T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA SİNCAN DEVLET HASTANESİ DAHİLİYE POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

İBRAHİM ALIR

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

OCAK 2018


GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Gazi
1926

ANKARA SİNCAN DEVLET HASTANESİ DAHİLİYE POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

İbrahim ALIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

OCAK 2018

İbrahim ALIR tarafından hazırlanan "Ankara Sincan Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Seçil ÖZKAN

Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~ .....

Başkan : Prof. Dr. F. Nur BARAN AKSAKAL

Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~ .....

Üye : Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN

Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~ .....

Tez Savunma Tarihi: 15/01/2018

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.



İbrahim ALIR

15/01/2018

ANKARA SİNCAN DEVLET HASTANESİ DAHİLİYE POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN HASTALARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

İbrahim ALIR

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ocak 2018

ÖZET

Amaç: Sincan Devlet Hastanesi'nin Dahiliye Polikliniği'ne başvuran hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte olup bu çalışmanın evrenini Ankara Sincan Devlet Hastanesi'nin Dahiliye Polikliniğine bir haftada başvuran hasta sayısı (450 kişi) olmaktadır. Araştırma kapsamına alınan 401 hastaya ulaşılmıştır. Sosyo demografik yapısı ile hastaların daha önce hastalığın olup olmadığı ve sağlık kontrolleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği düşünülen bazı faktörlerin değerlendirilmesi ile ilgili sorular soruldu ve SYBD Ölçeği sorularının yer aldığı bir anket uygulandı. Veri analizleri t testi ve SPSS 23.0 program kullanılmış ''Sağlıklı Yaşam Biçimini Değerlendirme-II'' veri toplama formu kullanılmıştır. Bulgular: Hastaneye başvuran hastaların %58,6'ı kadın, % 41,1'i erkek öğrenci olup, yaş ortalamaları 37,49 $\pm$ 14,78'dır. Hastaların SYBD ölçeği genel ortalaması 137,94 $\pm$ 26,87 puan olarak saptanmıştır. Sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan davranışlar içerisinde en yüksek puan ortalamaları sırasıyla kendini gerçekleştirme tinselik, kişilerarası ilşkiler ve beslenme, en düşük ortalama ise fiziksel aktiviteye aittir. Bu çalışmada SYBD ölçeği ortalama puanının; sosyoekonomik düzeylerini orta ve yüksek olarak algılayanlarda, sigara içmeyenlerde, egzersiz yaptığını ifade edenlerde, kendi sağlık durumlarını orta ve iyi olarak değerlendirenlerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Sonuç ve Öneriler: Sincan Devlet Hastanesi'ne başvuran hastaların SYBD orta düzeyde bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öneminin kavranması ve günlük hayatta uygulanımı çabaları desteklenmelidir. Sağlık hizmetlerini daha kolay alabilmelerinin sağlanması, son olarak da daha sağlıklı bir yaşam oluşturabilmek için sosyo-ekonomik durumlarının iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Bilim Kodu	:	1029
Anahtar Kelimeler	:	SYBD-II, Sincan Devlet Hastanesi, sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları.
Sayfa Adedi	:	91
Danışman	:	Prof. Dr. Seçil ÖZKAN

HEALTHY LIFE STYLE BEHAVIOURS AND RELATED INFLUENCING FACTORS OF THE PATIENTS ATTENDING TO THE INTERNAL MEDICINE POLYCLINIC OF ANKARA SINCAN STATE HOSPITAL

(M. Sc. Thesis)

İbrahim ALIR

GAZI UNIVERSITY

INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

January 2018

ABSTRACT

Healthy Life Style Behaviours and Related Influencing Factors of the Patients Attending to the Internal Medicine Polyclinic of Ankara Sincan State Hospital Objective: Determinig the healthy life style behaviours (HLSBs) and factors affecting their HLSBs of the Patients Attending to the Internal Medicine Polyclinic of Ankara Sincan State Hospital was aimed Materials and Methods: The students (n= 401) patients attending in Sincan State Hospital was the context of this descriptive study. 401 of patients could be reached at the time of enrolment. Questions about sociodemographic characteristics, and some factors thought to be influential on healthy life style behaviours are asked, and a questionnaire that HLSB Scale is present were applied. Data were analysed using t- test, one-way analysis of variance. Results: Patient attending state hospital were %58,6'ı female, % 41,1'i of male with a mean age of 37,49 $\pm$ 14,78 years. Mean HLSB Scale score of the patients was estimated to be 137,94 $\pm$ 26,87 points. The maximal mean points contributing to the development of healthy life style were related to selfrealization, responsibility for self-health, interindividual supportive measures in decreasing order, while habitual exercise and fizical activite accounted for the lowest means. Mean scores in HLSB scale were determined to be higher in senior socioeconomic status as being at moderate or higher levels, non-smokers, students who are statedly on routine exercise programs, and individuals whose self-assessment of their state of health as being of moderate and improved levels ($p<0.05$). Conclusion: The HLSBs of patients are found to be in moderate level. The significance of HLSBs should be recognized, and attempts to use them during daily life should be encouraged. Finally patient should provide sosyo-economi for is better state of healt

Science Code : 1029
Key Words : Patient attending state hospital, development of health, healthy life style behaviours.
Page Number : 91
Advisor : Prof. Dr. Seçil ÖZKAN

TEŞEKKÜR

Değerli katkılarından dolayı saygı değer hocam Prof. Dr. Seçil ÖZKAN'a, Gazi Üniversitesinin Halk sağlığı ABD Hocalarıma ve tez çalışmamı oluşturuken bana destek olan eşim Tuba Alır'a teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET iv

ABSTRACT v

TEŞEKKÜR vi

İÇİNDEKİLER vii

ÇİZELGELERİN LİSTESİ x

ŞEKİLLERİN LİSTESİ xiii

SİMGELER VE KISALTMALAR xiv

1. GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 3

2.1. Sağlığı Belirleyici Faktörler 3

2.1.1. Tanımlar 3

2.1.2. Sağlığı belirleyici faktörler 5

2.2. Yaşam Tarzi ve Kronik Hastaliklar 8

2.2.1. Dünyadaki durum 8

2.2.2. Türkiye'deki durum 11

2.3. Kronik Hastalıklar Açısından Başta Gelen Olumsuz Sağlık Davranışları 13

2.3.1. Tütün kullanma 13

2.3.2. Yetersiz fiziksel aktivite 15

2.3.3. Yüksek beden kitle indeksi (BKİ) 17

2.3.4. Yetersiz sebze ve meyve tüketimi 19

2.3.5. Aşırı yağ ve tuz tüketim alışkanlığı 21

2.3.6. Kan basıncı ölçtürmeme 22

2.3.7. Kan şekeri ölçtürmeme 23

2.3.8. Kan kolesterolünü ölçtürmeme 25

Sayfa

2.3.9. Alkol kullanma 26
2.3.10. Stres 27
2.3.11. Uyku bozuklukları 28
2.3.12. İş memnuniyeti 29
2.3.13. İş stresi 29
3. GEREÇ VE YÖNTEM 31
3.1. Araştırmanın Kapsamı 31
3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtılması 31
3.3. Araştırmanın Tipi 31
3.4. Araştırmanın Değişkenleri 31
3.4.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri 31
3.4.2.Araştırmanın bağımsız değişkenleri 31
3.5. Araştırmada Kullanılan Araçlar 32
3.5.1. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBDÖ-II) 32
3.6. Araştırmanın Uygulama Şekli 34
3.7. Araştırmaya Katılım Yüzdesi 34
3.8. Araştırma Takvimi 35
3.9. Veri Girişi ve Veri Düzenlenmesi 35
3.10. Verilerin Analizi 35
3.11. Araştırmanın Kısıtlılıkları 36
4. BULGULAR 37
4.1. Tanımlayıcı Bulgular 37
5. TARTIŞMA 61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 67
KAYNAKLAR 69
EKLER 85

Sayfa

EK-1. Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesinin Araştırma Onayı 86

EK-2. Anket Formu 87

ÖZGEÇMİŞ 91

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge **Sayfa**

Çizelge 2.1. Yetişkinlerde BKİ sınıflaması 17

Çizelge 2.2. Lean ve arkadaşlarına göre bel çevresi sınıflaması 19

Çizelge 2.3. Yetişkinlerde kan basıncı izlem sıklığı 23

Çizelge 3.1. Sağlıklı yaşam biçimi değerlendirme ölçeği alt grupları..... 33

Çizelge 4.1. Araştırmaya katılanların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı-1, Ankara, 2017 37

Çizelge 4.2. Araştırmaya katılanların bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı-2, Ankara, 2017 39

Çizelge 4.3. Araştırmaya katılanların hekim tarafından tanı almış kronik hastalık varlığı ve düzenli ilaç kullanma durumlarının dağılımı, Ankara, 2017 ... 39

Çizelge 4.4. Araştırmaya katılanların sağlık kontrollerini, kan şekeri, kan basıncı ve kan kolesterol kontrollerini zamansal açıdan yaptırma durumu, Ankara, 2017 40

Çizelge 4.5. Araştırmaya katılanların erken tanı yöntemleri, Hepatit B ve tetanoz aşısı yaptırma durumlarının dağılımı, Ankara, 2017..... 41

Çizelge 4.6. Araştırmaya katılan kadınların erken tanı yöntemlerini düzenli yaptırma durumunun yaş ile ilgili dağılımı, Ankara, 2017..... 42

Çizelge 4.7. Araştırmaya katılanların bazı tanımlayıcı özellliklerine göre BKİ dağılımı, Ankara, 2017 42

Çizelge 4.8. Araştırmaya katılanların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kronik hastalık durumu dağılımı, Ankara, 2017 44

Çizelge 4.9. Araştırmaya katılanların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kronik hastalık durumu dağılımı, Ankara, 2017 45

Çizelge 4.10. Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğindeki sağlık sorumluluğu alt ölçek önermelerine verdikleri yanıtların dağılımı, Ankara, 2017..... 46

Çizelge 4.11. Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğindeki fiziksel aktivite alt ölçek önermelerine verdikleri yanıtların dağılımı, Ankara, 2017..... 47

Çizelge 4.12. Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğindeki beslenme alt ölçek önermelerine verdikleri yanıtların dağılımı, Ankara, 2017. 48

Çizelge **Sayfa**

Çizelge 4.13. Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğindeki tinsellik alt ölçek önermelerine verdikleri yanıtların dağılımı, Ankara, 2017 49

Çizelge 4.14. Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğindeki kişilerarası ilişkiler alt ölçek önermelerine verdikleri yanıtların dağılımı, Ankara, 2017 50

Çizelge 4.15. Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğindeki stres yönetimi alt ölçek önermelerine verdikleri yanıtların dağılımı, Ankara, 2017 51

Çizelge 4.16. Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) ölçeğindeki alt grupların puan toplamı ve madde ortalamaları, Ankara, 2017 52

Çizelge 4.17. Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) puan ortalamaları ve ortancaları ile yaş grupları arasındaki ilişki dağılımı, Ankara, 2015 53

Çizelge 4.18. Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) puan ortalamaları ve ortancaları ile cinsiyet arasındaki ilişki dağılımı, Ankara, 2017 54

Çizelge 4.19. Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) ölçeği puan ortalamaları ve ortancaları ile bki arasındaki ilişki dağılımı, Ankara, 2017 54

Çizelge 4.20. Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) puan ortalamaları ve ortancaları ile medeni durum arasındaki ilişki dağılımı, Ankara, 2017 55

Çizelge 4.21. Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) puan ortalamaları ve ortancaları ile çocuk durumu arasındaki ilişki dağılımı, Ankara, 2015 55

Çizelge 4.22. Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) puan ortalaması ve ortancaları ile öğrenim durumu arasındaki ilişki dağılımı, Ankara, 2017 56

Çizelge 4.23. Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) puan ortalamaları ve ortancaları ile meslekte çalışma süresi arasındaki ilişki dağılımı, Ankara, 2017 57

Çizelge 4.24. Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) puan ortalamaları ve ortancaları ile gelir düzeyi arasındaki ilişki dağılımı, Ankara, 2017 57

Çizelge **Sayfa**

Çizelge 4.25. Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) puan ortalamaları ile sigara kullanma durumu arasındaki ilişki dağılımı, Ankara, 2017 58

Çizelge 4.26. Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) puan ortalamaları ile alkol kullanma durumu arasındaki ilişki dağılımı, Ankara, 2017 58

Çizelge 4.27. Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) puan ortalamaları ile kronik hastalık durumu arasındaki ilişki dağılımı, Ankara, 2015 59

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil **Sayfa**

Şekil 2.1. Maslow'un gereksinim kuramı 7

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	**Açıklamalar**
%	Yüzde

Kısaltmalar	**Açıklamalar**
AYA	Aile Yapısı Araştırması
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BRFSS	(Behavioral Risk Factor Surveillance System) Davranışsal Risk Faktörleri Surveyans Sistemi
DALY	(Disability Adjusted Life Years) Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı
DİE	Devlet İstatistik Enstitüsü
DKB	Diastolik Kan Basıncı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HBV	Hepatit B Virüsü
HCV	Hepatit C Virüsü
HDL	Yüksek Dansiteli Lipoproteinler
HIV	Human Immunodeficiency Virus (AIDS Virüsü)
HSM	Halk Sağlığı Müdürlüğü
INTERHEART	(A Global Study Of Risk Factors For Acute Myocardial İnfarction) Akut Miyokard Enfarktüsünde Risk Faktörleri Çalışması
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
LDL	Düşük Yoğunluklu Lipoproteinler
MET	(Metabolic Equivalent of Task) 70 kg ağırlığında yetişkin bir kişinin dinlenme sırasında bir dakikada harcadığı enerjidir.

Kısaltmalar	Açıklamalar
MI	Miyokard infarktüsü
SBKK	Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım
SKB	Sistolik Kan Basıncı
SYBD	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SYBDÖ	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
TDK	Türk Dil Kurumu
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
TURDEP	Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması
UHA	Ulusal Hanehalkı Araştırması
UHY	Ulusal Hastalık Yükü
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
YLD	(Years Lost with Disability): Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı
YLL	(Years of Life Lost) Kaybedilen Yaşam Yılı

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1946 yılında sağlığı "Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali'' olarak tanımlamıştır [1].

DSÖ tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardan oluşmaktadır. Bu nedenle sunulacak sağlık hizmetlerinin de bu doğrultuda sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme yönünde olması gerekmektedir [2, 3].

Sağlık sorunları bir ülkenin gelişmişlik düzeyi ile ilgili olduğu kadar toplumsal yapı ile de ilişkili bir olgudur. Kişilerin eğitim ve gelir düzeylerinin artması, gıda, temiz su ve konut ihtiyaçlarını daha kolay sağlamaları nedeniyle bulaşıcı hastalıklardan ölümler azalmakta ve tüm bunların sonucu olarak da yaşam süresi artmaktadır. Yaşamın uzamasıyla birlikte kronik hastalıkların prevalansı ve hastalık insidansı artmaktadır [4, 5].

Ülkemizde yapılan Ulusal Hastalık Yükü (UHY) araştırmasına ve Küresel Sağlık Riskleri Raporu'na göre, kronik hastalıkların önlenmesinde esas olan önlenebilir, kontrol edilebilir ve değiştirilebilir olan yaşam tarzı riskleridir [6, 7].

Kronik hastalıklar açısından ciddi risk faktörleri olarak kabul edilen sigara alışkanlığı, kan şekeri yüksekliği, şişmanlık, alkol tüketimi, yetersiz sebze, meyve tüketme, kolesterol yüksekliği, yetersiz fizik aktivite ve tedaviye uyumsuzluk olumsuz sağlık davranışlarındandır. Bu olumsuz davranışlar, gelişmekte olan ülkelerde önemli halk sağlığı sorunlarını oluşturan diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi ve koroner arter hastalığı gibi rahatsızlıklara neden olmaktadır. Erişkinlerin belli aralıklarla kan şekeri, kan kolesterol düzeylerinin ve kan basıncının ölçülmesiyle, bu risk faktörlerinin erken tanı ve kontrolü sağlanabilir [8, 9] .

Sağlığın geliştirilmesi için yapılan çalışmalar sonucunda hastalıklar azalır, yaşam süresi ve kalitesi artar. Hastalıklara neden olan risk faktörlerinin azaltılması, kişilerin sağlık davranışlarının geliştirilmesi, yaşam biçimlerinin düzenlenmesi ile "sağlıklı bir toplum" oluşturulması sağlanır [11].

Sağlıklı yaşam biçimi; bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır [12, 13].

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD); sağlık sorumluluğu, beslenme, egzersiz, manevi gelişim, kişiler arası ilişki ve stres yönetimi gibi bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünü olarak tanımlanmaktadır [14].

Her insanın temel haklarından biri olan sağlıklı olma, sağlığın korunması ve sürdürülmesi, sağlığın geliştirilmesinin temelini oluşturur. Hastalıklardan korunmada, erken tanıda ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması esastır. Yapılan çalışmalar, ölüme yol açan hastalıkların yarısında sağlığa zararlı davranışların rol oynadığını göstermektedir. Bu durum hastalıklardan korunmada ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli etken olan sağlıklı yaşam biçiminin önemini ortaya çıkarmaktadır. Bireyler, sağlıklı davranışlar geliştirmede kendi sorumluluklarını almalı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını günlük yaşam alışkanlıkları haline dönüştürmelidirler [13, 15, 18].

DSÖ bildirimlerinde 2000'li yıllarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları önemli yer tutmaktadır. Bu sebeple 2000 yılında "Herkes İçin Sağlık" sloganı ile sağlıklı yaşam biçiminin önemi vurgulamıştır. 2010'lu yıllar için hedef sağlıklı insan sayısının giderek arttırılmasıdır. Bu amaca ulaşmak için, olumsuz sağlık şartlarının ortadan kaldırılarak sağlıklı yaşam biçiminin sağlanması gereklidir [16].

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını günlük yaşam felsefesi haline getiren bireyler, sağlıklı olma halini devam ettirebileceği gibi, sağlık durumunu daha üst bir seviyeye getirebilir. Bu nedenle, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve yaşam biçimi olarak sürdürülmesi sağlıklı kalmanın ve hastalıklardan korunmanın temelini oluşturur [13, 18].

Araştırmanın amacı

Bu çalışmada Ankara Sincan Devlet Hastanesin'de İç hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların ''Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi'' amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlığı Belirleyici Faktörler

2.1.1. Tanımlar

Sağlık: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1946 yılında yaptığı tanımlamada "Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali''olarak belirtilmiştir [1]

Hastalık: DSÖ'ye göre hastalık, organizmanın yaralanması ya da çeşitli nedenlerle homeostatik dengenin bozulması olup, beraberinde fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları da getiren bir durum olarak tanımlamıştır [20].

Risk: Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre; zarara uğrama tehlikesidir [21]. İnsan sağlığı açısından risk ise, doğrudan veya dolaylı olarak, hemen veya daha sonra sağlığın bozulması, hastalık ve yaralanmaların meydana gelmesi veya zemin oluşması ihtimalidir.

Risk Faktörü: TDK'ya göre; zarara uğratma olasılığı olan etkendir [21]. Sağlık için risk faktörü ise, sağlığın bozulmasına, hastalık ve yaralanmalara doğrudan veya dolaylı olarak, hemen veya daha sonra neden olan veya zemin hazırlayan etken veya durumdur.

Davranış: TDK'ya göre; davranma işi, tutum, davranım, muamele ve harekettir [21]. Psikoloji bilimine göre davranış; insanların gözlenebilen veya ölçülebilen hisleri, tutumları ve zihinsel süreçlerini de kapsayan faaliyetleridir [22].

Kronik Durumlar: DSÖ'ye göre, kalp hastalığı, diyabet ve astım gibi geleneksel kronik hastalık tanımının ötesinde, sağlık sorunlarının çoğunu kapsayan ve yönetimi yıllarca devam eden durumlardır [23].

Kronik Hastalıklar: Kökeni genç yaşlara kadar giden, salgınlara dönüşmesi onlarca yıl alan, uzun süre devam eden, önlenmesi için pek çok fırsatlar olan, zaman zaman ortama akut enfeksiyon hastalıklarının da katıldığı, tedavisi uzun zaman alan, sistematik bir yaklaşımı ve de entegre sağlık hizmetlerini gerektiren hastalıklardır [10].

DALY: Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı: DALY'ler bir hastalık ya da sağlık koşulu için bir toplumda erken mortaliteye bağlı olarak kaybedilen yıllar (YLL: Kaybedilen Yaşam Yılı) ile sakatlığa bağlı olarak kaybedilen yılların (YLD: Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı) toplamı olarak hesaplanır: DALY = YLL + YLD'dir [8].

Yaşam Tarzı: Belli bir yer ve zamanda, kişinin hem kendisini hem de başkalarını tanımlayan, sosyal ilişkiler, tüketim, eğlenme ve giyinme biçimini de içeren davranışlarının karakteristik bir yığınıdır [24].

Yaşam Kalitesi: Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) "sağlık" tanımından yola çıkarak kişinin yaşadığı yer, kültür ve değer yargıları içinde hedefleri, beklentileri, standartları ve endişelerini algılama biçimi olarak tanımlanır [24].

Yaşam kalitesi kavramının tarihi çok eski zamanlara kadar dayanmaktadır. Aristo ve sonrasında gelen birçok filozofa göre yaşamın temel amacı yaşamın izin verdiği en yüksek düzeye ve en iyi duruma sahip olmaktır. Bu amaca ulaşan kişi en yüksek yaşam kalitesine sahip olur [17]. Hipokrat zamanında da hekimlere, hastaların tedavisi sırasında iyilik hallerinin en üst düzeye çıkarılması konusunda sorumluluk almaları öğretilmekteydi [25]. Tıp literatüründe yaşam kalitesi terimi ilk defa Long'un 1960 yılında yayınladığı "On the Quantity and Quality of life" isimli makalesinde geçmektedir [26].

Yaşam kalitesinde amaç; bireylerin kendi psikolojik, sosyal, fiziksel işlevlerinden ve ekonomik durumlarından ne kadar memnun ya da memnun olmadıklarının saptanmasıdır [27]. Yaşam kalitesi, kişinin sağlığı ve yaşamındaki tıp dışı olayları algılaması ve yorumlamasının vücuda yansımasıdır. Kişinin gereksinimleri ve beklentileri karşılandığı zaman yaşam kalitesi yükselir [28].

Yaşam Kalitesi 4 ana alanda (boyutta) ortaya çıkar:

1- Kişisel iç alan (değerler, inançlar, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkma vb.)
2- Kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun tanıdığı olanaklar vb.)

3- Dışsal doğal çevre alanı (hava, su kalitesi vb.)

4- Dışsal toplumsal çevre alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, okul, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım, alışveriş vb.) [29].

2.1.2. Sağlığı belirleyici faktörler

Avrupa Birliği Avrupa Komisyonu'nun 2002 yılında hazırlamış olduğu "Sağlığın iyileştirilmesi ve izlenmesi; Sağlık Risklerinin Önlenmesi" konulu dokümana göre, sağlığı belirleyen temel faktörler [30];

- Yaşam tarzı
- Çevre
- Sosyal ve ekonomik faktörler
- Genetik faktörler
- Sağlık bakımıdır

Bu temel belirleyiciler, birbirleriyle sürekli karmaşık bir etkileşim içinde bulunmakta ve sağlık üzerine kümülatif etki yapmaktadır. Bireysel yaşam tarzı; kültür, iş hayatı, eğitim, gelir, sosyal ve toplumsal ilişkiler gibi sağlığı belirleyici diğer faktörlerden çok fazla etkilenmektedir. Bireylerin yaşam tarzını değiştirmek için öncelikle bu faktörler üzerinde durulmalıdır.

Yaşam tarzını belirleyen faktörler [30]

1. Beslenme
2. Fiziksel aktivite
3. Potansiyel olarak sağlığa zarar veren maddelerin kullanımı;

a. Tütün kullanımı
b. Alkol bağımlılığı
c. Yasal ve yasadışı psikoaktif uyuşturucu kullanımı

4. Akıl sağlığı
5. Sosyal ve ekonomik faktörler;

a. Eğitim
b. Gelir ve sosyal yapı
c. İstihdam
d. Çalışma şartları

e. Sosyal destek ağları
f. Kültür
6. Fiziksel çevre
7. Genetik faktörler
8. Sağlık sistemleri
9. Yaş ve cinsiyettir

Yaşam tarzı, pek çok faktörün etkisi altında şekillenmekte ve yaş, cinsiyet, genetik faktörler, fiziksel çevre, sağlık sistemleri gibi yaşam tarzını etkileyen bazı faktörler kişilerin iradesi dışında oluşmaktadır. Bu ve diğer nedenlerle kişiler arasında yaşam tarzı farklılıkları veya benzerlikleri meydana gelmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları

Sağlık eğitimi ile temel olarak, sağlığı toplumsal bir değer haline getirmek, halkı sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmak, sağlık hizmetlerinin gelişmesini sağlamak amaçlanır [11].

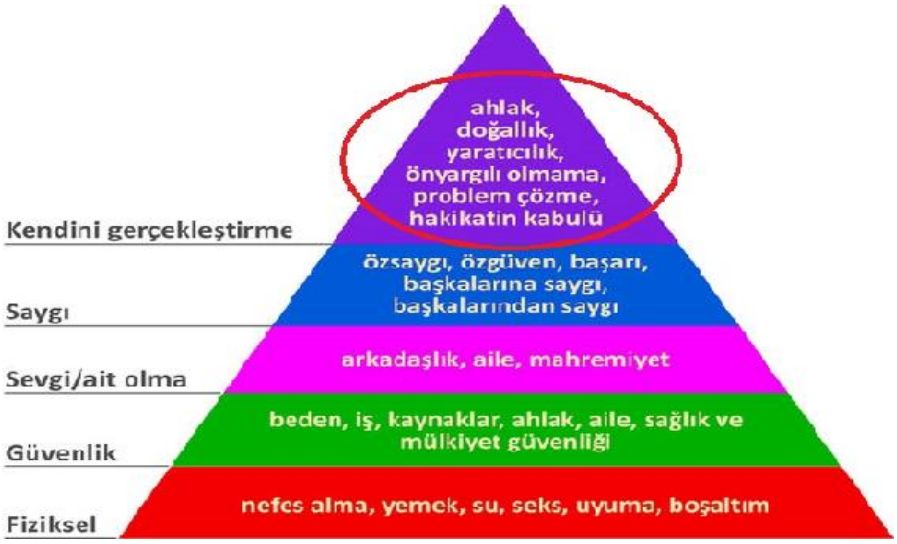
Sağlığı geliştirme; kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırmayı ve geliştirmeyi olanaklı kılan bir yöntemdir. Sağlığı geliştirme, sağlık eğitimini de içine alarak, ancak daha da ötesinde; risk altındaki bireylerin ya da herhangi bir grubun davranışının kontrol edilmesinin gerisinde yatan temel bir sorun olduğunda, örgütsel, çevresel ve ekonomik destekleri de içermektedir [31].

SYBD bireyin sağlık sorumluluğunu alma, kendini gerçekleştirme, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarını içermektedir [32].

Bu davranışları uygulamaya dönüştüren birey, sağlıklı olma halini devam ettirebildiği gibi sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye taşıyabilir. Bu nedenle sunulacak sağlık hizmetleri; sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirmeye yönelik olmalıdır. Bu davranışların geliştirilmesi ve devam ettirilmesinde sağlık çalışanlarının da önemi göz ardı edilemez.

