00-24.00)	25.70 \pm 3.97	24.00 (22.00-27.00)	18.00 (15.00-20.00)	123.00 (113.00-137.00)
	Önemsemem	18.00 (15.50-19.50)	17.00(12.00-19.50)	20.00 (17.00-22.75)	24.05 \pm 4.25	23.00 (22.00-26.00)	16.00 (14.00-19.00)	115.00 (106.00-128.00)
	Kendi kendime ilaç tedavisi uyguladım	17.00 (14.25-19.00)	14.00(11.00-17.00)	20.00 (17.00-22.00)	24.59 \pm 4.49	23.00 (21.00-26.00)	17.00 (14.00-19.50)	116.00 (104.00-132.00)
	Alternatif tıp yöntemlerini uyguladım-hem doktorumun önerdiği tedavileri hem de alternatif tıp yöntemlerini uyguladım	20.00 (17.75-23.00)	16.00 (12.00-19.00)	21.00 (18.00-23.50)	25.82 \pm 3.86	25.00 (23.00-27.00)	18.00 (16.00-20.75)	127.00 (112.00-138.50)
		11.00-35.00	8.00-32.00	11.00-33.00	15.00-35.00	15.00-35.00	9.00-29.00	80.00-195.00
KW- χ^2	58.330	4.124	8.620		15.540	5.388	15.992	
p	0.000	0.248	0.035	0.020	0.001	0.145	0.001	

Manevi gelişim alt ölçeği hariç tüm alt ölçeklerde Kruskal Wallis testi ve manevi gelişim alt ölçeğinde tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Tablo 31’de katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların hepatit B aşılarını yaptırma durumlarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. SYBD-2 ölçeğinden alınan

puanlarda “Hepatit B aşılarınızı tam doz yaptırdınız mı?” sorusuna verilen cevaplara göre anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

Tablo 31. Katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanların hepatit B aşılarını yaptırma durumlarına göre karşılaştırılması

		SYBD-2 Ölçeğinden Alınan Puanlar						SYBD toplam
		Sağlık sorumluluğu (n=459)	Fiziksel aktivite (n=470)	Beslenme (n=465)	Manevi gelişim (n=466)	Kişiler arası ilişkiler (n=463)	Stres yönetimi (n=469)	(n=397)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Hepatit B aşılarını tam doz yaptıрма	Evet	19.00(17.00-22.00)	15.00(12.00-18.00)	21.00(18.00-23.00)	25.00(23.00-28.00)	24.00(22.00-27.00)	18.00(15.00-20.00)	122.00(110.00-136.00)
		9.00-35.00	8.00-32.00	11.00-33.00	15.00-36.00	15.00-35.00	9.00-30.00	77.00-195.00
	Hayır	19.00(15.00-21.75)	15.00(12.00-20.50)	20.00(17.50-25.00)	26.50(22.75-28.00)	24.50(21.75-26.25)	17.00(13.5-20.00)	122.50(116.50-133.50)
		10.00-26.00	8.00-29.00	12.00-32.00	13.00-33.00	17.00-31.00	11.00-26.00	75.00-162.00
	Emin değilim/bilmiyorum	18.00(16.50-21.00)	15.00(11.00-18.00)	20.00(17.00-22.00)	25.00(22.00-28.00)	24.00(22.00-27.00)	17.00(14.00-19.00)	122.50(106.00-134.75)
		10.00-30.00	8.00-26.00	12.00-27.00	13.00-34.00	13.00-34.00	8.00-29.00	79.00-174.00
KW- χ^2		2.628	0.439	4.577	0.387	0.228	2.077	0.331
p		0.269	0.803	0.101	0.824	0.892	0.354	0.848

Analizlerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

4.4. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ve bazı davranışlarına göre

WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların ilişkisinin incelenmesi

Tablo 32’de katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların yaş gruplarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref-TR ölçeğinden aldıkları puanlar yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir.

Tablo 32. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların yaş gruplarına göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=474)	Psikolojik (n=472)	Sosyal (n=473)	Çevre-TR (n=474)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p- 75.p)	Ortalama ±standart sapma
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Yaş grupları	21-30	14.29(12.57- 16.00)	14.00(12.67- 15.33)	14.67(12.00- 16.00)	13.63±1.94
		6.86-20.00	6.00-18.67	5.33-20.00	7.11-19.56
	31-40	14.28(12.57- 15.43)	14.00(12.67- 16.00)	14.67(12.00- 16.00)	13.56±2.07
		6.86-20.00	6.00-19.33	8.00-20.00	8.00-19.11
	41-56	14.28(12.57- 16.28)	14.67(12.83- 16.00)	14.67(12.00- 16.00)	14.00±1.96
		7.43-20.00	7.33-20.00	4.00-20.00	8.89-19.56
KW- χ^2		2.605	4.856	1.017	
p		0.272	0.088	0.601	0.160

Çevre-TR alt ölçeğinde tek yönlü varyans analizi diğer alt ölçeklerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 33’de katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların cinsiyete göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref-TR ölçeğinden aldıkları puanlar cinsiyete göre karşılaştırıldığında fiziksel, psikolojik, çevre-TR alanlarında anlamlı farklılık görülmüştür. Erkeklerin fiziksel, psikolojik ve çevre-TR alan puanları kadınlardan anlamlı olarak yüksektir.

Tablo 33. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların cinsiyete göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=481)	Psikolojik (n=479)	Sosyal (n=480)	Çevre-TR (n=481)
		Ortanca (25.p- 75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p- 75.p)	Ortanca (25.p- 75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Cinsiyet	Erkek	14.86(13.14- 16.57)	14.67(13.00- 16.67)	14.67(12.00- 16.00)	13.78(12.67- 15.55)
	Kadın	13.71(12.57- 15.43)	14.00(12.67- 15.33)	14.67(12.00- 16.00)	13.78(12.44- 14.67)
		7.43-20.00	6.00-20.00	5.33-20.00	7.11-19.56
		6.86-20.00	6.00-19.33	4.00-20.00	7.11-19.56
Mann-Whitney U		17896.500	19390.500	23181.000	20710.00
p		0.000	0.003	0.816	0.038

Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 34’de katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların mesleklerine göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref ölçeğinden aldıkları puanların meslek gruplarına göre karşılaştırılmasında fiziksel, psikolojik ve çevre-TR alanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Fiziksel alan puanlarında gruplar arası anlamlı farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda;

Hemşireler ile ebelerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U=3469 p<0,001,

Hemşireler ile aile hekimlerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney U=3309 p= p<0,001,

Hemşireler ile sağlık memurlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U=229.500 p=0.002 bulunmuştur.

Hemşirelerin fiziksel alan puanları ebelerin, aile hekimleri ve sağlık memurlarının fiziksel alan puanlarından anlamlı ölçüde düşüktür.

Psikolojik alan puanlarında gruplar arası anlamlı farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda;

Hemşireler ile ebelerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=3727$ $p=0.001$,

Ebeler ile asistan hekimlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=2111.500$ $p=0.001$ bulunmuştur. Ebelerin psikolojik alan puanları hemşireler ile asistan hekimlerin puanlarından anlamlı olarak yüksektir.

Çevre-TR alan puanlarında gruplar arası anlamlı farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda; hemşireler ile aile hekimlerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=3346$ $p= p<0,001$ bulunmuştur. Aile hekimlerinin çevre-TR alan puanları hemşirelerden anlamlı olarak yüksektir.

Tablo 34. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların mesleklerine göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=464)	Psikolojik (n=462)	Sosyal (n=463)	Çevre-TR (n=464)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Mesleğiniz nedir?	Hemşire	13.71(12.00-15.43) 7.43-20.00	14.00(12.67-15.33) 6.00-18.00	14.67(12.00-16.00) 4.00-20.00	13.33(12.33-14.67) 8.00-17.78
	Ebe	14.86(13.71-16.00) 9.14-20.00	15.33(14.00-16.67) 8.00-19.33	14.67(12.00-16.00) 8.00-20.00	14.22(11.89-15.11) 9.33-17.33
	Sağlık teknisyeni/ teknikeri	14.28(13.14-16.57) 9.71-18.29	15.33(12.83-16.67) 11.33-20.00	14.33(12.00-16.00) 10.67-18.67	13.11(12.44-15.00) 10.22-16.89
	Asistan hekim	14.28(12.57-16.00) 6.86-20.00	14.00(12.00-15.33) 6.00-18.67	14.00(12.00-16.00) 5.33-20.00	13.78(12.44-14.67) 7.11-17.78
	Aile hekimi	14.86(13.14-16.71) 10.29-18.86	14.67(13.33-16.67) 10.67-19.33	14.67(12.00-16.00) 10.67-18.67	14.22(13.33-16.00) 9.78-19.56

Tablo 34. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların mesleklerine göre karşılaştırılması (devamı)

Mesleğiniz nedir?	TSM hekimi	14.28(12.86-15.71)	14.00(12.00-15.33)	14.00(12.67-16.00)	13.78(12.00-14.67)
		12.00-20.00	11.33-18.67	12.00-16.00	11.11-15.56
	Sağlık memuru	16.57(15.43-17.14)	16.67(14.67-18.00)	16.00(14.67-18.67)	13.33(12.89-15.55)
		13.71-17.71	12.67-18.00	12.00-20.00	12.00-16.89
	Diş hekimi**	13.71(12.14-17.00)	12.00(10.17-14.33)	13.33(11.00-15.67)	12.44(8.00-15.22)
		12.00-17.71	10.00-14.67	10.67-16.00	7.11-15.56
	HSM hekimi**	15.14(13.86-16.00)	13.67(11.83-17.50)	15.33(14.17-18.00)	14.22(12.78-16.33)
		13.71-16.00	11.33-18.67	14.00-18.67	12.44-16.89
KW- χ^2		32.153	26.267	6.843	19.312
p		0.000	0.000	0.336	0.004

**işaretili meslek grupları analiz dışı bırakılmıştır. Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 35’de katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların beden kitle indeksine göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref ölçeğinden aldıkları puanlar beden kitle indeksine göre karşılaştırıldığında sosyal alanda anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Sosyal alanda gruplar arası anlamlı farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda beden kitle indeksi 18.50-24.99 olan grup ile 30-50 arasında olan grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U=5624 P=0.005, 25-29.99 olan grup ile 30-50 olan grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U=3072.500 p=0.004 bulunmuştur. Beden kitle indeksi 30-50 arasında olanların sosyal alan puanları 18.50-24.99 ile 25-29.99 arasında olanlara göre anlamlı ölçüde düşüktür.

Tablo 35. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların beden kitle indeksine göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=477)	Psikolojik (n=475)	Sosyal (n=476)	Çevre-TR (n=477)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p- 75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p- 75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Beden kitle indeksi	14.00-18.49	14.57(13.19- 16.00)	14.33(12.83- 15.17)	14.33(12.33- 16.00)	13.55(12.00- 15.44)
		12.57-17.71	9.33-16.67	8.00-18.67	10.67-17.33
	18.50-24.99	14.28(12.57- 16.00)	14.67(12.67- 16.00)	14.67(12.00- 16.00)	13.78(12.44- 14.67)
		6.86-20.00	6.67-19.33	4.00-20.00	7.11-19.56
	25.00-29.99	14.28(13.14- 16.00)	14.00(12.67- 16.00)	14.67(12.00- 16.00)	13.78(12.44- 15.11)
	7.43-20.00	6.00-20.00	4.00-20.00	8.50-17.78	
	30.00-50.00	13.14(12.28- 15.09)	14.67(12.00- 16.00)	12.00(12.00- 16.00)	13.78(12.00- 14.67)
		6.86-18.86	6.00-18.00	5.33-20.00	7.11-19.11
KW- χ^2		6.642	0.698	9.735	1.500
p		0.084	0.874	0.021	0.682

Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 36’da katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların medeni durumlarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref ölçeğinden aldıkları puanların medeni duruma göre karşılaştırılmasında psikolojik, sosyal ve çevre-TR alanlarında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Psikolojik alan puanında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda evli ile bekar gruplarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U=17535 p=0.002 bulunmuştur. Evlilerin psikolojik alan puanları bekarlardan anlamlı olarak yüksektir. Sosyal alan puanında yapılan ikili karşılaştırmalarda evli ile bekar grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U=18472 p=0.014 bulunmuştur. Evlilerin sosyal alan puanları bekarlardan anlamlı olarak daha yüksektir. Çevre-TR alan puanında yapılan ikili karşılaştırmalarda evli ile bekar gruplarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U=18548.500 p=0.016 bulunmuştur. Evlilerin çevre-TR alan puanları bekarlardan anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 36. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların medeni durumlarına göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=481)	Psikolojik (n=479)	Sosyal (n=480)	Çevre-TR (n=481)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Medeni durum	Evli	14.28(12.57-16.00)	14.67(12.67-16.00)	14.67(12.00-16.00)	13.78(12.60-15.11)
		6.86-20.00	6.00-20.00	4.00-20.00	7.11-19.56
	Bekar	14.28(12.57-16.00)	14.00(12.00-15.33)	14.00(12.00-16.00)	13.33(12.00-14.67)
		6.86-20.00	6.67-18.67	5.33-20.00	8.89-18.67
	Boşanmış- eşinden ayrı yaşıyor- eşi vefat etmiş	13.71(12.14-14.28)	14.00(12.67-14.67)	13.33(12.00-16.00)	11.67(13.11-14.55)
		9.14-18.86	10.67-19.33	9.33-20.00	10.22-19.56
KW- χ^2		2.426	9.490	7.189	6.315
p		0.297	0.009	0.027	0.043

Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 37’de katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların çocuğu olma durumlarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref-TR ölçeğinden aldıkları puanların çocuğu olma durumuna göre karşılaştırılmasında psikolojik alanda anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Çocuğu olanların psikolojik alan puanları olmayanlardan anlamlı olarak yüksektir.

Tablo 37. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların çocuğu olma durumlarına göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=481)	Psikolojik (n=479)	Sosyal (n=480)	Çevre-TR (n=481)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p- 75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Çocuğunuz var mı?	Hayır	14.28(12.57- 16.00)	14.00(12.67- 15.33)	14.00(12.00- 16.00)	13.61(12.44-14.67)
		6.86-20.00	6.00-18.67	5.33-20.00	7.11-19.56
	Evet	14.28(12.57- 16.00)	14.67(12.67- 16.00)	14.67(12.00- 16.00)	13.78(12.47-15.11)
		7.43-20.00	6.00-20.00	4.00-20.00	7.11-19.56
Mann Whitney U		28157	24828.500	27293	26487
p		0.813	0.021	0.464	0.179

Tablo 38’de katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref-TR ölçeğinden aldıkları puanların eğitim durumuna göre karşılaştırılmasında anlamlı farklılık görülmemiştir.

Tablo 38. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=479)	Psikolojik (n=477)	Sosyal (n=478)	Çevre-TR (n=479)
		Ortanca (25.p- 75.p)	Ortanca (25.p- 75.p)	Ortanca (25.p- 75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Eğitim durumu	Lise mezunu	13.71(12.00- 15.43)	14.00(12.67- 16.00)	14.67(12.00- 16.00)	13.33(11.89-14.67)
		7.43-17.14	6.67-18.67	4.00-20.00	8.00-16.89
	Yüksekokul	14.28(13.14- 16.00)	14.67(12.67- 16.00)	14.00(12.00- 16.00)	13.78(12.44-14.67)
		7.43-18.29	6.00-18.67	8.00-20.00	10.22-17.33
	Üniversite mezunu	14.28(12.57- 15.43)	14.67(13.33- 16.00)	14.67(12.00- 16.00)	13.61(12.44-14.67)
		7.43-20.00	7.33-20.00	8.00-20.00	7.11-19.56
	Yüksek lisans/doktora/ uzman	14.28(12.57- 16.00)	14.00(12.67- 16.00)	14.67(12.00- 16.00)	13.78(12.44-15.11)
		6.86-20.00	6.00-19.33	5.33-20.00	7.11-19.56
KW- χ^2		5.163	0.999	0.650	5.267
p		0.160	0.801	0.885	0.153

Tablo 39’da katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların çalıştıkları kuruma göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref-TR ölçeğinden aldıkları puanların çalıştıkları kurumlara göre karşılaştırılmasında tüm alanlarda anlamlı farklılık görülmüştür.

Fiziksel alanda gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda ASM’de çalışanlar ile üniversite hastanesinde çalışanların karşılaştırılmasında Mann Whitney U=10269.500 p<0,001, halk sağlığı müdürlüğünde çalışanlar ile üniversite hastanesinde çalışanların karşılaştırılmasında Mann Whitney U=4630 p=0.001 bulunmuştur. Üniversite hastanesinde çalışanların fiziksel alan puanları halk sağlığı müdürlüğünde çalışanlar ile aile sağlığı merkezinde çalışanlardan anlamlı ölçüde düşüktür.

Psikolojik alanda gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda ASM’de çalışanlar ile üniversite hastanesinde çalışanların karşılaştırılmasında Mann Whitney U=10511.500 p<0.001, halk sağlığı müdürlüğünde çalışanlar ile üniversite hastanesinde çalışanların karşılaştırılmasında Mann Whitney U=4287.500 p<0,001, toplum sağlığı merkezinde çalışanlar ile üniversite hastanesinde çalışanların karşılaştırılmasında Mann Whitney U=4835 p=0.007 bulunmuştur. Üniversite hastanesinde çalışanların psikolojik alan puanları HSM, TSM VE ASM’de çalışanlardan anlamlı ölçüde düşüktür.

Sosyal alanda gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda halk sağlığı müdürlüğünde çalışanlar ile üniversite hastanesinde çalışanların karşılaştırılmasında Mann Whitney U=4979.500 p= 0.007 bulunmuştur. Halk sağlığı müdürlüğünde çalışanların sosyal alan puanları üniversite hastanesinde çalışanların puanlarından anlamlı olarak yüksektir.

Çevre-TR alanında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda aile sağlığı merkezinde çalışanlar ile toplum sağlığı merkezinde çalışanların karşılaştırılmasında Mann Whitney U=1654.500 p=0.007, ASM’de çalışanlar ile üniversite hastanesinde çalışanların karşılaştırılmasında Mann Whitney U=9134 p<0,001, halk sağlığı müdürlüğünde çalışanlar ile üniversite hastanesinde çalışanların karşılaştırılmasında Mann Whitney U=4935 p=0.003 bulunmuştur. Aile sağlığı merkezinde çalışanların çevre-TR alan

puanları toplum sağlığı merkezinde çalışanların puanlarından anlamlı olarak yüksektir. Üniversite hastanesinde çalışanların evre-TR alan puanları ASM’de çalışanlar ile halk sağlığı müdürlüğünde çalışanlardan anlamlı olarak düşüktür.

Tablo 39. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR leğinden aldıkları puanların çalıştıkları kuruma göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR leği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=481)	Psikolojik (n=479)	Sosyal (n=480)	evre-TR (n=481)
		Ortanca (% 25-% 75)	Ortanca (25.p- 75.p)	Ortanca (25.p- 75.p)	Ortanca (25.p- 75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Çalışılan kurum	ASM	14.86(13.7 1-16.57)	14.67(13.33- 16.00)	14.67(12.00- 16.00)	14.44(13.33- 15.55)
		9.14-20.00	8.00-19.33	4.00-20.00	9.78-19.56
	HSM	14.86(13.7 1-16.57)	15.33(13.33- 16.67)	16.00(13.00- 16.00)	14.22(12.89- 15.11)
		12.00- 18.86	11.33-20.00	10.67-18.67	11.56-19.56
	TSM	14.86(13.1 4-16.28)	14.67(13.33- 16.67)	14.67(12.67- 16.00)	13.78(12.22- 14.67)
		7.43-20.00	10.00-19.33	8.00-20.00	7.11-17.78
	Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	13.71(12.0 0-15.43)	14.00(12.50- 15.33)	14.00(12.00- 16.00)	13.33(12.00- 14.67)
		6.86-20.00	6.00-18.67	4.00-20.00	7.11-17.78
	KW- ²	28.846	30.107	10.923	35.578
	P	0.000	0.000	0.012	0.000

Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 40'da katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların meslekte çalıştıkları süreye göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref-TR ölçeğinden aldıkları puanların meslekte çalışılan süreye göre karşılaştırılmasında fiziksel, psikolojik, çevre-TR alanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık görülmüştür.

Fiziksel alanda gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda meslekte 5.5-15 yıl ile 16-32 yıl çalışmış olan grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=8103$ $p=0.001$ bulunmuştur. Meslekte 16-32 yıldır çalışmakta olanların fiziksel alan puanları 5.5-15 yıldır çalışmakta olanların puanlarından anlamlı olarak yüksektir.

Psikolojik alanda gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda meslekte 0-5 yıl ile 16-32 yıl çalışmış olan grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=8604$ $p=0.003$, 5.5-15 ile 16-32 yıl çalışmış grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=8183.500$ $p=0.002$ bulunmuştur. Meslekte 16-32 yıldır çalışmakta olanların psikolojik alan puanları 0-5 ile 5.5-15 yıldır çalışmakta olanlardan anlamlı ölçüde yüksektir.

Çevre-TR alanında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda meslekte 5.5-15 yıl ile 16-32 yıl çalışmış olan grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=8579.500$ $p=0.009$ bulunmuştur. Meslekte 16-32 yıldır çalışmakta olanların çevre-TR alan puanları 5.5-15 yıldır çalışmakta olanların puanlarından anlamlı olarak yüksektir.

Tablo 40. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların meslekte çalıştıkları süreye göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=460)	Psikolojik (n=458)	Sosyal (n=459)	Çevre-TR (n=460)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Meslekte çalışma süresi	0-5 yıl	14.28(12.57-16.00) 6.86-20.00	14.00(12.67-15.83) 6.00-18.67	14.67(12.00-16.00) 5.33-20.00	13.33(12.44-14.89) 7.11-19.56
	5.5-15 yıl	13.71(12.00-15.43) 7.43-20.00	14.00(12.67-16.00) 6.00-19.33	14.67(12.00-16.00) 4.00-20.00	13.33(12.00-14.67) 8.00-19.11
	16-32 yıl	14.86(13.14-16.57) 7.43-20.00	15.27(13.33-16.00) 8.00-20.00	14.67(12.00-16.00) 4.00-20.00	13.78(12.89-15.11) 9.33-19.56
KW- χ^2		11.161	11.766	1.855	7.095
p		0.004	0.003	0.396	0.029

Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 41’de katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların gelir durumlarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref-TR ölçeğinden aldıkları puanların gelir durumlarına göre karşılaştırılmasında fiziksel ve çevre-TR alanlarında gruplar arası anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Fiziksel alanda gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda gelirinin giderinden az olduğunu ifade eden grupta gelirinin giderinden fazla olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U=3234.500 p<0,001, gelirinin giderine eşit olduğunu ifade eden grupta gelirinin giderinden fazla olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U=10607.500 p=0.011 bulunmuştur. Gelirinin giderinden fazla

olduğunu ifade edenlerin fiziksel alan puanları gelirinin giderine eşit ve gelirinin giderinden az olduğunu ifade edenlerin puanlarından anlamlı olarak yüksektir.

Çevre-TR alanı için yapılan ikili karşılaştırmalarda gelirinin giderinden az olduğunu ifade eden grupla gelirinin giderinden fazla olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U=2984 p<0,001, gelirinin giderine eşit olduğunu ifade eden grupla gelirinin giderinden fazla olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U=10262 p=0.003 bulunmuştur. Gelirinin giderinden fazla olduğunu ifade edenlerin çevre-TR alan puanları gelirinin giderine eşit ve gelirinin giderinden az olduğunu ifade edenlerin puanlarından anlamlı olarak yüksektir.

Tablo 41. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların gelir durumlarına göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=472)	Psikolojik (n=470)	Sosyal (n=471)	Çevre-TR (n=472)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Gelir durumu	Geliri giderinden az	13.71(12.00-15.43) 7.43-18.86	14.00(12.67-16.00) 6.67-20.00	14.00(12.00-16.00) 6.67-20.00	13.33(12.00-14.55) 7.11-17.33
	Geliri giderine eşit	14.28(12.57-15.43) 6.86-20.00	14.67(12.67-16.00) 6.00-19.33	14.67(12.00-16.00) 4.00-20.00	13.78(12.44-14.67) 7.11-18.67
	Geliri giderinden fazla	15.43(13.14-16.57) 6.86-18.86	14.67(13.17-16.00) 6.00-19.33	14.67(12.00-16.00) 5.33-20.00	14.22(13.33-15.55) 8.89-19.56
KW- χ^2		13.264	1.864	1.672	18.472
P		0.001	0.394	0.433	0.000

Analizlerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 42’de katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların kendilerini iş yaşamında verimli bulma durumlarına göre karşılaştırılması

gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref ölçeğinden aldıkları puanların kendilerini iş yaşamında verimli bulma durumlarına göre karşılaştırılmasında tüm alanlarda gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Fiziksel alan puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda kendini iş yaşamında verimli bulduğunu ifade eden grubun, kendini iş yaşamında verimli bulmadığını ifade eden grupla karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=2463$ $p=0.008$, kendini iş yaşamında verimli bulduğunu ifade eden grubun kısmen verimli bulduğunu ifade eden grupla karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=18634.500$ $p<0,001$ bulunmuştur. Kendini iş yaşamında verimli bulduğunu ifade edenlerin fiziksel alan puanları kendini iş yaşamında kısmen verimli bulduğunu ve verimli bulmadığını ifade edenlerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Psikolojik alan puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda kendini iş yaşamında verimli bulduğunu ifade eden grubun, kendini iş yaşamında verimli bulmadığını ifade eden grupla karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1677.500$ $p<0,001$, kendini iş yaşamında verimli bulduğunu ifade eden grubun kısmen verimli bulduğunu ifade eden grupla karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=16802.500$ $p<0,001$, kendini iş yaşamında verimli bulmadığını ifade eden grupla kısmen verimli bulduğunu ifade eden grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1344.500$ $p=0.006$ bulunmuştur. Kendini iş yaşamında verimli bulma durumuna göre tüm grupların psikolojik alan puanlarının birbirinden anlamlı olarak farklı olduğu görülmüştür. Kendini iş yaşamında verimli bulanların psikolojik alan puanları bulmadığını ve kısmen verimli bulduğunu ifade edenlerden anlamlı olarak yüksektir. Kendini iş yaşamında verimli bulmadığını ifade edenlerin psikolojik alan puanları verimli bulduğunu ve kısmen verimli bulduğunu ifade edenlerden anlamlı ölçüde düşüktür.

Sosyal alan puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda kendini iş yaşamında verimli bulduğunu ifade eden grubun, kendini iş yaşamında verimli bulmadığını ifade eden grupla karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=2469$ $p=0.008$, kendini iş yaşamında verimli bulduğunu ifade eden grubun kendini iş yaşamında kısmen

verimli bulunduğunu ifade eden grupla karşılaştırılmasında Mann Whitney U=18915.500 p<0,001 bulunmuştur. Kendini iş yaşamında verimli bulunduğunu ifade eden grubun sosyal alan puanları verimli bulmadığını ve kısmen verimli bulunduğunu ifade edenlerden anlamlı olarak yüksektir.

Çevre-TR alan puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda kendini iş yaşamında verimli bulunduğunu ifade eden grubun, kendini iş yaşamında verimli bulmadığını ifade eden grupla karşılaştırılmasında Mann Whitney U=2169.500 p=0.001, kendini iş yaşamında verimli bulunduğunu ifade eden grubun kendini iş yaşamında kısmen verimli bulunduğunu ifade eden grupla karşılaştırılmasında Mann Whitney U=18246.500 p<0,001 bulunmuştur. Kendini iş yaşamında verimli bulunduğunu ifade edenlerin çevre-TR alan puanları kendini iş yaşamında kısmen verimli bulunduğunu ifade edenler ile verimli bulmadığını ifade edenlerin puanlarından anlamlı olarak yüksektir.

Tablo 42. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların kendilerini iş yaşamında verimli bulma durumlarına göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=478)	Psikolojik (n=476)	Sosyal (n=477)	Çevre-TR (n=478)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p- 75.p)	Ortanca (25.p- 75.p)	Ortanca (25.p- 75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Kendinizi iş yaşamında verimli buluyor musunuz?	Evet	14.28(13.14-16.00) 6.86-20.00	14.67(13.33-16.00) 6.00-19.33	14.67(12.00-16.00) 4.00-20.00	13.78(12.89-15.11) 8.44-19.56
	Hayır	13.14(10.28-14.57) 7.43-20.00	12.00(9.67-14.67) 6.67-18.00	12.00(10.67-15.33) 4.00-20.00	12.44(10.67-14.44) 8.00-16.00
		Kısmen	13.71(12.57-15.43) 7.43-20.00	14.00(12.00-15.20) 6.67-20.00	13.33(12.00-16.00) 6.67-20.00
	KW- χ^2		18.692	39.905	17.594
P		0.000	0.000	0.000	0.000

Analizlerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 43’de katılımcıların WHOQOL-Bref–TR ölçeğinden aldıkları puanların çalıştıkları ortam hakkındaki düşüncelerine göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref ölçeğinden aldıkları puanların çalışma ortamları hakkında düşüncelerine göre karşılaştırılmasında tüm alanlarda gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Fiziksel alan puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda çalışma ortamının iyi olduğunu düşünenler ile kötü olduğunu düşünenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=5646.500$ $p<0,001$, çalışma ortamının orta olduğunu düşünenler ile kötü olduğunu düşünenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=4337$ $p=0.004$ bulunmuştur. Çalışma ortamının kötü olduğunu düşünenlerin fiziksel alan puanları iyi ve orta olduğunu düşünenlerden anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Psikolojik alan puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda çalışma ortamının iyi olduğunu düşünenler ile kötü olduğunu düşünenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=5201.500$ $p<0,001$, çalışma ortamının orta olduğunu düşünenler ile kötü olduğunu düşünenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=4076.500$ $p=0.001$ bulunmuştur. Çalışma ortamının kötü olduğunu düşünenlerin psikolojik alan puanları iyi ve orta olduğunu düşünenlerden anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Sosyal alan puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda çalışma ortamının iyi olduğunu düşünen grup ile orta olduğunu düşünen grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=15713.500$ $p=0.001$, iyi olduğunu düşünen grup ile kötü olduğunu düşünen grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=5505$ $p= p<0,001$, orta olduğunu düşünen grup ile kötü olduğunu düşünen grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=4534.500$ $p=0.014$ bulunmuştur. Sosyal alan puanlarında tüm grupların puanlarının birbirinden anlamlı olarak farklı olduğu bulunmuştur. Çalışma ortamının iyi olduğunu düşünenlerin sosyal alan puanları orta ve kötü olduğunu düşünenlerden yüksek, çalışma ortamının kötü olduğunu düşünenlerin alan puanları orta ve iyi olduğunu düşünenlerden anlamlı ölçüde düşüktür.

Çevre-TR alan puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda çalışma ortamının iyi olduğunu düşünen grup ile orta olduğunu düşünen grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U=16590 p=0.007, iyi olduğunu düşünen grup ile kötü olduğunu düşünen grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U=5254 p<0,001, orta olduğunu düşünen grup ile kötü olduğunu düşünen grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U=4193 p=0.002 bulunmuştur. Çevre-TR alanında tüm grupların puanlarının birbirinden anlamlı olarak farklı olduğu bulunmuştur.

Tablo 43. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların çalıştıkları ortam hakkındaki düşüncelerine göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=475)	Psikolojik (n=473)	Sosyal (n=474)	Çevre-TR (n=475)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p- 75.p)	Ortanca (25.p- 75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Çalışma ortamınız hakkında düşünceniz	İyi	14.28(13.14- 16.57)	14.67(13.33- 16.00)	14.67(12.00- 16.00)	13.78(12.89- 15.11)
		7.43-20.00	6.67-20.00	4.00-20.00	7.11-19.56
	Orta	14.28(12.57- 15.43)	14.00(12.67- 16.00)	14.00(12.00- 16.00)	13.78(12.44- 14.67)
		6.86-20.00	6.00-19.33	5.33-20.00	8.89-19.11
	Kötü	13.14(11.86- 14.86)	12.67(11.00- 14.67)	12.00(10.67- 16.00)	12.67(11.11- 14.05)
		6.86-18.29	6.00-18.67	5.33-20.00	7.11-17.33
KW- χ^2		18.401	24.404	26.493	26.729
p		0.000	0.000	0.000	0.000

Analizlerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 44’de katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların sigara içme durumlarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref ölçeğinden aldıkları puanların sigara içme durumuna göre karşılaştırılmasında gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

Tablo 44. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların sigara içme durumlarına göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=475)	Psikolojik (n=473)	Sosyal (n=474)	Çevre-TR (n=475)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p- 75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p- 75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Sigara içme durumu	Halen içiyorum	14.28(12.57- 15.43)	14.67(12.67- 16.00)	14.67(12.00- 16.00)	13.33(12.44- 14.67)
		7.43-20.00	6.00-19.33	4.00-20.00	7.11-17.78
	Bıraktım	15.14(12.71- 16.43)	14.67(13.33- 16.67)	14.67(12.00- 16.00)	13.78(12.44- 15.55)
		7.43-20.00	7.33-19.33	4.00-20.00	7.11-19.56
	Hiç içmedim	14.28(12.57- 16.00)	14.00(12.67- 15.33)	14.67(12.00- 16.00)	13.78(12.44- 14.67)
		6.86-20.00	6.00-20.00	5.33-20.00	8.44-19.11
KW- χ^2		3.058	5.131	0.764	3.131
p		0.217	0.077	0.682	0.209

Analizlerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 45’de katılımcıların WHOQOL-Bref–TR ölçeğinden aldıkları puanların alkol kullanma durumlarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref ölçeğinden aldıkları puanların alkol kullanma durumuna göre karşılaştırılmasında fiziksel alan puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Alkol tükettiğini ifade edenlerin fiziksel alan puanları tüketmediğini ifade edenlerden anlamlı olarak yüksektir.

Tablo 45. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların alkol kullanma durumlarına göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=474)	Psikolojik (n=472)	Sosyal (n=473)	Çevre-TR (n=474)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p- 75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Alkol kullanımı	Hiç tüketmem	13.71(12.57- 15.43)	14.40(12.67- 16.00)	14.67(12.00- 16.00)	13.78(12.44- 15.11)
	Tüketirim	6.86-20.00	6.00-20.00	4.00-20.00	7.11-19.56
		14.86(13.14- 16.57)	14.67(13.33- 16.00)	14.00(12.00- 16.00)	13.33(12.44- 14.67)
		7.43-20.00	6.67-19.33	8.00-20.00	8.00-19.56
Mann Whitney U		14464	16707	17259.500	17273
p		0.002	0.310	0.477	0.466

Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 46’da katılımcıların WHOQOL-Bref–TR ölçeğinden aldıkları puanların tanı konulmuş hastalık varlığına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref-TR ölçeğinden aldıkları puanların tanı konulmuş hastalık varlığına göre karşılaştırılmasında fiziksel ve sosyal alan puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Tanı konulmuş herhangi bir hastalığı olmadığını ifade edenlerin fiziksel ve sosyal alan puanları bir hastalığı olduğunu ifade edenlerin puanlarından anlamlı olarak yüksektir.

Tablo 46. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların tanı konulmuş hastalık varlığına göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=475)	Psikolojik (n=473)	Sosyal (n=474)	Çevre-TR (n=475)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Hastalık varlığı	Hayır	14.28(13.14-16.00)	14.67(12.67-16.00)	14.67(12.00-16.00)	13.78(12.44-15.11)
		6.86-20.00	6.00-20.00	4.00-20.00	7.11-19.56
	Evet	13.71(12.00-15.43)	14.00(12.67-16.00)	13.33(12.00-16.00)	13.50(12.44-14.67)
		7.43-20.00	6.67-18.67	4.00-20.00	8.00-17.78
Mann Whitney U		18541.500	22239.500	19721.500	21066.500
p		0.000	0.470	0.008	0.092

Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 47’de katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların düzenli ilaç kullanma durumlarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref-TR ölçeğinden aldıkları puanların “Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı?” sorusuna verdiği cevaplara göre karşılaştırılmasında fiziksel alan puanlarında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Düzenli olarak ilaç kullanmadığını ifade edenlerin fiziksel alan puanları düzenli olarak ilaç kullandığını ifade edenlerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 47. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların düzenli ilaç kullanma durumlarına göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=474)	Psikolojik (n=472)	Sosyal (n=473)	Çevre-TR (n=474)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p- 75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı?	Hayır	14.28(12.57-16.00) 6.86-20.00	14.67(12.67-16.00) 6.00-20.00	14.67(12.00-16.00) 4.00-20.00	13.78(12.44-15.11) 7.11-19.56
	Evet	13.71(12.57-15.09) 7.43-18.86	14.00(12.67-15.67) 6.67-18.67	14.00(12.00-16.00) 4.00-20.00	13.78(12.44-14.67) 8.00-17.78
Mann Whitney U		14274	17180.500	15994	17027
p		0.004	0.706	0.150	0.559

Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 48’de katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların diş hekimine muayene olma durumlarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref ölçeğinden aldıkları puanların “Kontrol/tedavi amaçlı diş hekimine ne sıklıkta muayene olursunuz?” sorusuna verdiği cevaplara göre karşılaştırılmasında tüm alan puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Fiziksel alan puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda kontrol/tedavi amaçlı diş hekimine ciddi rahatsızlık durumunda başvurduğunu ifade edenler ile her ay/6 ayda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U=1723 p=0.002 bulunmuştur. Diş hekimine her ay/6 ayda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ifade edenlerin fiziksel alan puanları ciddi rahatsızlık

durumunda muayene olduğunu ifade edenlerin puanlarından anlamlı olarak yüksektir.

Psikolojik alan puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda kontrol tedavi amaçlı diş hekimine her rahatsızlandığında muayene olduğunu ifade eden grupla her ay/6 ayda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=2310.500$ $p=0.004$, ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade eden grupla her ay/6 ayda 1 kez muayene olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1669.500$ $p=0.001$ bulunmuştur. Kontrol tedavi amaçlı diş hekimine her ay/6 ayda 1 kez muayene olduğunu ifade edenlerin psikolojik alan puanları her rahatsızlandığında muayene olduğunu ifade edenler ile ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade edenlerin puanlarından anlamlı olarak yüksektir.

Sosyal alan puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda her rahatsızlandığında muayene olduğunu ifade eden grupla her ay/6 ayda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=2351$ $p=0.004$, ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade eden grupla her ay-6 ayda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1710.500$ $p=0.002$ bulunmuştur. Diş hekimine her ay/6 ayda 1 kez muayene olduğunu ifade edenlerin sosyal alan puanları her rahatsızlandığında muayene olduğunu ifade edenler ile ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade edenlerin puanlarından anlamlı olarak yüksektir.