Kendini gerçekleştirme

İnsan davranışlarını inceleyen psikologlara göre, bireyin davranışlarının en önemli belirleyicisi ‘benlik kavramı’, davranışlarını yöneten en önemli güdü de kendini gerçekleştirme güdüsüdür. Maslow’ a göre kendini gerçekleme, bireyin tümüyle odaklanarak ve özümseyerek yaşam dolu ve coşku ile yaşamasıdır [33]. Maslow, insan gereksinimlerini önem sırasına dizerek bir gereksinim hiyerarşisi ortaya koymuştur. Temel insan gereksinimi şekil 2.1’de gösterilmiştir:



Şekil 2.1. Maslow’un gereksinim kuramı [34]

Kendini gerçekleştirme, gereksinim hiyerarşisinin üst basamağında bulunur. Maslow’a göre fizyolojik, güvenlik, ait olma, sevgi, saygınlık ve kendini gerçekleştirme bireyin gereksinimleridir. İnsanın alt düzeydeki fizyolojik gereksinimleri karşılandıktan sonra, üst düzeydeki psikososyal gereksinimleri ortaya çıkar. Kendini gerçekleştirmiş bireyler, kendilerinin güçlü ve zayıf yönlerini bilir, planlı ve programlı bir şekilde belli bir amaca ve hedefe yönelik bir yaşam sürerler, başarılarının farkındadırlar. Bireyin kendinden memnun olması, kendini değerli hissetmesi de onun kendini gerçekleştirdiğini gösterir [35].

Sağlık personelinin de öncelikle kendilerini, kendini gerçekleştirme konusunda geliştirmeleri ve sonrasında hizmet ettikleri bireyleri kendini gerçekleştirme konusunda desteklemeleri gerekmektedir.

Sağlık sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığı için koruyucu ve sağlığını geliştirici davranışlara yönelik tutum ve davranış değişikliği göstermesidir. Bu tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireyin sağlığına önem verdiğini gösterir [36].

Bireyin sağlığına yönelik sorumluluk düzeyi; bedenini ve kendini tanıması, sağlığında değişiklikler olduğunda gerekli tedbirleri alması, bir sağlık kuruluşuna gitmesi, düzenli aralıklarla taramalar yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklığına dikkat etmesi, sağlıkla ilgili konuları, yayınları takip etmesi, sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi ile belirlenir [36].

2.2. Yaşam Tarzı ve Kronik Hastalıklar

2.2.1. Dünyadaki durum

Dünyadaki ölümlerin yarıdan fazlasının nedeni kronik hastalıklardır. Kronik hastalıklara bağlı ölümlerin %80'i düşük ve orta altı gelirli ülkelerde meydana gelmektedir [2].

Dünyada her yıl en az;

- 7.1 milyon kişi yüksek kan basıncı
- 4.9 milyon kişi tütün kullanımı
- 4.4 milyon kişi yüksek kolesterol
- 2.7 milyon kişi yetersiz sebze ve meyve tüketimi
- 2.6 milyon kişi fazla kilololuk veya şişmanlık
- 1.9 milyon kişi ise yetersiz fiziksel aktiveye bağlı sorunlar

nedeniyle ölmektedir [2].

Dünyadaki ölümlerin %28'i üretken çağdaki 15-59 yaş grubunda görülmektedir. Bu gruptaki erken ölümlerin çoğu davranışsal risk faktörlerinin yeniden düzenlenmesiyle engellenebilir. Ölümlerin %51'i, kronik hastalıklara bağlı ölümlerin yoğunlaştığı 60 yaş ve üzerinde meydana gelmektedir. DSÖ Avrupa Bölgesi'nin düşük ve orta gelirli ülkelerindeki 15-59 yaş grubunda görülen ölümler, DSÖ'nün diğer bölgelerine göre çok yüksektir ve Afrika bölgesinden sonra ikinci sırada yer almaktadır [37].

Kişilerin üretkenlik dönemi olan 15- 59 yaş grubundaki ölümler, hem erken ölümler hem de toplumda önemli sosyo-ekonomik kayıplara neden olan ölümlerdir. DSÖ küresel sağlık riskleri raporuna göre, ülkemizin de içinde bulunduğu orta gelirli ve yüksek gelirli ülkelerde ölüm nedenleri için basta gelen ilk 10 risk faktöründen 8'i davranışla ilgilidir. Bu 8 risk faktörü, dünyadaki kardiovasküler hastalıklar nedeniyle olan ölümlerin %61'inden, iskemik kalp hastalıkları nedeniyle olan ölümlerin dörtte üçünden, doğumda beklenen yaşam süresinin yaklaşık 5 yıllık kaybından sorumludur. Başta gelen 10 risk faktörünün önlenmesiyle, DSÖ Avrupa bölgesindeki ölümlerin %49'u, DALY yükünün %34'ü ve doğumda beklenen yaşam süresinden kayıp edilen 8.8 yılın önlenebileceği hesaplanmıştır [7].

Bu risk faktörleri kişilerde genellikle birden fazla bulunmakta ve kümülatif etki yapmaktadır.1990'da yapılan ilk küresel hastalık yükü çalışmasından sonra 2005 yılına kadar olan değişimi incelemek amacıyla Küresel hastalık yükü 2005'in çalışmalarına DSÖ'nün önderliğinde başlanmış ve bu çalışmanın sonuçlarının 2011 yılında yayınlanması beklenmektedir. Bu çalışmada, DSÖ Avrupa bölgesi ülkelerinden sadece Türkiye, Kuzey Afrika ve Ortadoğu ülkeleri grubu içinde incelenmektedir. Bu çalışmada kronik hastalıklar için metabolik, beslenme ve yaşam tarzı riskleri sıralanmıştır [38]:

1. Yüksek kan basıncı
2. Yüksek kan şekeri
3. Yüksek kolesterol
4. Yüksek beden kitle indeksi
5. Düşük meyve-sebze tüketimi
6. Tuz alımı
7. Yağ alımı
8. Diğer beslenmeye bağlı riskler
9. Yetersiz fiziksel aktivite
10. Tütün kullanımı
11. Alkol kullanımı

ABD'de İnsan ve Sağlık Hizmetleri Bölümü'nün 2000 yılında kabul ettiği "Sağlıklı İnsanlar 2010" hedefini gerçekleştirmek için önerdiği sağlığa kılavuzluk eden göstergeler [39];

1. Yetersiz fiziksel aktivite
2. Fazla kilolu olma ve şişmanlık
3. Tütün kullanımı
4. Bağımlılık yapan madde kullanımı
5. Sorumsuz cinsel davranışlar
6. Ruh sağlığı
7. Yaralanma ve şiddet
8. Çevre kalitesi
9. Bağışıklama
10. Sağlık bakımına erişim

Bu göstergelerin çoğu olumsuz sağlık davranışları ve maruziyetle ilgilidir. DSÖ "Sağlık 21: 21. Yüzyılda Herkese Sağlık" dokümanındaki özellikle,

- Hedef 8: Bulaşıcı olmayan hastalıkların azaltılması
- Hedef 11: Daha sağlıklı yaşama
- Hedef 12: Alkol, tütün ve ilaçlara bağlı zararların azaltılması kronik hastalıkların kontrolü ve önlenmesiyle ilgilidir [40].

DSÖ, kronik hastalıkların kontrolü ve önlenmesi için kapsamlı ve bütünleşmiş faaliyetleri 12 başlık halinde sıralamıştır [2]:

1. Kanunlar ve yönetmelikler
2. Vergilendirme ve ücretlendirme
3. Olumlu bir çevrenin oluşturulması
4. Savunuculuk
5. Toplum tabanlı müdahaleler
6. Okul tabanlı müdahaleler
7. İşyeri müdahaleleri
8. İzlemler
9. Klinik önlemler
10. Hastalık yönetimi
11. Rehabilitasyon
12. Palyatif bakım

2.2.2. Türkiye'deki durum

Ülkemizdeki Türkiye'de bulaşıcı hastalıklar, anne, yenidoğan ve beslenmeyle ilgili hastalıkların yükü azaldı. UHY 2013 göre bulaşıcı olmayan hastalıkların yükü ise arttı ilk UHY 2013'e göre Bulaşıcı olmayan hastalıkların artan etkisi özellikle iskemik kalp hastalığı, bel ve boyun ağrısı, KOAH, diyabet ve ruhsal hastalıklarda görülmektedir

Yüksek kan basıncı, sigara kullanımı, yüksek kolesterol, şişmanlık gibi olumsuz faktörlerin önlenmesi, fiziksel hareketliliğin bir alışkanlık haline getirilmesiyle iskemik kalp hastalığına bağlı olan 860083 DALY yükünden 772814'ünün önlenebileceği ve 300000' den fazla ölümün engellenebileceği hesaplanmaktadır [8].

Kronik hastalıklar için temel risk faktörü olan ve davranışlarla kontrol altına alınabilen metabolik sendromun ülkemizdeki prevalansı erkeklerde %28, kadınlarda %39,6 ve tüm toplumda %33.9'dur [41]. "Sağlık 21" kapsamında her ülke kendi stratejisini belirlemiş ve ülkemizde bu kapsamda 2020 yılına kadar olan stratejilerini 10 başlık halinde oluşturmuştur.

Bu başlıklardan;

- Hedef 2: Bulaşıcı olmayan hastalıkların azaltılması ve
- Hedef 6: Risk faktörlerinin azaltılması, kronik hastalıklar ve olumsuz sağlık davranışlarıyla ilgilidir [42].

Hedef 6: 2020 yılına kadar, tütün, alkol, uçucu maddeler ve psikoaktif ilaç gibi bağımlılık yapan maddelerin kullanımını, yetersiz fizik aktivite ve kötü beslenme gibi sağlığı olumsuz etkileyen faktörleri mümkün olan en alt düzeye indirmek.

- ✓ 6.1. 2010 yılına kadar, 15 yaş üzerinde sigara içmeyenlerin sıklığını %80'in üzerine çıkarmak; 15 yaş altında %100'e yakın olmasını sağlamak.
- ✓ 6.2. 2010 yılına kadar, 15 yaş üzerinde yılda 6 litreden fazla alkol tüketen kişi sayısını %75; 15 yaş altında ise %100 azaltmak.
- ✓ 6.5. 2010 yılına kadar, kronik malnütrisyon. raşitizm, beslenme yetersizliğine bağlı anemiler ile obezite sıklığını %35; 2020 yılına kadar %50 azaltmak,
- ✓ 6.6. Beslenmeye bağlı kronik hastalıkların görülme sıklığını en az %10 azaltmak.

Ülkemizin 2007 yılında onayladığı Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi'nin 3. ve 4.maddelerinde açıklanan durumlar davranışsal risk faktörlerindendir [43].

Madde 3; Kalp ve damar hastalığı, çok etkenli bir durumdur ve tüm risk etkenlerinin ve belirleyicilerinin toplumsal ve bireysel düzeylerde ele alınması gerekmektedir.

Kalp ve damar sağlığıyla ilişkili özellikler:

Tütün kullanmama

- Uygun fiziksel aktivite: Haftada 5 kez en az 30 dakika
- Sağlıklı beslenme alışkanlığı
- Fazla kilolu olmama
- Kan basıncının 140/90 mmHg'nin altında olması
- Kan kolesterolünün 5 mmol/L'nin (190 mg/dl) altında olması

- Normal glikoz metabolizması

- Aşırı stresten kaçınma

- Madde 4; Yaşam tarzı belirleyicileri;

- Tütün kullanımı
- Sağlıksız beslenme
- Aşırı alkol tüketimi
- Fiziksel aktivite eksikliğidir.

Ülkemizde kronik hastalıkları önlemek, kontrol etmek ve azaltmak amacıyla Sağlık Bakanlığının (SB) önderliğinde ilgili tüm ulusal ve uluslararası kuruluşlarla işbirliği içinde Kronik Hastalıkları Kontrol Programı hazırlanmıştır.

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı

- DSÖ, Kronik Hava Yolu Hastalıkları (Astım-KOAH) Kontrol Programı
- Tütün Kullanımı ve Ulusal Tütün Kontrol Programı

- Sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı

Tütün Kullanımı ve Ulusal Tütün Kontrol Programı kapsamında 4207 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun"da değişiklik yapan 5727 Sayılı Kanun çıkarılmış ve bu kanuna göre tüm kapalı ortamlar sigara içme yasağı kapsamına alınmıştır. Ayrıca bu yasağı desteklemek amacıyla kitle iletişim araçlarında reklâm ve yayınlar yapılmaktadır.

2.3. Kronik Hastalıklar Açısından Başta Gelen Olumsuz Sağlık Davranışları

Hastalıklardan korunmada birincil korumanın, ikincil ve üçüncül korumaya göre 4 kat daha etkili olduğu söylenebilir [45]. Birincil koruma önlemleri, sağlık ocakları ve aile hekimleri basta olmak üzere birinci basamak sağlık hizmeti sunan birimlerce alınmalıdır. Birincil korunmanın temelini basta bağışıklama ve danışmanlık olmak üzere periyodik muayeneler oluşturmaktadır. Periyodik muayeneler sırasında özellikle kişilerin bağışıklık durumunun ve olumsuz sağlık davranışlarının sorgulanması ve yine kişilerin özelliklerine göre çeşitli sağlık sorunlarının erken tanısı ve izlemlerinin yapılması çok önemlidir.

Sağlam yetişkinlerin genel sağlık kontrolünü yaptırmak için yılda bir kez hekime başvurması önerilmektedir. Bu kontrollerde; kişilerin genel sağlık durumları değerlendirilmeli, olumsuz sağlık davranışları varsa bunların düzeltilmesi için danışmanlık yapılmalı, boy, ağırlık, bel çevresi ölçümleri yapılarak BKİ'si hesaplanıp risk durumları değerlendirilmeli, beslenme durumları sorgulanmalı, kişinin durumuna göre belli testleri veya taramaları yapılmalı veya yaptırılmalı ve tüm bunlar değerlendirilerek kişilerin sağlık durumları izlenmelidir [46].

2.3.1. Tütün kullanma

Sigara içme pek çok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede olduğu gibi ülkemiz için de önemli bir sağlık sorunudur. Hem kullanan kişiye verdiği zararlar hem de pasif içiciler üzerindeki etkileri de sigara içme alışkanlığının diğer bir önemli boyutudur [47].

Sigara kullanımı önlenebilir erken ölüm ve sakatlık nedenlerinin başında gelmektedir. Sigarayı "dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını" olarak tanımlayan DSÖ 'nün verilerine göre, her 10 erişkinden birisi tütün ürünleri kullanımının sonuçlarına bağlı nedenlerden dolayı yaşamını yitirmekte, her yıl 5 milyon ölüm meydana gelmektedir [48].

Önlem alınmadığı takdirde 2030 yılından itibaren her yıl 8 milyon kişinin ölmesi beklenmektedir [49]. Kalp-damar hastalıkları, akciğer hastalıkları, kanserler, mide ülseri ve düşük doğum ağırlıklı bebek gibi durumlar ve hastalıklarla çok yakından ilişkilidir. Tütün kullanmak, dünyadaki ilk sekiz ölüm nedeninden altısı için risk faktörüdür. Yüksek gelirli ülkelerdeki ölümlerin %18'inden, dünyadaki akciğer kanseri nedeniyle olan ölümlerin %71'inden sigara sorumludur [7].

Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı (TÜİK) verilerine baktığımızda; Türkiye genelinde 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin 2008 yılında %31,3'ü her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamullerini kullanmakta iken 2012 yılında bu oran yaklaşık olarak %27'ye düşmüştür.

Tütün ve tütün mamulü kullananların oranı erkeklerde 6,5 puan, kadınlarda ise 2,1 puan düşmüştür. Diğer bir ifade ile erkeklerde %47,9'dan %41,4'e, kadınlarda ise %15,2'den %13,1'e düşmüştür.

Tütün ve tütün mamulü kullanımı en çok 25-34 ve 35-44 yaş grubunda yaygındır.

Yaş grubuna göre tütün ve tütün mamulü kullananlar incelendiğinde, en çok 25-34 ile 35-44 yaş grubundaki bireyler her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamulü kullandıklarını beyan etmişlerdir.

Ülkemiz, 2010 yılında %33,4 olan yetişkinler arasındaki sigara içme oranıyla, DSÖ Avrupa Bölgesinde 47 ülke arasında erkeklerde 8. ve kadınlarda 33. sırada yer almaktadır [24, 28]. KYTA-2010'a göre, yetişkinlerin %31,2'si, lise mezunu kişilerin %40,7'si, üniversite mezunu kişilerin %31,8'i sigara içmektedir. Kişilerin %59,7'si evlerinde, %38,5'i işyerlerinde sigara dumanına maruz kaldıklarını söylemişlerdir [51].

2013 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre erkeklerin %43'ü, kadınların %17'si sigara içmektedir [178].

Tütün kullanımının önlenmesi ile toplam önlenebilecek ölüm sayısı 54699 olup tüm ölümlerin %12,7'sini oluşturmaktadır. Erkeklerde bu oran daha da yüksek olup tütün kullanımının önlenmesi ile erkeklerde ölümlerin %22,7'si ve toplam DALY'nin %15,4'ü önlenebilmektedir. Tütün kullanımının önlenmesi ile kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan önlenebilir ölüm sayısı 21317 (tüm ölümlerin %5'i), KOAH'a bağlı ölüm sayısı

12902 (tüm ölümlerin %3'ü) ve trakea-bronş ve akciğer kanserine bağlı ölüm sayısı ise 10510 (tüm ölümlerin %2,4'ü)'dur. Sigaraya bağlı hastalık yükünün büyük bir bölümü kadınlarda 30-44, erkeklerde ise 45-59 yaş grubunda görülmektedir. Bu yaşlar, insanların özellikle de eğitim düzeyi yüksek kişilerin üretken dönemleridir [8].

INTER-HEART çalışmasına göre, akut miyokart infarktüsü geçirenlerdeki tütün kullanma sıklığının (%45,2), geçirmeyenlere göre (%26,8) yaklaşık olarak 2 kat olduğu (53), dünyadaki tütün kullanma prevalansının %37,6 (erkeklerde %46,3; kadınlarda %15,4) olduğu belirtilmektedir (54). ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezine (CDC) göre, 2000-2010 yılları arasında her yıl 443000 kişinin doğrudan sigara içmekten veya sigara dumanına maruz kalmaktan öldüğü belirtilmektedir. ABD'de tüm kanser ölümlerinin en az %30'unun, KOAH hastalıklarından ölümlerin ve erken kalp-damar hastalıklarına yakalanma ve ölümlerinin yaklaşık olarak %80'i tütün kullanımına atfedilmektedir [55]. ABD'de yapılan bir araştırmada (1984-1993), sigara içme prevalansının yıllık %1 azalmasıyla bir yılın sonunda 924 akut miyokart infarktüsü ve 538 inme; 7 yılın sonunda toplamda 15122 akut miyokart infarktüsü ve 8060 inme vakasının önlenebileceği ve bunun sonucu olarak 7 yılda 2272 milyon $ maliyetten kaçınılabileceği hesaplanmıştır [56]. ABD'de yetişkinler arasında tütün kullanım prevalansı 1965'ten 2005'e kadar her iki cinsiyette yaklaşık olarak yarı yarıya düşmüştür. Bu oran erkeklerde %52'den %24'e; kadınlarda %34'ten %18'e düşmüştür [57].

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (The WHO Framework Convention on Tobacco Control) 2004 yılında ülkemizce de onaylanmış ve bu kapsamda çıkarılan ve 19 Mayıs 2008 tarihinde uygulamaya giren 5727 Sayılı Kanunla çoğu kapalı ortamlarda sigara içme yasaklanmıştır. Bu yasağın kapsamı 22 Temmuz 2009 tarihinde genişletilerek tüm kapalı ortamları içine almıştır [58].

2.3.2. Yetersiz fiziksel aktivite

Fiziksel aktivite ve egzersiz; koruyucu sağlık yaklaşımının bir aracı olarak bireyin sağlığını geliştiren, gelişmiş durumunu devam ettiren, yorgunluğa ve hastalıklara karşı direncini arttıran hareketlerin toplamıdır [59].

Son yıllarda tüm dünyada mücadelesi yoğun bir şekilde devam eden, uzun süreli enerji dengesizliği sonucunda oluşan ve birçok hastalığın ortaya çıkmasına zemin hazırlayarak

yaşam süresini ve kalitesini olumsuz yönde etkileyen şişmanlığın (obezite) en önemli sebeplerinden biri fiziksel aktivitenin yetersiz olmasıdır. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de obezitenin görülme sıklığı gittikçe artmakta, görülme yaşı düşmekte ve sağlık üzerindeki etkileri ciddi boyutlara ulaşmaktadır [60]

Özellikle hareketsiz işlerde çalışanlar başta olmak üzere sağlıklı bir vücut ağırlığına sahip olmak için herkesin, haftanın çoğu gününde tempolu yürümek gibi orta derece yoğunluktaki faaliyetleri günde 1 saat, hiç olmazsa en az 30 dakika yapması önerilmektedir. Yeterli fiziksel aktivite kalp sağlığı, kan basıncı, kan kolesterolü ve kan şekeri normal sınırlarda kalmasında çok önemli bir faktördür [61,62].

Haftanın çoğu günü 30 dk veya 150 kcal/ gün ve toplamda haftada 150 dk veya 1000 kcal/hafta orta derecede egzersiz yapılması önerilmektedir. 1 MET (Metabolic Equivalent of Task); 70 kg ağırlığında yetişkin bir kişinin dinlenme sırasında bir dakikada harcadığı enerjidir. Orta derecede fiziksel aktivite 3-6 METs'dir. Günde 150 kcal/ dakikada 3 METs hızında harcanırsa = 50 dakika, 150 kcal/ dakikada 6 METs hızında harcanırsa = 25 dakika fiziksel aktivite yapılması gerekir. Yani yetişkin bir kişi günde 25-50 dakika orta derece fiziksel aktivite yapmalıdır [63].

Yeterli fiziksel aktivite yaşlılarda kemik kaybını azaltır ve kas kütlesi ile kas gücünü arttırır.Stres, anksiyete ve depresyon hissini azaltır, işlevsel kapasiteyi artırıp sosyal ilişkilerin gelişmesine katkıda bulunur [30, 62].

INTERHEART çalışmasına göre, AMI geçirenlerde günlük egzersiz yapma sıklığının (%14,3), geçirmeyenlere göre (%19,3) daha düşük olduğu belirtilmektedir [54]. UHA-2003 göre, ergenlerin %64'ü yeterli (150 dk/haftadan fazla), %16'sı yetersiz (149dk/haftadan az) aktivite yaparken,%20'si hiç aktivite yapmamaktadır [64].

Ülke genelini temsilen 2000-2002 tarihleri arasında yapılan Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım (SBKK) araştırmasına göre düzenli egzersiz yapanlar sadece %3.5'tir [65].

2013 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı çalışmasında boş zamanlarda yapılan fiziksel aktivite açısından erkeklerin yüzde 23'ü yeterli, yüzde 22'si orta ve yüzde 55'i düşük düzeyde fiziksel aktiviteye sahiptir, bu yüzdeler kadınlarda sırasıyla

yüzde 13, yüzde 18 ve yüzde 69'dur. Erkek ve kadınlarda yeterli ve orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kişilerin oranı yaş arttıkça azalmaktadır [178].

Ülkemizde fiziksel aktivite alışkanlığının yeterli olması durumunda, iskemik kalp hastalığına bağlı 31519 ölümün, iskemik inmeye bağlı 10269 ölümün önlenebileceği tahmin edilmektedir. Önlenebilen hastalık yüküne bakıldığında ise fizik aktivitenin yeterli olması ile birinci sırada iskemik kalp hastalığına bağlı 300850 DALY önlenebilmekte ve bu durum önlenen yükün %64.8'ini oluşturmaktadır. İkinci sırada iskemik inme, üçüncü sırada ise diabetes mellitus yer almaktadır. Toplamda ise 464627 DALY'nin önlenebileceği tahmin edilmekte, bu sayıda tüm hastalık yükünün %4.3'ünü oluşturmaktadır. Fiziksel aktivite yetersizliğine bağlı hastalık yükü kadınlarda en fazla 60-69 yaş grubunda görülürken, erkeklerde ise 45-59 yaş grubunda görülmektedir [7].

DSÖ tarafından 54. Dünya Assamblesi'nde 2002 yılı için konu "sağlık için zinde olmak olarak önerilmiş ve yılın sloganı " sağlık için hareket et " (move for health) olmuştur [66].

Egzersizin yokluğu ve düşük fiziksel uygunluk seviyesi hastalık ve erken ölümler için çok önemli bir risk faktörüdür. Düzenli fiziksel aktivitenin, hipokinetik hastalıkları, bu hastalıklara bağlı erken ölümleri önlediği ve sağlık yönünden kalitesi yüksek bir hayat sağladığı ortaya çıkmıştır [62].

2.3.3. Yüksek beden kitle indeksi (BKİ)

Kişilerin ağırlıklarının / boy uzunluğunun karesine oranı olarak hesaplanan BKİ, kişilerin zayıf, normal, fazla kilolu ve şişmanlık durumunu değerlendirmede önemli bir ölçüttür [61]. 20 yaş ve üzerindeki herkesin yıllık genel muayenesi sırasında boy ve ağırlığına bakılarak BKİ'nin hesaplanıp risk durumunun değerlendirilmesi ve buna göre kişilere gerekli önerilerde bulunulması ve yıllık izlemlerinin yapılması belirtilmektedir [46].

Çizelge 2.1. Yetişkinlerde BKİ sınıflaması [61]

BKİ Sınıflaması	**BKİ (kg/m2)**	**Komorbit Risk**
Zayıf	≤18.49	Düşük
Normal	18.5 – 24.99	Ortalama
Fazla kilolu	25.0 – 29.99	Artmış
Obez	30.0 <	Ciddi

INTERHEART çalışmasına göre, akut miyokart infarktüsü geçirenlerdeki BKİ ortalamasının (%26,1), geçirmeyenlere (%25,5) göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir [54]. ABD'de 1999-2008 yılları arasında erkeklerde daha belirgin olmak üzere yetişkinler arasındaki obezite sıklığı gittikçe artmaktadır [67].

TEKHARF'e göre, 1990 yılı taramasında 30 yaş ve üzeri kişilerde saptanan şişmanlık sıklığı, 2001/2002 yılı taramasında erkeklerde %12,5'ten %25,3'e, kadınlarda %32'den %44,2'ye yükselmiştir. On iki yıl önceki taramaya göre, fazla kilolu sayısının yaklaşık %90 arttığı belirtilmektedir [50].

Ülkemizde 2008 yılında yapılan Türk Toplumunda Tuz Tüketimi (SALTurk) çalışmasına göre, 18 yaş ve üzeri kişilerin %41,9'unun fazla kilolu, %26,7'inin de şişman olduğu saptanmıştır [68]. Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışmasına (TURDEP) göre (1998) 20 yaş ve üzerindeki kişilerde şişmanlık sıklığı %22 olup, BKİ ortalaması erkeklerde 25.47±4.58, kadınlarda ise 27.45±5.76'dır [69].

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun 2013 yılında yaptığı Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasına göre erkeklerin %15'i, kadınların %29'u obezdir (BKİ≥30 kg/m^2) [178].

Yetersiz fiziksel aktivite önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre dünyada gerçekleşen ölümlerin yüzde 1.9'u, hastalık yükünün 19 milyon DALY'si yetersiz fiziksel aktivite nedeniyle olmaktadır. Dünyada meme kanseri, kolon-rektum kanseri ve tip 2 diyabet olgularının yüzde 10-16'sından, iskemik kalp hastalıklarının yüzde 22'sinden yetersiz fiziksel aktivite sorumlu tutulmaktadır. DSÖ tahminlerine göre Türkiye'de hastalık yükünün yüzde 8-16'sı yetersiz fiziksel aktiviteye bağlıdır [178].