Çevre-TR alan puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade eden grupla her ay-6 ayda 1 kez kontrol için muayene olduğunu ifade eden grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1694.500$ $p=0.001$ bulunmuştur. Diş hekimine her ay/6 ayda 1 kez muayene olduğunu ifade edenlerin çevre-TR alan puanları ciddi rahatsızlık durumunda muayene olduğunu ifade edenlerin puanlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 48. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların diş hekimine muayene olma durumlarına göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=479)	Psikolojik (n=477)	Sosyal (n=478)	Çevre-TR (n=479)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p- 75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Kontrol/tedavi amaçlı diş hekimine ne sıklıkta muayene olursunuz?	Her rahatsızlanma	14.28(12.57-15.43) 7.43-20.00	14.00(12.67-16.00) 6.67-20.00	14.67(12.00-16.00) 4.00-20.00	13.78(12.44-15.11) 7.11-19.56
	Ciddi rahatsızlık durumunda	13.71(12.14-15.43) 6.86-20.00	14.00(12.67-15.33) 6.00-19.33	14.00(12.00-16.00) 4.00-20.00	13.33(12.44-14.55) 7.11-19.11
	Her ay-6 ayda 1 kez kontrol	15.43(13.71-17.14) 11.43-20.00	15.33(14.00-16.67) 10.00-19.33	16.00(13.33-17.33) 10.67-20.00	14.58(13.33-15.55)
	Yılda/2 yılda 1 kez kontrol için	14.86(12.57-16.14) 7.43-20.00	14.67(13.20-16.00) 6.00-18.67	16.00(12.00-16.00) 5.33-18.67	15.78(12.79-15.11) 8.00-18.67
KW- χ^2		11.582	12.365	14.195	11.808
p		0.009	0.006	0.003	0.008

Analizlerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 49’da katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların sağlık problemleri olması durumunda davranış şekillerine göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref-TR ölçeğinden aldıkları puanların “Sağlık probleminiz olduğunda genellikle ne yaparsınız?” sorusuna verdiği cevaplara göre karşılaştırılmasında sosyal alan puanlarında gruplar arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür.

Sosyal alan puanlarında gruplar arasında farklılığı oluşturan grubun hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda “Sağlık kuruluşuna başvururum ve doktorumun önerdiği tedaviyi uyguladım.” cevabını verenler ile “Kendi kendime ilaç tedavisi uyguladım.” cevabını verenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U=11448.500 p=0.005 bulunmuştur. “Sağlık kuruluşuna başvururum ve doktorumun önerdiği tedaviyi uyguladım.” cevabını

verenlerin sosyal alan puanları “Kendi kendime ilaç tedavisi uygularım.” cevabını veren gruptan anlamlı olarak yüksektir.

Tablo 49. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların sağlık problemleri olması durumunda davranış şekillerine göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=475)	Psikolojik (n=473)	Sosyal (n=474)	Çevre-TR (n=475)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Sağlık problemi olması durumunda davranış şekli	Sağlık kuruluşuna başvururum ve doktorumun önerdiği tedaviyi uygularım	14.28(13.14-16.00) 6.86-20.00	14.67(13.00-16.00) 6.00-20.00	14.67(12.00-16.00) 5.33-20.00	13.78(12.44-15.11) 8.44-18.67
	Önemsemem	14.28(12.57-16.57) 7.43-20.00	14.40(12.00-16.00) 6.67-18.00	14.67(12.33-16.00) 8.00-20.00	13.52(12.44-14.67) 7.11-17.33
	Kendi kendime ilaç tedavisi uygularım	13.71(12.57-15.43) 8.57-20.00	14.00(12.00-16.00) 6.67-19.33	13.33(12.00-16.00) 4.00-17.33	13.33(12.00-14.67) 7.11-19.56
	Alternatif tıp yöntemlerini uygularım-hem doktorumun önerdiği tedavileri hem de alternatif tıp yöntemlerini uygularım	14.28(12.57-15.86) 7.43-20.00	14.53(12.93-15.33) 8.00-18.67	14.00(12.00-16.00) 4.00-20.00	13.78(12.44-14.67) 10.22-19.56
KW- χ^2		4.556	4.158	8.528	2.718
p		0.207	0.245	0.036	0.437

Analizlerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 50’de katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların hepatit B aşılarını yaptırma durumlarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref-TR ölçeğinden aldıkları puanların hepatit B aşısı yaptırma durumuna göre karşılaştırılmasında gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

Tablo 50. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların hepatit B aşılarını yaptıırma durumlarına göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=481)	Psikolojik (n=479)	Sosyal (n=480)	Çevre-TR (n=481)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p- 75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Hepatit B aşılarını tam doz yaptırma durumu	Evet	14.28(12.57- 16.00) 6.86-20.00	14.67(12.67- 16.00) 6.00-20.00	14.67(12.00- 16.00) 4.00-20.00	13.78(12.44- 15.00) 7.11-19.56
	Hayır	14.28(12.00- 16.14) 7.43-20.00	14.53(12.33- 16.67) 6.67-18.00	15.33(13.33- 16.00) 9.33-18.67	14.22(12.44- 15.11) 9.33-17.33
	Emin değilim- bilmiyorum	14.28(12.57- 15.43) 7.43-18.86	14.67(12.67- 16.00) 6.67-18.67	14.00(12.00- 16.00) 4.00-18.67	13.33(12.44- 14.67) 8.00-19.56
KW- χ^2		0.176	0.559	1.882	2.389
p		0.916	0.756	0.390	0.303

Analizlerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 51’de katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların sağlık durumları hakkında düşüncelerine göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların “Sağlık durumunuz hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusuna verdiği cevaplara göre karşılaştırılmasında bütün alan puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Fiziksel alan puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda sağlık durumunun çok iyi olduğunu düşünen ile iyi olduğunu düşünenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U=1964.500 p<0.001, sağlık durumunun çok iyi olduğunu düşünenler ile orta olduğunu düşünenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U=385.500 p<0.001, sağlık durumunun çok iyi olduğunu düşünenler ile kötü olduğunu düşünenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U=24.500 p<0.001, sağlık durumunun iyi olduğunu düşünenler ile orta olduğunu düşünenlerin karşılaştırılmasında

MannWhitney $U=11380$ $p<0.001$, sağlık durumunun iyi olduğunu dűşünenler ile kötü olduğunu dűşünenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=662$ $p<0.001$, sağlık durumunun orta olduğunu dűşünenler ile kötü olduğunu dűşünenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=498.500$ $p=0.001$ bulunmuştur. Tüm ikili karşılaştırmalarda anlamlı farklılık olduğu görölmüştür, tüm grupların fiziksel alan puanları birbirinden anlamlı olarak farklıdır. 4 grubun tüm ikili karşılaştırmalarında sağlık durumunun daha iyi olduğunu dűşünenlerin fiziksel alan puanları diğer gruba göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

Psikolojik alan puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda sağlık durumunun çok iyi olduğunu dűşünen ile iyi olduğunu dűşünenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1866.500$ $p<0.001$, sağlık durumunun çok iyi olduğunu dűşünenler ile orta olduğunu dűşünenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=617$ $p<0.001$, sağlık durumunun çok iyi olduğunu dűşünenler ile kötü olduğunu dűşünenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=48.500$ $p<0.001$, sağlık durumunun iyi olduğunu dűşünenler ile orta olduğunu dűşünenlerin karşılaştırılmasında MannWhitney $U=15054.500$ $p<0.001$, sağlık durumunun iyi olduğunu dűşünenler ile kötü olduğunu dűşünenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1365$ $p=0.003$ bulunmuştur. Sağlık durumunun orta olduğunu dűşünenler ile kötü olduğunu dűşünenlerin karşılaştırılmasında anlamlı farklılık olmadığı görölmüştür ($p=0.160$). Sağlık durumunun orta olduğunu dűşünenler ile kötü olduğunu dűşünenlerin karşılaştırılması dışında tüm ikili karşılaştırmalarda anlamlı farklılık olduğu görölmüştür. Sağlık durumunun orta olduğunu dűşünenler ile kötü olduğunu dűşünenlerin karşılaştırılması dışında 4 grubun (çok iyi, iyi, orta ve kötü) tüm ikili karşılaştırmalarında sağlık durumunun daha iyi olduğunu dűşünenlerin psikolojik alan puanları diğer gruba göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

Sosyal alan puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda sağlık durumunun çok iyi olduğunu dűşünen ile iyi olduğunu dűşünenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=2821$ $p<0.001$, sağlık durumunun çok iyi olduğunu dűşünenler ile orta olduğunu dűşünenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=943.500$ $p<0.001$, sağlık durumunun çok iyi olduğunu dűşünenler ile kötü olduğunu dűşünenlerin

karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=83.500$ $p<0.001$, sağlık durumunun iyi olduğunu düşünenler ile orta olduğunu düşünenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=15676$ $p<0.001$ bulunmuştur. Sağlık durumunun çok iyi olduğunu düşünenlerin sosyal alan puanları iyi, orta ve kötü olduğunu düşünenlerin puanlarından anlamlı olarak yüksektir. Sağlık durumunun orta olduğunu düşünenlerin sosyal alan puanları çok iyi ve iyi olduğunu düşünenlerin puanlarından anlamlı olarak düşüktür.

Çevre-TR alan puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda sağlık durumunun çok iyi olduğunu düşünen ile iyi olduğunu düşünenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=2737$ $p<0.001$, sağlık durumunun çok iyi olduğunu düşünenler ile orta olduğunu düşünenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=879$ $p<0.001$, sağlık durumunun çok iyi olduğunu düşünenler ile kötü olduğunu düşünenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=52$ $p<0.001$, sağlık durumunun iyi olduğunu düşünenler ile orta olduğunu düşünenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=14808.500$ $p<0.001$, sağlık durumunun iyi olduğunu düşünenler ile kötü olduğunu düşünenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=986.500$ $p<0.001$ bulunmuştur. Sağlık durumunun orta olduğunu düşünenler ile kötü olduğunu düşünenlerin karşılaştırılmasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür($p=0.016$). Sağlık durumunun orta olduğunu düşünenler ile kötü olduğunu düşünenlerin karşılaştırılması dışında tüm ikili karşılaştırmalarda anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Sağlık durumunun orta olduğunu düşünenler ile kötü olduğunu düşünenlerin karşılaştırılması dışında 4 grubun tüm ikili karşılaştırmalarında sağlık durumunun daha iyi olduğunu düşünenlerin çevre-TR alan puanları diğer gruba göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

Tablo 51. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların sağlık durumları hakkında düşüncelerine göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=481)	Psikolojik (n=479)	Sosyal (n=480)	Çevre-TR (n=481)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Sağlık durumu hakkında düşüncesi	Çok iyi	17.14(15.43-18.28)	16.67(15.33-18.00)	16.00(14.67-17.33)	15.55(13.33-16.89)
		12.57-20.00	10.67-19.33	10.67-20.00	11.11-19.56
	İyi	14.28(13.14-16.00)	14.67(13.33-16.00)	14.67(12.00-16.00)	13.78(12.89-15.11)
		6.86-20.00	6.00-20.00	5.33-20.00	9.33-19.11
	Orta	13.14(11.43-14.28)	13.60(12.00-14.93)	13.33(12.00-16.00)	13.33(11.55-14.22)
		6.86-20.00	6.67-18.67	4.00-20.00	7.11-17.78
	Kötü	9.71(9.14-12.14)	12.67(9.50-14.67)	12.00(9.33-15.67)	11.11(10.22-13.67)
		7.43-16.57	6.67-17.33	8.00-16.00	8.00-14.67
KW- χ^2		100.992	54.536	33.326	47.627
p		0.000	0.000	0.000	0.000

Analizlerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 52’de katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların kan basınçlarını en son ölçtürme zamanlarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref-TR ölçeğinden aldıkları puanların “Kan basıncınızı en son ne zaman ölçtünüz/öçtürdünüz? “ sorusuna verdiği cevaplara göre karşılaştırılmasında sadece psikolojik alan puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Ancak yapılan ikili karşılaştırmalarda gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

Tablo 52. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların kan basınçlarını en son ölçtürme zamanlarına göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=481)	Psikolojik (n=479)	Sosyal (n=480)	Çevre-TR (n=481)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Kan basıncınızı en son ne zaman ölçtünüz/ ölçtürdünüz ?	6 ay içinde	14.28(12.57-16.00) 6.86-20.00	14.67(12.67-16.00) 6.00-20.00	14.67(12.00-16.00) 4.00-20.00	13.78(12.44-15.11) 8.44-19.56
	6 ay-1 yıl içinde	13.14(12.28-16.00) 6.86-18.86	14.67(13.17-16.00) 8.00-18.67	14.67(12.00-16.00) 8.00-18.67	13.78(12.89-14.67) 8.89-17.33
	1-3 yıl içinde	14.28(12.00-16.00) 7.43-18.29	13.33(12.00-15.33) 6.67-18.67	14.00(12.00-16.00) 5.33-20.00	13.33(12.44-14.67) 7.11-18.22
	3 yıl ve üstü	12.00(10.86-14.86) 7.43-18.29	14.00(11.67-14.67) 6.67-18.00	13.33(9.00-16.00) 8.00-16.00	12.89(11.33-14.22) 7.11-17.33
	Hiç ölçtürmedim	13.71(13.14-16.00) 9.71-16.57	13.33(12.00-16.00) 11.33-17.33	13.33(12.00-16.00) 9.33-17.33	12.44(12.00-14.67) 10.22-18.67
	KW- χ^2		7.286	9.940	3.569
p		0.122	0.041	0.468	0.187

Analizlerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 53’de katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların kan şekerini en son ölçtürme zamanlarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref ölçeğinden aldıkları puanların “Kan şekerinizi en son ne zaman ölçtünüz/öçtürdünüz? “ sorusuna verdiği cevaplara göre karşılaştırılmasında sadece psikolojik alan puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Ancak yapılan ikili karşılaştırmalarda gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

Tablo 53. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların kan şekerini en son ölçtürme zamanlarına göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=480)	Psikolojik (n=478)	Sosyal (n=479)	Çevre-TR (n=480)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Kan şekerinizi en son ne zaman ölçtünüz/ ölçtürdünüz?	6 ay içinde	14.28(12.57-16.00) 6.86-20.00	14.67(12.67-16.00) 6.00-20.00	14.67(12.00-16.00) 6.00-20.00	13.78(12.44-15.11) 8.44-19.11
	6 ay-1 yıl içinde	14.57(13.00-16.57) 6.86-20.00	14.67(13.33-16.67) 7.33-19.33	14.67(12.00-16.00) 6.67-20.00	13.78(12.78-14.78) 8.89-19.56
	1-3 yıl içinde	13.86(12.00-15.43) 7.43-18.86	14.00(12.67-15.33) 6.67-18.67	14.67(12.00-16.00) 8.00-20.00	13.33(12.44-14.55) 7.11-17.78
	3 yıl ve üstü	14.28(12.57-14.86) 10.86-18.29	14.00(12.67-14.83) 10.00-18.00	14.67(12.00-16.00) 5.33-18.00	13.33(12.44-14.22) 11.56-17.33
	Hiç ölçtürmedim	13.71(12.43-15.71) 9.14-20.00	13.00(11.83-15.00) 6.67-17.33	12.00(10.67-15.00) 8.00-20.00	12.22(10.67-14.54) 7.11-15.56
	KW- χ^2		4.623	10.134	5.951
p		0.328	0.038	0.203	0.115

Analizlerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 54’de katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların kolesterollerini en son ölçtürme zamanlarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref-TR ölçeğinden aldıkları puanların “Kolesterolünüzü en son ne zaman ölçtürdünüz?” sorusuna verdiği cevaplara göre karşılaştırılmasında bütün alan puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Fiziksel alan puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda kolesterolünü 6 ay-1 yıl içinde ölçtüğünü ifade edenler ile 3 yıl ve üstü süre içerisinde ölçtüğünü ifade edenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1238$ $p=0.001$ bulunmuştur. Kolesterolünü 6 ay-1 yıl içerisinde ölçtüğünü ifade edenlerin fiziksel alan puanları 3 yıl ve üstü süre içerisinde ölçtüğünü ifade edenlerden anlamlı olarak yüksektir. Gruplar arası farklılık bu 2 grubun puanlarının anlamlı farklılığından kaynaklanmaktadır.

Psikolojik alan puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

Sosyal alan puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda kolesterolünü 6 ay-1 yıl içinde ölçtüğünü ifade edenler ile 3 yıl ve üstü süre içerisinde ölçtüğünü ifade edenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1166.500$ $p<0.001$ bulunmuştur. Kolesterolünü 6 ay-1 yıl içerisinde ölçtüğünü ifade edenlerin sosyal alan puanları 3 yıl ve üstü süre içerisinde ölçtüğünü ifade edenlerden anlamlı olarak yüksektir. Gruplar arası farklılık bu 2 grubun puanlarının anlamlı farklılığından kaynaklanmaktadır.

Çevre-TR alan puanlarında gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda kolesterolünü 6 ay içinde ölçtüğünü ifade edenler ile 3 yıl ve üstü süre içerisinde ölçtüğünü ifade edenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=2767.500$ $p<0.001$, 6 ay-1 yıl içinde ölçtüğünü ifade edenler ile 3 yıl ve üstü süre içerisinde ölçtüğünü ifade edenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1274$ $p=0.002$, 1-3 yıl ile 3 yıl ve üstü süre içerisinde ölçtüğünü ifade edenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney $U=1074.500$ $p=0.001$ bulunmuştur. Kolesterolünü 3 yıl ve üstü süre içerisinde ölçtüğünü ifade edenlerin çevre-TR alan puanları 6 ay, 6 ay-1 yıl, 1- 3 yıl içerisinde ölçtüğünü ifade edenlerin puanlarından anlamlı ölçüde düşüktür.

Tablo 54. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların kolesterollerini en son ölçtirme zamanlarına göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=480)	Psikolojik (n=478)	Sosyal (n=479)	Çevre-TR (n=480)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p- 75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Kolesterolünüzü en son ne zaman ölçtürdünüz?	6 ay içinde	14.28(12.57- 16.00)	14.67(12.67- 16.00)	14.67(12.00- 16.00)	13.78(12.89- 15.11)
		6.86-20.00	6.00-20.00	4.00-20.00	8.44-19.11
	6 ay-1 yıl içinde	14.86(13.14- 16.14)	14.67-13.33- 16.00)	14.67(13.33- 16.00)	13.78(12.44- 15.11)
		9.14-20.00	6.67-19.33	10.67-20.00	9.78-19.56
	1-3 yıl içinde	13.86(13.00- 15.43)	14.00(12.67- 15.33)	14.00(12.00- 16.00)	13.78(12.89- 14.78)
		7.43-18.86	7.33-18.67	8.00-20.00	7.11-17.78
	3 yıl ve üstü	13.14(12.00- 14.86)	14.00(12.00- 14.67)	12.00(12.00- 14.67)	12.89(11.78- 13.78)
		7.43-17.71	6.67-17.33	5.33-18.00	7.11-15.56
	Hiç ölçtürmedim	13.71(12.00- 16.57)	14.00(12.67- 16.00)	13.33(12.00- 16.33)	13.17(11.55- 14.54)
		7.43-20.00	6.00-18.67	9.33-20.00	9.78-19.56
KW- χ^2		11.530	9.675	14.694	17.324
p		0.021	0.046	0.005	0.002

Analizlerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 55’de katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların yemek sofraya geldiğinde tadına bakmadan tuz atma durumlarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların WHOQOL-Bref-TR ölçeğinden aldıkları puanların “Yemek sofraya geldiğinde genellikle tadına bakmadan tuz atar mısınız?” sorusuna verdiği cevaplara göre gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

Tablo 55. Katılımcıların WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden aldıkları puanların yemek sofraya geldiğinde tadına bakmadan tuz atma durumlarına göre karşılaştırılması

		WHOQOL-Bref –TR Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar			
		Fiziksel (n=480)	Psikolojik (n=478)	Sosyal (n=479)	Çevre-TR (n=480)
		Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)	Ortanca (25.p-75.p)
		Min-maks	Min-maks	Min-maks	Min-maks
Yemeğe tuz atma	Evet	13.71(12.00-15.43)	14.00(12.33-16.00)	14.67(12.00-16.00)	13.78(12.44-15.11)
		7.43-18.86	6.00-18.67	6.67-20.00	8.50-17.33
	Hayır	14.28(12.57-16.00)	14.67(12.67-16.00)	14.67(12.00-16.00)	13.78(12.44-14.67)
		6.86-20.00	6.00-20.00	4.00-20.00	7.11-19.56
Mann Whitney U		12926.500	14372	14543.500	15032
p		0.052	0.680	0.658	0.980

Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

4.5. Katılımcıların tanı konulmuş hastalıkları olma durumunun BKİ gruplarına göre karşılaştırılması, SYBD-2 ölçeği ile WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden alanlarından aldıkları puanların korelasyonu

Tablo 56’da katılımcıların tanı konulmuş hastalıkları olma durumunun BKİ gruplarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Tanı konulmuş hastalık varlığının beden kitle indeksi gruplarına göre karşılaştırılmasında gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

Tablo 56. Katılımcıların tanı konulmuş hastalıkları olma durumunun BKİ gruplarına göre karşılaştırılması

		Tanı konulmuş hastalık varlığı				Toplam		p	χ^2
		Hayır		Evet					
		N(sayı)	%(yüzde)	N(sayı)	%(yüzde)	N(sayı)	%(yüzde)		
BKİ	14-18.49	12	75	4	25	16	100	0.117	5.897
	18.50-24.99	193	74.5	66	25.5	259	100		
	25-29.99	97	67.8	46	32.2	143	100		
	30-50	34	59.6	23	40.4	57	100		
Toplam		336	70.7	139	29.3	475	100		

Tablo 57’de katılımcıların SYBD-2 ölçeği ile WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden alanlarından aldıkları puanların korelasyonu gösterilmiştir. SYBD ölçeğinde fiziksel aktivite alt ölçeği ile WHOQOL-Bref –TR ölçeğinde sosyal alan korelasyonunda önemsiz bir ilişki; SYBD ölçeği manevi gelişim alt ölçeği ile WHOQOL-Bref –TR ölçeği psikolojik alan korelasyonunda pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişki($r=0.599$ $p<0.001$), SYBD ölçek toplam puanı ile WHOQOL-Bref –TR ölçeği psikolojik alan korelasyonunda pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişki($r=0.521$ $p<0.001$) vardır. Kalan diğer tüm korelasyonlarda pozitif yönde düşük derecede anlamlı bir ilişki vardır($r=0.20-0.49$, $p<0.001$).

Tablo 57. Katılımcıların SYBD-2 ölçeği ile WHOQOL-Bref –TR ölçeğinden alanlarından aldıkları puanların korelasyonu

Değişkenler		Fiziksel	Psikolojik	Sosyal	Çevre-TR
Sağlık sorumluluğu	N r p	456 0.232 0.000	454 0.308 0.000	455 0.267 0.000	456 0.252 0.000
Fiziksel aktivite	N r p	467 0.340 0.000	465 0.272 0.000	467 0.192 0.000	467 0.255 0.000
Beslenme	N r p	461 0.283 0.000	459 0.294 0.000	460 0.217 0.000	461 0.286 0.000
Manevi gelişim	N r p	464 0.472 0.000	462 0.599 0.000	463 0.481 0.000	464 0.492 0.000
Kişiler arası ilişkiler	N r p	459 0.356 0.000	458 0.414 0.000	458 0.468 0.000	459 0.375 0.000
Stres yönetimi	N r p	465 0.437 0.000	463 0.422 0.000	464 0.313 0.000	465 0.463 0.000
SYBDÖ toplam	N r p	395 0.468 0.000	394 0.521 0.000	395 0.436 0.000	395 0.467 0.000

p≤0,05; r: Korelasyon katsayısı, N: Sayı

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada katılımcıların % 3.3'ü zayıf, % 54.5'i normal, % 30.4'ü fazla kilolu, % 11.9'u obez (şışman)'dir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde obezite bazı araştırmalarda bu araştırmaya benzer bazılarında yüksek bazılarında ise daha düşük tespit edildiği görülmektedir (39, 41, 42, 43, 49, 50). Ankara'da halk sağlığı müdürlüğü ve toplum sağlığı merkezinde sağlık çalışanları ile yapılmış bir çalışmada bu araştırmaya benzer şekilde fazla kilolular % 35.6, obezler % 11.8 bulunmuştur (39). Düzce'de 2013 yılında üniversite hastanesinde hemşirelerle yapılmış çalışmada hafif şışman olanlar % 34.5, şışman olma % 5.3 şeklinde bu araştırmadan düşük bulunmuştur (42). Düzce'de üniversite hastanesinde asistan hekimlerle yapılan çalışmada fazla kilolu veya obez olanlar % 41.6, BKİ ortalaması 24.6 ± 4.3 ile bu araştırmaya benzer şekilde bulunmuştur (49). İstanbul ilinde bir hastanede sağlık profesyoneli olan ve olmayan 858 kişi ile yapılmış çalışmada BKİ ortalaması $24,23 \pm 3,76$ olup bizim araştırmamızla benzer bulunmuştur (41). Isparta il merkezinde aile hekimleri, sınıf öğretmenleri ve imamlar ile yapılmış çalışmada araştırmaya katılanların %0,8'i zayıf, %27,8'i normal, %50,3'ü hafif şışman, %21,1'i obez olduğu bulunmuştur; hem fazla kilolu hem de obezler bu araştırmaya göre daha yüksektir(43). Ankara'da bir üniversite hastanesinde araştırma görevlileri ile yapılmış çalışmada BKİ normal sınırlarda olanlar % 65, fazla kilolu olanlar % 25.7 ve obez olanlar bu araştırmadan düşük olmak üzere % 5.7 olarak bildirilmiştir (50).

Bu çalışmada katılımcıların % 28.7'si halen sigara içtiğini, % 15'i bıraktığını, % 56.3'ü hiç içmediğini ifade etmiştir. Sigara içenlerin % 20'si günde 1-5 adet, % 38.5'i 6-10 adet, % 11.1'i 11-15 adet, % 25.9'u 16-20 adet, % 4.4'ü 21-40 adet içtiğini ifade etmiştir. İnönü Üniversitesi'nde asistan hekimlerle yapılan çalışmada halen sigara içenler % 24.8, bırakmış olanlar ise % 13.2'dir (38). Ankara ilinde HSM ve TSM'de sağlık çalışanları ile yapılmış olan çalışmada sigara kullanıyor olanlar bu çalışmaya benzer şekilde % 28.8, bırakmış olanlar %12.4'tür (39). Düzce'de üniversite hastanesinde hemşirelerle yapılmış çalışmada sigara içiyor olanlar % 38.3 ile daha yüksektir (42). Isparta ilinde yapılmış çalışmada katılımcıların %26,7'si halen sigara içmekte, %49,7'si hiç içmemiş, %23,6'sı bırakmıştır; halen sigara içiyor olanlar bizim araştırmamıza yakın olup daha düşüktür (43). Düzce'de asistan

hekimlerle yapılmış çalışmada halen sigara içiyor olanlar % 17.1, bırakmış olanlar % 16.1'dir (49). Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda yüzde 24 'ü düzenli, yüzde 6'sı ara sıra kullanmakta, yüzde 9'u bırakmış olmakla birlikte sigara içenler bizim çalışmamızdan çok az da olsa daha yüksek, bırakmış olanlar ise daha azdır; sigara içiyor olanların yüzde 18'i günde 1-5, yüzde 24'ü 6-10, yüzde 10'u 11-15, yüzde 38'i 16-20 adet sigara içerken, yüzde 11'i de bir paketten fazla sigara içmektedir. Bizim çalışmamız sağlık çalışanları arasında yapılmış olmasına rağmen halen sigara içenler Türkiye genelinde yapılmış araştırmaya yakın olup % 28.7'dir, günde içilen sigara adedine bakıldığında en fazla olan grubu 6-10 adet içenler oluşturmaktadır, günde 1 paketten fazla sigara içenler % 4.4 olup Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre oldukça düşüktür (5).

Bu çalışmada katılımcıların % 20.3'ü alkol kullanmaktadır. Alkol kullanımı sağlık çalışanları ile yapılmış bazı çalışmalara göre yüksek bazı çalışmalara göre düşük bulunmuştur (38, 39, 40, 43, 49, 50) ve Isparta'da aile hekimleri ile diğer meslek gruplarının katıldığı çalışmaya göre yüksek bulunmuştur (43). Bizim çalışmamız sağlık çalışanları ile yapılmış olmasına rağmen alkol tüketimi Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç çalışmanın yapıldığı yaş grubunun 21-56 olmasından kaynaklanmış olabilir. Hem TÜİK verilerine göre hem de Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda 15-24 yaş grubu ile 55 yaş üzerindeki yaş gruplarında alkol tüketimi diğer yaş gruplarına göre daha azdır (5,51).

Bu araştırmada katılımcıların tanı konulmuş hastalık sıklığı % 29 bulunmuş olup sağlık çalışanları ile yapılmış bazı araştırmalardan yüksek bulunmuştur (38, 41, 42, 49, 50). Tanı konulmuş hastalık sıklığı Ankara'da HSM ve TSM sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalara yakın bulunmuştur. Her 2 araştırmada da en sık görülen hastalık tiroid hastalıklarıdır, bunun nedeni katılımcıların çoğunluğunu kadınların oluşturması olabilir. Bu araştırmada ilk 5 sırada yer alan hastalık grubunun sıralamada yer değişiklikleri olmakla birlikte Ankara'da yapılan çalışmayla benzer olduğu görülmüştür (39). Depresyonun hastalıklar içerisinde 3. sırada yer alması katılımcıların çoğunluğunun kadın olması kaynaklı olabilir. Erzurum'da hekimlerle yapılmış bir çalışmada en sık görülen hastalığın bizim

araştırmamız ile Ankara’da yapılan araştırmaya benzer şekilde hipotroidik hastalıklar olduğu belirlenmiştir (39, 52).

Bu çalışmada katılımcıların % 19.5’i düzenli olarak ilaç kullanmaktadır. Yapılmış bazı çalışmalara bakıldığında bu çalışmadaki ilaç kullanımı bazı çalışmalara göre yüksek bazı çalışmalardan düşük olduğu bulunmuştur (39, 42, 43, 53). Düzce’de daha önce yapılmış çalışmayla kıyaslandığında hem tanı konulmuş hastalık varlığı hem de ilaç kullanım sıklığının bizim araştırmamızda arttığı görülmüştür (42). Bizim araştırmamızda en fazla kullanılan ilaç grubu % 6 ile tiroid ilaçları, 2. antidepresanlar, 3. antihipertansiflerdir. Katılımcıların tanı konulmuş hastalık varlığı % 29 olmasına rağmen ilaç kullanımının % 19.5 olması önemsememeleri, alternatif yöntemler uygulamaları ya da önerilen ilaçların semptom giderici olduğunu düşünmelerinden kaynaklanmış olabilir.

Diş ve diş etiyle ilgili hastalıkların erken tespiti ve koruyucu uygulamalar açısından ilk dişlerin ağız içinde görülmesinden itibaren yılda iki kez düzenli olarak diş hekimi kontrolü yapılmalıdır (54). Bu çalışmada katılımcıların sadece % 6.8’i ayda-6 ayda bir diş hekimine muayene olmakta, her rahatsızlandığında muayene olduğunu ifade etme en sık olup % 44’tür. Ankara’da sağlık çalışanları ile yapılmış çalışmada son 6 ay içerisinde diş hekimi muayenesini yaptırma % 38 olup bizim araştırmamızdan oldukça yüksek bulunmuştur (39).

Bu araştırmada katılımcıların % 55.1’i sağlık problemi olduğunda genellikle bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu ve doktorunun önerdiği tedaviyi uyguladığını, % 7.8’i önemsemediğini, % 22.9’u kendi kendine ilaç tedavisi uyguladığını, % 3.1’i alternatif tıp yöntemlerini uyguladığını, % 12.1’i hem doktorunun önerdiği tedavileri uyguladığını hem de alternatif tıp yöntemlerini uyguladığını ifade etmiştir. Afyon ve Denizli’de 2006 yılında sağlık çalışanları ile yapılmış çalışmada sağlık problemi olduğunda doktora başvurma % 82.3, ihmal ettiğini ifade etme % 7.6 bulunmuştur (40). İstanbul’da 2013 yılında sağlık çalışanları ile yapılmış çalışmada sağlık probleminde çözüm arama davranışlarına bakıldığında sağlık çalışanlarının % 25.9’unun hemen hastaneye/doktora başvurduklarını, % 21’i ihmal ettiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca İstanbul’da yapılan çalışmada kendi kendine çözüm bulmaya çalışma ve ihmal etme davranışı sağlık profesyonellerinde; hemen hastaneye/hekime

başvurma sağlık profesyoneli olmayan grupta daha fazla bulunmuştur (41). Düzce’de yapılmış bu araştırmada sağlık problemi olduğunda sağlık kuruluşuna başvurma ve doktorun önerdiği tedaviyi uygulama Denizli’de yapılmış çalışmadan daha düşük İstanbul’da yapılmış çalışmaya göre de oldukça yüksektir. Düzce’de yapılmış bu çalışmada katılımcıların çoğunluğu üniversite hastanesinde çalışıyor ve nöbet tutuyor olmasına rağmen İstanbul ilinde yapılan çalışmadan bu kadar büyük farklılık göstermesi İstanbul ilinde yer alan hastanenin hizmet verdiği nüfus yoğunluğunun daha fazla olmasından kaynaklanmış olabilir (40, 41).

Bu araştırmada katılımcıların % 83.9’u hepatit B aşısını tam doz yaptırdığını belirtmiş; hepatit B aşısını tam doz yaptırma yapılmış bazı çalışmalarla kıyaslandığında Ankara’da yapılmış çalışmadan yüksek bulunmuştur (39). Viranşehir’de sağlık çalışanları ile yapılmış çalışmada Anti-HBs seropozitifliği % 79.8 bulunmuş; Soma’da sağlık çalışanları ile yapılmış çalışmada % 81.5; Eskişehir’de yapılan çalışmada hemşirelerde % 90, doktorlarda % 87.9, laboratuvar çalışanlarında % 92.8, anestezi personelinde % 100 bulunmuştur (55, 56, 57). Ege Üniversitesi’nde 1999 yılında sağlık çalışanları ile yapılmış çalışmada düzenli hepatit B aşısı uygulanmış olanlar % 50.4, düzensiz uygulanmış olanlar % 12.5 bulunmuştur (58). Düzce’de yapılan bu araştırmada hepatit B aşısını tam doz yaptırma durumu Ankara’daki çalışmaya göre yüksek, Viranşehir ve Soma’da yapılmış çalışmayla benzer, Eskişehir’de yapılmış çalışmadan düşük bulunmuştur. 1999 yılında yapılmış çalışmayla kıyaslandığında hem bizim çalışmamız hem diğer çalışmalara bakıldığında aşılama konusunda iyileşmeler olduğu düşünülmektedir; ancak bizim çalışmamız ve bazı çalışmalarda kişilerin beyanları dikkate alınırken bazı çalışmalarda seropozitiflik durumuna bakılmıştır. Sağlık çalışanlarının risklerle sürekli karşı karşıya olduğu düşünüldüğünde hepatit B aşılmasının artırılması gerektiği söylenebilir.

Bu çalışmada katılımcıların % 69.7’si sağlık durumlarının iyi olduğunu belirtmiştir. Literatüre bakıldığında sağlık durumunun iyi olduğunu belirtme durumu İnönü Üniversitesi’nde asistan hekimlerle, Tokat’ta hemşirelerle yapılmış çalışmaya benzer; Zonguldak’ta hemşirelerle yapılmış çalışmaya göre daha düşük, Edirne’de hemşirelerle yapılmış çalışmaya göre daha yüksek bulunmuştur (38, 53, 59, 60).

Adana’da sağlık bilimleri enstitüsü ve diğer enstitülerde doktora öğrencilerinin de dahil olduğu çalışma ile sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerde yapılan iki ayrı çalışmayla kıyaslandığında bizim araştırmamızda bulunan sonucun düşük olduğu bulunmuştur (61, 62). Hem bizim çalışmamızda hem de sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda bulunan sonuç doktora öğrencileriyle yapılan çalışmayla kıyaslandığında sağlık çalışanlarının sağlık durumlarını daha düşük seviyede algıladığı söylenebilir. ukurova Üniversitesi’nde sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerle kıyaslandığında bizim çalışmamızda sağlık durumunun daha az iyi seviyede algılanması mesleğe başladıktan sonra karşılaşılan zorluklar ve yaşın ilerlemesinden kaynaklandığı düşünülebilir (61, 62).

18 yaş üstü yetişkinlerde hipertansiyonun erken tanısı, kardiyovasküler olayların önlenmesi için yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü, 18 yaşından büyük olup en az bir risk faktörü olan ve 35 yaş üstü kişilerde beş yılda bir serum lipit profili taramasının yapılması, 45 yaşın üzerinde herkes ve risk faktörlerini barındıran kişilere diabetes mellitus taraması önerilir. Açlık plazma glukozu, HbA1c veya OGTT testi normal gelirse test 3 yılda 1 tekrar edilmelidir (63).

Bu araştırmada katılımcıların kan şekeri ölçüm zamanına bakıldığında % 75.8’si 1 yıl içinde ölçüm yapıldığını, % 3.7’si hiç ölçülmediğini ifade etmiştir. Yapılan iki ayrı çalışmayla karşılaştırıldığında 1 yıl içinde ölçüm yaptıranlarda benzer sonuçlar olduğu ve hiç ölçüm yapılmayanların bu çalışmada daha az olduğu görülmüştür (39, 64).

Kolesterol ölçüm zamanına bakıldığında % 65’i 1 yıl içinde ölçüm yapıldığını, % 9.7’si hiç ölçtürmediğini ifade etmiştir. Sonuç Ankara’da yapılan çalışmayla benzer, Yozgat’ta yapılan çalışmada 1 yıl içinde ölçüm yaptıran kişiler % 70.4, hiç ölçüm yapılmayanlar % 16.3 bulunmuştur (39, 64).

Kan basıncının en son ölçüm zamanına bakıldığında % 83.1’i 1 yıl içinde ölçüm yapıldığını, % 2.3’ü hiç ölçülmediğini ifade etmiştir ve diğer 2 çalışmayla kıyaslandığında benzer sonuçlar olduğu görülmüştür (39, 64).

DSÖ’ne göre yüksek sodyum tüketimi (> 2 gram / gün, 5 g tuz / günde eşdeğer) ve yetersiz potasyum alımı (3,5 gramdan az) yüksek tansiyona katkıda

bulunur ve kalp hastalığı ve felç riskini artırır. Yetişkinler için günde 5 gramdan az tuz alımı, kan basıncını ve kardiyovasküler hastalık, inme ve koroner kalp krizi riskini azaltmaya yardımcı olur. Tuz alımının azaltılmasındaki temel fayda, hipertansiyonda meydana gelen bir azalmadır (65). 2012 yılında yapılan SALTürk-2 çalışmasına göre Türkiye’de diyetteki tuz kaynaklarının % 55.5’i yemek tuzundan, % 31.9’u ekmek tuzundan ve % 12.6’sı sofraya tuzundan gelmektedir (66). Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması’na göre kişilerin yaklaşık beşte biri yemeğe tadına bakmadan tuz atmaktadır. Bizim araştırmamız sağlık çalışanları ile yapılmış olmasına rağmen yemek sofraya geldiğinde genellikle tadına bakmadan tuz attıklarını ifade etme durumu % 15.3 bulunmuştur ve bu sonucun sağlık çalışanları için yüksek olduğu söylenebilir (5).