Obesitenin önlenmesi ile iskemik kalp hastalığında 29581, iskemik inmede 11109, diabetes mellitusta 7674 ölüm önlenebilecektir. YLD'ye atfedilen sayılara bakıldığında, diabetes mellitusta 78319, osteoartritlerde 61035, iskemik inmede ise 53136'dır. Obesitenin önlenmesi ile iskemik kalp hastalığına bağlı 346294, diabetes mellitusa bağlı 152240 ve iskemik inmeye bağlı 146930 DALY'nin önlenebileceği öngörülmektedir. Önlenen DALY sayısı toplam DALY'nin % 7,3'ünü oluşturmaktadır [7].

Geniş bel çevresi

Karın içi yağ kütlesinin (Abdominal obesite) tahmin edilmesinde kullanılan yöntemlerden biri bel çevresinin ölçülmesidir. 20 yaş ve üzerindeki herkesin yıllık genel muayenesi sırasında özellikle de BKİ'si 25'den fazla olanların bel çevresi ölçülerek risk durumları değerlendirilmelidir. TEKHARF çalışmasına göre Türk halkında abdominal obezitenin en iyi göstergesi bel çevresidir. Bel çevresinin kadınlarda 88 cm ve erkeklerde 102 cm' den fazla olması, metabolik komplikasyonlar açısından riskin arttığını göstermektedir [61, 70].

İskemik kalp hastalıkları açısından riski göstermede bel çevresi, BKİ'ye göre daha önemli bir ölçüttür. Lean ve arkadaşları bel çevresini seviye 1 ve seviye 2 olarak sınıflamıştır [71]. Bel çevresinde 6 cm'lik bir genişlemenin diyabet geliştirme riskini erkekte %43.0 oranında yükselttiği belirtilmektedir [50].

TURDEP'e göre 20 yaş ve üzeri kişilerde bel çevresi normalden geniş olanların sıklığı %19 olup, bel çevresi ortalaması erkeklerde 90.0±13.8 cm, kadınlarda ise 87.2±14.6 cm'dir [69].

Çizelge 2.2**.** Lean ve arkadaşlarına göre bel çevresi sınıflaması [69]

Bel Çevresi Sınıflaması	**Kadın**	**Erkek**
• Seviye 1	80 cm <	94 cm <
• Seviye 2	88 cm <	102 cm <

2.3.4. Yetersiz sebze ve meyve tüketimi

Yeterli ve dengeli beslenme, hayatımızın her döneminde önemli bir yer tutmaktadır. Sağlıklı beslenme ile sağlıklı nesiller oluşmakta bu da toplum sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. İş hayatında da başarılı ve sağlıklı olabilmenin en önemli etkenlerinden biri hiç şüphesiz sağlıklı beslenmedir. Çünkü toplumun ve onu oluşturan bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmesinde, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde, refah düzeyinin artmasında, yeterli ve dengeli beslenme temel koşullardan birisi, belki de en önemlisidir [72].

Beslenme; sağlıklı yaşamın sürdürülmesi, korunması ve geliştirilmesi için besinlerin kullanılmasıdır. Beslenmede amaç, bireyin yaşı, cinsiyeti, fiziksel aktivitesi ve içinde

bulunduğu fizyolojik duruma göre gereksinimi olan enerji ve besin öğelerini yeterli ve dengeli miktarlarda almasıdır [61].

Günde en az 5 porsiyon veya kişi başına 400 gr/gün ve daha fazla sebze ve meyve tüketilmesi önerilmektedir [61, 73, 74]. Günlük alınan sebze ve meyvenin en az iki porsiyonu yeşil yapraklı sebzeler veya portakal, limon gibi turunçgiller veya domates olmalıdır [73].

Tüketilen meyve porsiyonunun saptanması;

“1 porsiyon meyve: 1 elma ya da 1 şeftali ya da 2 mandalina ya da 1 dilim karpuz ya da 1 dilim kavun ya da 4 kayısı ya da 6 erik ya da yarım nar ya da yarım greyfurt ya da 10 çilek”.

”1 porsiyon sebze: 4 yemek kaşığı pişmiş sebze ya da havuç, domates, enginar gibi sebzelerden bir tanesi ya da 1 kase salata” [178].

INTERHEART çalışmasına göre, akut miyokart infarktüsü geçirenlerdeki günlük sebze-meyve tüketim alışkanlığının daha düşük olduğu belirtilmektedir [53, 54]. Yetersiz sebze ve meyve tüketimine atfedilen ölüm sayısı 38734; tüm ölümlerin %9'u olup ve hastalık yükünün de %3,9'unu oluşturmaktadır. Yetersiz sebze ve meyve tüketimine atfedilen yükün en fazlası iskemik kalp hastalıkları (atfedilen DALY'nin %70,3'ü) ve serebrovasküler hastalıklara (atfedilen DALY'nin %19.8'i) aittir [8].

1979’dan 2010 yılına kadar dünyada yıllık kişi başı sebze tüketimi 35.8 kg artarak 101.9 kg’a yükselmiştir. Bu durum gelişmiş ülkelerde 5.4 kg artarak 112.8 kg’a yükselirken, gelişmekte olan ülkelerde 47.7 kg artarak 98.8 kg’a ulaşmıştır [61].

UHA-2003’e göre 18 yaş ve üzeri kişilerin günde ortalama 1.57 porsiyon sebze, 1.64 porsiyon meyve ve toplamda 3.21 porsiyon sebze ve meyve tükettikleri tespit edilmiştir. Sebze ve meyve tüketimi 55-64 yaş grubunda en yüksek olarak bulunmuştur [64].

Meyve ve sebze üretiminin yeterli olduğu ülkemizde bu besinlerin günlük tüketimi 5 porsiyonun altındadır. ABD’de yapılan Ulusal Sağlık Araştırmasına göre günde en az 3.5 porsiyon meyve ve sebze tüketilmesi gerektiği belirtilmiş ve bu miktar risk değerlendirmesinde referans değer olarak alınmıştır [75].

Bireyin besin ihtiyacını etkileyen en önemli faktör fiziksel aktivite durumudur. İnsan bedeni termodinamik kurala göre çalışır yani enerji üretimine karşılık enerji tüketimidir. Bireyin beden çalışması arttıkça besin tüketiminin de artması, azaldıkça azalması gerekir. Bunun dengelenmemesi boya uygun beden ağırlığının dengesini bozar ve sağlık sorunları oluşur. Genelde insanın sosyo-ekonomik statüsü yükseldikçe beden gücüyle iş yapmak yerine, oturarak çalışmakta ve tükettiği besinlerin enerji ve besin öğeleri yoğunluğu artmakta; sosyo-ekonomik durum düştükçe, beden çalışması artarken besin tüketimi azalmaktadır. Bu dengesizlik çeşitli beslenme ve bununla ilgili sağlık sorunlarına sebep olmaktadır [76].

Vücudun gereksinimi olan besin ve diğer sağlıklı öğeleri yeterli miktarda almak için her öğünde dört ana besin grubundan (süt ve ürünleri, et, yumurta, kuru baklagil, sebze ve meyveler, tahıllar) önerilen düzeylerde tüketmek, besin öğesi kayıplarını önleyecek ilkeler doğrultusunda hazırlayıp, pişirip, saklamak gerekir [77].

2.3.5. Aşırı yağ ve tuz tüketim alışkanlığı

Kalp ve damar hastalıkları ve inme için önemli bir risk faktörünü oluşturan hipertansiyonu kontrol etmek için tuz tüketiminin kısıtlanması önerilmektedir. Tuz tüketiminin mide kanseri, osteoporoz, böbrek hastalıklarının gelişimiyle de yakından ilişkili olduğu belirlenmiştir. DSÖ, toplumların besin alımında diyetle günlük tuz alımı için hedeflerinin < 5 g/gün olması gerektiğini belirtmektedir. Buna karşın ülkemizde yapılan SALTurk Çalışması'nda günlük tuz tüketim miktarının 15 g/gün olduğu saptanmıştır [61, 68, 84, 178].

Ülkemizde aşırı tuz tüketiminin azaltılmasını sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından "Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı ve Eylem Planı" hazırlanmıştır [132].

Üç beyaz olarak da bilinen yağ, şeker ve tuz tüketiminin fazla olması kronik hastalıklar için önemli risk faktörlerindendir. Yağ ve şeker alımının fazla olması, özellikle hareketsiz bir yaşam tarzına sahip kişilerde ağırlık artışına ve şişmanlığa neden olmaktadır.. Enerjinin %15-30'u yağlardan, bununda %10'a kadarı doymuş yağ asitleri içeren yağlardan ve %6-10'u ise çoklu doymamış yağ asitleri içeren yağlardan oluşmalıdır [61].

Tuz, lezzet verici özelliği nedeniyle besin hazırlamada kullanıldığı gibi küflenme, böceklenme vb. durumları önlemek için de besin saklama işlemlerinde kullanılır. Sağlık

açısından değerlendirildiğinde; tuzdaki sodyum organizmanın sıvı dengesinin ve kan basıncının düzenlenmesinde rol oynar [73].

Ülkemizde beslenmede diyet uygulama, genellikle yemeklerde kullanılan yağ türünü değiştirme, yağ ve tuz miktarını kısıtlama biçiminde anlaşılmaktadır. Yağ ve tuz doğal olarak tüketilen gıdaların bileşiminde vardır. Özellikle günlük tüketilen gıda türlerine göre değişmekle birlikte gıdalarda bulunan tuz miktarı, pek çok kişinin ihtiyacının %75'ini karşılayacak miktardadır. Sofrada fazladan tuz bulundurmak genellikle gerekli değildir [78, 79].

2.3.6. Kan basıncı ölçtürme

Hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları risk faktörleri arasında en önde gelen ve en yaygın olanıdır. Kıtalar ve bölgeler arasında farklar olmak üzere -2000 yılı itibariyle- dünya genelinde 20 yaş üzerindeki erişkin nüfusun %26,4'ünün hipertansiyonu vardır ve bu oranın 2025 yılında %29,2'ye çıkacağı öngörülmüştür [179, 202].

Hipertansiyon ülkemizde de oldukça yaygın olan bir sorundur. TEKHARF 1990'a göre hipertansiyon prevalansı %33,7 iken 2000 yılı taramasına göre 10 yılda hipertansiyon prevalansı erkeklerde %38, kadınlarda %46 bulunmuştur [50].

2010 yılında yapılan Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışmasında (TURDEP II) hipertansiyon prevalansı kadınlarda %32,3, erkeklerde %30,9 bulunmuştur [164].

Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması-2012'nin verilerine göre erişkin nüfusta hipertansiyon görülme sıklığı %31,8'dir. Bu oranın kadınlarda %36,1, erkeklerde ise %27,5 olduğu dikkat çekmektedir. Hipertansiyon sıklığı, yaşla birlikte artış göstermekte ve her yaş grubunda kadınlarda daha yüksektir [178]. Ülkemizde yaşam süresinin artmasına paralel olarak giderek artan geriatrik yaş grubunda hipertansiyon sıklığı ise %75'dir [177].

INTERHEART çalışmasına göre, akut miyokart infarktüsü geçirenlerdeki hipertansiyon prevalansının (%39), geçirmeyenlere göre (%21,9) yaklaşık olarak 2 kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir [54].

Yüksek kan basıncının kontrol altına alınması ile erkeklerde ölümlerin %20,4'ü, kadınlarda ise %30,8'i önlenebilmektedir. Hipertansiyonun kontrol altına alınması ile önlenen ölüm sayıları; iskemik kalp hastalıklarında 50717, serebrovasküler hastalıklarda 39731, hipertansif kalp hastalıklarında ise 11503'tür. Toplam önlenen ölüm sayısı 108468 olup tüm ölümlerin %25,2'sini oluşturmaktadır [8]. SBKK ve SALTurk'e göre hipertansiyon sorunu olanların yarısı bu sorunun farkında değildir [65, 84].

Çizelge 2.3. Yetişkinlerde kan basıncı izlem sıklığı [83]

Kan Basıncı Sınıflaması	SKB/DKB mmHg	İzlem Sıklığı
Normal	<120 / 80	2 yılda 1 kez
Prehipertansiyon	120-139 / 80-89	Yılda 1 kez
Hipertansiyon	140 / 90 üstü	
1. aşama HT	140-159 / 90-99	En az 2 ayda 1
2. aşama HT	160 / 100	En az ayda 1

Türk Kardiyoloji Derneği, Amerikan Kalp Derneği, kan basıncı normal olanların en geç 2 yılda veya daha sık olarak kan basınçlarını ölçtürmelerini önermektedir [46, 81, 82].

BKİ'nin normale indirilmesi, DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diyeti, günlük tuz tüketiminin 6 gr'dan az olması, yeterli fiziksel aktivite, orta miktarda alkol alma ve stresin kontrol edilmesi gibi yaşam tarzı değişiklikleri ile hipertansiyon etkili bir şekilde kontrol altına alınabilmektedir [82, 83].

2.3.7. Kan şekeri ölçtürme

Yaşam tarzındaki hızlı değişim ile birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların tümünde özellikle tip 2 diyabet prevalansı hızla yükselmektedir. Bunun başlıca nedenleri nüfus artışı, yaşlanma ve kentleşmenin getirdiği yaşam tarzı değişimi sonucu obezite ve fiziksel inaktivitenin artmasıdır.

1998 yılında yapılan "Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması"nın (TURDEP-I) sonuçlarına göre ülkemizde tip 2 diyabet prevalansı %7,2, bozulmuş glukoz toleransı (BGT) prevalansı ise %6,7'di [69]. 2010 yılında yapılan TURDEP II çalışmasının sonuçlarına göre

diyabet prevalansı %16,5 olup ülkemizde 6,5 milyon diyabetli kişi bulunmaktadır [164]. 1998'de yapılan TURDEP-I çalışmasıyla kıyaslandığında, ülkemizde diyabet ve bozulmuş glukoz toleransı sıklığı sırasıyla %90 ve %207'lik bir artış göstermiştir. Türkiye'de diyabetin artış hızı dünya ve Avrupa genelinin üzerindedir. Bunun başlıca nedeni Türkiye genelinde yaşlı nüfusun artmaya başlamış olması başta beslenme ve fiziksel aktivite olmak üzere yaşam tarzında meydana gelen değişikliklerdir.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun 2013 yılında yaptığı Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasına göre 15 yaş üzeri grupta, diyabet hastalığı ve ilaç kullanma öyküsü ile açlık plazma glukozu ölçümüne dayalı olarak belirlenen diyabet tanısına göre, diyabet sıklığı yüzde 11'dir [178].

Kan şekerinin normalden yüksek olması glikoz metabolizmasının bozulmasına, başta damarlar olmak üzere çeşitli organlarda hasarlara ve diyabete neden olmaktadır [70].

2007 yılında diyabetin dünyadaki prevalansı %6 ve bozulmuş glikoz toleransı prevalansı ise %7,5 olup bunun 2025 yılında %7,3 ve %8 olacağı tahmin edilmektedir [89].

Yine bozulmuş glikoz toleransı sıklığı yaşla birlikte artmakta, 30-39 yaş grubu erkeklerde %2,9 iken 70-79 yaş grubunda %15,1 ve kadınlarda ise %4,5 ve %16,9'dur [89]. ABD'de hekime başvuran kronik diyabetli sayısı 1996'dan 2006 yılına %40 artış göstermiştir [85]. Bozulmuş glikoz toleranslı kişilerin %30'unda 11 yıl içinde diyabet gelişmektedir [90].

INTERHEART çalışmasına göre, akut miyokart infarktüsü geçirenlerdeki diyabet prevalansının (%18,5), kontrol grubuna (%7,5) göre 2 kattan daha fazla olduğu belirtilmektedir [54]. UHA-2003 göre, Ülkemizde hekim tarafından diyabet tanısı konanların sıklığı %4,7 (erkek: %3,4, kadın:%5,7) dir [64]. TEKHARF 1990 çalışmasında 30 yaş ve üzeri kişilerde diyabet prevalansı %3,5 iken 2008 çalışmasında bu oran hızla yükselerek %9,8'e çıktığı belirtilmektedir. 1998 ile 2008 arasındaki 10 yıllık dönemde tip-2 diyabet insidansı (bin kişi-yılda) kadınlarda 13,8 ve erkeklerde 15 olarak belirlenmiştir [50].

Kan şekeri ölçümünde ayrıca tokluk kan şekerine de bakılmalıdır. DSÖ ve Uluslararası Diyabet Federasyonu, açlık kan şekeri ölçümünün daha önce diyabet tanısı konmamış vakalarının %30'unu tespit edemediğini bildirmektedir [90]. Bu nedenle erken tanı için kan

şekerinin belirli aralıklarla ölçülmesi gerekir. Kan şekeri açlık ve tokluk olarak iki yöntemle birlikte ölçülmeli, sonucu normal olanların 3 yılda bir bu ölçümleri tekrarlatması gerekir [70, 91].

Daha önce diyabet tanısı almamış kişilerin yılda 1 kez [92], Kanada Diyabet Derneğine göre [93] 40 yaş ve üzerindeki kişilerin 3 yılda bir, Amerikan Diyabet Derneğine göre [94] ise kan şekeri düzeyi normal olanların 3 yılda bir, bozulmuş glikoz toleransı olanların 1-2 yılda bir, başka bir araştırmada da 45 yaş ve üzerindeki kişilerin 3 yılda bir kan şekeri düzeyi ölçülmelidir [95].

Yapılan bir araştırmada kan şekeri normal olan kişilerin 3 yıllık izlemi sonunda %4'ünün kan şekeri yüksek saptanmış, yüksek saptananların 6 ay sonraki tekrarlı incelenmesi sonucu %38'inin kan şekeri yine yüksek olarak %17'sininki ise diyabet olarak, tüm izlenenlere göre ise %0.6'sında diyabet saptanmıştır [95].

2.3.8. Kan kolesterolünü ölçtürme

Hücre zarı ve bazı hormonların yapısında bulunan kolesterol bazı fonksiyonlar için de gereklidir. Ancak kandaki kolesterolün normalden yüksek olması koroner kalp hastalığı için temel risk faktörüdür. Kolesterol ve diğer yağlar kanda çözülmezler. Bu yağlar kanda çeşitli lipoproteinler tarafından taşınır. Bu lipoproteinlerden, düşük yoğunluklu lipoproteinler (LDL) ve yüksek yoğunluklu lipoproteinler (HDL) önemlidir. Kandaki kolesterolün büyük bir kısmı LDL ile ve 1/3 – 1/4'ü de HDL türündeki lipoproteinlerle taşınır. LDL'nin 160 mg/dL ve daha yüksek, HDL'nin erkeklerde <40 mg/dL ve kadınlarda <50 mg/dL düşük olması koroner kalp hastalığı ve inme riskini artırır [96].

TEKHARF 1990 taramasında 30 yaş üzerindeki kişilerin 1/4'ünün kolesterolü yüksek iken (>200 mg/dL), bu durum 2000 yılı taramasında erkeklerde %28'e, kadınlarda ise %35'e yükselmiştir [50]. SBKK-2002'ye göre 30 yaş üzerindeki kişilerin %25'inin total kolesterol düzeyi (>200 mg/dL) yüksek olarak belirlenirken, kadınların HDL düzeyi tüm yaş gruplarında, LDL düzeyleri ise 50 yaşından sonra erkeklere göre daha yüksek saptanmıştır. LDL düzeyi yüksek (>130 mg/dL) olanların sıklığı yaklaşık %30'dur [50].

2013 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Çalışmasında yüksek LDL kolesterol prevalansı %12,5 olup erkeklerde %11, kadınlarda %14'dür [178].

Yüksek kolesterolün kontrol altına alınması ile hem erkeklerdeki hem de kadınlardaki ölümlerin %11.4'ü önlenebilmektedir. Yüksek kolesterol seviyeleri; iskemik kalp hastalıkları ve iskemik inme için major risk faktörleri arasında yer almakta olup tüm hastalık yükünün de %5.2'sini oluşturmaktadır. Yüksek kolesterolün önlenmesi ile iskemik kalp hastalıklarına bağlı 41226 ölüm, iskemik inmeye bağlı 7802 ölüm önlenebilmektedir [20].

20 yaşından sonra sağlıklı bireylerin en geç 5 yılda bir kolesterol düzeyleri ölçülmelidir [97, 98, 99]. Kalp hastalığı olan veya lipid seviyesi normalden yüksek olanların 1-2 yıl aralıkla, kolesterol düşürücü ilaç alanların kolesterolleri normal seviyeye düşünceye kadar 6 haftada bir ve bundan sonra 4-6 ayda bir kolesterol seviyelerini ölçtürmeleri gerekir [100]. Bir araştırmaya göre, erkeklerin 35, kadınların 45 yasından başlayarak 5 yılda bir kolesterol düzeylerini ölçtürmeleri önerilmektedir. Yüksek kolesterolü veya düşük HDL'si olup 5-7 yıl süreyle kolesterol düşürücü ilaç tedavisi almak kalp hastalığı riskini %30 azaltmaktadır [46].

2.3.9. Alkol kullanma

Alkol tüketimi, en fazla iskemik kalp hastalıklarına ve hemorajik inmelere neden olmakta ve bunun sonucu olarak da ölümlere yol açmaktadır. Hipertansif kalp hastalıkları, trafik kazaları ve karaciğer sirozu ölümleri de alkole atfedilen ölümler içerisinde yer almaktadır. Başka bir ifadeyle alkol kullanımının önlenmesiyle iskemik kalp hastalığından kaynaklanan 3540 ölüm, hemorajik inmeden kaynaklanan 2088 ölüm önlenebilmektedir [8].

Alkol tüketiminin önlenmesi ile toplamda 13435 ölüm önlenebilmekte bu ise tüm ölümlerin %3,1'ini oluşturmaktadır. Toplumda alkol kullanımının önlenmesi ile toplam hastalık yükünün %4,3'ü önlenebilmektedir. Bu sıklık alkol kullanım bozukluklarında %1,9, diğer istemsiz yaralanmalarda %0,6 olarak görülmektedir [8].

Alkol kullanımı ayrıca, toplumda şiddet ve suç işlemeye, iş veriminde düşüklüğe ve ise devamsızlığa, ailelerin parçalanmasına da neden olmaktadır. Avrupa Birliği'nin (AB) 27 ülkesinde alkolün YLL yükü, gelir düzeyi en yüksek olan birinci %20'lik dilimde, en düşük %20'lik dilime göre 5 kat daha yüksektir [101].

Alkol kullanımı, AB bölgesinde tütün kullanımı ve yüksek kan basıncından sonra ölüme ve maluliyete neden olan üçüncü risk faktörüdür. 2003 yılında AB'deki alkol ticareti 9 milyar € iken, aynı toplumda alkolün zararlı kullanımının maliyeti yaklaşık olarak 125 milyar €'dur

[102]. Makul kabul edilen günlük alkol alım miktarı, kadınlarda standart bir içim (13.7gr alkol içeren), erkeklerde ise iki içimdir [74].

TEKHARF'e göre [50] 1990 yılında kadınların %1,2'si (her gün: %0,1, haftada: %1,1), erkeklerin %15,6'sı (her gün: %4,1, haftada:%11,5) alkol alırken, AYA-2006'ya göre [103] kadınların %6,5'i (her gün: %1,5, haftada: %0,4), erkeklerin %24,8'i (her gün: %2,1, haftada: %4,3) alkol almaktadır. Bu oranlar, ülkemizde alkol alımının arttığını göstermektedir.

Yine UHA-2003 göre ülkemizde haftada veya daha sık alkol alanların oranı %1 (erkeklerde: %2,2, kadınlarda:%0,1) iken, hiç almayanların oranı erkeklerde %64,8, kadınlarda: %92 ve toplamda %80,1'dir [64]. Alkol alımı her ne kadar AB ülkelerindeki kadar yüksek olmasa da alkol alımının artışı engellenmelidir. Bu konuda başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının tutumu da önemlidir.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun 2013 yılında yapmış olduğu Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasına göre 2011 yılında erkeklerin yüzde 23'ü, kadınların yüzde 4'ü alkol kullanmakta olup en yüksek alkol kullanma prevalansı 35-44 yaş grubundadır [178].

2.3.10. Stres

Günümüz toplumunun hastalığı olarak ifade edilen stres, günlük hayatın bir parçasıdır. Çoğu insan, farkında olmasa da yoğun bir stres yüküne sahiptir. Günlük yaşamımızda değişikliğe sebep olan herhangi bir şey, stres vericidir. Vücut sağlığımızda oluşabilecek bir değişiklik de strese neden olur. Mental değişiklikler de somut değişiklikler kadar strese neden olur [104].

Stresin ortaya çıkardığı problemler, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve bireyin günlük sorunlar karşısında güçsüz kalmasına neden olmaktadır [105].

Stres, dengeyi bozan bir faktördür. Stresörle karşılaşan organizma dengesini devam ettirebilmek için çeşitli baş etme yöntemleri kullanır [106]. Bireyin karşılaştığı durumun stres kaynağı olup olmadığı ve bununla baş etme açısından kendini değerlendirmesinde kişinin benlik saygısı, kişilik yapısı, içinde yaşadığı kültürel değerler, olayın oluştuğu bağlam, o andaki duygusal durumu, fiziksel özellikleri ve cinsiyeti gibi algısını etkileyen özelliklerin tümü önemli belirleyicilerdir [107].

2.3.11. Uyku bozuklukları

Uyku sanıldığı gibi organizmanın işlevlerinde pasif bir yavaşlama ve sessizliğe geçiş durumu değildir. Uykuya geçme ve uykunun sürmesi etkin (aktif) bir süreçtir ve karmaşık nörofizyolojik, biyokimyasal düzenekleri içerir. Uykuda beynin etkin olarak çalıştığı, nörofizyolojik bir toparlanma ve onarım yapıldığı, uyanıkken öğrenilenleri ayıklama ve depolama, beyin korteksinde uyanıklık için etkin hazırlanma süreçlerinin olduğu da ileri sürülmektedir [108].

Uyku, yaşamın yaklaşık üçte birini almaktadır. Uyku-uyanıklık siklusunun yaş ile birlikte değişim gösterdiği, yenidoğan bir bebek günde 16-20 saat uyurken, erişkinde bu sürenin ortalama 6.5 saate düştüğü bilinmektedir. Yaş ilerledikçe uykunun ritmisitesi de bozulmakta, gece uyanmaları ve uyku bozuklukları da daha sık görülmektedir [109].

Sirkadian ritim, bedenin uyku faaliyetlerinin zamanını düzenlemektedir. Özellikle gece çalışanlar ve uyku bozukluğu olanların uyku faaliyetlerini düzenlemeye çalışır. Uyku-Uyanıklık dışında, vücut ısı dalgalanmaları, kan basıncı, yorgunluk dinçlik, psikolojik durum, stres, fiziksel ve zihinsel faaliyetler sirkadian ritm tarafından düzenlenmeye çalışılır. Gündüz uyanık olup, gece uyumaya senkronize olmuş biyolojik saatimiz, gece çalışmaya başlamamız ile birlikte yeni duruma uyum sağlamaya çalışır, bu uyum günler ve hatta haftalar boyunca devam etmektedir. Uyku-uyanıklık ritminin yeni bir saat düzenine uyumu, diğer ritimlere göre daha çabuk ve kolay da olsa, en az 5 gün sürmektedir. Bu nedenle bu süreden daha kısa süre ile yapılan vardiya değişiklikleri yeni düzene henüz uyum sağlayamayan organizmayı yeniden uyum yapmak zorunda bırakacaktır [110].