Katılımcıların SYBD-2 toplam puan ortalaması 122.94 ± 18.90 ’dır; Bu araştırmada SYBDÖ-2 puan ortalaması yapılmış çalışmalarla kıyaslandığında bazı çalışmalarla benzer, bazılarında yüksek bazılarında göre düşük bulunmuştur (38, 39, 40, 41, 50, 53, 62). Ankara’da asistan hekimlerle yapılmış çalışmada puan ortalaması 111.10 ± 18.70 , Malatya’da asistan hekimlerle yapılmış çalışmada 116.31 ± 17.80 bulunmuştur (38, 50). Ankara’da HSM ve TSM’de sağlık çalışanları ile yapılmış çalışmada 128.18 ± 19.16 ; Çukurova Üniversitesi’nde sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerle yapılan çalışmada da SYBDÖ-2 ortalama puanı 124.30 ± 17.92 bulunmuştur (39, 62). Bizim çalışmamız hem hastane çalışanları ile hem de birinci basamakta yapıldığı için puan ortalamasının asistan hekimlerle yapılmış çalışmalardan yüksek, HSM ve TSM çalışanları ile yapılmış çalışmaya göre daha düşük bulunması çalışma koşullarının ve nöbet sistemiyle çalışmanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamayı etkilediği düşünülebilir, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama orta seviyededir.

Bu araştırmada katılımcıların SYBD-2 ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında alt ölçeklerde en yüksek puan ortalamalarını sırasıyla manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt ölçeklerinden ve en düşük puan ortalamasını fiziksel aktivite alt ölçeğinden almışlardır. Bu sonuç yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında bazı çalışmalarla benzer sonuçlar bulunmuştur (36, 39, 41, 53, 62). Düzce’de 2013 yılında hemşirelerle yapılmış çalışmada katılımcılar en yüksek puanı manevi gelişim alt

ölçeğinden, 2. sırada sağlık sorumluluğundan, en düşük puanı fiziksel aktivite alt ölçeğinden almışlardır (42). İnönü Üniversitesi'nde ve Gazi Üniversitesi'nde asistan hekimlerle yapılmış 2 ayrı çalışmada katılımcıların en yüksek puanları sırasıyla kişiler arası ilişkiler, manevi gelişim; en düşük puanı fiziksel aktivite alt ölçeğinden aldığı bulunmuştur (38,50). Bizim çalışmamız sağlık çalışanlarıyla yapılmış olmasına rağmen katılımcıların en düşük puanları fiziksel aktivite alt ölçeğinden almaları dikkat çekicidir, literatürde bulunan sonuçlar da bunu desteklemektedir.

Bu araştırmada 21-30 yaş aralığında olanların SYBDÖ-2 fiziksel aktivite alt ölçek puanları 31-40 yaş arasında olanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. İnönü Üniversitesi'nde asistan hekimlerle yapılmış çalışmada 30 yaş altında olanların fiziksel aktivite puanları daha üst yaş grubunda olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuş (38). Ankara'da HSM ve TSM çalışanlarıyla yapılan çalışmada 51 yaş üstünde olanların fiziksel aktivite puanları diğer gruplara göre yüksektir (39). Düzce'de 2013 yılında hemşirelerle yapılmış çalışmada 20-24 yaş arasında olanların fiziksel aktivite puanları diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur (42). Yapılmış bazı çalışmalarda yaş gruplarına göre fiziksel aktivite puanlarında anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (40, 67). Yaşça daha genç olanların fiziksel olarak daha aktif olmaları beklenebilir, hem bizim çalışmamız hem İnönü Üniversitesi'nde bulunan sonuç bununla uyumludur; ancak Ankara'da yapılmış çalışmada yaşça ileri olanların fiziksel aktiviteye daha çok dikkat ettikleri düşünülebilir.

Bu araştırmada 41-56 yaş aralığında olanların SYBDÖ-2 beslenme alt ölçek puanları 21-30 yaş grubu ile 31-40 yaş gruplarına göre anlamlı olarak yüksektir. Yapılmış bazı çalışmalara bakıldığında beslenme alt ölçek puanında yaş gruplarına göre anlamlı farklılık bulunmazken (38, 42, 43, 62) bazı çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer şekilde daha ileri yaşlarda olanların beslenme alt ölçek puanları diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksektir (39, 40, 67). Yaş ilerledikçe kronik hastalık risklerinin arttığı düşünüldüğünde kişilerin beslenme davranışlarına daha çok dikkat ettiği düşünülebilir.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre 31-40 yaş arasında olanların stres yönetimi alt ölçek puanları 21-30 ile 41-56 yaş arasında olanlardan anlamlı ölçüde düşüktür. Yapılmış bazı çalışmalara bakıldığında stres yönetimi alt ölçek puanlarında yaş gruplarına göre anlamlı farklılık bulunmamış (40, 42, 62, 43), Malatya'da yapılmış

çalışmada 30-34 yaş aralığında olanların stres yönetimi puanı 30 yaş altı ve 35 yaş üstüne göre daha düşük, Ankara’da yapılan çalışmada 30 yaş altında anlamlı olarak düşük, 51 yaş üstünde daha yüksek; İzmir’de yapılan çalışmada 19-28 yaş grubunun puanı 29-38 yaş grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (38, 39, 67). Ankara’da yapılmış çalışmada 30 yaş altında ve İzmir’de 28 yaş ve altında bizim çalışmamıza ters yönde stres yönetimi puanları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (39, 67).

Bu araştırmada 41-56 yaş arasında olanların SYBDÖ-2 toplam puanları 31-40 yaş arasında olanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yapılmış birçok çalışmada SYBD-2 toplam puanının yaş gruplarına göre karşılaştırılmasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (39, 40, 42, 43, 53, 61, 62), Malatya’da yapılan çalışmada 30-34 yaş arasında olanların SYBD-2 toplam puanı 30 yaş altı ile 35 yaş üstüne göre anlamlı olarak daha düşük, İzmir’de yapılmış çalışmada 29-38 yaş arası olanların puanı 19-28 ile 39 ve üstü yaş gruplarına göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (38, 67). Literatürdeki çalışmalarda bu şekilde bulunmamasına rağmen bizim çalışmamızda 41-56 yaş arasında olanların SYBD-2 toplam puanı 31-40 yaş arasında olanların puanından yüksek olması beklenen bir durumdur.

Bu araştırmada fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi alt ölçeklerinde erkeklerin; beslenme alt ölçeğinde kadınların anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Malatya’da ve Düzce’de daha önce yapılmış çalışmada SYBD-2 ölçek ve alt ölçek puanlarında cinsiyete göre anlamlı farklılık bulunmamıştır (38, 42). Ankara’da HSM ve TSM çalışanlarıyla yapılan çalışmada sağlık sorumluluğu puanı erkeklerde daha düşük iken, fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanları kadınlarda daha düşük bulunmuştur (39). Yalçinkaya ve ark. çalışmasında kadınların erkeklere göre sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutlarından daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır (40). Pasinlioğlu ve Gözüm’ün çalışmasında beslenme alt ölçeğinde kadınların fiziksel aktivite alt ölçeğinde erkeklerin, Çakır ve ark. çalışmasında kadınların beslenme alt ölçeğinde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür (68, 50). Hem bizim çalışmamız hem de diğer çalışmalara bakıldığında kadınların beslenme davranışlarına daha çok dikkat ettiği, erkeklerin fiziksel olarak daha aktif oldukları, erkeklerin stres durumlarını daha iyi yönettiği düşünülebilir.

Sağlık çalışanları ile yapılmış bu çalışmada asistan hekimlerin sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı hemşire ve ebelerden anlamlı ölçüde düşüktür. Asistan hekimlerin beslenme alt ölçek puanı ebelerden anlamlı ölçüde düşüktür. Aile hekimlerinin stres yönetimi alt ölçek puanı hemşirelerden anlamlı olarak yüksektir. Yapılan 2 ayrı çalışmada SYBD-2 puanlarının mesleğe göre karşılaştırılmasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (39, 68). Yalçinkaya ve ark. çalışmasında hemşireler beslenme alt ölçeğinden daha yüksek puan almışlardır (40). Sağlıkla ilgili eğitim almalarına devam ediyor olmalarına rağmen asistan hekimlerin hem gündüz çalışıp hem fazla sayıda nöbet tutarak yoğun şekilde çalışmalarının sağlıkla ilgili bazı davranışlarını kötü yönde etkilemesi beklenen bir durumdur. Bizim araştırmamızda aile hekimlerinin stres yönetimi alt ölçeğinde hemşirelerden daha yüksek puan almış olması aile hekimlerinin çoğunluğunun erkek; hemşirelerin çoğunluğunun kadın ve araştırma hastanesinde nöbet tutuyor olup daha yoğun şekilde çalışıyor olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Bu araştırmada SYBD-2 ölçeğinden alınan puanların BKİ gruplarına göre karşılaştırılmasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Ankara'da sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada zayıf olanların fiziksel aktivite alt ölçek puanı daha düşük bulunmuştur (39). Çakır ve ark. çalışmasında vücut kitle indeksi 30-39.9 olanlar manevi gelişim alt grubunda daha yüksek puan almışlardır (50). Yapılmış 2 ayrı çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde BKİ'nin SYBD-2 puanlarını etkilemediği görülmüştür (61, 68). Beden kitle indeksinin fiziksel aktivite ve beslenmeyle ilgili davranışları etkilemesi beklenebilirdi.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre bekarların fiziksel aktivite alt ölçek puanları evlilerden anlamlı olarak daha yüksektir. Yapılmış bazı çalışmalarda SYBDÖ-2 puanlarında medeni duruma göre anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (43, 68). Düzce'de 2013 yılında yapılmış çalışmada evli olan hemşirelerin beslenme puan ortalamaları, bu araştırmaya benzer şekilde bekarların egzersiz puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır (42). Bizim araştırmamız ve Düzce'de daha önce yapılmış çalışmanın sonuçlarına göre evlilerin fiziksel aktivite puanının daha düşük olması evlendikten sonra sorumlulukların artması, eve daha çok vakit ayırmak gerekmesine bağlı olabileceği düşünülebilir.

Literatüre bakıldığında bazı çalışmalarda çocuk sahibi olma durumu ile SYBDÖ-2 puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı farklılık olmadığı gösterilmiştir (39, 43, 53). Düzce’de 2013 yılında hemşirelerle yapılan çalışmada çocuğu olmayanların beslenme alt ölçeği puan ortalamasının bir çocuğu ve iki çocuğu olanlardan anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur (42). Kütahya’da yapılan çalışmada çocuğu olmayan hemşirelerin fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt grupları ve genel ölçek puan ortalamaları çocuğu olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (67). Erzurum ve Azerbaycan’da yapılan çalışmada çocuk sahibi olmayan hemşirelerin fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçek puanları olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (69). Bizim araştırmamızın sonuçları yapılmış bu 2 çalışmayla benzer şekilde çocuğu olmayanların fiziksel aktivite alt ölçek puanları çocuğu olanlara göre daha yüksektir, çocuk sahibi olmanın fiziksel olarak aktif olmayı kötü yönde etkilediği düşünülebilir. Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre çocuğun olma durumunun fiziksel aktivite dışındaki diğer davranışları etkilemediği görülmüştür.

Eğitim durumuna göre SYBDÖ-2 puanlarının karşılaştırıldığı bazı çalışmalarda anlamlı farklılık gözlenmemiştir (42, 43, 67, 70). Ankara’da yapılan çalışmada eğitim seviyesi liseyle doktora arasında gruplandırılmış olup lise mezunlarının sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı diğerlerine göre daha düşük; beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler puanları yüksek lisans eğitim seviyesinde daha yüksek bulunmuştur (39). Yalçınkaya ve ark çalışmasında lisans mezunlarının, genel toplamda ve egzersiz dışındaki tüm alt ölçeklerde puan ortalamaları diğer çalışanlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur (40). Hui ve ark çalışmasında 1. ve 4. sınıf hemşirelik eğitimi alan lisans öğrencilerinin karşılaştırılmasında 1. sınıf öğrencilerinin SYBD toplam puanı 4. sınıf öğrencilerine göre daha yüksek, 4. sınıf öğrencilerinin manevi gelişim ve stres yönetimi puanları alt sınıflara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur ve eğitim seviyesi arttıkça bazı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamanın azaldığı bulunmuştur (71). Bizim araştırmamızda diğer çalışmalardan farklı bir sonuç bulunmuş olup üniversite mezunlarının sağlık sorumluluğu alt ölçek puanları yüksek lisans/doktora/uzman grubunun puanlarından anlamlı olarak yüksektir, eğitim seviyesi artmış olmasına rağmen sağlık sorumluluğu davranışlarını uygulamanın azaldığı görülmüştür.

Ankara’da yapılmış çalışmada beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt ölçeklerinde yüksek lisans eğitim seviyesinde olanların puanı doktora grubuna göre daha yüksektir (40).

Malatya’da yapılmış çalışmada manevi gelişim alt ölçeği hariç tüm alt ölçekler ile SYBDÖ-2 toplam puanında asistanların çalıştıkları tıp bilim dalına göre; Afyon ve Denizli’de yapılmış çalışmada çalışılan hastaneye göre manevi gelişim alt ölçek puanlarında, Kütahya’da yapılmış çalışmada hemşirelerin çalıştıkları birime göre fiziksel aktivite alt ölçek puanlarında anlamlı farklılık gözlenmiştir (38, 40, 67). Bizim çalışmamızda halk sağlığı müdürlüğünde çalışanların manevi gelişim alt ölçek, aile sağlığı merkezinde çalışanların beslenme ve stres yönetimi alt ölçek puanları üniversite hastanesinde çalışanlardan anlamlı olarak daha yüksektir. Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde çalışanların SYBD-2 toplam ölçek puanları ASM’de çalışanlar ile HSM’de çalışanlardan anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Hem bizim çalışmamız hem literatürdeki çalışmalar incelendiğinde çalışma ortam ve koşulları ile çalışma şeklinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği söylenebilir. Çalışmamızın sonuçlarına göre genel olarak üniversite hastanesinde çalışanların SYBDÖ-2 puanları daha düşük bulunmuştur, sağlıklı yaşam davranışlarını uygulamak için destekleyici çevreye gereksinim olduğu söylenebilir, kişilerin sadece içsel motivasyonu yeterli değildir.

SYBDÖ-2 ölçeğinden alınan puanların çalışma süresine göre karşılaştırıldığı 2 ayrı çalışmada anlamlı farklılık gözlenmemiştir (38, 70). Afyon ve Denizli’de yapılan çalışmada en uzun süre çalışanlar fiziksel aktivite ve beslenme alt ölçeklerinden daha yüksek, Düzce’de 2013 yılında yapılmış çalışmada çalışma yılı daha az olanlar kişiler arası ilişkiler alt ölçeğinden daha yüksek, Kütahya’da yapılan çalışmada daha uzun süre çalışmış olanlar beslenme alt ölçeğinden daha yüksek puan almışlardır (40, 42, 67). Bizim çalışmamızda 16-32 yıldır çalışmakta olanların sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçek puanları ile SYBDÖ-2 toplam puanı 0-5 yıl ile 5.5-15 yıldır meslekte çalışmakta olanların puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir. 5.5-15 yıldır çalışmakta olanların fiziksel aktivite ve manevi gelişim alt ölçek puanları 0-5 yıl ile 16-32 yıldır çalışmakta olanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Hem bizim çalışmamız hem de diğer çalışmalara bakıldığında

meslekte daha uzun süre çalışmak bazı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını iyi yönde etkilerken bazılarında tam tersi yönde etkili olduğu görülmüştür (40, 42, 67).

Gelir durumunun SYBDÖ-2 puanlarına etkisini inceleyen bazı araştırmalar incelendiğinde iki tanesinde gelir durumunun puanları etkilemediği, bazılarında ekonomik durumun iyi olmasının bazı SYBD'nı iyi yönde etkilediği, Tokat'ta yapılan çalışmada ise ekonomik durumunu orta olarak nitelendiren hemşirelerin fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamalarının kötü ve iyi olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (38, 42, 53, 61, 67, 71). Bizim çalışmamızda gelirinin giderinden fazla olduğunu ifade edenlerin manevi gelişim alt ölçek puanları az olduğunu ifade edenlerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur, diğer alt ölçeklerde ve toplam puanda anlamlı farklılık görülmemiştir; gelir algısının sadece manevi gelişim alt ölçeğinde yer alan davranışları etkilemiş olduğu aynı zamanda diğer alt ölçeklerde yer alan pek çok davranışı engellemediği düşünülebilir.

Bu araştırmada kendini iş yaşamında verimli bulduğunu ifade edenlerin sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim alt ölçek puanları bulmadığını ifade edenler ile kısmen verimli bulanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Kendini iş yaşamında verimli bulduğunu ifade edenlerin kişiler arası ilişkiler alt ölçek ve SYBDÖ-2 toplam puanları kısmen verimli bulduğunu ifade edenlerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bizim araştırmamızın sonuçlarına göre kendini iş yaşamında verimli bulmanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını iyi yönde etkilediği düşünülebilir ve kişilerin kendilerini iş yaşamında verimli hissetmeleri sağlanmalıdır.

İstanbul'da yapılmış bir çalışmada çalışma ortamından memnun olma durumuna göre SYBDÖ-2'nin karşılaştırılmasında anlamlı farklılık görülmemiştir (72). Bizim çalışmamızda çalışma ortamının iyi olduğunu ifade edenlerin beslenme alt ölçek puanları, SYBD-2 ölçeği toplam puanı orta ve kötü olduğunu ifade edenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çalışma ortamının kötü olduğunu ifade edenlerin manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu alt ölçek puanları ile ölçek toplam puanı iyi ve orta olduğunu ifade edenlere göre anlamlı olarak daha düşüktür. Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre çalışma ortamı hakkında düşünce şeklinin sağlıklı yaşam davranışlarını etkilediği

söylenbilir, kişilerin çalıştıkları kuruma göre de ölçek puanlarının farklılık göstermesi bu sonucu destekler niteliktedir.

Sigara kullanımının SYBD'na etkisinin incelendiği çalışmalara bakıldığında bazılarında bizim çalışmamıza benzer şekilde bir etkisinin olmadığı, Malatya'da yapılan çalışmada sigarayı bırakanların stresle baş etme puanları daha düşük, Ankara'da yapılan çalışmada sigara kullananların sağlık sorumluluğu puanları daha düşük, Afyon ve Denizli'de yapılan çalışmada sigara içmeyenlerin kişiler arası destek alt boyutu dışında tüm alt boyutlarda ve genel toplam puanları içenlere göre daha yüksek, Tokat'ta yapılan çalışmada sigara içenlerin fiziksel aktivite puanı daha yüksek bulunmuştur (38, 39, 40, 42, 43, 53). Ankara'da asistan hekimlerle yapılmış çalışmada sigarayı kullanıp bırakanlar beslenme, stresle baş etme alt ölçeklerinde ve toplam puanlarda daha yüksek puan almıştır (50). Bizim çalışmamızla yapılmış bazı çalışmalarda sigara içmenin sağlıklı yaşam davranışlarına etki etmemesi dikkat çekicidir.

Alkol kullanımı ile SYBDÖ ilişkisinin incelendiği çalışmalarda bizim çalışmamızdan farklı sonuçlar bulunmuş olup Ankara'da yapılmış çalışmada alkol kullananların bazı alt ölçek puanları yüksek, Afyon ve Denizli'de yapılmış bir çalışmada alkol kullanmayanların beslenme alt ölçek puanları daha yüksek, Ankara'da yapılmış bir çalışmada alkol kullananların manevi gelişim alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur (39, 40, 43, 50).

Tanı konulmuş hastalık varlığının SYBDÖ-2 puanlarına etkisinin incelendiği çalışmalarda Malatya ve Ankara'da yapılmış 2 çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (38, 50). Ankara'da HSM ve TSM çalışanlarıyla yapılmış çalışmada kronik hastalığı olanların fiziksel aktivitesi daha düşük, Düzce'de 2013 yılında yapılmış çalışmada kronik hastalığı olanların stres yönetimi puanları daha düşük, Isparta'da yapılmış çalışmada kronik hastalığı olmayanları fiziksel aktivite ve kişiler arası ilişkiler puanları daha yüksek bulunmuştur (39, 42, 43). Bizim çalışmamızda tanı konulmuş hastalıkları olmasına rağmen kişilerin SYBDÖ davranışlarının etkilenmemiş olması da iyi bir durum olarak düşünülebilir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına düzenli ilaç kullanmanın etkisine bakıldığı 2 çalışma incelenmiştir. Isparta'da yapılmış çalışmada ilaç kullanmayanlarda fiziksel aktivite alt ölçeğine ait puanlar daha yüksek bulunmuş, Tokat'ta yapılmış çalışmada ilaç kullanma durumuna göre SYBDÖ puanlarında anlamlı farklılık gözlenmemiştir (43, 53). Bizim çalışmamızda sağlık sorumluluğu alt ölçek puanları ilaç kullananlarda kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Düzenli olarak ilaç kullanan kişilerin kronik bir hastalığı var olup sağlıklarını daha iyi hale getirmek için bu konuda daha sorumlu davranmaları beklenen bir durumdur.

Bizim çalışmamızda sağlık durumunun çok iyi olduğunu ifade edenlerin fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi alt ölçek ve SYBDÖ-2 toplam puanları iyi, orta ve kötü olduğunu ifade edenlere göre; sağlık sorumluluğu alt ölçek puanları sağlık durumunu orta olarak ifade edenlere göre anlamlı olarak yüksektir. Sağlık durumunun orta olduğunu ifade edenlerin beslenme, kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanları çok iyi ile iyi olduğunu ifade eden diğer 2 gruba göre anlamlı olarak düşüktür. Literatürde yapılmış çalışmalara bakıldığında Malatya'da yapılmış çalışmada genel sağlık durumu iyi olanların fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanı daha yüksek; Tokat'ta yapılmış çalışmada kendi sağlığını iyi hissedenen hemşirelerin manevi gelişim puanları kendi sağlığını orta ve kötü hissedenenlere göre daha yüksek, Adana'da doktora öğrencileriyle yapılmış çalışmada sağlık durumlarını mükemmel olarak değerlendirenlerin fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişki, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanı daha yüksek, Adana'da sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerle yapılmış çalışmada sağlık durumunu mükemmel ve çok iyi olarak algılayanların beslenme hariç tüm alt ölçeklerdeki ve toplamdaki puanları daha yüksek bulunmuş olup sonuçlar bizim çalışmamızı destekler niteliktedir (38, 53, 61, 62). Hem bizim çalışmamız hem diğer çalışmalara bakıldığında kişilerin sağlık durumu algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği görülmüş olup sağlık durumları hakkında daha iyi algıya sahip olanlar bu davranışları daha fazla uygulamaktadır.

Bizim çalışmamızda diş hekimine muayene olma durumuna göre SYBDÖ-2 alt ölçek ve toplam puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüş olup diş hekimine düzenli kontrol için gidenlerin puanları daha yüksek, ciddi

rahatsızlık durumunda gidenlerin puanları daha düşüktür. Adana’da sağlık bilimleri öğrencileriyle yapılmış çalışmada sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alt ölçekleri ve toplam puanda son 1 yıl içinde diş hekimine gidenler 1 yıldan daha uzun süre içinde gidenler ile hiç gitmeyenlere göre daha yüksek puan almışlardır (62). Düzenli olarak diş hekimi kontrolünü yaptıranların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha çok uygulaması beklenen bir sonuçtur.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre bir sağlık problemi olduğunda kişilerin davranış şekillerinin sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler, manevi gelişim, SYBDÖ-2 toplam puanını etkilediği bulunmuş olup “Sağlık kuruluşuna başvururum ve doktorumun önerdiği tedaviyi uyguladım.” ve “Alternatif tıp yöntemlerini uyguladım-hem doktorumun önerdiği tedavileri hem de alternatif tıp yöntemlerini uyguladım.” Cevabını verenlerin puanları “Önemsemem.” ve “Kendi kendime ilaç tedavisi uyguladım.” Cevabını verenlerden anlamlı olarak yüksektir. Araştırma sağlık çalışanları ile yapılmış olmasına rağmen kişilerin her konuda yeterli bilgi sahibiymiş gibi davranarak kendilerine ilaç tedavisi uygulamaları ya da önemsememeleri doğru bir davranış şekli değildir, daha uygun bir davranış şekli olarak doktorunun önerdiği tedaviyi uygulayanlar ya da beraberinde alternatif tıp yöntemleri uygulayanların bazı sağlıklı yaşam davranışlarını da daha fazla uygulamaları beklenen bir sonuçtur.

SYBD-2 ölçeğinden alınan puanların hepatit B aşılarını tam doz yaptıрма durumuna göre incelenmesinde Adana’da yapılmış çalışmada fiziksel aktivite hariç tüm alt ölçeklerde ve SYBD-2 toplam puanında tam doz hepatit B aşısı yaptıranlar yaptırmayanlara göre anlamlı olarak yüksek puan almıştır, bizim çalışmamızda anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (62).

Bu çalışmada katılımcıların % 11’i yaşam kalitelerini çok kötü, % 7.7’si biraz kötü, % 52.4’ü ne iyi ne kötü, % 33.5’i oldukça iyi, % 3.1’i çok iyi olarak yorumlamıştır. Bizim araştırmamızda bulunan bu sonuç sadece asistan hekimler ve hemşirelerle yapılmış bazı çalışmalara göre daha iyi, Erzurum’da il genelinde hekimlerle yapılmış bir çalışma ile Erzincan’da devlet hastanesi ve ASM çalışanlarıyla yapılmış bir çalışmaya benzerdir (49, 50, 52, 60, 73, 74). Yurtdışında anestezi doktorlarıyla yapılmış bir çalışmada yaşam kalitesini iyi bulma % 46.4, çok iyi bulma % 9.1’dir (75). Bizim çalışmamızda yaşam kalitesini iyi bulma durumunun

sadece hemşire ve sadece asistanlarla yapılmış çalışmalara göre daha iyi olması asistanların gündüz mesai sonrası fazla sayıda nöbet tutması çalışma ortam koşullarının daha kötü olması, yurtdışında yapılmış çalışmaya göre de daha düşük olması yurtdışında doktorların daha iyi şartlarda çalışıyor olmasına bağlı olabilir.

Bu araştırmada katılımcıların WHOQOL-BREF-TR ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar psikolojik alanda 14.20 ± 2.32 , sosyal alanda 14.12 ± 2.66 , fiziksel alanda 14.15 ± 2.44 , çevre-TR alanında 13.68 ± 1.95 'tir; en yüksek puanlar psikolojik ve sosyal alanda, sonra fiziksel, en son da çevre-TR alanındadır. Çalışmamızda bulunan sonuçlar üniversiteye yeni başlamış öğrencilerle yapılmış bir çalışma ile Erzurum'da hekimlerle yapılmış bir çalışmanın sonuçlarıyla benzer olup en yüksek puanlar psikolojik ve sosyal alanda sırasıyla fiziksel en son çevre-TR alanındadır (36, 52). Erzurum'da devlet hastanesi ve ASM sağlık çalışanlarıyla yapılmış bir çalışmada en yüksek puan sosyal alanda en düşük fiziksel alandadır (73). Bursa'da hekimlerle yapılmış bir çalışmada en yüksek puan fiziksel en düşük çevre-TR alanındadır (74). Samsun'da tıp öğrencileri ve yurtdışında hemşirelerle yapılmış iki ayrı çalışmada katılımcılar en yüksek puanı fiziksel alanda en düşük puanı çevresel alanda almışlardır (76, 77). Hem bizim çalışmamız hem diğer çalışmalara bakıldığında katılımcılar daha çok kendileriyle ilişkili olan alanlardan daha yüksek puanlar çevre alanından daha düşük puan almışlardır; çevreyle ilişkili alan ise maddiyat, fiziksel güvenlik, sağlık ve sosyal hizmetlere erişim, ev ortamı, dinlenme ve boş zaman bulabilme, ulaşılabilir olma gibi bileşenleri içermektedir.

Bu çalışmada katılımcıların WHOQOL-Bref-TR ölçeğinden aldıkları puanlar yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Erzurum genelinde hekimlerle yapılmış çalışmada 40 yaş ve üzeri grubun fiziksel çevresel ve ruhsal alanda 40 yaş altında yer alan yaş gruplarına göre daha yüksek puanlar aldıkları (52), Edirne'de hemşirelerle yapılmış çalışmada yaş ortalaması azaldıkça fiziksel ve psikolojik alanın daha iyi olarak değerlendirildiği (60), yurtdışında anestezi doktorlarıyla ve Düzce'de daha önce asistan hekimlerle yapılan çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde yaşa göre ölçek puanları arasında anlamlı farklılık olmadığı (75, 49), Suudi Arabistan'da hemşirelerle yapılmış çalışmada 30 yaş üstünde olanların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu bulunmuştur (77). Konuyla ilgili yapılmış çalışmaların sonuçları çalışma gruplarına

göre farklılık göstermiş olup, Erzurum'da hekimlerle yapılmış çalışmada karşılaştırılan yaş grupları bizim çalışmamızla benzerlik göstermesine rağmen bizim çalışmamız sağlık çalışanlarının genelini içermektedir.

Bu çalışmada erkeklerin fiziksel, psikolojik ve çevre-TR alan puanları kadınlardan anlamlı olarak yüksektir. Erzurum'da yapılan çalışmada erkek hekimlerin bedensel ve ruhsal alan puanlarının kadın hekimlerden anlamlı olarak yüksek olduğu (52), Brezilya'da tıp öğrencileriyle yapılmış çalışmada erkek öğrencilerin psikolojik, fiziksel ve sosyal alan puanları kızlara göre daha yüksek, yurtdışında anestezi uzmanlarıyla yapılmış çalışmada kadınların ruhsal ve sosyal alan puanları erkeklere göre daha düşük (75, 78), Kuzey Filipinler'de yapılmış çalışmada erkek hemşirelerin psikolojik alan puanı kadınlara göre daha yüksek (79), bir üniversite hastanesinde yoğun bakım hemşireleriyle yapılan çalışmada erkeklerin sosyal, ruhsal ve çevre-TR alan puanları kadın hemşirelere göre daha düşük (80), Düzce'de daha önce asistan hekimlerle yapılmış çalışmada cinsiyete göre alan puanları arasında anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (49). Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre erkeklerin SYBD-2 ölçeğinden fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi alt ölçeklerinden kadınlara göre daha yüksek puan aldıkları görülmüştür, bu sonuçla uyumlu olarak kadınların yaşam kalitesi alan puanları daha düşüktür. Yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuçların bulunması kadınların stresle baş etmesinin daha zor olması, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı nedeniyle kadınların hem iş hem de ev nedeniyle erkeklere göre daha fazla sorumlulukla karşı karşıya kalmasından kaynaklanmış olabilir.

Bizim araştırmamızın sonuçlarına göre hemşirelerin WHOQOL-Bref-TR fiziksel alan puanları ebelerin, aile hekimleri ve sağlık memurlarının fiziksel alan puanlarından anlamlı ölçüde düşüktür. Ebelerin psikolojik alan puanları hemşireler ile asistan hekimlerin puanlarından anlamlı olarak yüksektir. Aile hekimlerinin çevre-TR alan puanları hemşirelerden anlamlı olarak yüksektir. Sağlık çalışanları ile yapılmış bir çalışmada çevre-TR alt boyutunda hemşirelerin doktora oranla daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur (81). Bu konuyla ilgili daha fazla çalışmaya gereksinim vardır.

Sağlık çalışanları ile yapılmış bu çalışmada beden kitle indeksi 30-50 arasında olanların sosyal alan puanları 18.50-24.99 ile 25-29.99 arasında olanlara göre anlamlı ölçüde düşük olduğu bulunmuştur. Erzurum'da hekimlerle yapılmış çalışmada beden kitle indeksine göre yaşam kalitesi alan puanları benzer bulunmuş (52), yurtdışında yapılmış çalışmada BKİ 30 ve üzeri olanların psikolojik, sosyal ve fiziksel alan puanları daha düşük (78), Kayseri'de aile sağlığı merkezine başvuran hasta ve hasta yakınlarıyla yapılan bir çalışmada obez olmayan bireylerde bedensel boyut ve çevre-TR boyutu puanları obez olmayan bireylere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (82). Ankara'da üniversite öğrencileri ile yapılmış çalışmada kilolu öğrencilerin ruhsal alan puanları daha düşük bulunmuştur (83). Manisa'da bir aile sağlığı merkezine kayıtlı kişilerle yapılmış çalışmada obez kadınlarda yaşam kalitesi bedensel ve ruhsal alan puanları daha düşük bulunmuştur (84). Hem bizim çalışmamız hem bazı çalışmalara bakıldığında farklı alanları etkilemiş olmakla birlikte obezitenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Bizim çalışmamız ile Bursa'da hekimler ve Erzurum'da hekimlerle yapılmış 2 ayrı çalışmaya göre evlilerin psikolojik, sosyal ve çevre-TR alan puanları bekarlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (52, 74). Düzce'de asistan hekimlerle, Suudi Arabistan'da hemşirelerle yapılan çalışmada ve iki ayrı çalışmada daha evlilerin sosyal alan puanı bekarlara göre daha yüksek (49, 77, 81, 84), hemşirelerle yapılan bir çalışmada bekarların fiziksel ve psikolojik alan puanları daha iyi (60), Filipinler'de yapılmış çalışmada evli hemşirelerin sosyal alan puanı bekarlara göre yüksek (79), Erzincan'da sağlık çalışanları ile yapılmış çalışmada evlilerin sosyal alan puanları bekarlara göre daha yüksek, çevre alan puanı daha düşük bulunmuştur (73), bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada evli olanların evli olmayanlara göre sosyal, ruhsal ve çevre-TR alan puanları anlamlı olarak daha yüksek (80) bulunmuştur. Yapılan çalışmalara bakıldığında pek çok çalışmada evlilerin fiziksel alan hariç diğer alanlarda bekarlara göre daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu görülmüştür, bu sonuç da evlilerin eşleri ile çocuklarından destek alması ve paylaşım içerisinde olmasına bağlı olabilir, bunun aksini yansıtan 2 çalışmaya da rastlanmıştır.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre çocuğu olanların psikolojik alan puanları olmayanlardan anlamlı olarak yüksektir. Hekimlerle yapılmış 2 ayrı çalışmaya göre

çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılık olmadığı (49, 52), Suudi Arabistan’da hemşirelerle yapılan çalışmada çocuğu olanların psikolojik ve sosyal alan puanlarının daha yüksek olduğu (77), Aydın il merkezinde 15-49 yaş kadınlarla yapılan çalışmada çocuk sahibi olmayan kadınların psikolojik ve sosyal alan puanları daha yüksek bulunmuştur (85). Bizim çalışmamız ile diğer çalışmalarda çalışılan gruplar farklılık göstermektedir.

Literatürde eğitim seviyesinin WHOQOL-Bref-TR ölçeğinden alınan puanlara etkisine bakılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuş olup; bazı çalışmalarda alanlar değişmekle birlikte eğitim seviyesi daha yüksek olanlarda yaşam kalitesinin çeşitli alan puanlarının da daha yüksek olduğu bulunmuştur (77, 82, 86), yapılmış bir başka çalışmada ise eğitim düzeyi yükseldikçe sosyal alan puanının azaldığı görülmüştür (60); bizim çalışmamızda bu çalışmalardan farklı olarak eğitim durumunun yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür.

Çalışma koşulları ve çalışılan kurumun yaşam kalitesi alan puanlarına etkisine bakılan çalışmalarda; Düzce’de daha önce asistan hekimlerle yapılmış çalışmada nöbet tutmayanların fiziksel, sosyal ve çevresel alan puanları daha yüksek (49), Erzurum’da hekimlerle yapılmış çalışmada hekimlerin çalıştığı kurumun üniversite, sağlık bakanlığı ya da özel hastane olmasına göre farklılık olmadığı (52), yurtdışında yapılan çalışmada daha çok nöbet tutan hekimlerin yaşam kalitesi algısının daha kötü olduğu (75), Suudi Arabistan’da hemşirelerle yapılan çalışmada cerrahi birimlerde çalışanların çalışmayanlara göre tüm alan puanlarının daha düşük, gece nöbet tutan hemşirelerin fiziksel ve çevresel alan puanlarının daha düşük (77), başka bir çalışmada sadece gündüz çalışan sağlık personelinin, sadece nöbet tutanlara ve hem nöbet tutup hem gündüz çalışan personele oranla fiziksel ve ruhsal alanda daha yüksek puan aldığı bulunmuştur (81). Hekimlerle yapılmış bir çalışmada 6 ve üzeri nöbet tutanların fiziksel alan puanları daha düşük bulunmuştur (87). Bizim araştırmamızın sonuçları literatürdeki çalışmaları destekler nitelikte üniversite hastanesinde çalışanların fiziksel, çevre-TR alan puanları halk sağlığı müdürlüğü ile aile sağlığı merkezinde çalışanlardan; psikolojik alan puanları HSM, TSM ve ASM’de çalışanlardan, sosyal alan puanları HSM’de çalışanlardan anlamlı ölçüde düşük bulunmuş olup, ASM’de çalışanların çevre-TR alan puanları toplum sağlığı merkezinde çalışanların puanlarından anlamlı olarak yüksektir. Üniversite

hastanesinde çalışanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi alan puanlarının diğer kurumlarda çalışanlara göre daha kötü olması çalışma ortamı ve koşullarının, nöbet tutma ve yoğun şekilde çalışmanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini düşündürmektedir.

Meslekte çalışma süresine göre yaşam kalitesi alan puanlarının değerlendirildiği bazı çalışmalarda; Erzurum’da yapılan çalışmada meslekte 16 yıl ve üzeri çalışanların bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanları diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek düzeydedir (52), Suudi Arabistan’da yapılmış çalışmada 9 yıldan fazla mesleki deneyimi olanların fiziksel, psikolojik ve çevresel alan puanları daha yüksek (77), çalışma süresi 5 yıl ve üzeri olanların çevresel alan puanları 4 yıl ve altında olanlara göre daha yüksek (86), bizim çalışmamızın sonuçlarına göre meslekte 16-32 yıldır çalışmakta olanların fiziksel, çevre-TR alan puanları 5.5-15 yıldır; psikolojik alan puanları 0-5 ile 5.5-15 yıldır çalışmakta olanların puanlarından anlamlı olarak yüksektir. Yapılmış bir çalışmada ise meslekte çalışma yılı arttıkça ruhsal alan puanının azaldığı (73), bir çalışmada da meslekte çalışma süresine göre fark olmadığı görülmüştür (49). Bizim çalışmamız ve bazı çalışmaların sonuçlarına göre daha uzun süre çalışanların yaşam kalitesinin daha iyi olması ücret artışı, mesleki deneyimin artması sonucu stresin azalması, kişilerin hem yaşam hem iş koşullarını kabullenmiş olmalarına bağlanabilir.

Gelir durumuna göre yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmalarda genel olarak gelirin fazla olmasının yaşam kalitesini iyi yönde etkilediği bulunmuştur (49, 52, 77, 83, 86). Bizim çalışmamızda da bu çalışmalara benzer şekilde gelirin giderinden fazla olduğunu ifade edenlerin fiziksel ve çevre-TR alan puanları gelirin giderine eşit ve gelirin giderinden az olduğunu ifade edenlerin puanlarından anlamlı olarak yüksektir, gelir durumunun pek çok imkana daha kolay ulaşmayı sağlaması ile yaşam kalitesini iyi yönde etkilemesi beklenen bir sonuçtur.