Gece mesaisinde çalışmak bireyin aşırı yorulmasına, bireylerin verimliliğinin düşmesine ve sirkadian ritmin değişmesine sebep olur. Vardiya sistemi ile çalışanlarda uyku problemi ortaya çıkar. Gece mesaisinde çalışan işçilerde gündüz çalışanlara göre iş sırasında 2-5 kat daha fazla uyku eğilimi olduğu gözlenmiştir [110].

Türkiye'de ve dünyada artış gösteren ve hekimlerin sıklıkla karşılaştığı bir sorun olan uyku bozuklukları başlı başına birer hastalık olabildiği gibi psikiyatrik hastalıklar ve bazı iç hastalıklarının önemli bir belirtisi de olabilir. Ayrıca, bu gibi problemler tıbbi ve psikiyatrik durumların gelişmesine ya da alevlenmesine neden olabilir [61]. Her ne kadar zamanı, süresi ve içeriği sağlıklı kişilerde değişse ve yaşa da bağlı olarak değişiklikler gösterse de çoğu

yetişkin gecede yedi-sekiz saat uyur. Yaşamın uçları olan bebeklik ve yaşlılıkta uyku sık sık bölünür [111].

Yaşamı tehdit eden kazalar, iş verimliliğinde ciddi kayıplar ve psikososyal işlevlerde önemli bozukluklara yol açabilen uyku bozuklukları, sıklığı bakımından büyük önemi olan halk sağlığı sorunlarıdır. Bu nedenle toplumda uyku bozukluklarının değerlendirilmesi, bu bozukluğu olan insanların bilinçlendirilmesi ve tedavi almaya teşvik edilmesi hayati önem taşır [112].

2.3.12. İş memnuniyeti

İnsan, gününün önemli bir kısmını işinde geçiriyor ve bunu da en az 20-25 yıl devam ettiriyorsa, onun yaşamında mutlu olabilmesi için işinden tatmin alması hem organik hem de psikolojik varlığı açısından şarttır [113].

Çalışan tatmini, çalışanların işlerinden duydukları hoşnutluk veya hoşnutsuzluk ve işin özellikleri ile çalışanların beklenti ve istekleri kesiştiği zaman gerçekleşir. Dolayısıyla çalışan tatmin düzeyinin "işin, kişinin en kuvvetli hissettiği ihtiyaçlarını karşılama derecesi ile orantılı" geliştiği kabul edilmektedir [114].

Çalışan tatmini denince, işten elde edilen maddi çıkarlar ile çalışanın beraberce çalışmaktan zevk aldığı iş arkadaşları ve ürün meydana getirmenin sağladığı bir mutluluk akla gelmektedir [115]. Landy, çalışan tatminini işe ait kişisel değerlendirme sonucu ortaya çıkan duygusal durum olarak tanımlamaktadır. Çalışan tatmininin, işi zevkle yapmak gibi kişisel, kararlara katılmak gibi toplumsal etkenlere bağlı olduğu anlaşılmaktadır [116].

Bireyin iş ortamını değerli, yaptığı işi anlamlı ve kendisini geliştirici bulması, çalışan tatmini açısından önemlidir. Bireyin iş yaşamından beklentilerinin karşılanması, çalışan tatminini olumlu yönde etkileyen diğer bir unsurdur. Dolayısıyla işini anlamlı bulan bireylerin, işinden ve yaşamdan daha fazla doyum aldıkları düşünülebilir [117].

2.3.13. İş stresi

Modern dünyanın insanı açısından stres kaynaklarını işe bağlı olup olmaması bakımından ayırmak her zaman kolay olmamaktadır. Çünkü günümüzde birey, iş, aile ve sosyal çevre

üçgeni arasında yaşantısını sürdürmekte, zaman zaman iş hayatını iş dışı yaşantısı etkilemekte veya tersi durumlarla karşı karşıya kalmaktadır. Belirli sorumluluk kademesine gelen kişiler, iş ve aile yaşantısını dengelemek, her iki yaşantıyı da özel bir sosyal ortamda yürütmek zorundadırlar.

İş yaşamı ile aile yaşamının gerektirdikleri de kişi üzerinde strese neden olmaktadır. Bireyin günlük yaşantısında karşı karşıya kaldığı toplumsal ve teknolojik değişimlerin, aile ilişkilerinin, gün içerisindeki ulaşım sorunlarının ve yaşanılan yerin değiştirilmesinin, ekonomik ve finansal koşulların, ülke ekonomisinin gidişatı ve çeşitli ekonomik sorunlar stres kaynağı olmaktadır. Sosyal ve teknik değişimin insanların hayat tarzı üzerindeki etkisi büyüktür [118].

İş stresi; bireyin yeteneklerindeki yetersizliklere, fiziksel ya da psikolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan ve bireyde gerilim yaratan durum olarak tanımlanmaktadır [119]. İş stresi, çalışanı iş doyumu ve iş yaşamı kalitesi açısından olumsuz etkilemektedir [120].

İşe bağlı gerginlik ve tükenme kişide depresyon, anksiyete, çaresizlik duyguları gibi ruhsal, baş ağrısı, kaslarda gerginlik, uykusuzluk gibi fizyolojik etkilere neden olmaktadır. Bunun yanı sıra işle ilgili gerginliğin işte verimi ve üretimi düşürme, iş tatminini azaltma, işe geç kalma, bahaneler öne sürerek hiç gelmeme ya da işi tamamen bırakma, sonuçta deneyimli personelin elde tutulamaması gibi kurumsal sonuçları da vardır [121].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Kapsamı

Araştırma, 2017 yılında Ankara Sincan Devlet Hastanesi Dahiliye polikliniğine başvuran hastaların arasında yapılmıştır. Sincan Devlet Hastanesi 205 yatak kapasitesi ile sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu merkezler Etimesgut, Sincan ve Yenimahalle Ankara Sincan Devlet Hastanesinin dahiliye polikliniğine başvuran hastalar günlük 80 ile 100 hastadan oluşmaktadır. Haftalık başvuran hastaların sayısı Genel toplam olarak 430 ile 450 kişiyi kapsamaktadır.

3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtılması

Araştırmanın yapıldığı yerlerden Ankara Sincan Devlet Hastanesi Dahiliye polikliniğine başvuran hastalar. Bu hastane bünyesine eklenen binaları ile bir bölge hastanesi şeklinde hizmet veriyor. Sincan, Eryaman, Yenikent ve Ayaş dahil olmak üzere çevre ilçe halkına (yaklaşık 1.000.000 nüfusa) hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Tipi

Çalışma, Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri

1- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanları
2- Erken tanı yöntemlerini, genel sağlık ve diş hekimi muayenelerini yaptırma durumu
3- Tetanoz aşısı olma durumu
4- Kan basıncı, kan şekeri, kan kolesterolünü ölçtürme durumu

3.4.2.Araştırmanın bağımsız değişkenleri

1- Yaş
2- Cinsiyet

3- Kilo(kg)
4- Boy(m)
5- Medeni durumu
6- Çocuk sayısı
7- Öğrenim durumu
8- Mesleği
9- Çalışma durumu
10- Meslekte çalışma yılı
11- Gelir düzeyi
12- Sigara kullanım durumu
13- Alkol kullanma durumu
14- Kronik hastalık ve ilaç kullanma durumu

3.5. Araştırmada Kullanılan Araçlar

Araştırmada veri kaynağı olarak "Ankara Sincan Devlet Hastanesine başvuran hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi" anket formu kullanılmıştır.

Anket soruları 3 bölümden oluşmaktadır. Sosyodemografik özellikleri sorgulayan birinci bölüm 11 soru olup, yaş, cinsiyet, boy, kilo, medeni durum, çocuk durumu, öğrenim durumu, meslek, çalıştığı yer, aylık gelir durumu olmak üzere tanımlayıcı sorulardan oluşmaktadır.

İkinci bölüm 7 soru olup, sağlığı koruyucu bazı davranış ve alışkanlıkları içeren alkol ve sigara kullanımı, kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanımı, genel sağlık kontrolü ve diş hekimi kontrolü, kanser erken tanı yöntemlerini yaptırma durumu ile aşılarını yaptırma durumundan oluşmaktadır.

Üçüncü bölümde ise 52 sorudan oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II Ölçeği kullanıldı.

3.5.1. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBDÖ-II)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ-II), 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından sağlığı geliştirme modelini test etmek amacıyla geliştirilmiştir. Bireyin

sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. Bu ölçek 6 alt grubu olan toplam 52 maddeden oluşmuştur.

1. Sağlık Sorumluluğu; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.

2. Fiziksel Aktivite; sağlıklı yaşamın vazgeçilmez bir unsuru olan fiziksel aktivite uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.

3. Beslenme; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değişiklikleri belirler.

4. Tinsellik; bireyin yaşam amaçlarını, kendini geliştirme becerisini, kendini ne kadar tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler

5. Kişilerarası İlişki; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler

6. Stres Yönetimi; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir.

Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir. Ölçek 1987'de 48 maddeden oluşmuş iken, Walker [158], Sechrist ve Pender tarafından 1996 yılında 4 madde daha eklenerek 52 maddeye çıkarılmıştır. 48 maddelik ölçekle yeni 52 maddelik ölçeğin tek farkı madde sayısıdır [159]. SYBDÖ-II olarak adlandırılmıştır.

Çizelge 3.1. Sağlıklı yaşam biçimi değerlendirme ölçeği alt grupları

Alt Gruplar	Ölçekteki Soru Numaraları	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
Sağlık Sorumluluğu	3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51	9	36
Fiziksel Aktivite	4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46	8	32
Beslenme	2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50	9	36
Tinsellik	6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52	9	36
Kişilerarası İlişkiler	1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49	9	36
Stres Yönetimi	5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47	8	32
		52	208

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumludur. SYBD-II ölçeği dörtlü likerte göre “Hiçbir zaman” yanıtı için 1, “Bazen” yanıtı için 2, “Sık sık” yanıtı için 3, “Düzenli olarak” yanıtı için 4 puan verilir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52 ve en yüksek puan 208’dir.

Pender ve arkadaşları tarafından (1987) yurt dışında geçerlilik ve güvenirliliği yapılmış olan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği’nin Cronbach Alpha iç tutarlılık kat sayısı 0.92 olarak belirlenmiş olup, SYBDÖ-II’ nin alt ölçekleri için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.70 ile 0.90 arasında değişmektedir. Ölçeğin güvenirliliği için yapılan faktör analizinde 6 faktörü de orijinal yapıda olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin faktör yapısına benzer şekilde bulunmuştur.

SYBD Ölçeğinin Türkiye’de geçerliliği ve güvenirliliği Esin N. Tarafından 1997’de yapılmıştır. Cronbach Alpha iç tutarlılık kat sayısı 0.91 olarak bulunmuştur [160].

3.6. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verileri yüz yüze uygulanan anket formu ve ölçekler kullanılarak toplanmıştır. Temmuz 2017’de Ankara Sincan Devlet Hastanesinde dahiliye polikliniğine başvuran hastalara yapılmıştır.

Hazırlanan anket formunun önce 20 kişi üzerinde ön uygulaması yapıldı. Ön uygulamadan elde edilen deneyimler ışığında anket formunda gerekli düzeltmeler yapıldı. Anket formu, araştırmaya katılan kişilerle yüz yüze görüşülerek doldurudu. Anket uygulanan kişilere, önce araştırmanın amacı ve önemi, anketin cevaplama süresinin 10-15 dakika olduğu ve araştırmaya katılıp katılmamakta özgür oldukları açıklanarak sözlü onamları alındı.

Uygulama sırasında, müsait olmayan hastalara, istenmeyen hastalar(50 kişi) araştırma kapsamına alınmadı.

3.7. Araştırmaya Katılım Yüzdesi

Araştırmaya katılmayı kabul eden 401 kişiye anket uygulandı. Genel toplam 450 kişi idi. Ankara Sincan Devlet Hastanesi Dahiliye polikliniğine gelen hastaların 401 kişiye ulaşıldı.

3.8. Araştırma Takvimi

Araştırma Ekim 2016 tarihinden itibaren planlanmaya başlanıldı. Temmuz'un ilk haftası gerekli izinler alınarak literatür taramaları yapıldı. İkinci haftası Anabilim Dalında tez önerisi olarak sunuldu ve öğretim üyelerinin önerileri alındı. Üçüncü haftası anket formu oluşturuldu. Eş zamanlı olarak veriler bilgisayar ortamına aktarıldı ve istatistiksel analizleri ile rapor yazımı tamamlandı.

3.9. Veri Girişi ve Veri Düzenlenmesi

Araştırma verileri SPSS 23.0 istatistik paket programına araştırmacı tarafından girilmiş, veri girişi tamamlandıktan sonra veri kontrolü yapılmıştır. Veriler değerlendirilirken önce gruplandırmalar ve kodlamalar yapılmıştır.

Hastanenin İç hastalıklar Polikliniğine gelen hastaların, eğitim ve mesleki unvanlarına göre çizelge 3.4.'de yeniden sınıflandırıldı.

BKİ; Ağırlık(kg) / Boy (m^2) formül ölçümü ile hesaplandı. Çıkan sonuçlar, DSÖ sınıflaması temel alınarak gruplandırıldı [161].

- <18,5 olması zayıf
- 18,5 - 24,99 arasında olması normal
- 25,0 - 29,99 arasında olması kilolu
- 30,0 ve üzeri olması obez olarak değerlendirildi.

3.10. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler SPSS 23.0 istatistik paket programında yapılmıştır. İstatistiksel analiz olarak, tanımlayıcı bulgular kısmında yüzde ve sürekli değişkenler ortalama + standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değer ile; kategorik değişkenler ise sayı, yüzde ile sunulmuşlardır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare Önemlilik testi yapılmıştır. İkiden fazla bağımsız grupta farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulabilmek için Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney-U Testi uygulanmıştır. Verilerin değerlendirmesinde, sayı-yüzdelik hesaplamaları, Tüm analizlerde $p<0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

3.11. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmada kullanılan SYBD-II ölçeğinin uzun olması nedeniyle, uygulama sırasında katılımcıların dikkatlerinin giderek azalabileceği ve uygulamanın başarısını etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Araştırmada katılımcıların isim soyadları alınmamıştır. Bazı katılımcılar anketteki soru sayısının çokluğundan ve bazı sorulardan şikayetçi olmuşlardır.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmada 401 kişiye ulaşılmıştır.

Çizelge 4.1.Araştırmaya katılan kişilerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı-1, Ankara, 2017

Özellikler	**Sayı**	**(%)***
Yaş Grupları (n=401)		
≤18	8	1,9
18-29 yaş	139	34,8
30-39 yaş	90	22,7
40-49 yaş	70	17,7
50-59 yaş	60	14,9
60-60 üstü yaş	34	7,9
Cinsiyet (n=400)		
Erkek	165	41,3
Kadın	235	58,7
Medeni Durum (n=399)		
Evli	268	67,0
Bekar	102	25,6
Boşanmış	11	2,8
Eşi vefat etmiş	14	3,7
Evli, eşinden ayrı	4	1,0
Çocuk Varlığı (n=400)		
Yok	127	31,8
Var	273	68,2
1 çocuk	49	17,9
2 çocuk	100	36,7
≥3 çocuk	124	45,4
Öğrenim Durumu (n=401)		
Okula gitmeyen	28	7,0
İlkokul mezunu	92	22,9
Ortaokul mezunu	65	16,2
Lise mezunu	137	34,2
Üniversite mezunu	70	17,5
Yüksek lisans	**7**	1,7
Doktora	2	0,5

Çizelge 4.1. **(**devam**)** Araştırmaya katılan kişilerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı-1, Ankara, 2017

Meslek Durumu (n=401)	**Sayı**	**(%)**
Evhanımı	125	31,1
Serbest Meslek	36	8,9
İşçi	63	15,7
Emekli	30	7,4
Memur	125	31,1
Öğrenci	22	5,4
Meslekteki Çalışma Süresi (n=216)		
9 yıl ve aşağı	119	55,2
10 yıl ve üstü	97	45
Aylık Geliri (n=312)		
2000TL -3000 TL	250	77,9
3001 TL - 4000 TL	56	17,4
4001 TL - 5000 TL	5	1,6
5000 TL'den fazla	1	3,0
BKİ (n=401)		
<18,5 (Zayıf)	8	2,0
18,5 - 24,99 arasında (Normal)	168	41,9
25,0 - 29,99 arasında (Fazla Kilolu)	151	37,7
30,0 ve üzeri (Obez)	74	18,5
Sigara Kullanma Durumu (n=396)		
Kullanmıyor	268	67,7
Kullanıyor	108	27,3
Kullanmış, bırakmış	20	5,1
Alkol Kullanma Durumu (n=400)		
Kullanmıyor	353	88,3
Ayda bir ya da daha az	30	7,5
Ayda iki dört kez	8	2,0
Haftada iki üç kez	3	8,0
Haftada döret ve daha fazla	6	1,5

*: Kolon yüzdesi

Araştırmaya katılanların 235 (%58,6)'ı kadın, 165 (%41,1)'i erkektir; 90 (%22,2)'i 30-40 yaş grubundadır; 268 (%67,0)'ı evlidir; 70 (%17,5)'sı üniversite mezunudur; 125 (%31,17)'inin mesleği evhanımıdır; 250 (%77,9)'inin aylık geliri 2000-3000 TL'dir; 119 (%55,2)'sinin meslekte çalışma süreleri 1-9 yıldır; 268 (%67,7)'i sigara kullanmamaktadır; 353 (%88,3)'si alkol almamaktadır; 168 (%41,9)'inin BKİ'i normal sınırlar içindedir.

Çizelge 4.2. Araştırmaya katılan kişilerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı-2, Ankara, 2017

	Aritmetik Ortalama ± Standart Sapma	**Ortanca (En küçük – En Büyük Değer)**
Yaş (Yıl) (n=401)	37,49± 14,78	35,00 (15-86)
Kilo (kg) (n=401)	73,52 + 14,05	72,00 (42-145)
Boy (cm) (n=401)	167,61 + 8,83	167,00 (130-192)
BKİ (kg/m^2) (n=401)	26,2087 + 5,01	25,71 (17,30-64,44)

Araştırmaya katılan 401 kişinin yaş ortalaması 37,49 ± 14,782 ; yaş ortancası 35,00 (15-86)'dır. Kilo ortalaması 73,52 ± 14,052; kilo ortancası 72,00 (42-145)'dır. Boy ortalaması 167,61 ± 8,838; boy ortancası 167,00 (130-192)'dır. BKİ ortalaması 26,2087± 5,01285; BKİ ortancası 25,7117 (17,30-64,44)'dır.

Çizelge 4.3. Araştırmaya katılan kişilerin hekim tarafından tanı almış kronik hastalık varlığı ve düzenli ilaç kullanma durumlarının dağılımı, Ankara, 2017

Özellikler		**Sayı**	**(%)***
Hekim Tarafında Tanı Almış Kronik Hastalık Varlığı (n=398)			
Yok		274	68,8
Var		124	31,2
Özellikler		**Sayı**	**(%)***
Kronik Hastalık Varlığı (n=121)**			
	Tiroid hastalıkları	11	9,1
	Hipertansiyon	39	32,2
	Depresyon	4	3,3
	Diyabet	36	29,8
	Kalp damar sistemi hastalıkları		
	KOAH	6	5,0
	Kanser	4	3,2
	Diğer***	12	9,9
Düzenli İlaç Kullanma Durumu (n=398)		**Sayı**	**(%)***
Kullanmıyor		311	78,1
Kullanıyor		87	21,9

Çizelge 4.3. (devam) Araştırmaya katılan kişilerin hekim tarafından tanı almış kronik hastalık varlığı ve düzenli ilaç kullanma durumlarının dağılımı, Ankara, 2017

Kullandığı İlaçlar (n=87) **		**Sayı**	**(%)***
	Antihipertansif	6	6,9
	Tiroid ilacı	10	11,4
	Antidepresan	15	17,2
	Diyabet İlacı	19	21,9
	Kalp ilacı	4	4,5
	Astım ilacı	3	3,4
	Antihistaminik ilacı	5	5,7
	Mide ilacı	15	17,2
	Diğer****	10	11,4

*: Kolon yüzdesi
**: İlgili soruya birden fazla yanıt verilmiştir.Yüzdeler verilen cevaplar üzerinden hesaplanmıştır
***:Venöz yetmezlik,FMF,PCOS,Allerji,Glokom,Migren,Organ transplantasyonu, Kr.hepatit,RA,Diskopati,Epilepsi,ülser,MS
****:Kolsişin,glokom,kanser ilacı,mide ilacı, antiromatizmal,migren ilacı,epilepsi ilacı,immünsüpresyonlar

Katılımcıların 274 (%68,8)'inin kronik hastalığı bulunmamaktadır. Kronik hastalığı olan kişilerde en sık diyabet ve hipertansiyon hastalarıdır. Hipertansiyon %32,2 diyabet ise %29,8 sıklıkla görülmekte olup; en sık kullanılan ilaç grubu da antihipertansifler, mide ilacı ve diyabet ilaç gruplarıdır.

Çizelge 4.4**.** Araştırmaya katılan kişilerin sağlık kontrollerini, kan şekeri, kan basıncı ve kan kolesterol kontrollerini zamansal açıdan yaptırma durumu, Ankara, 2017

Sağlık Kontrol Yaptırma Sıklığı	**Son 6 ay içinde**		**6 ay-1yıl içinde**		**1-2 yıl içinde**		**2-5 yıl içinde**		**Hiç Yaptırmayan**	
	sayı	**(%)***	**Sayı**	**(%)***	**sayı**	**(%)***	**sayı**	**(%)***	**Sayı**	**(%)***
Diş Hekimi Kontrolü Yaptırma (n=398)	177	44,5	70	17,6	64	16,1	48	12,1	39	9,8
Genel Sağlık Kontrolü Yaptırma (n=401)	208	51,9	47	11,7	22	5,5	18	4,5	106	26,4
Kan Şekeri Kontrolü Yaptırma (n=401)	226	56,4	60	15,0	23	5,7	13	3,2	79	19,7
Kan Basıncı Kontrolü Yaptırma (n=401)	214	53,45	50	12,5	23	5,7	9	2,2	105	26,2
Kan Kolesterol Kontrolü Yaptırma (n=401)	171	42,6	48	12,0	29	7,2	22	5,5	131	32,7

*: Yüzde: Satır yüzdesi

Son 6 ay içinde diş hekimine muayene olan kişi sayısı 177 (%44,5), genel sağlık muayenesi olan kişi sayısı 208 (%51,9), kan şekerini ölçtüren kişi sayısı 226 (%56,4), kolesterol seviyesini ölçtüren kişi sayısı 171 (%42,6), kan basıncını ölçtüren kişi sayısı ise 214 (%53,45)'tür.

Çizelge 4.5. Araştırmaya katılan kişilerin erken tanı yöntemleri, Hepatit B ve tetanoz aşısı yaptırma durumlarının dağılımı, Ankara, 2017

Erken Tanı Yöntemlerini Düzenli Yaptırma Durumu		
Tanı Yöntemleri	**Sayı**	**(%)****
Mamografi (n=235)*	48	12,1
Pap Smear (n=235)*	36	9,0
Gaitada Gizli Kan (n=398)*	21	5,3
Kolonoskopi (n=398)*	17	4,3
Hiç Yaptırmayan (n=398)*	276	69,3
Hepatit B Aşısı Yaptırma Durumu (n=400)		
Yaptırmış	132	33,0
Yaptırmamış	136	34,0
Bağışıkmış	22	5,5
Bilmiyor	110	27,5
Tetanoz Aşısı Yaptırma Durumu (n=400)		
Yaptırmış	193	48,3
Yaptırmamış	128	32,0
Bilmiyor	79	19,8

*: İlgili soruya birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdeler verilen cevaplar üzerinden hesaplanmıştır.
**: Yüzde: Kolon yüzdesi
: Kadın sayısı (Mamografi, pap-smear tarama programına giren sayısı üzerinden yüzdesi hesaplanmıştır.)

Araştırmaya katılanlardan (%69,3)'i hiçbir erken tanı yöntemi yaptırmamıştır. Kadınların 36 (%9)'u pap smear, 48(%12,1)'si mamografi yaptırmıştır. Kolonoskopi yaptıran kişi sayısı 17 (%4,3)dir. Katılımcıların 132 (%33)'ü hepatit B aşılarını tam doz yaptırmıştır. 128 (%32)'sı son 10 yıl içinde tetanoz aşılarını yaptırmışlardır

Çizelge 4.6. Araştırmaya katılan kadınların erken tanı yöntemlerini düzenli yaptırma durumunun yaş ile ilgili dağılımı, Ankara, 2017

	Kadınların Erken Tanı Yöntemlerini Düzenli Yaptırma Durumu									
	(n=25)		(n=16)		(n=17)		(n=18)		(n=8)	
	Sayı	**(%)****	**Sayı**	**(%)****	**Sayı**	**(%)****	**Sayı**	**(%)****	**Sayı**	**(%)****
Mamografi	10	21,7	11	23,9	8	17,4	13	28,3	4	8,7
Pap Smear	15	41,7	5	13,9	9	25,0	5	13,9	2	5,6

*: Yüzde: Satır yüzdesi

**İlgili soruya birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdeler verilen cevaplar üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınlarda yaş arttıkça mamografi ve pap smear yaptırma sıklığı artmaktadır.