Bizim araştırmamızda çalışanlarda kendini iş yaşamında verimli bulduğunu ifade edenlerin fiziksel, sosyal, çevre-TR alan puanları kendini iş yaşamında kısmen verimli bulduğunu ve verimli bulmadığını ifade edenlerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Kendini iş yaşamında verimli bulma durumuna göre tüm grupların psikolojik alan puanlarının birbirinden anlamlı olarak farklı olduğu görülmüştür.

Kendini iş yaşamında verimli bulma durumu iyileştikçe psikolojik alan puanları artmaktadır. Literatürde bununla ilgili bir sonuca rastlanmamış olup kişilerin öğrenim hayatlarının erken dönemlerinde ilgi ve yeteneklerinin olduğu mesleğe yönlendirilmesi ve iş ortamında da verimli hissetmeleri sağlanmalıdır.

Yaşam kalitesinin işle ilgili memnuniyete göre karşılaştırıldığı çalışmalarda Suudi Arabistan'da yapılmış çalışmada işle ilgili memnuniyeti ölçen bir ölçek kullanılmış ve yaşam kalitesi ile bu ölçeğin puanlarının pozitif yönde korele olduğu (77), bir başka çalışmada işinden memnun olanların yaşam kalitesi ve çevresel alan ortalama puanları kararsız ya da memnun olmayanlardan anlamlı olarak yüksek (88) bulunmuştur. Bizim çalışmamızda çalışma ortamının kötü olduğunu düşünenlerin fiziksel, psikolojik alan puanları iyi ve orta olduğunu düşünenlerden anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Sosyal ve çevre-TR alan puanlarında tüm grupların puanlarının birbirinden anlamlı olarak farklı olduğu bulunmuştur, çalışma ortamı hakkında daha iyi düşünenler sosyal ve çevre-TR alanlarından daha yüksek puan almışlardır, bu sonuca göre ve diğer sonuçlara göre kişilerin çalışma ortamı iyileştikçe yaşam kalitelerinin artacağı düşünülebilir.

Katılımcıların WHOQOL-Bref-TR ölçeğinden alınan puanların sigara içme durumuna göre karşılaştırılmasında çeşitli çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer şekilde alan puanları benzer bulunmuştur (49, 52, 78). Bir çalışmada sigara kullanan ilahiyat fakültesi öğrencilerinin sosyal alan puanları daha düşük (83), WHOQOL-Tr 8 ölçeği ile asistan hekimlerin yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada sigara kullanıp bırakanların yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur (50). Yapılan çalışmaların sonuçları farklılık göstermektedir.

Yaşam kalitesi alan puanlarının alkol kullanma durumuna göre değerlendirildiği bazı çalışmalarda alan puanları benzer bulunmuş (49, 52). Manisa'da ASM'ye kayıtlı erişkin kadınlarla yapılan çalışmada alkol kullananların fiziksel ve ruhsal alan puanları daha yüksek (84), sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada sosyal alanda alkol kullananlar daha yüksek puan almışlardır (81). Bizim çalışmamızda alkol tükettiğini ifade edenlerin fiziksel alan puanları tüketmediğini ifade edenlerden anlamlı olarak yüksektir. Bu konuyla ilgili daha fazla çalışmaya gereksinim vardır.

Kronik hastalık varlığına göre 2 ayrı çalışmada yaşam kalitesi alan puanları benzer bulunmuştur (49, 88). Yapılmış bazı çalışmalarda kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi alan puanları olmayanlara göre düşük bulunmuştur (52, 82, 84, 85). Bizim çalışmamızda da tanı konulmuş herhangi bir hastalığı olmadığını ifade edenlerin fiziksel ve sosyal alan puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Kronik hastalıkların kişilerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemesi kişilerde ve ailelerinde maddi, manevi kayıplara neden olması nedeniyle beklenen bir sonuçtur, oluşmadan önce önüne geçilmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada düzenli ilaç kullanmadığını ifade edenlerin fiziksel alan puanları düzenli olarak ilaç kullandığını ifade edenlerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde fiziksel ve psikolojik alan puanları sürekli ilaç kullananlarda daha düşük bulunmuştur (85). Sürekli ilaç kullananların kronik hastalığı var olup yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenmesi olası bir sonuçtur, ilaç kullanımı yan etkiler sebebiyle de kişilerin sağlıklarını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilir ve kişilerin yaşantılarını kısıtlayıcı etkileri de olduğu düşünülebilir.

Bizim araştırmamıza göre diş hekimine düzenli olarak kontrole giden kişilerin tüm alan puanları ciddi rahatsızlık durumunda başvuran kişilere göre yüksek bulunmuştur, dişle ilgili kayıpların geri dönüşümsüz olduğu düşünüldüğünde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesi kaçınılmazdır. Araştırmamız sağlık çalışanlarıyla yapılmış olmasına rağmen katılımcıların sadece % 6.8'i yılda iki kez kontrole gitmekte, % 78'i rahatsızlandığı durumlarda diş hekimine başvurmaktadır, bulunan sonuca göre toplumdan önce sağlık çalışanlarına ağız ve diş sağlığının öneminin hatırlatılması gerekmektedir.

Araştırmamızın sonuçlarına göre sağlık problemi olması durumunda "Sağlık kuruluşuna başvururum ve doktorumun önerdiği tedaviyi uygularım." cevabını verenlerin sosyal alan puanları "Kendi kendime ilaç tedavisi uygularım." Cevabını verenlerden anlamlı olarak yüksektir. Doktordan ve diğer sağlık çalışanlarından alınan destek sosyal destek olarak nitelendirilebilir ve bu yüzden sosyal alan puanlarını olumlu yönde etkilediği düşünülebilir.

Bu araştırmada katılımcıların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların hepatit B aşısı yaptırma durumuna ve yemek sofraya geldiğinde tadına bakmadan tuz atma davranışına göre karşılaştırılmasında alan puanlarının benzer olduğu bulunmuştur. Literatürde bununla ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bizim araştırmamızda sağlık durumu algısı daha iyi oldukça hem sağlıklı yaşam davranışları hem de yaşam kalitesi alan puanlarının daha iyi olduğu görülmüş olup; yapılışmış bir çalışmada sağlık durum algısı iyi olanların fiziksel ve evre alan puanları daha yüksek bulunmuş (36) yaşlılarda yapılışmış bir çalışmada sağlık algısına göre tüm alanlarda anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (89). Kişilerin sadece sağlıkları değil sağlıkla ilgili algılarının da yaşam kalitelerini etkilediği düşünülebilir.

Araştırmamıza göre katılımcıların kan basıncı ve kan şekeri ölçtürme zamanlarına göre yaşam kalitesi alan puanları benzer bulunmuş olup, kolesterolünü daha yakın zaman içinde (6 ay-1yıl) ltrenlerin fiziksel, sosyal ve evre-TR alan puanları daha yüksek bulunmuştur.

Ankara'da yapılışmış çalışmada BKİ'ne göre kronik hastalık varlığı arasında farklılık olduğu görülmüştür, farklılık BKİ 25-29.99 arasında olan gruptan kaynaklanmaktadır (39). Yapılışmış bir çalışmada tanı konulmuş kronik hastalığı olduğunu belirtenlerin oranı; obezlerde, obez olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur (82) Bizim araştırmamızda BKİ'ne göre kronik hastalık varlığı arasında farklılık saptanmamıştır.

Literatür incelendiğinde Ankara'da asistan hekimlerle yapılışmış çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları ile yaşam kalitesi puanları arasında pozitif yönde iyi derecede (50), öğrencilerle yapılışmış çalışmada SYBD-2 ile WHOQOL-BREF li arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuş (36), yaşlılarda SYBD-2 ile yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (34); bizim çalışmamızda da bu çalışmalara benzer şekilde SYBD-2 li ile WHOQOL-Bref –TR alanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Bu araştırmada katılımcıların % 3.3'ü zayıf, % 54.5'i normal, % 30.4'ü fazla kilolu, % 11.9'u obezdir. % 21.4'ünün geliri giderinden az, % 59.2'sinin geliri giderine eşit, % 19.3'ünün geliri giderinden fazladır. % 60.6'sı kendilerini iş yaşamında verimli bulmaktadır, % 51'i çalışma ortamının iyi olduğunu düşünmektedir. Halen sigara içenler % 28.7'dir, % 78.7'si alkol tüketmemektedir. % 29'unun tanı konulmuş bir hastalığı vardır, en fazla görülen hastalık tiroid hastalığıdır.

Düzenli ilaç kullanımı % 19.5'dir ve en fazla kullanılan ilaç tiroid ilaçlarıdır. % 6.8'i 6 ayda bir diş hekimine gitmektedir. % 83.9'u hepatit B aşısını tam doz yaptırmıştır. % 67.2'si sağlık problemi olduğunda sağlık kuruluşuna başvurmuştur. % 83.1'i kan basıncını 1 yıl içinde ölçtürmüştür, kan şekerini hiç ölçtürmeyenler % 3.7, kolesterolünü hiç ölçtürmeyenler % 9.7'dir.

SYBD-2 ölçeğinden en yüksek puanları manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler en düşük puanı fiziksel aktivite alt ölçeğinden almışlardır. Yaş gruplarına göre SYBDÖ-2 fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi, toplam ölçek puanlarında anlamlı farklılık vardır. 21-30 yaş arası olanlar fiziksel olarak daha aktif, 41-56 yaş arası olanlar beslenme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının genelini daha çok uygulamaktadır.

Erkeklerin fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi; kadınların beslenme alt ölçek puanları daha yüksektir.

Asistan hekimlerin sağlık sorumluluğu puanı hemşire ve ebelerden, beslenme puanı ebelerden dűřüktür. Bekarların SYBDÖ-2 fiziksel aktivite puanı evlilerden, çocuk sahibi olmayanların olanlardan daha yüksektir. Üniversite mezunlarının sağlık sorumluluğu puanları yüksek lisans/doktora/uzman grubunun puanlarından yüksektir. Üniversite hastanesinde çalışanların manevi gelişim, beslenme, stres yönetimi, SYBDÖ-2 toplam puanları daha dűřüktür. Meslekte 16-32 yıldır çalışmakta olanların sağlık sorumluluğu ve beslenme puanları ile SYBDÖ-2 toplam puanı daha az çalışanlara göre daha yüksek, 5.5-15 yıldır çalışmakta olanların fiziksel aktivite ve manevi gelişim puanları diğer gruplara göre daha dűřüktür. Geliri giderinden fazla olanların manevi gelişim puanları az olduğunu ifade edenlerden yüksektir. Kendini iş yaşamında verimli bulma ve çalışma ortamından memnuniyet sağlıklı yaşam davranışlarını olumlu yönde etkilemiştir. Düzenli ilaç kullananların sağlık sorumluluğu puanları daha yüksektir. Sağlık durumu algısının iyi oluşu sağlıklı yaşam davranışlarının çoğunluğunu olumlu yönde etkilemiştir. Diř hekimine düzenli gidenler bütün alt ölçek ve toplam puanlarda daha yüksek, ciddi rahatsızlık durumunda gidenler düşük puan almışlardır. Sağlık problemi olduğunda sağlık kuruluşuna başvuranlar sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler, manevi gelişim, SYBDÖ-2'den daha yüksek puan almışlardır.

Katılımcıların sadece % 36.6'sı yaşam kalitelerini iyi bulmakta, % 69.7'si sağlık durumlarının iyi olduğunu düşünmektedir, % 51.3'ü sağlığından hoşnuttur.

WHOQOL-BREF-TR en yüksek puanlar psikolojik ve sosyal alanda, sonra fiziksel, en son da çevre-TR alanındadır. Erkeklerin fiziksel, psikolojik ve çevre-TR alan puanları kadınlardan yüksektir.

Hemşirelerin WHOQOL-Bref-TR fiziksel alan puanları ebeler, aile hekimleri ve sağlık memurlarının fiziksel alan puanlarından düşüktür. Ebelerin psikolojik alan puanları hemşireler ile asistan hekimlerin puanlarından yüksektir. Aile hekimlerinin çevre-TR alan puanları hemşirelerden yüksektir. Obez olanların sosyal alan puanı normal ve fazla kilolu olanlara göre daha düşüktür. Evlilerin psikolojik, sosyal ve çevre-TR alan puanları bekarlardan yüksektir. Çocuğu olanların psikolojik alan puanları olmayanlardan yüksektir. Üniversite hastanesinde çalışanların fiziksel, çevre-TR, psikolojik ve sosyal alan puanları daha düşük, ASM'de çalışanların çevre-TR alan puanları TSM'de çalışanlardan yüksektir. Meslekte 16-32 yıldır çalışanların fiziksel, çevre-TR ve psikolojik alan puanları daha yüksektir. Gelirinin giderinden fazla olanların fiziksel ve çevre-TR alan puanları diğerlerine göre yüksektir. Kendini iş yaşamında verimli bulma, çalışma ortamı hakkında daha iyi düşünme yaşam kalitesine ait tüm alanları olumlu yönde etkilemiştir. Alkol kullananların fiziksel alan puanları daha yüksektir.

Tanı konulmuş herhangi bir hastalığı olmayanların fiziksel ve sosyal alan puanları, düzenli ilaç kullanmayanların fiziksel alan puanları daha yüksektir. Diş hekimine düzenli kontrole gitme yaşam kalitesinin tüm alanlarını olumlu yönde etkilemiştir. Sağlık problemi olduğunda sağlık kuruluşuna başvuran ve doktorun önerdiği tedaviyi uygulayanların sosyal alan puanları kendi kendine ilaç tedavisi uygulayanlardan yüksektir. Sağlık durumu algısının daha iyi olması yaşam kalitesinin bütün alanlarını olumlu yönde etkilemiştir. Kolesterolünü daha yakın zaman (6 ay-1yıl) ölçtürenlerin fiziksel, sosyal ve çevre-TR alan puanları daha yüksek bulunmuştur.

Literatürde sağlık çalışanları ile yapılmış çalışmalarla karşılaştırma sonucu SYBDÖ-2 ile WHOQOL-Bref-TR ölçeğinden alınan puanlara bakıldığından sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama ile yaşam kalitelerinin orta seviyede olduğu bulunmuştur.

6.2. ÖNERİLER

Bu araştırmada bulunan sonuçlara göre obezitenin azaltılması, beslenme eğitimi verilmesi ve özellikle üniversite hastanesinde çalışanların beslenme alt ölçek puanları düşük bulunduğu için tek yemek listesi yerine diyet yemek listeleri de oluşturulması gerekmektedir, tek çeşit yemek listesi kronik hastalığı olanlar için de uygun değildir.

Sigara içme ve ara sıra da olsa alkol tüketimi sıklığı toplum genelinde yapılmış Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na yakındır, katılımcıların farklı çalışmalarla bu risk faktörlerine yönelik kullanım nedenleri sorgulanmalı ve bunların kullanımı azaltılmalıdır. Her türlü risk faktörüne yönelik koruyucu önlemler sayesinde kronik hastalıklar da azalacak ve sağlık durumu algılarının iyileşmesiyle sağlıklı yaşam davranışları ve yaşam kaliteleri iyileşecektir.

Katılımcıların çok azı düzenli olarak diş hekimine gitmektedir, bu konuda toplumdaki önce sağlık çalışanlarına bu bilincin kazandırılması gerekmektedir, katılımcıların sağlık sorunları olduğunda sağlık kurumuna başvurmaları konusunun önemi hatırlatılabilir.

Erkeklerin SYBDÖ-2 ölçeğinde fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi, WHOQOL-Bref-TR ölçeğinde fiziksel, psikolojik ve çevre-TR alanlarında kadınlardan daha yüksek puan almış olduğu görülüp birçok alanda görülen bu

farklılık toplumsal cinsiyette ayrımcılığa bağlı olabilir, bu konuda sağlık çalışanları da bilinçlendirilmeli ve kadının statüsü yükseltilmelidir. Ayrıca kadınlarda strese yol açan nedenler konusunda çalışmalara ihtiyaç vardır, stres yönetimi konusunda eğitimler verilebilir. Kadınlara spor yapmasına engel olan durumlar bulunup bunlara yönelik önlemler alınmalıdır.

Sağlık alışanları fiziksel aktivite yapmaları konusunda teşvik edilmeli ve bu konuda yeterli imkan ve süre sağlanması gerekmektedir.

Katılımcıların gelir düzeylerinin yükseltilmesi, özellikle niversite hastanesinde çalışanların çalışma ortam ve koşulları iyileştirilmeli; verimli bir Şekilde alışmaları sağlanmalıdır.

Katılımcılarda kan basıncı ve kan Şekerini hiç ölçtürmeyenler daha az olup kolesterolünü ölçtürmeyenler daha fazladır, daha fazla kişinin kolesterolünü en az 1 kere de olsa ltrmesi sağlanmalıdır, bulaşıcı hastalıklar konusunda risk faktörü olan sağlık çalışanlarının tümünün hepatit B aşılarını yaptırması önerilmelidir.

7. KAYNAKLAR

- 1- World Health Organization. Constitution of the WHO Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
Erişim tarihi: 25.01.2017
- 2- Epp, J. Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion, Health and Welfare Canada (1986) <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/1986-frame-plan-promotion/index-eng.php> Erişim tarihi: 31.01.2017
- 3- World Health Organization. The World Health Report 1998 Geneva 1998
- 4- World Health Organization Noncommunicable diseases fact sheet , January 2015 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> Erişim tarihi: 18.01.2017
- 5- Ünal B., Ergör G. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması , Ankara 2013
- 6- Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2015. 2152624 Mart 2016
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526> Erişim tarihi: 19.01.2017
- 7- World Health Organization Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, , 2009
- 8- Özvarış ŞB. Güler Ç, Akın L. Sağlık geliştirme ve sağlığı eğitimi. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2015
- 9- Ford E S., Bergmann M M., Boeing H, Li C, Capewell S, Healthy lifestyle behaviors and all-cause mortality among adults in the United States, Preventive Medicine 55 (2012) 23–27
- 10- Haveman-Nies, A., de Groot, L.P., Burema, J., Cruz, J.A., Osler, M., van Staveren, W.A., 2002. Dietary quality and lifestyle factors in relation to 10-year mortality in older Europeans: the SENECA study. Am. J. Epidemiol. 156, 962–968

- 11- Khaw, K.T., Wareham, N., Bingham, S., Welch, A., Luben, R., Day, N., 2008. Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. PLoS Med. 5, e12
- 12- King, D.E., Mainous III, A.G., Geesey, M.E., 2007. Turning back the clock: adopting a healthy lifestyle in middle age. Am. J. Med. 120, 598–603.
- 13- Division of mental health and prevention of substance abuse. WHOQOL measuring quality of life.1997; WHO.
- 14- Centers for Disease Control and Prevention, Health Related Quality of Life <https://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm> Erişim tarihi: 02.06.2017
- 15- Ministry of Health of the Czech Republic 2014, Health 2020 – National Strategy for Health Protection and Promotion and Disease Prevention, First edition Prague 2014
- 16- Öztürk Y, Günay O. Halk Sağlığı Genel Bilgiler (17-22)Erciyes Üniv. 2010
- 17- World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity, <http://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html> Erişim tarihi: 30.01.2017
- 18- World Health Organization, What is health promotion? <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/en/> Erişim tarihi: 14.02.2017
- 19- Rootman I. , Goodstadt M. , World Health Organization Evaluation in health promotion Principles and perspectives WHO Regional Publications, European Series, No. 92
- 20- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferanslardan Bildiriler, Nisan 2011, ANKARA
- 21- World Health Organization, The Fifth Global Conference on Health Promotion Health Promotion: Bridging the Equity Gap 5-9th June 2000, Mexico City

- 22- World Health Organization, 7th Global Conference on Health Promotion
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/> Erişim tarihi:
21.02.2017
- 23- World Health Organization, Shanghai Declaration on promoting health in the
2030 Agenda for Sustainable Development, 9th Global Conference on
Health Promotion, Shanghai 2016
- 24- World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean,
Technical Discussions HEALTHY LIFESTYLES, REGIONAL
COMMITTEE FOR THE EASTERN MEDITERRANEAN Thirty-sixth
Session Agenda item 18 ; June 1989
- 25- World Health Organization,
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> Erişim tarihi:
01.03.2017
- 26- Pekcan A. G., Şanlıer N., Baş M., Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER)
TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara 2016
- 27- World Health Organization,
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/> Erişim tarihi:
06.03.2017
- 28- Özkan S, Buzgan T. , Aksoy M , Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğunu
Geliştirme Programı 2013-2023, TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı
Kurumu, Ankara 2014
- 29- Kaya A. , Kişilerarası İlişkiler ve Etkili İLETİŞİM, Pegem Akademi, Ankara
2014
- 30- Şimşek M. Ş. , Akgemci T. , Çelik A. , Davranış Bilimleri (sf 251), Gazi
Kitabevi, 2010
- 31- TÜİK, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2012
- 32- Köse M R. , Başara B. B. , T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı
2015, Ankara 2016
- 33- Chen JY. , Yu KQ , Sun XM , Chen ZW , Kuang LY , Ji YZ , Zhao XS , Luo
R, Effect of health-promoting lifestyle on outcomes of
suboptimal health status, Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao., 2016 Feb
20;37(2):184-191.