Çizelge 4.7. Araştırmaya katılanların bazı tanımlayıcı özellliklerine göre BKİ dağılımı, Ankara, 2017

BKİ								
Tanımlayıcı Özellikler	**≤18,49**		**18,50-24,99**		**25,00-29.99**		**≥30,00**	
	Sayı	**(%)***	**Sayı**	**(%)***	**Sayı**	**(%)***	**Sayı**	**(%)***
Yaş Grupları (n=236)								
18 yaş altı	0	0,0	5	83,3	0	0,0	1	16,7
18-29	5	5,4	57	62,0	26	28,3	4	4,3
30-39	1	1,8	21	37,5	25	44,6	9	16,1
40-49	0	0,0	8	20,0	16	40,0	16	40,0
50-59	0	0,0	3	11,1	12	44,4	12	44,4
60 ve üstü	0	0,0	0	0,0	9	60,0	6	40,0
χ^2= 73,001 **p= 0,00**								
Meslekte Çalışma Yılı (n=401)								
≤ 9 yıl	4	5,7	36	51,4	24	34,3	6	8,6
≥9 yıl	1	4,3	7	30,4	7	30,4	8	34,8
χ^2= 9,688 **p= 0,021**								

Çizelge 4.6. (devam) Araştırmaya Katılanların Bazı Tanımlayıcı Özellliklerine Göre BKİ Dağılımı, Ankara, 2017

BKİ				
Tanımlayıcı Özellikler	**≤18,49**		**18,50-24,99**	
	Sayı	**(%)***	**Sayı**	**(%)***
Medeni Durumu (n=400)				
Evli	86	32,1	182	67,9
Bekar	82	80,4	20	19,6
Boşanmış	3	27,3	8	72,7
Eşi vefat etmiş	3	21,4	11	78,6
Evli, ayrı yaşıyor	1	20,0	4	80,0
χ^2=76,651	**p=0,000**			
Çocuk Durumu (n=401)				
Yok	19	38,8	30	61,2
Var	33	33,0	67	67,0
χ^2=3,127	**p=0,209**			
Cinsiyet (n=401)				
Erkek	76	46,1	89	53,9
Kadın	100	42,4	136	57,6
χ^2=0,536	p=0,464			
Mesleki Durum (n=401)				
Evhanımı	32	25,6	93	74,4
Serbest Meslek	17	47,2	19	52,8
İşçi	20	31,7	43	68,3
Emekli	15	50,0	15	50,0
Memur	17	77,3	5	22,7
Öğrenci	75	60,0	50	40,0
χ^2= 44,498	**p=0000**			
Öğrenim Durumu (n=401)				
Okula gitmeyen	10	35,7	18	64,3
İlkokul mezunu	19	20,7	73	79,3
Ortaokul mezunu	21	32,3	44	67,7
Lise mezunu	81	59,1	56	40,9
Üniversite mezunu	41	58,6	29	41,4
Yüksek Lisans mezunu	4	44,6	5	55,6
χ^2= 43,512	**p= 0,000**			
	≤18,49		**18,50-24,99**	
	Sayı	**(%)***	**Sayı**	**(%)***
Gelir Durumu (n=321)				
2000 TL-3000 TL	96	38,4	154	61,6
3001 TL-4000 TL	28	50,0	28	50,0
4001–5000 TL	11	73,3	4	26,7
χ^2= 8,843	**p= 0,012**			

Çizelge 4.6. (devam) Araştırmaya Katılanların Bazı Tanımlayıcı Özellliklerine Göre BKİ Dağılımı, Ankara, 2017

Sigara Kullanma Durumu (n=396)	**BKİ**			
Kullanmıyor	113	42,2	155	57,8
Kullanıyor	48	44,4	60	55,6
Kullanmış, bırakmış	14	70	6	30,0
χ^2= 5,851 p=0,054				
Alkol Kullanma Durumu (n=400)				
Hayır	147	41,6	206	58,4
Ayda bir ya da daha az	18	60,0	12	40,0
Ayda 2 dört kez	6	75,0	2	25,0
Hafta da 2 üç kez	1	33,3	2	66,7
Haftada 4 ve daha fazla	4	66,7	2	33,3
χ^2= 8,422 p= 0,077				

*: Yüzde: Satır yüzdesi

Araştırmaya katılanların yaş, medeni durum, çocuk durumu ve meslekte çalışma yılına göre BKİ durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05).

Çizelge 4.8. Araştırmaya katılanların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kronik hastalık durumu dağılımı, Ankara, 2017

Tanımlayıcı Özellikler	**Kronik Hastalık Durumu**			
	Yok		**Var**	
	Sayı	**(%)***	**Sayı**	**(%)***
Cinsiyet (n=401)				
Erkek	117	71,3	47	28,7
Kadın	157	67,1	77	32,9
χ^2= 0,811 p= 0,368				
BKİ (n=401)				
≤25	137	78,7	37	21,3
≥25	137	61,2	87	38,8
χ^2= 14,102 **p= 0,00**				
Medeni Durumu (n=400)				
Evli	171	64,3	95	35,7
Bekar	86	85,1	15	14,9
Boşanmış	7	63,6	4	36,4
Eşi vefat etmiş	5	35,7	9	64,3
Evli ancak eşinden ayrı yaşıyor	4	80,0	1	20,0
χ^2= 22,656 **p= 0,000**				

Çizelge 4.9. Araştırmaya katılanların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kronik hastalık durumu dağılımı, Ankara, 2017

Meslek Durumu (n=401)				
Evhanımı	73	58,9	51	41,1
Serbest Meslek	24	66,7	12	33,3
İşçi	43	69,4	19	30,6
Emekli	20	66,7	10	33,3
Memur	17	77,3	5	22,7
Öğrenci	97	78,2	27	21,8
χ^2= 11,721 **p=0,039**				
Çocuk Durumu (n=401)				
Yok	105	83,3	21	16,7
Var	169	62,4	102	37,6
χ^2= 18,964 **p= 0,000**				
Öğrenim Durumu (n=401)				
Okula gitmeyen	10	35,7	18	64,3
İlkokul mezunu	50	54,9	41	45,1
Ortaokul mezunu	48	73,8	17	26,2
Lise mezunu	109	80,1	27	19,9
Üniversite mezunu	50	72,5	19	27,5
Yüksek Lisans mezunu	7	77,8	2	22,2
χ^2= 32,139 **p= 0,000**				
Meslekte Çalışma Yılı (n=711)				
≤ 9yıl	50	72,5	19	27,5
9 yıl üstü	13	59,1	9	40,9
χ^2= 0,843 p= 0,237				
Gelir Durumu (n=401)				
2000 TL-3000 TL	165	66,5	83	33,5
3001 TL-4000 TL	42	75,0	14	25,0
4001–5000 TL	10	66,7	5	33,3
χ^2= 1,519 p= 0,468				
Sigara Kullanma Durumu (n=401)				
Kullanmıyor	178	67,2	87	32,8
Kullanıyor	79	73,1	29	26,9
Kullanıyormuş,bırakmış	15	75,0	5	25,0
χ^2= 1,618 p= 0,445				
Alkol Kullanma Durumu (n=401)				
Kullanmıyor	239	68,3	111	31,7
Ayda bir yada daha az	23	76,7	7	23,3
Ayda 2 dört kez	7	87,5	1	12,5
Haftada iki üç kez	1	33,3	2	66,7
Haftada 4 ve daha fazla	3	50,0	3	50,0
χ^2= 4,954 p= 0,292				

Araştırmaya katılanların yaş, BKİ, medeni durum, meslek durumu, öğrenim durumu ve çocuk durumu kronik hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Çizelge 4.10. Araştırmaya katılan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğindeki sağlık sorumluluğu alt ölçek önermelerine verdikleri yanıtların dağılımı, Ankara, 2017

	Madde no	Madde	n	Hiçbir zaman (1)		Bazen (2)		Sık sık (3)		Düzenli olarak (4)		Madde Ort.± SS
				Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	
Sağlık Sorumluluğu	**3**	Bir doktora vücudumdaki olağan dışı belirti ve bulguları anlatırım.	401	36	9,0	114	28,4	112	27,9	139	34,7	2,88 ± 0,98
	9	Tvde sağlığı geliş tirici programları izler, bu konuyla il gili kitap okurum.	401	99	24,7	140	34,9	81	20,2	81	20,2	2,35 ± 1,06
	15	Sağlık personeli- ne önerilerini anlamak için soru sorarım.	400	47	11,8	128	32,0	112	28,0	113	28,3	2,72± 1,0
	21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili kaygılarım oldu- ğunda başka bir sağlık personeline danışırım.	401	60	15,0	113	28,2	101	25,2	127	31,7	2,73 ± 1,06
	27	Sağlık sorunları- mı sağlık persone liyle konuşurum.	401	44	11,0	105	26,2	135	33,7	117	29,2	2,81 ± 0,97
	33	Vücudumu fizik-sel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az 1kez kontrol ederim.	401	92	22,9	126	31,4	104	25,9	79	19,7	2,42+ 1,04
	39	Kendime nasıl daha iyi bakaca- ğım konusunda sağlık personeline danışırım.	401	76	19,0	137	34,2	85	21,2	103	25,7	2,53+ 1,06
	45	Bireysel sağlık ba kımı ile ilgili eği- timlere katılırım.	400	142	35,5	113	28,3	70	17,5	75	18,8	2,19+ 1,11
	51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.	401	37	9,2	129	32,2	97	24,2	138	34,4	2,83+ 1,00

*Satır yüzdesi

Araştırmaya katılanların en düşük madde ortalaması 45 nolu "Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitimlere katılırım." maddesine verilmiştir.(2,19+ 1,11). En yüksek madde ortalaması ise, 3 nolu "Bir doktora vücudumdaki olağan dışı belirti ve bulguları anlatırım." maddesine verilmiştir (2,88 + 0,98).71

Çizelge 4.11. Araştırmaya katılan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğindeki fiziksel aktivite alt ölçek önermelerine verdikleri yanıtların dağılımı, Ankara, 2017

	Madde no	**Madde**	***n***	**Hiçbir zaman (1)**		**Bazen (2)**		**Sık sık (3)**		**Düzenli olarak (4)**		**Madde Ort.+ SS**
				Sayı	**(%)***	**Sayı**	**(%)***	**Sayı**	**(%)***	**Sayı**	**(%)***	
Fiziksel Aktivite	**4**	Düzenli egzersiz programı yaparım	401	144	35,9	126	31,4	67	16,7	64	16,0	2,12 + 1,07
	10	Haftada en az 3 kez 20dk tempolu egzersiz yaparım.	400	116	29,0	143	35,8	68	17,0	73	18,3	2,24 + 1,06
	16	Hafif, orta fizik aktivitede bulunurum.	400	98	24,5	133	33,3	77	19,3	92	23,0	2,40+ 1,09
	22	Boş zamanlarım- da yüzme, dans, bisiklete binme gibi fizik aktivite yaparım.	401	174	43,4	110	27,4	60	15,0	57	14,2	2,00 + 1,07
	28	Haftada en az 3 kez kas güçlendirme egzersizleri yaparım.	401	148	36,9	115	28,7	80	20,0	58	14,5	2,11 + 1,06
	34	Günlük işler sıra-sında egzersiz yaparım (yemeğe yürü, merdiven kullanırım)	401	90	22,4	135	33,7	88	21,9	88	21,9	2,43 + 1,06
	40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışımı kontrol ederim.	401	146	36,4	119	29,7	76	19,0	60	15,0	2,12 + 1,06
	46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım	401	146	36,4	98	24,4	78	19,5	79	19,7	2,22 + 1,13

*Satır yüzdesi

Araştırmaya katılanların en düşük madde ortalaması 22 nolu "Boş zamanlarım- da yüzme, dans, bisiklete binme gibi fizik aktivite yaparım." maddesine verilmiştir (2,00 ± 1,07). En yüksek madde ortalaması ise 34 nolu "Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (yemeğe yürüyerek giderim, merdiven kullanırım)" maddesine verilmiştir (2,43 ± 1,06).

Çizelge 4.12. Araştırmaya katılan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğindeki beslenme alt ölçek önermelerine verdikleri yanıtların dağılımı, Ankara, 2017.

	Madde no	**Madde**	**n**	**Hiçbir zaman (1)**		**Bazen (2)**		**Sık sık (3)**		**Düzenli olarak (4)**		**Madde Ort.± SS**
				Sayı	**(%)***	**Sayı**	**(%)***	**Sayı**	**(%)***	**Sayı**	**(%)***	
Beslenme	**2**	Doymuş yağ ve kolesterolü düşük diyeti tercih ederim.	401	88	21,9	142	35,4	96	23,9	75	18,7	2,39 ± 1,02
	8	Şekeri ve şeker içeren gıdaları (tatlı vb.) kısıtlı tüketirim.	401	68	17,8	140	34,9	99	24,7	94	23,4	2,54 ± 1,02
	14	Her gün ekmek, tahıl, pirinç, makarna 6-11 porsiyon yerim.	401	89	22,2	144	35,9	89	22,2	79	19,7	2,39 ± 1,03
	20	Her gün 2-4 porsiyon meyve yerim	401	45	11,2	147	36,7	101	25,2	108	26,9	2,67± 0,99
	26	Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim.	401	52	13,0	155	38,7	103	25,7	91	22,7	2,58 ± 0,97
	32	Her gün 3-4 porsiyon süt, yoğurt veya peynir yerim	401	42	10,5	138	34,4	120	29,9	101	25,2	2,69 ± 0,96
	38	Her gün et, tavuk, balık, kurubakliyat yumurta, çerez türü gıda lardan sadece 3-4 por-siyon yerim	401	61	15,2	159	39,7	95	23,7	86	21,4	2,51 ± 0,99
	44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.	401	86	21,4	99	24,7	101	25,2	115	28,7	2,61 ± 1,11
	50	Kahvaltı yaparım.	401	20	5,0	86	21,4	111	27,7	184	45,9	3,14 ± 0,92

*Satır yüzdesi

Araştırmaya katılanların en düşük madde ortalaması 14 nolu "Her gün ekmek, tahıl, pirinç ve makarnadan 6-11 porsiyon yerim."maddesine verilmiştir (2,39 ± 1,03). En yükek madde ortalaması ise 50 nolu "Kahvaltı yaparım" maddesine verilmiştir (3,14 ± 0,92).

Çizelge 4.13. Araştırmaya katılan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğindeki tinsellik alt ölçek önermelerine verdikleri yanıtların dağılımı, Ankara, 2017

	Madde no	**Madde**	**n**	**Hiçbir zaman (1)**		**Bazen (2)**		**Sık sık (3)**		**Düzenli olarak (4)**		**Madde Ort.± SS**
				Sayı	**(%)***	**Sayı**	**(%)***	**Sayı**	**(%)***	**Sayı**	**(%)***	
Tinsellik	**6**	Olumlu yönde değiş tiğimi ve geliştiğimi hissederim.	401	35	8,7	124	30,9	129	32,2	113	28,2	2,79 ± 0,94
	12	Yaşamamın bir amacı olduğuna inanırım.	401	28	7,0	72	18,0	135	33,7	166	41,4	3,09 ± 0,93
	18	Geleceğe umutla bakarım.	401	31	7,7	86	21,4	123	30,7	161	40,1	3,03 ± 0,96
	24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.	401	28	7,0	100	24,9	138	34,4	135	33,7	2,94 ± 0,92
	30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.	401	44	11,0	99	24,7	133	33,2	125	31,2	2,84 ± 0,98
	36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.	401	87	21,7	135	33,7	96	23,9	83	20,7	2,43 ± 1,04
	42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.	401	26	6,5	102	25,4	133	33,2	140	34,9	2,96 ± 0,92
	48	İlahi bir gücün varlığı ile ilişkim olduğunu hissederim	401	19	4,7	60	15,0	92	22,9	230	57,4	3,32 ± 0,89
	52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.	401	40	10,0	101	25,2	96	23,9	164	40,9	2,95 ± 1,02

*Satır yüzdesi

Araştırmaya katılanların en düşük madde ortalaması 36 nolu "Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum." maddesine verilmiştir (2,43 ± 1,04). En yüksek madde ortalaması ise

48 nolu "İlahi bir gücün varlığı ile ilişkim yüz yüze olduğunu hissederim." maddesine verilmiştir (3,32 ± 0,89).

Çizelge 4.14. Araştırmaya katılan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğindeki kişilerarası ilişkiler alt ölçek önermelerine verdikleri yanıtların dağılımı, Ankara, 2017

	Madde no	Madde	n	Hiçbir zaman (1)		Bazen (2)		Sık sık (3)		Düzenli olarak (4)		Madde Ort.± SS
				Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	
Kişiler arası İlişki	**1**	Bana yakın kişilerle endişelerimi, sorunlarımı konuşurum.	401	48	12,0	138	34,4	106	26,4	109	27,2	2,68 ± 1,00
	7	İnsanları başarıları için takdir ederim.	401	28	7,0	80	20,0	128	31,9	165	41,1	3,07 ± 0,94
	13	İnsanlarla anlamlı, doyurucu ilişkiler sürdürürüm	401	30	7,5	108	26,9	122	30,4	141	35,2	2,93 ± 0,95
	19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım	401	27	6,7	119	29,7	117	29,2	138	34,4	2,91 ± 0,95
	25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.	401	25	6,2	114	28,4	116	28,9	146	36,4	2,95 ± 0,94
	31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım.	401	17	4,2	85	21,2	143	35,7	156	38,9	3,09 ± 0,87
	37	Başkalarına yardımcı olmak için özel bir çaba harcarım.	401	30	7,5	155	38,7	111	27,7	105	26,2	2,72 ± 0,93
	43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.	401	42	10,5	127	31,7	110	27,4	122	30,4	2,77 ± 0,99
	49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.	401	30	7,5	82	20,4	116	28,9	173	43,1	3,07 ± 0,96

*Satır yüzdesi

Araştırmaya katılanların en düşük madde ortalaması 1 nolu "Bana yakın kişilerle endişelerimi, sorunlarımı konuşurum." maddesine verilmiştir (2,68 ± 1,00). En yüksek madde ortalaması ise 7 nolu "Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım." maddesine verilmiştir (3,09 ± 0,87).

Çizelge 4.15. Araştırmaya katılan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğindeki stres yönetimi alt ölçek önermelerine verdikleri yanıtların dağılımı, Ankara, 2017

	Madde no	Madde	n	Hiçbir zaman (1)		Bazen (2)		Sık sık (3)		Düzenli olarak (4)		Madde Ort.± SS
				Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	
Stres yönetimi	**5**	Yeterince uyurum.	401	36	9,0	128	31,9	98	24,4	139	34,7	2,84 ± 1,00
	11	Her gün gev-şemek için za man ayırırım.	401	74	18,5	147	36,7	91	22,7	89	22,2	2,48 ± 1,03
	17	Yaşamda de-ğiştiremeye ceğim şeyleri ka-bullenirim.	401	49	12,2	122	30,4	107	26,7	123	30,7	2,75 ± 1,02
	23	Uyumadan ön-ce güzel şeyler düşünürüm	401	38	9,5	132	32,9	137	34,2	94	23,4	2,71 ± 0,92
	29	Stresimi kont rol etmek için uygun yöntem ler kullanırım.	401	73	18,2	153	38,2	95	23,7	80	20,0	2,45 ± 1,00
	35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim	401	74	18,5	138	34,4	94	23,4	95	23,7	2,52 ± 1,04
	41	Günde 15-20 dk gevşeyebil-mek rahatlaya-bilmek için uygulamala r yaparım.	401	108	26,9	140	34,9	82	20,4	71	17,7	2,28 ± 1,04
	47	Yorulmakta n kendimi korurum.	401	72	18,0	110	27,4	107	26,7	112	27,9	2,64 ± 1,07

*Satır yüzdesi

Araştırmaya katılan kişilerin en düşük madde ortalaması 41 nolu "Günde 15-20 dk gevşeyebilmek rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım." maddesine verilmiştir (2,28 ± 1,04). En yüksek madde ortalaması ise 5 nolu "Yeterince uyurum." maddesine verilmiştir (2,84 ± 1,00)

Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin altı alt ölçek önermelerinin her bir maddesine verilen yanıtların sayıları, madde puan ortalamaları dağılımına göre;

- En düşük puanı 22 nolu "Boş zamanlarım da yüzme, dans, bisiklete binme gibi fizik aktivite yaparım." maddesine almıştır (2,00 ± 1,07).
- En yüksek puanı 48 nolu "İlahi bir gücün varlığı ile ilişkim olduğunu hissederim."

maddesi almıştır (3,32 ± 0,89).

Madde ortalaması 2 ve 2'nin altında olan (Hiçbir zaman, bazen) maddeler sırasıyla;

***** 22. Madde : "Boş zamanımda yüzme,dans,bisiklet vb. fizik aktivite yaparım." (2,00 ± 1,07)

Madde ortalaması 3'ün üstünde olan (Sık sık,düzenli olarak) maddeler sırasıyla;

***** 12. Madde : "Yaşamamın bir amacı olduğuna inanırım." (3,09 ± 0,93)
***** 18. Madde : "Geleceğe umutla bakarım." (3,03 ± 0,96)
***** 48. Madde : "İlahi bir gücün varlığı ile ilişkim olduğunu hissederim." (3,32 ± 0,89)
***** 7. Madde : "İnsanların başarıları için takdir ederim." (3,07 ± 0,94)
* 31 Madde : ''Sevdiğim kişilere kucaklaşırım.'' (3,09 ± 0,82)
***** 50. Madde : "Kahvaltı yaparım." (3,14 ± 0,92)
***** 49. Madde : "Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim." (3,07 ± 0,96)

olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.16. Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) ölçeğindeki alt grupların puan toplamı ve madde ortalamaları, Ankara, 2017

SYBD Ölçeği Alt Grupları	**Alt Ölçek Puan Toplamı Ortalaması**	**Madde Ortalaması ± SD**	**Ortanca (min-max)**
Sağlık Sorumluluğu n=399*	23,52 ± 5,66	2,61 ± 0,62	23 (11 – 36)
Fiziksel Aktivite n=399*	17,70 ± 6,11	2,21 ± 0,76	17 (8 – 32)
Beslenme n=401*	23,56 ± 5,11	2,61 ± 0,56	24 (12– 36)
Tinsellik n=401*	26,40 ± 5,10	2,93 ± 0,56	27 (10 – 36)
Kişilerarası İlişkiler n=401*	26,23 ± 5,25	2,91 ± 0,58	27 (12 – 36)
Stres Yönetimi n=401*	20,72 ± 4,84	2,59 ± 0,60	20 (10 – 32)
Toplam n=401*	137,94 +26,87	6,39± 027	135(68-208)

*****Katılımcıların, ölçeğin bazı maddelerini boş bırakmasından dolayı n değerleri farklılık göstermektedir.

Araştırmaya katılanların ölçek sorularına verilen yanıtlara göre en yüksek puanı Tinsellik (2,93 ± 0,56) alt grubu almıştır. Bu grubu sırasıyla Kişilerarası İlişkiler (2,91 + 0,58), Sağlık

Sorumluluğu (2,61 + 0,62), Beslenme (2,61 + 0,56), Stres Yönetimi (2,59 + 0,60), grupları takip etmekte ve en altta da Fiziksel Aktivite (2,21 ± 0,76) yer almaktadır.

Çizelge 4.17. Araştırmaya katılan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) puan ortalamaları ve ortancaları ile yaş grupları arasındaki ilişki dağılımı, Ankara, 2017

Yaş Grupları	**SYBD Ölçeği ve Alt Grupları**						
	Sağlık Sorumluluğu X ± SD Median (min-max)	**Fiziksel Aktivite** X ± SD Median (min-max)	**Beslenme** X ± SD Median (min-max)	**Tinsellik** X ± SD Median (min-max)	**Kişilerarası İlişkiler** X ± SD Median (min-max)	**Stres Yönetimi** X ± SD Median (min-max)	**Toplam** X ± SD Median (min-max)
≤30 yaş	….. ± 4,52 20 (10 – 32)	15,92 ± 4,74 16 (8 – 30)	21,27 ± 4,28 21 (11 – 34)	24,96 ± 4,22 25 (14 – 36)	24,57 ± 4,39 25 (14 – 36)	18,13 ± 3,66 18 (9 – 28)	125,57 ± 20,46 125 (70 – 176)
31-40 yaş	20,71 ± 4,07 20,5 (9 – 33)	16,03 ± 4,87 16 (8 – 29)	21,57 ± 3,91 22 (9 – 33)	25,39 ± 3,95 26 (9 – 36)	24,60 ± 3,74 25 (9 – 34)	18,60 ± 3,68 18 (8 – 29)	127,28 ± 19,36 126 (52 – 182)
41-50 yaş	21,23 ± 4,50 21 (12 – 34)	16,53 ± 4,75 17 (8 – 31)	22,38 ± 3,95 22 (12 – 35)	25,43 ± 4,31 25 (13 – 36)	24,81 ± 3,93 25 (16 – 35)	18,98 ± 3,82 19 (9 – 30)	129,45 ± 18,20 129 (77 – 178)
≥51 yaş	21,16 ± 3,96 21 (14 – 30)	18,04 ± 5,15 18 (8 – 28)	23,43 ± 3,37 23 (16 – 31)	26,59 ± 4,14 26 (18 – 36)	25,36 ± 4,05 26 (18 – 36)	20,16 ± 4,29 19 (12 – 32)	134,24 ± 16,93 136 (100 – 167)
p*	0,758	**0,022**	**0,001**	0,134	0,634	**0,020**	0,056

*Test: Kruskal-Wallis

Araştırmaya katılanların yaş grubuna göre SYBD toplam ve tüm alt ölçek gruplarında en düşük puanı 30 yaş ve altı almıştır. Yaş grubuna göre SYBD alt ölçeklerinden fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Buradaki fark fiziksel aktivitede 41-50 yaş grubundan, beslenme ve stres yönetiminde ise 30 yaş altı ve 51 yaş üzeri gruplardan kaynaklanmaktadır.

Çizelge 4.18. Araştırmaya katılan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) puan ortalamaları ve ortancaları ile cinsiyet arasındaki ilişki dağılımı, Ankara, 2017

Cinsiyet	SYBD Ölçeği ve Alt Grupları						
	Sağlık Sorumluluğu X ± SD Median (min-max)	**Fiziksel Aktivite** X ± SD Median (min–max)	**Beslenme** X ± SD Median (min–max)	**Tinsellik** X ± SD Median (min–max)	**Kişilerarası İlişkiler** X ± SD Median (min–max)	**Stres Yönetimi** X ± SD Median (min–max)	**Toplam** X ± SD Median (min–max)
Erkek (n=165)	22,63 ± 5,25 22(11 – 36)	17,43 ± 5,78 17 (8 - 32)	22,86 ± 4,84 22 (12 – 36)	26,43 ± 4,85 27 (10 – 36)	25,60 ± 5,09 26 (12 – 36)	20,46 ± 4,68 20 (10 – 32)	135,43 ± 25,01 131 (70 – 208)
Kadın (n=234)	24,16 ± 5,86 25 (11 – 36)	17,89 ± 6,34 17 (8 – 32)	24,04 ± 5,25 24 (13 – 36)	26,38 ± 5,28 27 (13 – 36)	26,67 ± 5,33 27 (15 – 36)	20,89 ± 4,95 21 (10 – 32)	139,69 ± 28,02 140 (68– 208)
P*	**0,007**	0,582	**0,024**	0,880	0,065	0,421	0,179

*Mann-Whitney Utesti

Araştırmaya katılanların cinsiyet durumuna göre SYBD alt ölçeklerinden sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası ilişkiler puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlık sorumluluğu puanı beslenme, stres yönetimi punları erkeklerde daha düşük bulunmuştur.

Çizelge 4.19. Araştırmaya katılan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) ölçeği puan ortalamaları ve ortancaları ile bki arasındaki ilişki dağılımı, Ankara, 2017

BKİ	SYBD Ölçeği ve Alt Grupları						
	Sağlık Sorumluluğu X ± SD Median (min–max)	**Fiziksel Aktivite** X ± SD Median (min–max)	**Beslenme** X ± SD Median (min-max)	**Tinsellik** X ± SD Median (min–max)	**Kişileraras İlişkiler** X ± SD Median (min–max)	**Stres yönetimi** X ± SD Median (min–max)	**Toplam** X ± SD Median (min–max)
≤18.49	23,10 ± 6,27 21,50(17 – 36)	17,37 ± 7,70 15 (10 – 32)	22,00 ± 6,74 21 (12 – 33)	24,54 ± 4,82 28,5(22 –36)	27,37 ± 4,65 27,5(22 –36)	21,12 ± 6,46 21 (12 – 32)	139,50 ± 30,73 129 (115– 205)
18.50-24.99	23,68 ± 5,85 24 (12 – 36)	19,08 ± 6,13 18,50(8 –32)	23,70 ± 5,35 23,50 (13-36)	26,02 ± 4,98 26 (13 – 36)	25,89 ± 5,09 26 (12 – 36)	21,16± 4,85 21 (10 – 32)	139,57 ± 27,73 136 (82 – 208)
25,00-29.99	22,99 ± 5,51 23 (11 – 35)	16,51 ± 5,56 16 (8 – 29)	23,00 ± 4,65 23 (14 – 34)	26,05 ± 5,16 27 (10 – 36)	25,95 ± 5,16 26 (12 – 36)	19,96 ± 4,61 19 (10 – 32)	133,93 ± 25,18 132 (68 – 192)
≥30,00	24,28 ± 5,44 23,50 (11 – 36)	17,00 ± 6,42 15,50 (8 – 32)	24,52 ± 5,20 24 (12 – 36)	27,77 ± 5,14 28 (13 – 36)	27,44 ± 5,77 28 (12 – 36)	21,22 ± 4,97 21,50(11-32)	142,25 ± 27,30 142 (70 – 208)
P*	0,443	**0,002**	0,162	**0,030**	0,162	0,91	0,174

*Test: Kruskal-Wallis

BKİ durumuna göre SYBD alt ölçeklerinden fiziksel aktivite ve tinselik puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p< 0.05). Buradaki fark <18,49 olan BKİ grubundan kaynaklanmaktadır.

Çizelge 4.20. Araştırmaya katılan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) puan ortalamaları ve ortancaları ile medeni durum arasındaki ilişki dağılımı, Ankara, 2017

Medeni Durum	**SYBD Ölçeği ve Alt Grupları**						
	Sağlık Sorumluluğu X ± SD Median (min–max)	**Fiziksel Aktivite** X ± SD Median (min–max)	**Beslenme** X ± SD Median (min–max)	**Tinsellik** X ± SD Median (min–max)	**Kişilerarası İlişkiler** X ± SD Median (min–max)	**Stres yönetimi** X ± SD Median (min–max)	**Toplam** X ± SD Median (min–max)
Evli	23,60 ± 5,69 24 (11 – 36)	17,03 ± 6,20 16 (8 – 32)	23,63 ± 5,21 24 (12 – 36)	26,59 ± 5,24 27 (10 – 36)	26,55 ± 5,42 26 (12 – 36)	20,32 ± 4,96 20 (10 – 32)	137,43 ± 27,38 133,5 (68 – 208)
Bekar	23,47 ± 5,50 23 (12 – 36)	19,42 ± 5,49 20 (9 – 32)	23,37 ± 5,03 22 (12 – 36)	26,17 ± 4,56 26,5 (16 – 35)	25,72 ± 4,60 27 (16 – 36)	21,60 ± 4,32 21 (12 -32)	139,77 ± 24,66 137 (96 – 208)
Boşanmış	21,36 ± 5,14 21 (15 – 30)	19,63 ± 6,48 20 (8 – 29)	23,09 ± 5,48 21 (15 – 30)	24,45 ± 4,36 23 (19 – 31)	24,09 ± 6,00 25 (15 – 32)	21,00 ± 4,33 19 (15 – 30)	133,63 ±28,40 119 (100 – 178)
Eşi vefat etmiş	24,57 ± 6,79 27,5 (11 – 34)	16,35 ± 6,57 17,5 (8 – 26)	23,42± 4,84 24 (14 – 31)	26,28 ± 6,77 28 (14 – 36)	25,71 ± 6,16 29 (15 – 34)	21,35 ± 5,75 21,5 (12 – 30)	137,71 ± 34,11 149 (83 – 173)
Evli, eşinden ayrı	24,40 ± 4,97 27 (19 – 20)	19,40 ± 5,31 21 (10 – 23)	22,28 ± 2,92 22 (19 – 26)	26,40 ± 5,22 27 (18 – 32)	26,80 ± 3,83 28 (20 – 29)	22,80 ± 4,08 25 (16 – 26)	144,40± 23,67 154 (103-160)
p*	0,628	**0,006**	0,971	0,568	0,492	0,142	0,902

*Test: Kruskal-Wallis

Araştırmaya katılanların medeni duruma göre SYBD alt ölçeklerinden fiziksel aktivite puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05).

Çizelge 4.21. Araştırmaya katılan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) puan ortalamaları ve ortancaları ile çocuk durumu arasındaki ilişki dağılımı, Ankara, 2017

Çocuk Durumu	**SYBD Ölçeği ve Alt Grupları**						
	Sağlık Sorumluluğu X ± SD Median (min–max)	**Fiziksel Aktivite** X ± SD Median (min–max)	**Beslenme** X ± SD Median (min–max)	**Tinsellik** X ± SD Median (min–max)	**Kişilerarası İlişkiler** X ± SD Median (min–max)	**Stres yönetimi** X ± SD Median (min–max)	**Toplam** X ± SD Median (min–max)
Yok	22,8 ± 4,25 21 (11 – 34)	16,54 ± 4,98 17 (8 – 30)	21,72 ± 4,12 21 (13 – 34)	25,72 ± 3,96 25 (16 – 36)	25,04 ± 3,96 25 (16 – 34)	19,03 ± 3,28 19 (11 – 28)	129,30 ± 16,87 128 (89 – 169)
Var	20,77 ± 4,28 21 (9 – 34)	16,30 ± 4,83 16 (8 – 31)	22,00 ± 3,96 22 (9 – 35)	25,36 ± 4,20 25 (9 – 36)	24,75 ± 3,98 25 (9 – 36)	18,71 ± 3,94 19 (8 – 32)	127,85 ± 19,77 128 (52 – 182)
P*	0,119	0,637	0,245	0,368	0,522	0,433	0,523

*Test : Mann-Whitney U

Araştırmaya katılan kişilerin çocuk durumuna göre SYBD alt ölçeklerinden hiçbirinin puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Çizelge 4.22. Araştırmaya katılan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) puan ortalaması ve ortancaları ile öğrenim durumu arasındaki ilişki dağılımı, Ankara, 2017

Öğrenim Durumu	**SYBD Ölçeği ve Alt Grupları**						
	Sağlık Sorumluluğu X ± SD Median (min–max)	**Fiziksel Aktivite** X ± SD Median (min–max)	**Beslenme** X ± SD Median (min–max)	**Tinsellik** X ± SD Median (min–max)	**Kişilerarası İlişkiler** X ± SD Median (min–max)	**Stres Yönetimi** X ± SD Median (min–max)	**Toplam** X ± SD Median (min–max)
Okula gitmedim	23,89 ± 7,07 24 (11 – 35)	17,03 ± 7,39 18 (8 – 28)	24,32 ± 5,32 25 (14 – 36)	26,46 ± 5,20 27 (14 – 36)	27,14 ± 5,15 28,5 (15 – 36)	21,07 ± 4,70 21,5 (12–30)	139,92 ± 29,79 150,5 (85 – 180)
İlkokul mezunu	22,26 ± 5,62 22 (11 – 36)	15,36 ± 5,90 14 (8 – 32)	22,65 ± 5,05 21,5 (12 -36)	25,75 ± 5,36 26 (13 – 36)	25,58 ± 5,80 25 (12 – 36)	19,97 ± 4,90 19 (10 – 32)	131,59 ± 26,78 127 (70 – 208)
Ortaokul mezunu	24,29 ± 5,79 26 (11 – 35)	18,01± 6,39 18 (9 – 29)	24,10 ± 4,72 24 (15 – 34)	26,84 ± 4,59 28 (15 – 35)	26,73 ± 4,90 27 (13 – 36)	21,73 ± 4,80 22 (10 – 30)	141,04± 27,04 141 (82 – 182)
Lise mezunu	23,78 ± 5,39 23 (12 – 36)	18,43 ± 5,63 18 (8 – 32)	23,24 ± 5,23 23 (12 – 36)	25,96 ± 5,23 26 (10 – 36)	25,78 ± 5,16 26 (12 – 36)	20,63 ± 4,81 20 (10– 32)	137,70 ± 26,44 132 (68 – 208)
Üniversite	23,51 ± 5,40 23 (13 – 36)	18,81 ± 5,72 18 (8 – 32)	24,38 ± 5,11 25 (15 – 36)	27,47 ± 4,90 27 (13 – 36)	26,92 ± 4,98 27 (17 – 36)	20,45 ± 4,78 20 (11 – 32)	141,30± 25,80 141,5 (88 – 208)
Yüksek Lisans	24,42 ± 3,82 27 (18 – 27)	19,71 ± 5,31 19 (14 – 27)	23,57 ± 4,89 22 (17 – 31)	27,28 ± 3,86 27 (23 – 33)	26,42 ± 5,06 27 (18 – 34)	22,57± 3,90 24 (16 –28)	144,00 ± 16,31 149 (114– 151)
Doktora	32,00 ± 5,65 32 (28 – 36)	27,50 ± 6,36 27(23 – 32)	30,00 ± 4,24 30 (27 – 33)	31,50 ± 6,36 31 (27 – 36)	32,50 ± 4,94 32,5 (29 – 36)	25,50 ± 9,19 25 (19 – 32)	179,00 ± 36,76 179 (153 – 205)
P*	0,147	**0,000**	0,106	0,322	0,272	0,150	0,087

*Test : Kruskal-Wallis

Araştırmaya katılan kişilerin öğrenim durumuna göre SYBD ölçek toplamı ve tüm alt gruplarda en düşük puan ilk okul düzeyinde öğrenim görenlerde tespit edilmiştir.

Öğrenim durumuna göre SYBD alt ölçeklerinden sadece fiziksel aktivite tüm alt grup puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05).

Çizelge 4.23. Araştırmaya katılan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) puan ortalamaları ve ortancaları ile meslekte çalışma süresi arasındaki ilişki dağılımı, Ankara, 2017

Meslekteki Çalışma Süresi	SYBD Ölçeği ve Alt Grupları						
	Sağlık Sorumluluğu X ± SD Median (min-max)	**Fiziksel Aktivite** X ± SD Median (min-max)	**Beslenme** X ± SD Median (min-max)	**Tinsellik** X ± SD Median (min-max)	**Kişilerarası İlişkiler** X ± SD Median (min-max)	**Stres yönetimi** X ± SD Median (min-max)	**Toplam** X ± SD Median (min-max)
≤ 9 yıl	23,92 ± 5,21 25 (11 – 36)	18,95 ± 6,09 18 (8 – 32)	23,34 ± 5,47 24 (12 – 36)	26,34 ± 5,35 27 (10 – 36)	25,74 + 5,54 26 (12 – 36)	20,84 + 4,96 20 (11 – 32)	138,75 + 29,37 136 (68 – 208)
9 yıl ve üzeri	23,02 ± 5,21 22 (13 – 36)	16,84 ± 5,96 16 (8 – 32)	23,18 ± 4,68 23 (16 – 35)	26,89 ± 4,96 27 (13 – 36)	26,30 ± 5,18 26 (12 – 36)	19,89 + 4,82 19 (10 – 32)	136,15 + 25,61 132 (82 – 205)
P*	0,315	**0,016**	0,471	0,568	0,507	0,136	0,588

*Test:Kruskal-Wallis

Araştırmaya katılanların meslekteki çalışma süresi durumuna göre SYBD alt ölçeklerinden fiziksel aktivite SYBD toplam ölçeği puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Meslekte çalışma süresi 9 yıl ve altında olan sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite SYBD toplam ölçek puanları en düşük çıkmıştır.

Çizelge 4.24. Araştırmaya katılan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) puan ortalamaları ve ortancaları ile gelir düzeyi arasındaki ilişki dağılımı, Ankara, 2017

Aylık Geliri	SYBD Ölçeği ve Alt Grupları						
	Sağlık Sorumluluğu X ± SD Median (min–max)	**Fiziksel Aktivite** X ± SD Median (min–max)	**Beslenme** X ± SD Median (min–max)	**Tinsellik** X ± SD Median (min–max)	**Kişilerarası İlişkiler** X ± SD Median (min–max)	**Stres Yönetimi** X ± SD Median (min–max)	**Toplam** X ± SD Median (min–max)
2000 TL - 3000 TL	23,81 ± 5,60 24 (1 – 36)	17,64 ± 6,22 17 (8 – 32)	23,80 ± 4,85 24 (13 – 36)	26,50 ± 4,96 27 (10 – 36)	26,18 ± 5,34 27 (12 – 36)	20,88 ± 4,69 20 (10 – 32)	138,59 ± 26,71 135,5 (73 – 208)
3001 TL - 4000 TL	23,78 ± 5,60 23 (12 – 36)	18,46 ± 6,24 18 (8 – 32)	23,94 ± 5,24 23,5 (15 – 36)	27,33 ± 5,01 27,5 (14 – 36)	26,41 ± 4,89 26 (17– 36)	20,82 ± 5,12 20 (12 – 32)	140,76 ±26,75 137 (95 – 208)
4001 TL - 5000 TL	25,11 ± 7,44 25 (13 – 36)	21,00 ± 6,96 19 (13– 32)	25,44± 7,31 28 (16 – 36)	28,33± 5,85 28 (20 – 36)	28,22 ± 6,61 29 (19 – 36)	23,11 ± 6,09 21 (15 - 32)	151,22 ± 35,84 150 (105 – 208)
5001 TL ve üstü	24,5 ± 6,12 24 (17 – 34)	19,66 ± 7,33 20 (9 – 28)	24,66 ± 3,72 24,5 (21 – 29)	27,33 ± 4,63 28 (19 – 33)	28,66 ± 3,01 29,5 (23 – 31)	22,00 ± 4,42 21 (16 – 28)	146,83 ± 24,21 145 (114 – 0)
P*	0,971	0,446	0,850	0,565	0,470	0,693	0,731

*Test:Kruskal-Wallis

Araştırmaya katılan kişilerin meslek durumuna göre SYBD alt ölçeklerinin hiçbirinin puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan kişilerin aylık gelir durumuna göre SYBD toplam ölçeği ve tüm alt ölçek gruplarında en düşük puanı 2000-3000 TL geliri olanları almıştır.

Çizelge 4.25. Araştırmaya katılan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) puan ortalamaları ile sigara kullanma durumu arasındaki ilişki dağılımı, Ankara, 2017

Sigara Kullanma Durumu	SYBD Ölçeği ve Alt Grupları						
	Sağlık Sorumluluğu X ± SD Median (min–max)	**Fiziksel Aktivite** X ± SD Median (min–max)	**Beslenme** X ± SD Median (min–max)	**Tinsellik** X ± SD Median (min–max)	**Kişilerarası İlişkiler** X ± SD Median (min–max)	**Stres Yönetimi** X ± SD Median (min–max)	**Toplam** X ± SD Median (min–max)
Kullanmıyor	23,49± 5,66 24 (11 – 36)	17,16 ± 5,92 16 (8 – 32)	23,54 ± 4,99 24 (13 – 36)	26,49 ±4,94 27 (13 – 36)	26,46 ± 5,23 27 (12 – 36)	20,54 ± 4,64 20 (10 – 32)	137,47 ± 25,86 134 (82 – 208)
Kullanıyor	23,71 ± 5,78 23 (12 – 36)	18,96 ± 6,46 19,5 (8 – 32)	23,79 + 5,52 24 (12 – 36)	26,21 ± 5,11 27 (10 – 36)	25,78 + 5,22 26 (12 – 36)	21,17 + 5,05 21 (10 – 32)	139,64 + 28,22 136 (73 – 208)
Kullanıyormuş bırakmış	23,95 ± 4,93 24,5 (16 – 34)	18,75 ±5,86 19,5 (8 – 28)	24,15 + 3,61 25 (18 – 31)	28,15 ± 5,47 29 (14 – 36)	27,35 ± 4,49 28 (15 + 33)	21,85 ± 5,56 22,5 (12 – 30)	144,20 ± 26,41 147,5 (85 -180)
P*	0,912	**0,032**	0,779	0,211	0,264	0,329	0,429

*Test:Kruskal-Wallis

Araştırmaya katılanların sigara kullanma durumuna göre SYBD alt ölçeklerinden fiziksel aktivite puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Çizelge 4.26. Araştırmaya katılan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) puan ortalamaları ile alkol kullanma durumu arasındaki ilişki dağılımı, Ankara, 2017

Alkol Kullanma Durumu	SYBD Ölçeği ve Alt Grupları						
	Sağlık Sorumluluğu X ± SD Median (min–max)	**Fiziksel Aktivite** X ± SD Median (min–max)	**Beslenme** X ± SD Median (min–max)	**Tinsellik** X ± SD Median (min–max)	**Kişileraras İlişkiler** X ± SD Median (min–max)	**Stres Yönetimi** X ± SD Median (min–max)	**Toplam** X ± SD Median (min–max)
Kullanmıyor	33,33 ± 5,57 23 (11 – 36)	17,26 ± 6,01 16 (8 – 32)	23,40 ± 5,13 23 (12 – 36)	26,25 ± 5,14 27 (10 – 36)	26,13 + 5,22 26 (12 – 36)	20,43 + 4,77 20 (10 – 32)	136,58+ 26,45 132 (68 – 208)
Ayda bir ya da daha az	24,40 ± 5,93 24,5 (13 –34)	21,20 ± 5,44 21,5 (11 – 30)	24,30± 4,28 26 (16 – 31)	27,33 ± 4,87 28 (17 – 34)	26,46 + 5,63 29 (16 – 36)	22,70 + 4,91 23 (14 – 30)	146,40+ 27,21 153,5 (96-184)
Ayda iki dört kez	25,87 ± 7,23 27,5 (12 – 35)	20,37 ± 7,02 22 (11 – 31)	24,87 ± 5,13 26,5 (17 – 32)	27,25 ± 3,24 27,5 (21 -32)	27,37 ± 4,10 28 (19 – 32)	22,75 ± 3,77 23 (16 – 28)	148,50± 28,11 155,5(96 –90)
Hafta da iki üç kez	24,66 ± 1,52 23 (23 – 26)	20,00 ± 1,73 19 (19 – 22)	22,66 ± 5,50 23 (17 – 28)	25,00± 5,19 22 (22 – 31)	26,00 ± 3,46 28 (22– 28)	23,66 ± 4,16 25 (19 – 27)	142,00± 20,00 142 (122 -162)
Hafta da dört ve daha fazla	26,16 ± 8,40 24 (18 – 36)	21,00 ± 9,16 19 (10 – 32)	27,33 ± 7,11 28,5 (17 – 36)	29,50 ± 5,46 28,5 (23- 36)	28,5 ± 7,36 29,5 (18- 36)	24,00 ± 6,89 23 (15 – 32)	156 ± 41,64 147 (114 -208)
P*	0,489	**0,006**	0,456	0,467	0,792	**0,028**	0,171

*Test: Mann-Whitney U

Araştırmaya katılan kişilerin alkol kullanma durumuna göre SYBD alt ölçeklerinden fiziksel aktivite, stres yöntemi SYBD toplam ölçeği puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Alkol kullanmayanların sağlık sorumluluğu,

Çizelge 4.27. Araştırmaya katılan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) puan ortalamaları ile kronik hastalık durumu arasındaki ilişki dağılımı, Ankara, 2017

Kronik Hastalık Durumu	**SYBD Ölçeği ve Alt Grupları**						
	Sağlık Sorumluluğu X ± SD Median (min–max)	**Fiziksel Aktivite** X ± SD Median (min–max)	**Beslenme** X ± SD Median (min–max)	**Tinsellik** X ± SD Median (min–max)	**Kişileraras İlişkiler** X ± SD Median (min–max)	**Stres Yönetimi** X ± SD Median (min–max)	**Toplam** X ± SD Median (min–max)
Yok	23,54+ 5,65 23 (11 – 36)	18,18 + 6,03 17 (8 – 32)	23,54 + 5,07 23,5 (12 – 36)	26,75 + 4,97 27 (13 – 36)	26,48 + 5,06 27 (12 – 36)	21,07 + 4,73 21 (11 – 32)	139,35 + 26,54 136 (70 – 208)
Var	23,49 + 5,75 23 (11 – 36)	16,60 + 6,20 15,5 (8 – 32)	23,63 + 5,23 24 (14 – 36)	25,71 + 5,28 26 (10 – 36)	25,77 + 5,66 26 (12 – 36)	19,95 + 5,02 19 (10 – 32)	135,00 + 27,51 134 (68 – 208)
P*	0,962	**0,015**	0,892	0,059	0,199	**0,042**	0,161

*Test: Mann-Whitney U

Araştırmaya katılan kişilerin kronik hastalık durumuna göre SYBD alt ölçeklerinden fiziksel aktivite puanı ile stres yönetiimi puanı ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Kronik hastalığı olanların fiziksel aktivitesi, kronik hastalığı olmayanlara göre daha düşüktür.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma Ankara Sincan Devlet Hastanesi Dahilye Polikliniği'ne gelen hastaların, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını (SYBO)ölçmek için yapılmıştır. Sosyodemografik özellikler, sağlığı koruyucu bazı davranış ve alışkanlıkları içeren sorular ve SYBD-II ölçeği (52 madde) anket formu kullanılarak değerlendirilmiştir.

Hastaneye başvuran hastaların yaşı 18'den küçük 8 kişi %1,9, 18-29 yaşı olan hastalar 139 kişi %34,8, 30- 39 yaşı olanlar 90 kişi %22,7, 40-49 yaşı olanlar 70 kişi %17,7, 50-59 yaşı olanlar 60 kişi %14,9, 60 ve üstü olan hastalar 34 kişi %7,9 ve 165 Erkek %41,3 , Kadın 235 kişi %58,7 olarak ankete konulmuş evhanımı [125] ve bunu sırayla işçiler [60], serbest meslek [26], Araştırma grubunun %58,6'ı kadın, %67'i evli, en küçük yaş 15, en büyük yaş 86 olup, ortanca yaş 35'dır. Katılımcıların %17,5'i'ü üniversite mezunu.

Türkiye Obezite Araştırma Derneği tarafından yapılan "Türkiye Obezite Profili" çalışmasında obezite sıklığı %30, TURDEP-II çalışmasında da obezite sıklığı %32 bulunmuştur [167].

Bu çalışmaya katılanların BKİ %41,9'i normal, %18,5'si obez çıkmıştır.

DSÖ'ne göre dünyadaki tüm ölümlerin %60'ının kronik hastalıklara bağlı olduğu ve 2020 yılına gelindiğinde bu rakamın %75'e yükselmesinin beklendiği bildirilmektedir (WHO 2008). Türkiye'de ise ölüme neden olan ilk on hastalık içinde yedisinin kronik hastalık olduğu ifade edilmektedir [88]. 30 yaş altındaki kişilerde kronik hastalık sıklığı en düşük olup, yaşla birlikte artarak 50 yaş üzerinde %50'ye çıkmaktadır. Erkeklerde ve kadınlarda eşit sıklıkta olup, BKİ normal olanlarda kronik hastalık görülme sıklığı %26 iken, obezlerde %44'e kadar çıkmaktadır. Bu sonuç göstermektedir ki; yaş ve kilo artışı kronik hastalıklara neden olmaktadır. Bu çalışmada katılımcıların %31,2'inde kronik hastalık saptanmıştır.

Bu çalışmada hipertansiyon sıklığı %32, diyabet sıklığı %29 saptanmıştır. Türk Hipertansiyon Prevalansı Çalışması-2012 [177] ve TURDEP-II çalışması [164] sonuçlarına göre Türkiye'de Hipertansiyon sıklığı ise %30 olarak saptanmıştır. Diyabet sıklığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun 2013 yılında yaptığı "Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması"nda %11 [178], 2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasında

ise %13,7 bulunmuştur. Bu çalışmadaki hipertansiyon sıklığı TURDEP-II'den ve Türk Hipertansiyon Prevalansı Çalışması-2012'den farklı olarak daha düşük saptanmıştır. Diğer çalışmalardaki diyabet sıklığı sonuçları ile bu çalışmanın özelikle iç hastalıklar polikliniğine gelen hastalar olduğu için sonuçları arasında ise fark gözlenmiştir.

Araştırmamızda sigara kullananların sıklığı %26'dur. Sağlık Bakanlığı'nın "Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu-2010" da bu sıklık %31; "Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması-2011" de %33; "Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2011" de %30 olarak açıklanmıştır [51, 88, 171].

Araştırmamızda alkol kullananların sıklığı %7'dür. 2011 yılı Sağlık Bakanlığı "Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörlerinin Sıklığı Çalışması"na göre alkol tüketim sıklığı %13'dür [178]. Bu çalışmadaki alkol tüketim sıklığı Türkiye genelinin altında sonuç saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %88'si hiç mamografi yaptırmamıştır. TÜİK Sağlık Araştırması-2012 sonuçlarına göre Türkiye'de hiç mamografi yaptırmayanların sıklığı %80'dir [176]. Dündar ve arkadaşlarının kırsal alanda yaptığı çalışmada %84 olarak bulunmuştur [173]. Karahan A. ve arkadaşlarının ebe ve hemşirelerde yapılmış olan çalışmada ise mamografi yaptırmama %87 olarak belirlenmiştir [174]. Her üç çalışmadan daha iyi sonuç elde edilmiştir. Çalışmada 50 yaş üstü kadınlar, daha genç yaşta olanlara göre daha sık mamografi yaptırmıştır. Açıkgöz ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma ile benzerdir [172]. Araştırmaya katılan kadınların %91'ı hiç pap-smear yaptırmamıştır. Pap-smear yaptırma sıklığı yaşla korele olarak artmaktadır. TÜİK Sağlık Araştırması-2012 [176] sonuçlarına göre Türkiye'de hiç pap-smear yaptırmayanların sıklığı %78 olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre çalışmaya katılan kadınların pap-smear yaptırmama yüzdesi daha fazladır.

Dünyada ve ülkemizde sık görülen kanserlerden olan kolon kanserinde kolonoskopi ile erken tanı konulabilmekte, morbidite ve mortalite azalmaktadır. Çalışmada kolonoskopi yaptırmama sıklığı %4,3, gaitada gizli kan baktırmama sıklığı ise %5,3'dir. Bu durum sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı'nın kolonoskopi kanser tarama programına almasına rağmen farkındalık oluşturamadığını düşündürmektedir.

Her yetişkinin yılda bir kez sağlık kuruluşuna başvurarak sağlık kontrolü yaptırması önerilmektedir [46]. Düzenli sağlık kontrollerini yaptırma sağlık davranışlarını geliştirmede, kronik hastalıklardan korunmada oldukça önemli bir yer almaktadır. DSÖ ve Uluslararası Diyabet Federasyonu erken tanı için kan şekeri ölçümlerinin 2 yılda bir tekrarlanmasını önermektedir [70, 91]. Türk Kardiyoloji Derneği ve Amerikan Kalp Derneği kan basıncı normal olanların en geç 2 yılda veya daha sık olarak kan basınçlarını ölçtürmelerini önermektedir [46, 81, 82]. Kan kolesterol düzeyleri ise erkeklerde 35, kadınlarda 45 yaşından başlayarak 5 yılda bir ölçtürülmesi gereklidir [46]. Çocukluk çağından itibaren ağız-diş sağlığı ile ilgili eğitimler verilmeli, düzenli diş hekimi ziyaretlerinin 6 ay aralıklarla yapılmasının sağlanması ileri yaşlarda yaşam kalitesi ve koruyucu sağlık hizmetleri açısından önem arz etmektedir [200]. Bu çalışmada son 6 ay içinde diş hekimi kontrolü yaptıranlar %44, son 1 yıl içinde genel sağlık kontrolü yaptıranlar %5, son 2 yıl içinde kan şekeri kontrolü yaptıranlar %5, son 2 yıl içinde kan basıncı kontrolü yaptıranlar %5, son 5 yıl içinde kan kolesterol kontrolü yaptıranlar %5 olarak saptanmıştır.

Cinsiyet ile SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; bu çalışmada erkekler fiziksel aktivite ve stres yönetimi gruplarından, kadınlar ise sağlık sorumluğundan daha yüksek puan almışlardır. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların katıldığı çalışmada cinsiyet arasında fark bulunamamıştır [188]. 2010 yılında yapılan Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi çalışmasında erkek öğrenciler fiziksel aktiviteden, kız öğrenciler diğer tüm alt gruplardan daha yüksek puan almışlardır [190].