- 34- Rakhshani T. , Shojaiezadeh D. , Lankarani K. B. , Rakhshani F. , Kaveh M. H. , Zare N. , The Association of Health-Promoting Lifestyle With Quality of Life Among the Iranian Elderly, Iran Red Crescent Med J. 2014 September; 16(9): e18404.
- 35- Chen JY, Yang LB, Jiang PP, Sun XM, Yu KQ, Li F, Wu SW, Ji YZ , Zhao XS, Luo R, Associations between health-promoting lifestyle and suboptimal health status in Guangdong: a cross sectional study, Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao 2016 Apr;36(4):538-43.
- 36- Yılmaz M. , Sarı H. Y. , Factors affecting the healthy lifestyle behavior and quality of life in healthy youths in Western Turkey, İİB International Refereed Academic Social Sciences Journal, Spring April-May-June 2012 Volume:03 Issue:04
- 37- Maheri A, Sadeghi R, Shojaiezadeh D, Tol A, Yaseri M, Ebrahimi M, Associations between a health-promoting lifestyle and quality of life among adults with beta-thalassemia major, Epidemiology and Health Volume: 38, Article ID: e2016050, 7 pages 2016
- 38- Türkol E., Güneş G., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Ruhsal Sağlık Durumu, Uzmanlık Tezi, Malatya, 2012
- 39- Çetin F. E., Özkan S., Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Merkez İlçelerin Toplum Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Ankara, Kasım 2015.
- 40- Yalçınkaya M., Özer F. G., Karamanoğlu A. Y., Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007: 6(6), 409-420
- 41- Çetiner H. S., Ulupınar S., Hastane Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014
- 42- Şimşekoğlu N., Mayda A. S., Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri, Düzce 2013.

- 43- Özçelik H., Sönmez Y., Isparta İl Merkezinde Görev Yapan Toplum Öncüsü Bazı Meslek Üyelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2012.
- 44- Düzce Üniversitesi Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, Düzce Üniversitesi 2017 Yılı İdari Faaliyet Raporu, Şubat 2018.
- 45- <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimli/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>
Erişim tarihi: 15.05.2018
- 46- Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F ve ark. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008.(12-1)
- 47- Eser SY, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H ve ark. Measure of quality of life WHOQOL-100 and WHOQOL-Bref. 3P Dergisi 1999;7(2 Suppl.):5-13.
- 48- Ankaralı H., Cangür Ş., Sungur M. A. , Formülsüz Biyoistatistik, sf:146, İstanbul 2015.
- 49- İskender S, Mayda A S, Düzce Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlilerinde Yaşam Kalitesi, Algılanan Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Düzce, 2017.
- 50- Çakır M, Piyal B, Aycan S, Hekimlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi: Tıp Fakültesi Tabanlı Kesitsel Bir Çalışma, Ankara Med J, 2015, 15(4):209-219.
- 51- http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 , Erişim tarihi: 27.05.2018
- 52- Özyıldırım E. Erzurum İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde Yaşam Kalitesi, Algılanan Stres Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, T. C. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Erzurum 2015.
- 53- Demir S, Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Çalışan Güvenliği Konusundaki Farkındalıkları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi, Tokat 2016.
- 54- <http://ailehekimligi.gov.tr/az-ve-di-sal/300-az-ve-di-salnda-adm-adm-.html>
Erişim tarihi: 28.05.2108.

- 55- Doğan Y, Koç İ, Doğan S, Doğan H, Kaya A, Ceylan M, İkinci Basamak Bir Hastanedeki Sağlık Çalışanlarının HBV, HCV ve HIV Seroprevalansları, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi Cilt: 6, Sayı:22, Yıl:2015
- 56- Orhon H, Soma Devlet Hastanesi Çalışanlarında HBsAg, Anti-HCV ve Anti-HIV Seropozitifliği, Klimik Dergisi 2016; 29(1): 21-4.
- 57- Korkmaz P, Çağlan F, Aykın N, Alpay Y, Güldüren H. M, Yaşar Z. D, Uğur M, Bir Devlet Hastanesindeki Sağlık Çalışanlarında Hepatit A, B, C ve HIV İnfeksiyonu Seroprevalansı, Klimik Dergisi 2013; 26(2): 64-7.
- 58- Türkistanlı E. ve ark, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Bağışıklama Durumu, Ege Tıp Dergisi 39 (1): 29-32, 2000.
- 59- Öztürk D, Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İş Yaşam Kalitesinin İş Doyum Düzeyine Etkileri Üzerine Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2010.
- 60- Perim A, Trakya Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Bitirme Tezi, Edirne 2007.
- 61- Kúpeli E, Çukurova Üniversitesi Doktora Öğrencilerinin Öz Yeterlilik Algılarının ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Adana 2015.
- 62- Bozhüyük A, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Adana 2010.
- 63- Özdek A, Tunç B ve ark, Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Muayeneler ve Tarama Testleri Rehberi, T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
- 64- Kılıç M, Yozgat il merkezindeki sağlık çalışanlarında seçilmiş olumsuz sağlık davranışlarının sıklığı ve etkileyen faktörler (Doktora Tezi) Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2011.
- 65- <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction> Erişim tarihi:29.05.2018.

- 66- Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Türkiye’de Tuz Tüketimi Çalışması SALTurk2, 2012.
- 67- Bostan N, Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir 2013.
- 68- Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Dergisi.1998; 2(2):60-68.
- 69- Khaghanyrad E, İki Farklı Ülkede Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yüksek Lisans Tezi 2014.
- 70- Uz D, Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2011.
- 71- HUI W, MN, BN, RM, RN, The Health-Promoting Lifestyles of Undergraduate Nurses in Hong Kong, Journal of Professional Nursing, Vol 18, No 2 (March–April), 2002: pp 101-111.
- 72- Kılıç E, Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2012.
- 73- Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2(2):61-68.
- 74- Avcı K, Pala K, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 30 (2) 81-85, 2004.
- 75- Calumbi A, Amorim J, Maciel C, Filho O, Teles A, Evaluation of the Quality of Life of Anesthesiologists in the City of Recife, Revista Brasileira de Anestesiologia 47 Vol. 60, No 1, Janeiro-Feveireiro, 2010.
- 76- Kartal M, Mıdık Ö, Büyükakkuş A, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Kullanımı ve Yaşam Kalitelerine Etkisi, Tur Toraks Der 2012; 13: 11-7.
- 77- Ibrahim N, Alzahrani N A, Batwie A, Abushal R A, Almogati G G, Sattam M, Hussin B K, Quality of life, job satisfaction and their related factors among nurses working in king Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudi

- Arabia, Contemporary Nurse, 2016 52:4, 486-498, DOI: 10.1080/10376178.2016.1224123.
- 78- Serinolli MI, Novaretti MCZ, A cross-sectional study of sociodemographic factors and their influence on quality of life in medical students at Sao Paulo, Brazil, PLoS ONE 12(7):e0180009. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180009>
- 79- Cruz J P, Cabrera D N C, Hufana O D, Alquwez N, Almazan J, Optimism, Proactive Coping and Quality of Life among Nurses: A Cross-Sectional Study, J Clin Nurs. 2018 May;27(9-10):2098-2108. doi: 10.1111/jocn.14363.
- 80- Yüzügüllü D. A, Aytaç N, Akbaba M, Bir Üniversite Hastanesinin Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinde Yaşam Kalitesi, İş Kazaları ve Vardiyalı Çalışmanın Etkileri, Sakarya Tıp Dergisi 2018;8(1):99-107.
- 81- Ergen A, Tanrıverdi Ö, Kumbasar A, Arslan E, Atmaca D, Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesi Üzerine Kesitsel Bir Çalışma, Haseki Tıp Bülteni 2011; 49: 14-9.
- 82- Yıldız S, Yetişkinlerde Şişmanlığın Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısına Etkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri, 2016.
- 83- Kilimci H. B. K, Ankara Üniversitesinin Dört Fakültesinde 2. VE 3. Sınıf Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara 2016.
- 84- Uğur Y. V. Ş, Eser E, Manisa İlinde Yarıkentsel Bir Bölgede Yaşayan Erişkin Kadınlarda Obezite ve Sosyoekonomik Durumun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi, TAF Prev Med Bull 2015;14(2):121-130.
- 85- Okyay P, Atasoylu G, Önde M, Dereboy Ç, Beşer E, Kadınlarda Yaşam Kalitesi Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Varlığında Nasıl Etkileniyor? Kesitsel Bir Alan Çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi 2012;23(3):178-88.
- 86- Güngör N, Çıray N, Vatansever Ş, Akyol A. D, Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Kalitesi, İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Saptanması, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2007;11(1):10-18.
- 87- Açıkgöz M. B, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanlık Eğitimi Alan Hekimlerde İş Stresi ve Yaşam Kalitesinin Nedenselliği ve Etkileşiminin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Manisa, 2012.

88- Gülmez H, Çalışanların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, TJFMPC 2013;7(4):74-82. DOI: 10.5455/tjfmpe.38192.

89- Güler N, Güler Z, Özsel D, Ageing In The Rural Area: Quality Of Life And Associated Factors IN Sivas/Turkey, Turkish Journal of Geriatrics 2016;19 (4):245-252



EK-1:ANKET FORMU

DÜZCE MERKEZ İLÇEDEKİ BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİ İLE ÜNİVERSİTE HASTANESİ ASİSTAN HEKİM VE HEMŞİRELERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKET FORMU

Bu anket Düzce Merkez İlçedeki Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personeli ile Üniversite Hastanesi Asistan Hekim ve Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Bu ankette verilen cevaplar gizlilik ilkesi çerçevesinde kimseyle paylaşılmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1.SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Doğum tarihinizi gün ay yıl şeklinde yazınız.

2. Cinsiyetiniz nedir?

a. Erkek b. Kadın

3.Vücut ağırlığınızkg

4.Boy uzunluğunuzcm

5. Medeni durumunuz nedir?

a-Evli b-Bekar c-Boşanmış/eşinden ayrı yaşıyor d-Eşi ölmüş

6. Çocuğunuz var mı?

a. Hayır b. Evet Kaç kız kaç erkek olduğunu yazınız.

7. Eğitim durumunuz nedir?

a. Lise mezunu b. Yüksekokul c. Üniversite mezunu d. Yüksek lisans/Doktora/Uzman

e. Diğer.....

8. Mesleğiniz nedir?

a-Doktor b-Dış Hekimi

c-Hemşire d-Ebe e-Sağlık teknisyeni/teknikeri

f-Diğer (.....)

9. Çalıştığınız kurum hangisidir?

- a-Aile Sağlığı Merkezi b-Halk Sağlığı Müdürlüğü c-Toplum Sağlığı Merkezi
d-Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi

10. Meslekte kaç yıldır çalışıyorsunuz? (Lütfen yazınız.....)

11. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a-Geliri giderinden az b-Geliri giderine eşit c-Geliri giderinden fazla

12. Kendinizi iş yaşamında verimli buluyor musunuz?

- a. Evet b. Hayır c. Kısmen

13. Çalışma ortamınız hakkında düşünceniz ?

- a. Çok iyi b. İyi c. Orta d. Kötü e. Çok kötü

14. Sigara içme durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a. Halen içiyorum b. Bıraktım c. Hiç içmedim

15. Bu soruyu halen sigara içenler cevaplayacak!

a. Kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz?

b. Kaç adet:/gün

16. Alkol kullanır mısınız?

- a-Hiç tüketmem b-Yılda 1-2 kez c-Ayda 2-3 kez

- d-Haftada 1 kez e-Haftada 2-3 kez f-Her gün

17. Tanı konulmuş herhangi hastalığınız var mı?

1. Hayır

2. Evet a. Şeker hast. b. Yüksek tansiyon c. Kalp hastalığı d. Depresyon

e. Tiroid hast. e. Diğer (yazınız.....)

18. Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?

- a. Hayır b. Evet (Lütfen belirtiniz.....)

19.Kontrol/tedavi amaçlı dış hekimine ne sıklıkta muayene olursunuz?

- a. Her rahatsızlandığımda b. Ciddi rahatsızlık durumunda c. Her ay/6 ayda bir kez kontrol için d. Yılda/2 yılda bir kez kontrol için

20. Herhangi bir sağlık probleminiz olduğunda genellikle ne yaparsınız?

- a. Bir sağlık kuruluşuna başvururum ve doktorumun önerdiği tedaviyi uyguladım
b. Önemsemem
c. Kendi kendime ilaç tedavisi uyguladım
d. Alternatif tıp yöntemlerini uyguladım (bitki karışımları, doktor önerisi olmadan kullanılan vitaminler, dini uygulamalar, televizyon kanallarında reklamları yapılan ürünler, meditasyon, vb..)
e. Hem doktorumun önerdiği tedavileri hem de alternatif tıp yöntemlerini uyguladım

21.Hepatit B aşılarınızı tam doz yaptırdınız mı?

- a. Evet b. Hayır c. Emin değilim/bilmiyorum

22.Sağlık durumunuz hakkında ne düşünüyorsunuz?

- a. Çok iyi b. İyi c. Orta d. Kötü e. Çok kötü

23. Kan basıncınızı en son ne zaman ölçtünüz/ ölçtürdünüz?

- a. 6 ay içinde b. 6 ay-1 yıl içinde c. 1-3 yıl içinde d. 3 yıl ve üstü e. Hiç ölçtürmedim

24. Kan şekerinizi en son ne zaman ölçtünüz/ölçtürdünüz?

- a. 6 ay içinde b. 6 ay-1 yıl içinde c. 1-3 yıl içinde d. 3 yıl ve üstü e. Hiç ölçtürmedim

25. Kolesterolünüzü en son ne zaman ölçtürdünüz?

- a. 6 ay içinde b. 6 ay-1 yıl içinde c. 1-3 yıl içinde d. 3 yıl ve üstü e. Hiç ölçtürmedim

26. Yemek sofraya geldiğinde genellikle tadına bakmadan tuz atar mısınız?

- a. Evet b. Hayır

2. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Size en uygun gelen yanıtın altına " X " ile işaretleyerek belirtiniz. Hiçbir zaman, bazen, sık sık, düzenli olarak seçeneklerini içermektedir.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerim ve sorunlarım hakkında konuşurum.				
2	Sıvı ve katı yağ, 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 şeker içeren gıdaları (tatlı vb.) az miktarda tüketirim.				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10	Haftada en az 3 kez 20 dakika veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüme, bisiklete binme, aerobik, dans, egzersiz ve bahçe işleri gibi).				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyurucu ilişkiler kurarım.				
14	Her gün 6-11 porsiyon ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için sorular sorarım.				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örn. haftada 5 kez ya da daha fazla, en az 30 dakika yürürüm.)				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
18	Geleceğe umutla bakarım.				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20	Her gün 2-4 porsiyon meyve tüketirim.				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili aklıma takılanlar olduğunda başka bir sağlık personeline de danışırım.				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlenceli fizik aktiviteler yaparım.				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26	Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim.				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				
28	Haftada en az üç kez kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.				
32	Her gün 3-4 porsiyon 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.				
		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
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.				

WHOQOL-BREF(TR)

Türkçe Ulusal Kısa Sürüm

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EK 2. ETİK KURUL KARAR FORMU

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Düzce Merkez İçedeki Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personeli ile Üniversite Hastanesi Asistan Hekim ve Hemşirelerinin Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi							
VARSA, ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU									
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Version Numarası	Dil					
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama							
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>							
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>							
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>							
	ILAN	<input type="checkbox"/>							
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>							
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>							
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>							
DİĞER:									
KARAR BELGELERİ	Karar No:2017/06	Tarih: 02.05.2017							
	Yukarıda bilgileri verilen başvuruya dair ilgili belgeler araştırmanın/palçısının gereğiyle, amaç, yararlılığı ve yöntemleri etkileyecek incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/palçısının başvuruda belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel açıdanca bulunması için toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Kararı izni alındıktan sonra çalışmaya başlanabilir.								
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof.Dr.Seyit ANKARALI							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık alanı	Kararını	Cinsiyet		Araştırma ile ilgili		Katılım *	İmza	
Prof. Dr. Huseyin YÜCE	Tabii Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hacıdan ANKARALI	Biyoistatistik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.İlge GÜLDÜZ BALBAY	Gağsık Hastalıklar	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Özbin SEZEN	Anestezi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Mahmut Ali KAYIKÇI	Üroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Birgül ÖNEC	İç Hastalıklar	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Ahmetullah BELADA	KBS	Düzce Devlet Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	—
Uzm.Dr.Seda ERİŞEN KARACA	Çocuk Hastalıkları	Düzce Devlet Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	—
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varolbir Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Şeyda SÜLEK	Avukat	Düzce Üniversitesi İktisadi Müşavirliği	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	—

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Seyit ANKARALI
İmza:

*Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK 3. VALİLİK MAKAM OLURU



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
DÜZCE VALİLİĞİ
HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

DÜZCE HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - DÜZCE DESTEK
HİZMETLERİ EĞİTİM BİRLİMİ
28/06/2017 16:47 - 12651140 - 020 - E 79



00048020096

Sayı : 12651140/020
Konu : Araştırma İzin Talebi

VALİLİK MAKAMINA

Halk Sağlığı Müdürlüğü Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürlüğü'nün 28/06/2017 tarihli ve 64549378-431.99-949 sayılı yazısı gereğince; Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalınca; "Düzce Merkez İlçedeki Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personeli ile Üniversite Hastanesi Asistan Hekim ve Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı uzmanlık tezi kapsamında 1 Temmuz-31 Aralık tarihleri arasında yapılması planlanan araştırma talebi; Bakanlığımız Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığının 23.08.2013 tarih ve 2013.5679.86.761 sayılı "Araştırma Talepleri" yazısı ekinde belirtilen "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin/Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler" doğrultusunda anılan çalışmanın yapılabilmesi hususunu;

Onayınıza arz ederim.

Uzm.Dr.Sabri AKTÜRE
Halk Sağlığı Müdür V.

e-İmzalıdır.
Hasan BAĞCI
Vali a.
Vali Yardımcısı

Valilik Binası D Blok Kat :1

Faks No:

e-Posta:hamiyet.caglar@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Düzce Halk Sağlığı Müdürlüğü
Destek Hizmetleri Şube Müdürlüğü Ayrıntılı Bilgi İçin: H. ÇAĞLAR 0 380 523 92
72 (Dahili 1472)

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1ee774a7-d8f2-4939-865c-27e4a2332980 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:HAMİYET ÇAĞLAR

Unvan:EBE

Telefon No:3805239272