Bu sonuca göre erkek sağlık çalışanlarının daha iyi fiziksel aktivitede bulundukları ve stresle daha iyi başa çıkabildiklerini; kadın çalışanların ise sağlık sorumluluğunu daha üst düzeyde sağladıklarını söyleyebiliriz. BKİ ile SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; sadece fiziksel aktivite alt ölçek grubunda istatistiksel fark çıkmıştır. BKİ 18,49 altında ve 30 üstünde olanlarda fiziksel aktivite puanları diğer gruplara göre daha düşük saptanmıştır. Bunun nedeni bir grup aşırı zayıf olduğundan, öteki grup ise obez olduğundan dolayı fiziksel aktivite daha az yapmaktadırlar.

Medeni durum ile SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; tinsellik ve kişilerarası ilişkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır

($p<0,05$). Boşanmışlarda tinsellik ve kişilerarası ilişki puanları daha düşük bulunmuştur. Evliler bekarlara göre sadece beslenme alt grubunda daha iyi olup, diğer tüm alt gruplarda ve genel toplamda bekarlardan daha düşük puan almışlardır. Walker ve arkadaşlarının çalışmasında da evlilerin beslenme puanları bekarlara göre daha yüksek bulunmuştur [192]. Bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Meslek grubu ile SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; istatistiksel bir fark saptanmamıştır.

Aylık gelir durumu ile SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Gelir düzeyi 4000-5000 TL arasında olanlar SYBD toplam ölçeği ve tüm alt gruplarda en düşük puanı almışlardır. Koçoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, sosyoekonomik seviye yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da daha yüksek seviyede yer bulduğu saptanmıştır [194]. İlhan ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerinde yapmış olduğu çalışmada da ekonomik durumu orta ve iyi olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha iyi olduğunu tespit etmişlerdir [195]. Bizim çalışma ile diğer çalışmalarla farklılık göstermektedir. Sigara durumu ile SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Sigara kullananların sağlık sorumluluğu puanları daha düşük bulunmuştur. Yalçınkaya ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada sigara içmeyenler kişilerarası ilişkiler dışında tüm alt gruplarda ve toplamda sigara içenler göre daha yüksek puan almıştır [132]. Kaya ve arkadaşlarının kadınlara yaptıkları bir çalışmada sigara içenler ve içmeyenler arasında SYBD puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır [189].

Karakoç ve Güler'in çalışmasında öğretmenlerin sigara kullanma durumu ile sağlık sorumluluğu, beslenme ve toplam puanları arasında fark bulunmuştur [197]. Sigara ile yapılan çalışmaların hepsinde değişik sonuçlar ortaya çıkmış olsa bile sigara içme sağlık için olumsuz bir davranıştır. Bu nedenle sigara içilmemesi konusunda çalışmalar yapılmalıdır.

Alkol durumu ile SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; fiziksel aktivite, stres yönetimi ve SYBD toplam ölçeği puanları arasında fark saptanmıştır.

Alkol kullanmayanların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve SYBD toplam puanı alkol kullananlara göre daha düşük bulunmuştur. Yalçınkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada beslenme alt ölçeği alkol kullanmayanlarda kullananlara göre daha yüksek çıkmıştır [132]. Kaya ve arkadaşlarının öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi isimli çalışmada toplam ve alt grup puanları arasında fark bulunmamıştır [189]. Bu çalışmaların farklılığının nedeni alkol kullanım bildirimi eksikliği olabilir.

Kronik hastalık durumu ile SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; fiziksel aktivite ve stres alt grubunda fark saptanmıştır. Kronik hastalığı olanların fiziksel aktivitesi daha düşük bulunmuştur. Özçelik ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada kronik hastalığı olanlar fiziksel aktivite ve kişilerarası ilişki alt gruplarında daha düşük bulmuşlardır [31]. Tokuç ve Berberoğlu'nun öğretmenler arasında yaptığı araştırmanın sonuçlarında kronik hastalığı olup olmama durumuna göre anlamlı bir fark göstermemiştir [196]. Kaya ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada SYBD toplam ve alt grup puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır [189]. Karakoç ve Güler'in sınıf öğretmenlerinde yaptığı çalışmada SYBD toplam ve alt ölçek puanları incelendiğinde, kronik hastalığı olma durumu ile sağlık sorumluluğu alt ölçek puanları arasında fark bulunmuştur [197]. Kronik hastalığı olanların daha az fiziksel aktivite yaptığını düşündürmektedir. Kronik hastalıkların oluşmaması, kronik hastalığı olanların da stabil kalabilmesi için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi gerekmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma Ankara Sincan Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğine gelen hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını ölçmek için yapılmıştır.

Bu çalışma, %58,6 'ı kadın, %67'i evli olan 401 kişi hastaneye başvuran hastalara yapılmıştır. Katılımcıların yarısı normal kilolu olup, obezite sıklığı en çok ev kadınlarda görülmektedir. Yaş ilerledikçe obezite sıklığı artmaktadır. Sigara ve alkol kullanma sıklığı Türkiye genelinin altında göstermektedir.

50 yaş üzerinde olan katılımcıların yarısında kronik hastalık mevcut olup, kadın ve erkeklerde eşit sıklıkta görülmektedir. Obez sınıfında yer alanların yaklaşık yarısında da kronik hastalık saptanmıştır. En çok görülen kronik hastalık tiroid hastalığı olup, en çok hekim tarafından reçetelendirilen ilaç grubu ise antihipertansiflerdir. Kronik hastalıklardan diyabet görülme sıklığı, Türkiye geneli ile benzerlik gösterirken, hipertansiyon görülme sıklığı Türkiye geneline göre daha düşük bulunmuştur.

Katılımcıların %12'ü mamografi ve %9'ı pap-smear yaptırmış olup, çok az bir kısmı kolonoskopi (%4) ve gaitada gizli kan (%30) yaptırmıştır. Sağlık Bakanlığı erken tanı ve tarama programında yer alan bu tetkiklerin yaptırma sıklığı oldukça düşük bulunmuştur.

Katılımcıların yarısı son bir yıl içinde genel sağlık kontrolü, %44'i ise son 6 ay içinde diş hekimi kontrolü yaptırmıştır. Çoğunluğu kan basıncı, kan şekeri ve kan kolesterolü kontrolü yaptırmamışlardır. Katılımcıların %33'i Hepatit B'ye karşı aşı yaptırmış/bağışık olup, son 10 yıl içinde yaklaşık yarısı tetanoz aşısı yaptırmamıştır.

Araştırmaya katılan hastaların, SYBD ölçeğine verdikleri yanıtlara göre, toplam puan ortalaması 137,94 $\pm$26,87 olarak orta düzeyde bulunmuştur. Katılımcılar en yüksek puanı tinsellik grubuna, en az puanı ise fiziksel aktivite grubuna vermişlerdir. SYBD ölçeğine verilen yanıtlara göre;

- 30 yaş altında fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi puanları daha düşük bulunmuştur. Yaş ilerledikçe puanlar artmaktadır.

- Erkeklerde fiziksel aktivite ve stres yönetimi, kadınlarda ise sağlık sorumluğu puanları daha yüksek bulunmuştur.
- Düşük kilolu ve obezlerde fiziksel aktivite puanı daha düşük saptanmıştır.
- Boşanmışlarda tinsellik ve kişilerarası ilişki puanları daha düşük bulunmuştur.
- Çocuğu olanlarla olmayanlar arasında hiçbir fark saptanmamıştır.
- İlkokulu mezunu tüm gruplarda en düşük puanı almıştır. Eğitim seviyesi yükseldikçe puanlarda artmaktadır.
- Meslek grupları arasında hiçbir fark saptanmamıştır.
- 10 yıl ve altı çalışanlar fiziksel aktivite, beslenme ve toplamda en düşük puanı almıştır. Çalışma süresi arttıkça tüm puanlarda artış görülmektedir.
- 4000-5000 TL geliri olanlar sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi gruplarında en düşük puanı almıştır.
- Sigara kullananlarda sağlık sorumluluğu düşük bulunmuştur.
- Alkol kullanmayanlarda sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve toplam puanlar daha düşük bulunmuştur.
- Kronik hastalığı olanlarda fiziksel aktivite puanı daha düşüktür.

Günümüzde kronik hastalıkların oluşmasında en büyük etken sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tam olarak kazandırılmamasından kaynaklanmaktadır.

Bu çalışmada katılımcılara uygulanan SYBD-II ölçeğine göre en düşük puanı aldıkları fiziksel aktivitenin gelen hastalara arttırılması için çalıştıkları kurumlarda boş zamanlarında fiziksel aktivite yapabilecekleri alanlar oluşturulması, ayrıca hastaların işyerinde veya evlerinde daha dengeli ve sağlığı koruyucu beslenmenin sağlanması, stressiz yaşam ortamının sağlanması, sigara içilmemesi konusunda teşvik edilmesi ve konuya yönelik eğitim programları yapılması, sağlık hizmetlerini daha kolay alabilmelerinin sağlanması, yürütülen sağlık tarama programlarından teşvik edilmesi gerekir.

KAYNAKLAR

1. World Helth Organization. (1974). The constitution of the WHO. *Journal World Helth Organization Chronicle*, 1, 29.

2. Dickey, R.A., Janick, J.J. (2001). Lifestyle modifications in the prevention and treatment of hypertension. *Endocrine Practice*, 7(5), 392-399.

3. Yalçınkaya, M., Özer, F.G. and Karamanoğlu, A.Y. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6, 409-420.

4. O'Donnell, M.P. (2009). Definition of health promotion 2.0: embracing passion, enhancing motivation, recognizing dynamic balance, and creating opportunities. *American Journal of Health Promotion*, 24(1), iv-iv.

5. İnternet: WHO. *The World Health Report 2008,* Primary Health Care-Now More Than Ever. WHO, Geneva 2008. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fwhr%2F2008%2Fwhr08_en.pdf&date=2017-12-16, Son Erişim Tarihi: 26.01.2009.

6. World Health Organization. (2009). *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks.* Geneva: World Health Organization Press.

7. Sağlık Bakanlığı. (2007). *Türkiye hastalık yükü çalışması 2004*. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 4-40.

8. Ferguson, K.J. (1998). Health behaviour. Wallace RB. *Public Health and Preventive Medicine*, 14, 811-816.

9. İnternet: World Health Organization. Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment. WHO, Geneva 2005; p vii. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fchp%2Fchronic+disease_report%2Ffull_report.pdf&date=2017-12-16, Son Erişim Tarihi: 26.01.2009.

10. Tekirdağ Sağlık Müdürlüğü. (t.y). *Ulusal Kanser Tarama Programı*. Tekirdağ: Tekirdağ Sağlık Müdürlüğü

11. Özvarış, Ş.B. (2011). *Sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 30.

12. Güngör, İ., Hotun Şahin, N. (2006). Sağlığın geliştirilmesinde kullanılan temel davranış değiştirme kuram ve modelleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2, 6-13.

13. Zaybak, A., Fadıloğlu Ç. (2004). Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(1), 77-95.

14. Özkan, S., Yılmaz, E. (2008). Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3, 90-105.

15. Komduur, R.H., Korthals, M. and Te Molder, H. (2008). The good life: living for health and a life without risks? On a prominent script of nutrigenomics. *British Journal of Nutrition*, 101(3), 307-316.

16. Edelman, C.L., Fain, J.A. (1999). Health defined: objectives for promotion & prevention. In C.L. Edelman, C.L. Mandle. (Eds). *Health Promotion throughout the Lifespain*. Philadelphia: Mosby, 3-24.

17. Geçgil, E., Yıldız, S. (2006). Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle baş etme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 10(2), 19.

18. Ecevit Alpar, Ş.,Sabuncu, N., Şenturan, L. (2003, Eylül). *Hemşirelik yüksekokulu 1. Sınıf öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları*. 2.Uluslararası 9.Ulusal Hemşirelik Kongresinde sunuldu, Antalya, Türkiye.

19. Ayaz, S., Tezcan, S. and Akıncı, F. (2005). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2), 26-34.

20. Hayran, O., Sur, H. (1998). *Sağlık hizmetleri el kitabı*. İstanbul: Yüce Yayım.

21. Türk Dil Kurumu. (1994). *Okul sözlüğü*. Ankara: Türk Tarih Kurumu Basım Evi.

22. Morgan, C.T. (1980). Introduction to psychology (çev. S. Karakaş). *Psikolojiye giriş*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Yayınları, Yayın No: 1, 8.

23. Nolte, E., McKee, M. (Eds.). (2008). *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. New York: McGraw-Hill Education.

24. World Health Organization. (1997). WHOQOL measuring quality of life. *Programme on Mental Health.* Geneva, Switzerland.

25. Levine, R.J. (1996). Quality of life assessments in clinical trials: an ethical perspective. In B. Spılker (Ed). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (2nd edition). Philedelphia: Lippincott-Raven Publishers, 5.

26. Long, P. H. (1960). On the quantity and quality of life. *Medical Times*, 88, 613.

27. Dilbaz, N. (1996). Yaşam kalitesi: Ölçümü ve psikiyatri, *Psycho Med*, 2(1), 20-24.

28. Zorlu, F. and Müezzinoğlu, T. (2005). Üroonkolojide yaşam kalitesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences*, 1(9), 105-112.

29. Eser, E. (2004). *1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu*. 1. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda sunuldu, İzmir, Türkiye.

30. AB Avrupa Komisyonu Sağlık ve Tüketiciyi Koruma Genel Müdürlüğü. (2002). *Sağlığın iyileştirilmesi ve izlenmesi; Sağlık risklerinin önlenmesi*. Lüksemburg: AB Avrupa Komisyonu.

31. Özçelik, H. (2012). *Isparta il merkezinde görev yapan toplum öncüsü bazı meslek üyelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi tez çalışması.* Yüksek Lisans tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta.

32. Rozmus, C.L., Evans, R., Wysochansky, M. and Mixon, D. (2005). An analysis of health promotion and risk behaviors of freshman college students in a rural southern setting. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(1), 25-33.

33. Birol, L. (2004). '*Sağlık ve hastalık kavramı' hemşirelik süreci* (6. Basım). İzmir: Etki Matbaacılık.

34. Açıkgöz, K.Ü. (1996). *Maslow'un gereksinim kuramı: Etkili öğrenme ve öğretme*. İzmir: Kanyılmaz Matbaası, 193-201.

35. Pender, N.J., Barkauskas, V.H., Hayman, L., Rice, V.H. and Anderson, E. T. (1991). Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook*, 40(3), 106-12.

36. Battorf, J.L, Johnson, J.L. (1996). The effects of cognitive-persceptual factors on health promotion behavior maintanence. *Nursing Research*, 45(1), 30-36.

37. World Health Organization. (2008). *The global burden of diseases: 2004 update*. Geneva: World Health Organization, 8-22.

38. World Health Organization. (2008). The global burden of diseases, ınjuries, and risk factors study. *Operations Manual Final Draft*, 30, 69.

39. U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health.* (2nd ed.). Washington, DC: Government Printing Office, 23-44.

40. World Health Organization. (2006). Health 21- Health for All in the 21st Century. (çev. Y. Öztürk, O Günay. *DSÖ. Sağlık 21, 21. Yüzyılda Herkese Sağlık.* Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları, 61-108.

41. Kozan, O., Oguz, A., Abaci, A., Erol, C., Ongen, Z., Temizhan, A. and Celik, S. (2007). Prevalence of the metabolic syndrome among Turkish adults. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61(4), 548-553.

42. Sağlık Bakanlığı. (2001). *Herkese sağlık, Türkiye'nin hedef ve stratejileri*. Ankara: Barok Matbaacılık, 57-68.

43. Sağlık Bakanlığı. (2008). *Türkiye kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı: Risk faktörlerine yönelik stratejik plan ve eylem planı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 89-91.

44. İnternet: Sağlık Bakanlığı. *Kronik Hastalıkları Kontrol Programı.* URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.saglik.gov.tr%2FTHGM%2FBelgeGoster.aspx%3FF6E10F8892433+CFFAAF6AA849816B2EF4B9518503C732676&date=2017-12-18, Son Erişim Tarihi: 26.01.2009.

45. Tengs, T. O., Adams, M. E., Pliskin, J. S., Safran, D. G., Siegel, J. E., Weinstein, M. C. and Graham, J. D. (1995). Five-hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness. *Risk Analysis*, 15(3), 369-390.

46. Hengstler, P., Battegay, E., Cornuz, J., Bucher, H. and Battegay, M. (2002). Evidence for prevention and screening: recommendations in adults. *Swiss Medical Weekly*, 132(27-28), 363-373.

47. Sayan, İ., Tekbaş, Ö. F., Göçgeldi, E., Paslı, E. and Babayiğit, M. (2009). Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin sigara içme profilinin belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 19(1), 9-15.

48. Sarandöl, A. (2012). Nikotin bağımlılığı ve tedavi yaklaşımı. *Akciğer Arşivi*, 3(3), 129-139.

49. World Health Organization. (2008). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008. (çev. N. Bilir, H. Özcebe, D. Aslan, T. Ergüder) *DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu 2008*, Copenhagen, 7-39.

50. Onat, A. (Ed). (2009). *TEKHARF 2009: Türk halkının kusurlu kalp sağlığı sırrına ışık. tıbba önemli katkı*. İstanbul: Figür Grafik ve Matbaacılık, 19-146.

51. Sağlık Bakanlığı. (2010). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. *Türkiye Raporu Sağlık Bakanlığı*, Ankara, 15-80.

52. Hacettepe Üniversitesi. (2008). *Türkiye nüfus ve sağlık araştırması*. Türkiye: Sağlık Bakanlığı.

53. Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F. McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J. and Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*, 364(9438), 937-952.

54. Teo, K.K., Ounpuu, S., Hawken, S., Pandey, M. R., Valentin, V., Hunt, D., Diaz, R., Rashed, W., Freeman, R., Jiang, L., Zhang, X. and Yusuf S. (2006). Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *The Lancet*, 368(9536), 647-658.

55. Centers for Disease Control and Prevention (2008). Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses--United States, 2000-2004. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, *57*(45), 1226-1228.

56. Lightwood, J.M., Glantz, S.A. (1997). Short-term economic and health benefits of smoking cessation. *Circulation*, 96(4), 1089-1096.

57. Bassuk, S.S., Manson, J.E. (2008). Lifestyle and risk of cardiovascular disease and type 2 diabetes in women: a review of the epidemiologic evidence. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2(3), 191-213.

58. 5727 Sayılı Kanun: Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. (19 Ocak 2008). *Resmi Gazete*, sayı: 26761.

59. Özer, D., Baltacı, G. (2008). *İş yerinde fiziksel aktivite.* Ankara: Klasmat matbaacılık.

60. Bayrakçı Tunay, V. (2008). Yetişkinlerde fiziksel aktivite. Ankara: Klasmat matbaacılık, 2008.

61. World Health Organization. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *World Health Organization Technical Report Series*, 916, 13-91.

62. İnternet: The Secretary of Health and Human Servıces. *2008 Physical Activity Guidelines for Americans. Washington,* D.C. 20201, 1-40. URL: http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fhealth.gov%2Fpaguidelines%2Fpdf%2Fpaguide.pdf&date=2017-12-18, Son Erişim Tarihi: 26.01.2009.

63. Centers for Disease Control and Prevention. (2009). *Promoting physical activity: A guide to community action.* Champaign, IL: Human Kinetics, 15-28.

64. Sağlık Bakanlığı. (2006). *Ulusal hane halkı araştırması 2003*. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 30-59.

65. Sağlık Bakanlığı. (2004). *Sağlıklı beslenelim, kalbimizi koruyalım projesi araştırma raporu.* Ankara: Gürler Matbaası, 23-65.

66. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi. (2002, 4 Nisan). *Dünya Sağlık Günü Broşürü.*

67. Flegal, K. M., Carroll, M. D., Ogden, C. L. and Curtin, L. R. (2010). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA*, *303*(3), 235-241.

68. Erdem, Y., Arici, M., Altun, B., Turgan, C., Sindel, S., Erbay, B., Derici, U., Karatan, O., Hasanoglu, E. and Caglar, S. (2010). The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. *Blood Pressure*, 19(5), 313-318.

69. Satman, I., Yilmaz, T., Sengül, A., Salman, S., Salman, F., Uygur, S., Bastar, I., Tütüncü, Y., Sargin, M., Dinççag, N., Karsidag, K., Kalaça, S., Ozcan, C. and King, H. (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey. *Diabetes Care*, 25(9), 1551-1556.

70. World Health Organization. (2006). *Guidelines for the prevention, management and care of diabetes mellitus*. Cairo: World health organization regional office for the Eastern Mediterranean.

71. Lean, M.E.J., Han, T.S. and Morrison, C.E. (1995). Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. *The British Medical Journal*, 311(6998), 158-161.

72. Samur, G. (2002). İşçi ve işçi veriminin geliştirilmesinde beslenmenin önemi. *İş Hukuku ve İktisat Dergisi,* 7, 53-60.

73. Sağlık Bakanlığı. (2004). *Türkiye'ye özgü beslenme rehberi.* Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 23- 25.

74. İnternet: U.S. Department of Health and Human Services. (2005). *U.S. Department of Agriculture. Dietary Guidelines for Americans 2005.* 1-47. URL: http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fhealth.gov%2Fdietaryguidelines%2Fdga2005%2Fdocument%2Fpdf%2Fdga2005.pdf&date=2017-12-18, Son Erişim Tarihi: 26.01.2009.

75. Kruger, J., Ham, S. A. and Prohaska, T. R. (2009). Peer reviewed: Behavioral risk factors associated with overweight and obesity among older adults: the 2005 national health ınterview survey. *Preventing Chronic Disease*, 6(1), 14.

76. Baysal, A. (2003). Sosyal eşitsizliklerin beslenmeye etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 66-72.

77. Yücecan, S. (2008). *Optimal beslenme*. Ankara: Klasmat Matbaacılık.

78. National Institutes of Health. (2006). *Your guide to lowering your blood pressure with DASH*. Maryland: National Institutes of Health Publication.

79. World Health Organization. (2007). *Reducing salt intake in populations: report of a WHO forum and technical meeting, 5-7 October 2006,* Paris: World Health Organization.

80. Ireland, D. M., Clifton, P. M. and Keogh, J. B. (2010). Achieving the salt intake target of 6 g/day in the current food supply in free-living adults using two dietary education strategies. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(5), 763-767.

81. İnternet: Türk Kardiyoloji Derneği. Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.tkd.org.tr%2Fkilavuz%2Fk03%2F3_18530.htm%3Fwbnum%3D1103&date=2017-12-18, Son Erişim Tarihi: 15.01.2010.

82. U.S. Preventive Services Task Force. (2007). Screening for high blood pressure: US Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 147, 783-786.

83. National High Blood Pressure Education Program. (2004). *The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure.* Maryland: National Institutes of Health Publication.

84. İnternet: Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. *Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması: SALTurk Çalışması 2008.* Erişim: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.turkhipertansiyon.+org%2FUserFiles%2FFile%2Fsalt.pdf&date=2017-12-18, Son Erişim Tarihi: 15.01.2010.

85. Cherry, D.K., Hing, E., Woodwell, D.A. and Rechtsteiner, E.A. (2009). National ambulatory medical care survey: 2006 summary. *National Health Statistics Reports.* Hyattsville, 1-40.

86. Banegas, J. R., Rodríguez-Artalejo, F., de la Cruz Troca, J. J., Guallar-Castillón, P. and del Rey Calero, J. (1998). Blood pressure in Spain: Distribution, awareness, control, and benefits of a reduction in average pressure. *Hypertension*, 32(6), 998-1002.

87. Muntner, P., Gu, D., Wu, X., Duan, X., Wenqi, G., Whelton, P. K. and He, J. (2004). Factors associated with hypertension awareness, treatment, and control in a representative sample of the Chinese population. *Hypertension*, 43(3), 578-585.

88. Sağlık Bakanlığı. (2012). *Sağlık istatistikleri yıllığı-2011*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

89. İnternet: International Diabetes Federation. United Nations Resolution 61/225: World Diabetes Day. International Diabetes Federation 2007. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.idf.org%2Fwebdata%2Fdocs%2F+UNR_media_kit_0407.pdf&date=2017-12-18, Son Erişim Tarihi: 15.01.2010.

90. World Health Organization. (2006). *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation*. Paris: World Health Organization..

91. İnternet: International Diabetes Federation. Global Guideline for Type 2 Diabetes. International Diabetes Federation 2005. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.idf.org%2Fwebdata%2Fdocs%2F+GGT2D%252001%2520+Screening%2520and%2520diagnosis.pdf&date=2017-12-19, Son Erişim Tarihi: 20.01.2010.

92. Centers for Medicare and Medicaid Services. (2007). *Your guide to Medicare's preventive services*. Washington: US Department of Health and Human Services.

93. Canadian Diabetes Association. Canadian Diabetes Association 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, 32(1), 14.

94. İnternet: American Diabetes Association. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.diabetes.org%2Fdiabetes-basics%2F+prevention%2Fpre-diabetes%2Fpre-diabetes-faqs.html&date=2017-12-18, Son Erişim Tarihi: 18.01.2010.

95. Ealovega, M. W., Tabaei, B. P., Brandle, M., Burke, R. and Herman, W. H. (2004). Opportunistic screening for diabetes in routine clinical practice. *Diabetes Care*, 27(1), 9-12.

96. İnternet: American Heart Association. *Cholesterol*. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.americanheart.org%2F+presenter.jhtml%3Fidentifier%3D4488&date=2017-12-18, Son Erişim Tarihi: 20.01.2012.

97. İnternet: American Heart Association. *Blood Pressure*. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.americanheart.+org%2Fpresenter.jhtml%3Fidentifier%3D4473&date=2017-12-18, Son ErişimTarihi: 15 Ocak 2010.

98. Sox Jr, H.J. (1994). Preventive health services in adults. *New England Journal of Medicine*, 330(22), 1589-1595.

99. Centers for Medicare and Medicaid Services. (2009). *Your guide to Medicare's preventive services*. Washington: US Department of Health and Human Services.

100. National Institutes of Health. (2002). National heart, lung and blood institute Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatmentof High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report. *Evaluation, and Treatmentof High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report*, Bethesda, 02-5215.

101. European Commission. (2009). *Health Statistics -Atlas on Mortality in the European Union*. Luxembourg: Eurostat Statistical Books, 173-181.

102. Rabinovich, L., Brutscher, P.B., de Vries, H., Tiessen, J., Clift, J. and Reding, A. (2009). *The affordability of alcoholic beverages in the European Union: understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms*. Cambridge, UK: RAND Europe.

103. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü. (2006). *T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK), Aile Yapısı Araştırması 2006.* Ankara: Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 20-25.

104. Güçlü, N. (2011). Stres yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 91-109.

105. Baltaş, A., Baltaş, Z. (2012). *Stres ve başa çıkma yolları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

106. Lazarus, R. (1998). *Stresle baş çıkma, olumlu bir yaklaşım* (çev. N.H. Şahin). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 58-63.

107. Şahin, N. (1998). *Stresle başa çıkma: Olumlu bir yaklaşım* (3. Basım). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

108. Altıntaş, H., Sevencan, F., Aslan, T., Cinel, M., Çelik, E. and Onurdağ, F. (2006). HÜTF dönem dört öğrencilerinin uyku bozukluklarının ve uykululuk hallerinin Epworth Uykululuk Ölçeği ile değerlendirilmesi. *Sted*, 15(7), 114-120.

109. Farney, R.J., Walker, L.E., Jensen, R.L. and Walker, J.M. (1986). Ear oximetry to detect apnea and differentiate rapid eye movement (REM) and non-REM (NREM) sleep: screening for the sleep apnea syndrome. *Chest*, 89(4), 533-539.

110. Roth, T., Roehrs, T. A. and Rosenthal, L. (1994). Normative and pathological aspects of daytime sleepiness. *Review of Psychiatry*, 13, 707-728.

111. Braunwald, E., Fauer, A. S. and Kasper, D. L. (2001). *Harrison textbook of internal medicine* (15 edition). New York: McGraw-Hill.

112. Hidalgo, M.P., Caumo, W. (2002). Sleep disturbances associated with minor psychiatric disorders in medical students. *Neurological Sciences*, 23(1), 35-39.

113. Telman, N., Ünsal, P. (2004). *Çalışan memnuniyeti.* İstanbul: Epsilon Yayınevi, 12.

114. Silah, M. (2010). *Çalışma psikolojisi.* Ankara: Selim Kitabevi, 102.

115. Simsek, S., Akgemci, T. and Celik, A. (1998). *Davranis bilimlerine giris ve orgutlerde davranış.* Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

116. Rogers, J.D., Clow, K.E. and Kash, T.J. (1994). Increasing job satisfaction of service personnel. *Journal of services Marketing*, 8(1), 14-26.

117. Loscocco, K.A., Roschelle, A.R. (1991). Influences on the quality of work and nonwork life: Two decades in review. *Journal of Vocational Behavior*, 39(2), 182-225.

118. Erdoğan, İ. (1999). *İşletme yönetiminde örgütsel davranış*. İstanbul: Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri.

119. Clegg, A. (2001). Occupational stress in nursing: A review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 9(2), 101-106.

120. Rowden, R.W., Conine Jr, C.T. (2005). The impact of workplace learning on job satisfaction in small US commercial banks. *Journal of workplace Learning*, 17(4), 215-230.

121. Aslan, H., Aslan, R. O., Kesepara, C., Alparslan, N. and Ünal, M. (1997). Kocaeli'nde bir grup sağlık çalışanında işe bağlı gerginlik, tükenme ve iş doyumu. *Toplum ve Hekim*, 12(82), 24-29.

122. World Health Organization. (2006). *The world health report 2006: working together for health*. Geneva: World Health Organization.

123. İnternet: World Health Organization. Definitions of the health workforce data. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwho.int%2Fglobalatlas%2F+docs%2FHRH%2FHTML%2FDftn.htm&date=2017-12-18, Son Erişim Tarihi: 20.01.2010.

124. Sağlık Bakanlığı. (2013). *Türkiye sağlık insan gücü durum raporu*. Ankara: Uyum Ajans, 9-58.

125. Leistikow, B.N. (2009). Smoking and ischemic heart disease disparities between studies, genders, times, and socioeconomic strata. *Journal of Cardiovascular Translational Research*, 2(3), 267-273.

126. İnternet: National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). Health Professionals Follow-Up Study. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fclinicaltrials.gov%2Fct2%2Fshow%2FNCT00005182&date=2017-12-18, Son Erişim Tarihi: 15.11.2010

127. Warren, C. W., Jones, N. R., Chauvin, J. and Peruga, A. (2008). Tobacco use and cessation counseling: Cross-country data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005-2007. *Tobacco Control*, 17(4), 238-47.

128. Pischon, T., Girman, C.J., Rifai, N., Hotamisligil, G.S. and Rimm, E.B. (2005). Association between dietary factors and plasma adiponectin concentrations in men. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 81(4), 780-786.

129. Sağlık Bakanlığı. (2010). Türkiye'de sağlık çalışanlarının sigara içme durumları ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bakanlığı 2010 Araştırma Raporu,* Ankara.

130. Erbaycu, A. E., Aksel, N., Çakan, A. and Özsöz, A. (2004). İzmir ilinde sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları. *Toraks Dergisi*, 5(1), 6-12.

131. Dilbaz, N., Apaydın, L. (2002). Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşireler arasındaki sigara içme. *Bırakma Sıklığı ve Sigara İçme Davranışının Özellikleri, Bağımlılık Dergisi*, 3(2), 4-15.

132. İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı 2011-15. Ankara: Deniz matbaacılık; 2011. Sağlık Bakanlığı Yayın No:835. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.beslenme.saglik.gov.+tr%2Fcontent%2Ffiles%2Fobezite%2Ftuzprogram%2Ftuz_kitap.+pdf&date=2017-12-18, Son Erişim Tarihi: 17.02.2011

133. Oğuz, A., Sağun, G., Uzunlulu, M., Alpaslan, B., Yorulmaz, E., Tekiner, E. and Sarıışık, A. (2008). Sağlık çalışanlarında abdominal obezite ve metabolik sendrom sıklığı vebu durumlar hakkında farkındalık düzeyleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 36(5), 302-309.

134. Wang, Y., Rimm, E.B., Stampfer, M.J., Willett, W.C. and Hu, F.B. (2005). Comparison of abdominal adiposity and overall obesity in predicting risk of type 2 diabetes among men. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 81(3), 555-563.

135. Pasinlioğlu, T., Gözüm, S. (2008). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2), 60-68

136. Oh, K., Hu, F.B., Manson, J.E., Stampfer, M.J. and Willett, W.C. (2005). Dietary fat intake and risk of coronary heart disease in women: 20 years of follow-up of the nurses' health study. *American Journal of Epidemiology*, 161(7), 672-679.

137. Hung, H.C., Joshipura, K.J., Jiang, R., Hu, F.B., Hunter, D., Smith-Warner, S. A., Colditz, G.A., Rosner, B., Spiegelman, D. and Willett, W. C. (2004). Fruit and vegetable intake and risk of major chronic disease. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(21), 1577-1584.

138. Mukamal, K. J., Jensen, M. K., Grønbæk, M., Stampfer, M. J., Manson, J. E., Pischon, T. and Rimm, E. B. (2005). Drinking frequency, mediating biomarkers, and risk of myocardial infarction in women and men. *Circulation*, 112(10), 1406-1413.

139. World Health Organization. (2010). *Atlas of Health in Europe* (2nd edition). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 69-102.

140. Dizer, U., Görenek, L., Can, M., Coşkun, Ö., Şengül, A. and Özgüven, V. (2000). Hastane personelinde ve değişik yaş gruplarında Hepatit B virüsü infeksiyonu prevalansı. *Van Tıp Dergisi*, 7(3), 98-101.

141. Ayranci, U., Kosgeroglu, N. (2004). Needlestick and sharps injuries among nurses in the healthcare sector in a city of western Turkey. *Journal of Hospital Infection*, 58(3), 216-223.

142. Ağkoç, S. (2005). *Hekimlerde Mesleki Riskler İstanbul Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencileri Üzerinde Bir Çalışma,* Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul.

143. Minkler, M. (1999). Personal responsibility for health? A review of the arguments and the evidence at century's end. *Health Education & Behavior*, 26(1), 121-141.

144. Fişek N.H. Günümüzde halk sağlığı anlayışı. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.medinfo.hacettepe.+edu.tr%2Fders%2FTR%2FD3%2F7%2F3020.doc&date=2017-12-18, Son Erişim Tarihi: 17.02.2010.

145. Bottorff, J.L., Johnson, J.L., Ratner, P.A. and Hayduk, L.A. (1996). The effects of cognitive-persceptual factors on health promotion behavior maintanence. *Nursing Research*, 45(1), 30-36.

146. Çelik, G. O., Malak, A. T., Bektaş, M., Yılmaz, D., Yümer, A. S., Öztürk, Z. and Demir, E. (2009). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 3(3), 164-169.

147. İnternet: Ocakçı, A. *Sağlığın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü*. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fserver.karaelmas.edu.tr%2Fsaglik%2Fskg.htm&date=2017-12-18, Son Erişim tarihi: 01.11.2009

148. Pasinlioğlu, T., Gözüm, S. (1998). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2), 60-68.

149. Ajani, U. A., Lotufo, P. A., Gaziano, J. M., Lee, I. M., Spelsberg, A., Buring, J. E., Willett, W.C. and Manson, J. E. (2004). Body mass index and mortality among US male physicians. *Annals of Epidemiology*, 14(10), 731-739.

150. Manson, J.E., Willett, W.C., Stampfer, M.J., Colditz, G.A., Hunter, D.J., Hankinson, S.E., Hennekens, C.H. and Speizer, F.E. (1995). Body weight and mortality among women. *New England Journal of Medicine*, 333(11), 677-685.

151. Arslan, C., Ceviz, D. (2007). Ev hanımı ve çalışan kadınların obesite prevelansı ve SYBD'nın değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 21, 5:211-220.

152. Oberg, E.B., Frank, E. (2009). Physicians' health practices strongly influence patient health practices. *The journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 39(4), 290.

153. Frank, E. (2004). Physician health and patient care. *JAMA*, 291(5), 637-637.

154. Hash, R.B., Munna, R.K., Vogel, R.L. and Bason, J.J. (2003). Does physician weight affect perception of health advice? *Preventive Medicine,* 36(1), 41-44.

155. İnternet: Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *2009 Behavioral Risk Factor Surveillance System Questionnaire.* URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fbrfss+%2Fquestionnaires%2Fpdfques+%2F2009brfss.pdf&date=2017-12-18,

156. İnternet: World Health Organization. The WHO STEP wise approach to chronic disease risk factor surveillance (STEPS). WHO, Geneva. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fchp%2Fsteps%2Fen%2F&date=2017-12-18, Son Erişim Tarihi: 01.01.2010.

157. Spilker, B. (1995). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (2nd edition). Philedelphia: Lippincott-Raven Publishers, 363-374.

158. Rozmus, C. L., Evans, R., Wysochansky, M. and Mixon, D. (2005). An analysis of health promotion and risk behaviors of freshman college students in a rural southern setting. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(1), 25-33.

159. Esin, N. (1999). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*, 12(45), 87-95.

160. İnternet: World Health Organization. BMI classification. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fapps.who.int%2Fbmi%2Findex.jsp%3FintroPage%3Dintro_3.html&date=2017-12-18, Son Erişim tarihi: 19.02.2010.

161. Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F. and Kıssal, A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-13.

162. Deveci, S. E., Güler, H., Demet, M., Özmen, E. and Hekimsoy, Z. (2004). Elazığ Emniyet Müdürlüğü kurum hekimliği polikliniğine başvuran polislerde obezite sıklığı. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilgileri Dergisi*, 18(4), 223-228.

163. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması, Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri, Sağlık Bakanlığı . (t.y.). *Türkiye Obesite İle Mücadele Programı ve Ulusal Eylem Planı Taslağı. 3.Taslak (2008-2012).* Ankara: Sağlık Bakanlığı.

164. Nazlıcan, E., Demirhindi, H. and Akbaba, M. (2011). Adana ili Solaklı ve Karataş merkez sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,* 1(2), 5-12.

165. Kılıç, M., Çetinkaya, F. (2011). Yozgat il merkezindeki sağlık çalışanlarında sağlık sorunlar görülme durumu ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(3), 184, 194.

166. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı.* Ankara: Sağlık Bakanlığı.

167. Türk Tabipler Birliği. (2005). *Türkiye'de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup hekimde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler*. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları, 17.

168. Buğdaycı, R., Kurt, AÖ., Şaşmaz, T., Öner, S. (2007). Mersin İlinde görev yapan pratisyen ve uzman hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni,* 26(1), 32.

169. Karadeniz, G., Yanıkkerem, E., Sarıcan, ES., ve ark. (2007). Manisa İli sağlık çalışanlarında metabolik sendrom riski. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,* 2(6), 13-24.

170. Emniyet Genel Müdürlüğü. (2012). Reitox Ulusal Temas Noktası. *EMCDDA 2010 Ulusal Raporu*. Ankara.

171. Açıkgöz, A., Çehreli, R. and Ellidokuz, H. (2011). Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 25(3), 145-154.

172. Dündar, P.E., Özmen, D., Öztürk, B. and Haspolat, G. (2006). The knowledge and attitutes of breast self- examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BioMed Central Cancer,* 6, 43.

173. Karahan, A., Topuzoğlu, A. and Harmancı, H. (2001). *Hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi yapma ve mamografi çektirmeye yönelik davranışlarını etkileyen faktörler.* 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Diyarbakır: Dicle Üniversitesi, 57-59.

174. Akyüz, A., Güvenç, G., Yavan, T., Çetintürk, A. and Kök, G. (2006). Kadınların Pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi,* 48, 25-29.

175. T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). (2012). *Sağlık araştırması*. Ankara: T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu.

176. İnternet: Tüik. Sağlık Araştırması (2012)

177. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *(*2013). Türkiye kronik hastalıklar *ve risk faktörleri sıklığı çalışması*. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

178. Altun, B. ve ark. (2005). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT 1 Study). *Journal of Hypertension,* 23(10), 1817-1823,

179. Demir, İ., Kaya, S., Demirci, M., Cicioğlu Arıdoğan, B. (2006). Isparta İli sağlık personelinde Hepatit B virus seropozitifliğinin araştırılması. *İnfeksiyon Dergisi,* 20(3), 183-187.

180. İnci, M., Aksebzeci, A. T., Yağmur, G., Kartal, B., Emiroğlu, M. and Erdem, Y. (2009). Hastane çalışanlarında HBC, HCV ve HIV seropozitifliğinin araştırılması. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 66(2), 59-66.

181. Karslıgil, T., Uygur, O. (2007). Sağlık personeli ve toplumda Hepatit B virüsüne karşı oluşan doğal bagışıklık ve immünizasyonla gelişen antikor düzeylerinin araştırılması. *Gaziantep Üniversitesi Tıp Dergisi,* 1, 31-34.

182. Ayranci, U., Kosgeroglu, N. (2004). Needlestick and sharps injuries among nurses in the healthcare sector in a city of western Turkey. *Journal of Hospital Infection*, 58(3), 216-223.

183. Kosgeroglu, N., Ayranci, U., Vardareli, E. and Dincer, S. (2003). Occupational exposure to hepatitis infection among Turkish nurses: frequency of needle exposure, sharps injuries and vaccination. *Epidemiol Infect,* 132, 27–33.

184. Öncül, A., Aslan, S., Pirinççioğlu, H., Özbek, E. (2012). Determination of HBV, HCV, HIV, VDRL seropositivity and vaccination rates in Diyarbakır State Hospital workers. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29(4).

185. Ünalan, D., Şenol, V., Öztürk, A. and Erkorkmaz, Ü. (2007). Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 14(2), 101.

186. Karadeniz, G., Uçum, EY., Dedeli, Ö. and Karaağaç, Ö. (2008). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, *Türkiye Atletizm Federasyonu Preventive Medicine Bulletini,* 7(6), 497-502.

187. Güneş, G., Türkol, E. (2012). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine ihtisas yapan asistanların sağlıklı biçimi davranışları, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 19(3), 66-159.

188. Kaya, F., Ünüvar, R., Bıçak, A., Yorgancı, E., Öz, F., Kankaya, CF. (2008). Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Koruyucu Hekimlik Bülteni,* 7(1), 59-64.

189. Bozhüyük, A. (2010). *Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana.

190. Ergün, A., Erol, S. (2007). Lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Hemşirelik Forumu,* 46-51.

191. Walker, N.S., Volkan, K., Sechrist, R.K., Pender, J.N. (1988). Health promoting life styles of older adults; comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advances in Nursing Science,* 11(1), 76-90.

192. Maurer, F., Smith, C. (2000). *Community health nursing theory and practice*. Philadelphia: WB Saunders Company, 404-424.

193. Koçoğlu, D., Akın, B. (2009). Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi,* 2(4), 145-154.

194. İlhan, N., Batmaz, M. and Akhan, L. (2010). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 34-44.

195. Tokuç, B., Berberoğlu, U. (2007). Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni,* 6, 421-426.

196. Karakoç, A. (2006). *Sınıf öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi,* Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sivas.

197. Özarslan, B. (2013). *Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi,* Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

198. Çetiner, H. (2014). *Hastane Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi,* Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

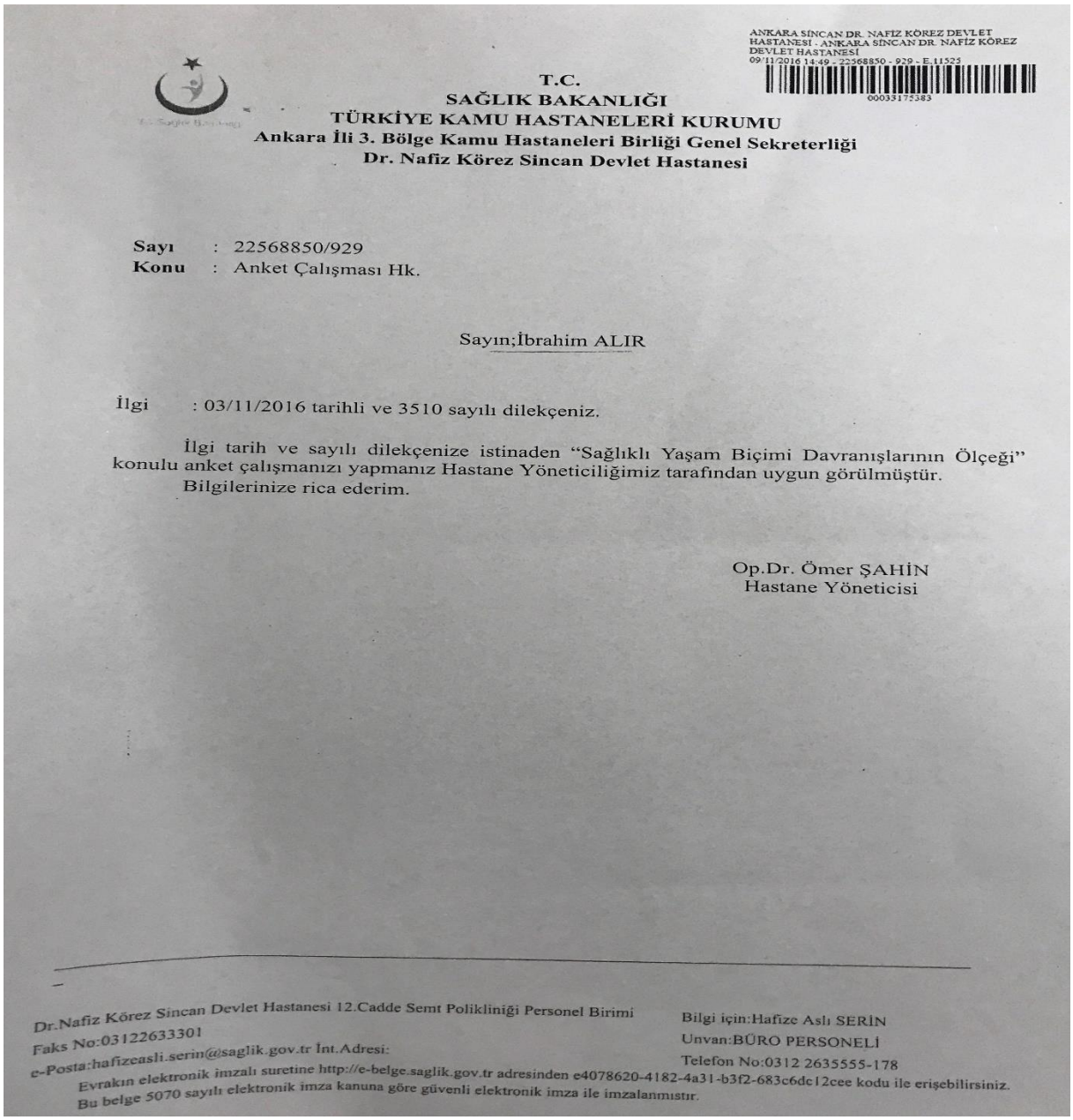
199. Güler, Ç., Eltas, A., Güneş, D., Görgen, V. A. and Ersöz, M. (2012). Malatya ilindeki 7-14 yaş arası çocukların ağız-diş sağlığının değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2, 19-24.

200. Mollahaliloğlu, S, Kosdak, M. and Eryılmaz, Z. (2010). *Sağlık istatistikleri yıllığı 2008.* Ankara: Sağlık Bakanlığı, s 33.

201. İnternet: Türk Kardiyoloji Derneği. (2008). *Ulusal kalp sağlığı politikası.* URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.tkd-online.org%2FUKSP%2FTKD_+UlusalKalpSagligiPolitikasi_Taslak.pdf&date=2017-12-16, Son Erişim Tarihi: 05.09.2017.

EKLER

EK-1. Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi'nin Araştırma Onayı



ANKARA SİNCAN DR. NAFİZ KÖREZ DEVLET HASTANESİ - ANKARA SİNCAN DR. NAFİZ KÖREZ DEVLET HASTANESİ
09/11/2016 14:49 - 22568850 - 929 - E.11525
00033175383

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi

Sayı : 22568850/929
Konu : Anket Çalışması Hk.

Sayın;İbrahim ALIR

İlgi : 03/11/2016 tarihli ve 3510 sayılı dilekçeniz.

İlgi tarih ve sayılı dilekçenize istinaden "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Ölçeği" konulu anket çalışmanızı yapmanız Hastane Yöneticiliğimiz tarafından uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

Op.Dr. Ömer ŞAHİN
Hastane Yöneticisi

Dr.Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi 12.Cadde Semt Polikliniği Personel Birimi
Faks No:03122633301
e-Posta:hafizeasli.serin@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
Bilgi için:Hafize Aslı SERİN
Unvan:BÜRO PERSONELİ
Telefon No:0312 2635555-178
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden e4078620-4182-4a31-b3f2-683c6dc12cee kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2. Anket Formu

ANKARA SİNCAN DEVLET HASTANESİ DAHİLYE POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRMESİ ANKETİ

1.SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Kaç yaşındasınız? .....
2. Cinsiyetiniz nedir?
1. Erkek 2. Kadın
3.Vücut ağırlığınız.....kg
4.Boy uzunluğunuz.....cm
5. Medeni durumunuz nedir?
1-.Evli 2. Bekar 3-Boşanmış 4-Eşi vefat etmiş 5-Evli,eşinden ayrı yaşıyor
6. Çocuğunuz var mı?
0.Hayır 1.Evet (sayısını belirtiniz)……..
7. Öğrenim durumunuz nedir?
1- Okula gitmedim
2- İlkokul mezunu 5- Üniversite mezunu
3- Ortaokul mezunu 6- Yükek lisans
4-Lise mezunu 7- Doktora
8. Mesleğiniz nedir?.....
9. Meslekte çalışma yılınız nedir? (Lütfen belirtiniz…….)
10. Gelir düzeyiniz ne kadardır?
1. 2000 TL-3000 TL 2. 3001 TL-4000 TL 3. 4001–5000 TL 4. 5000 TL'den fazla
11. Sigara kullanıyor musunuz / kullandınız mı?
0-Hayır 1-Evet,kullanıyorum.....Yıl.....Adet/Gün
2-Kullanıyordum,bıraktım.....Yıl.....Adet/Gün
12. Alkol kullanıyor musunuz / kullandınız mı
0-Hayır 1- Ayda bir veya daha az 2- Ayda 2-4 kez
3- Haftada 2-3 kez 4- Haftada 4 ve daha fazla
13 .Hekim tarafından tanısı konulmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
0-Hayır 1-Evet
A.Yüksek tansiyon
B.Şeker Hastalığı
C.Kalp Hastalığı
D.Kanser
E.Depresyon
F.Kronik akciğer hastalığı
H.Tiroid hastalığı I.Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

14.Hekim tarafından verilmiş düzenli bir ilaç kullanıyor musunuz?
0.Hayır 1. Evet (Lütfen belirtiniz…….....….....)

15. Kontrol/tedavi amaçlı diş hekimine en son ne zaman muayene oldunuz?
1.Son 6 ay içinde 2. 6 ay-1 yıl 3. 1-2 yıl 4. 2-5 yıl 5. Hiç gitmedim

EK-2. (devam) Anket Formu

16.Hastalık veya yaralanma hariç, genel bir sağlık kontrolünü en son ne zaman yaptırdınız?
1.Son 6 ay içinde 2. 6 ay-1 yıl 3. 1-2 yıl 4. 2-5 yıl **5**.Hiç yaptırmadım

18.Aşağıdaki kanser erken tanı yöntemlerinden hangi/hangilerini yaptırdınız?
17. Mamografi(kadınlar için) 2.Pap smear (kadınlar için) 3.Gaitada gizli kan (her iki cins için) 4.Kolonoskopi (her iki cins için) **5**.Hiç yaptırmadım

18. Hepatit B (sarılık) aşılarınızı tam doz (3-4 kez) yaptırdınız mı?

1. Evet 2. Hayır 3.Bağışık olduğum için yaptırmadım .4.Bilmiyorum/Emin değilim

19. Son 10 yıl içinde tetanoz aşısı oldunuz mu?

1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum/Emin değilim

20. Bu bölümde kan şekeri, kan basıncı ve kan kolesterolünüzü en son ne zaman ölçtürdüğünüz soruları yer almaktadır.Her soru için size uygun seçeneği işaretleyiniz.

	Son 6 ay içinde	6 ay-1 yıl içinde	1-2 yıl içinde	2-5 yıl içinde	Hiç ölçtürmedim
Kan şekerinizi en son ne zaman ölçtürdünüz?					
Kan basıncınızı en son ne zaman ölçtürdünüz?					
Kolesterolünüzü en son ne zaman ölçtürdünüz?					

EK-3. (devam) Anket Formu

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. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneğe çarpı atarak belirtiniz. Hiçbir zaman, bazen, sık sık ve düzenli olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir zaman	**Bazen**	**Sık sık**	**Düzenli olarak**
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı konuşurum.				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine,vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.				
5	Yeterince uyurum.				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8	Şekeri ve şeker içeren gıdaları (tatlı vb.) kısıtlı 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 tempolu egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş,bisiklete binme, aerobik, dans ve step egzersiz gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyurucu ilişkiler sürdürürüm.				
14	Her gün ekmek, tahıl, pirinç ve makarnadan toplam 6-11 porsiyon yerim.				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla, 30-40 dakika kesintisiz yürürüm.)				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
18	Geleceğe umutla bakarım.				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20	Her gün 2-4 porsiyon meyve yerim.				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili kaygılarım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme,bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.				

EK-3. (devam) Anket Formu

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26	Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim.				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				
28	Haftada en az 3 kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım.				
32	Her gün 3-4 porsiyon süt, yoğurt veya peynir yerim.				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler,tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim,asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim.)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.				
37	Başkalarına yardımcı olmak için özel bir 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.				
	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.				

Katıldığınız için teşekkür ederiz.

ÖZGEÇMİŞ



Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : ALIR, İbrahim

Uyruğu : T.C

Doğum tarihi ve yeri : 25/05/1984 Ağrı/Patnos

Medeni hali : Evli

Telefon : 05072151740

e-mail : ibrahim0813@gmail.com

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi/ Halk Sağlığı Anabilim Dalı	2018- Devam ediyor
Yüksek Lisans	Atılım Üniversitesi, Hastane İşletmeciliği	2014
Lisans	Elazığ Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu	2007
Lise	Patnos Sağlık Meslek Lisesi	2002

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2007-Devam ediyor	Ankara Sincan Devlet Hastanesi	Sağlık Memuru

Yabancı Dil

İnglizce

Yayınlar

- Alır, İ. (2017, 10 Kasım). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi Poster sunumu. 9.Uluslararası Hasta ve Çalışan Hakları Kongresinde sunuldu, Antalya, Türkiye.

Hobiler

Kitap okumak, spor yapmak, müzik dinlemek.



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR...

