



T.C.

**AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI**

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ DİYET POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

HAZIRLAYAN

Arş. Gör. Dr. Fatih Mehmet KARTAL

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Murat DEMİREZEN

AFYONKARAHİSAR- 2025

T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ DİYET POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

TIPTA UZMANLIK TEZİ
Arş. Gör. Dr. Fatih Mehmet KARTAL

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Murat DEMİREZEN

AFYONKARAHİSAR – 2025

T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI

KABUL VE ONAY SAYFASI

Tez Başlığı: Bir üniversite hastanesi diyet polikliniğine başvuran bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler

Tezi Hazırlayan : Arş. Gör. Dr. Fatih Mehmet KARTAL

Tez Savunma Tarihi : 24.04.2025

Tez Kabul Tarihi : 24.04.2025

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Murat DEMİREZEN

İş bu çalışma jürimiz tarafından HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI'nda
TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Kadriye AVCI

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Murat DEMİREZEN

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri
Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Üye

Doç. Dr. Aydın BALCI

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri
Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

ONAY

DEKAN

Prof. Dr. Necip BECİT

TEŞEKKÜRLER

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalışmam sürecinde bilgi ve tecrübesiyle bana destek olan, her daim ilgi ve yardımını esirgemeyen danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Murat DEMİREZEN'e teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Uzmanlık eğitimim boyunca ilgisiyle ve yardımıyla bana katkı sağlayan Saygıdeğer Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Kadriye AVCI'ya teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Asistanlığım boyunca desteklerini ve dostluklarını benden esirgemeyen arkadaşlarım; Uzm. Dr. Burhanettin ERDEMLİ'ye, Uzm. Dr. Ali Rıza COŞKUN'a, Arş. Gör. Dr. Uğur BÜYÜKOKUDAN'a, Arş. Gör. Dr. Mehmet MERGEN'e ve Arş. Gör. Dr. Ümmühan SAYAR'a teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan, tez yazma döneminde fedakarlık gösteren ve üzerimde büyük emekleri olan annem ve babama çok teşekkür ederim.

**Bir üniversite hastanesi diyet polikliniğine başvuran bireylerin sağlıklı yaşam
biçimi davranışları ve etkileyen faktörler**

Arş. Gör. Dr. Fatih Mehmet KARTAL

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Murat DEMİREZEN

Nisan 2025

ÖZET

Bu çalışmada bir üniversite hastanesi diyet polikliniğine yönlendirilen hastaların psikolojik iyi oluş (PİÖÖ) ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) arasındaki ilişkiyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen diğer faktörleri değerlendirmek amaçlanmıştır.

Kesitsel tipteki çalışmanın evrenini Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Diyet Polikliniğine yönlendirilen hastalar oluşturmaktadır. Veriler, 1.09.2023-31.12.2023 tarihleri arasında, araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik özellikleri içeren 10 soru, sağlıklı yaşam özelliklerine ait 12 soru, psikolojik iyi oluş ölçeğine ait 8 soru, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine ait 52 soru toplam 82 soruluk anket ile toplanmıştır. Diyet polikliniğine toplam 1502 hasta başvurmuş, %69,44 oranında katılım sağlanmıştır. Araştırmamızda tanımlayıcı istatistikler, Ki-kare, Mann Whitney-U, Kruskal Wallis-H, Post-Hoc, spearman korelasyon testleri kullanılmıştır.

Çalışmamızdaki katılımcıların yaşları 18-85 arasında değişmektedir, yaş ortalaması $44,5 \pm 15,5$ 'tür. Katılımcıların VKİ 13,2-52,8 arasında değişmektedir, VKİ ortalaması $30,0 \pm 6,2$ 'dir. Katılımcıların SYBD'den aldıkları toplam puan ortalaması $127,85 \pm 19,30$; SYBD sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması $21,55 \pm 4,64$; SYBD fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması $13,88 \pm 4,58$; SYBD beslenme alt boyutu puan ortalaması $22,47 \pm 4,29$; SYBD manevi gelişim alt boyutu puan ortalaması $25,60 \pm 4,55$; SYBD kişiler arası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması $25,62 \pm 4,40$; SYBD stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması $18,70 \pm 3,71$ puandır.

Katılımcılardan okuryazar olmayanların ilköğretim, lise, ön lisans ve lisansüstüne göre SYBD toplamı düşük bulunmuştur ($p < 0,001$). Çalışanların çalışmayanlara göre SYBD toplamı yüksek bulunmuştur ($p = 0,034$). Köyde yaşayanların diğerlerine göre SYBD toplamı düşük bulunmuştur ($p < 0,001$). Hobisi olanların olmayanlara göre SYBD toplamı yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Düzenli fiziksel aktivite yapmayanların SYBD toplamı diğerlerine göre düşük bulunmuştur ($p < 0,001$). Düzenli kahvaltı yapanların yapmayanlara göre SYBD toplamı yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$).

Sonuç olarak öğrenim durumu yüksek olanların, çalışanların, merkez ve ilçelerde yaşayanların, hobisi olanların, düzenli fiziksel aktivite ve kahvaltı yapanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Bireylere sağlıklı yaşamı arttırmaya yönelik programlar yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Sağlıklı yaşam, davranış, diyet

**Healthy lifestyle behaviors and affecting factors of individuals applying to a
university hospital diet clinic**

Fatih Mehmet KARTAL

Afyonkarahisar University of Health Sciences

Faculty of Medicine Department of Public Health Thesis

Supervisor: Murat DEMİREZEN

April 2025

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the relationship between psychological well-being (PWBS) and healthy lifestyle behaviors (HLBS) of patients referred to a university hospital diet clinic and other factors affecting healthy lifestyle behaviors.

The universe of the cross-sectional process consists of the drugs directed to the Diet Polyclinic of Afyonkarahisar Health Sciences University Faculty of Medicine Hospital. Data were collected by the researchers between 01.09.2023-31.12.2023 with a total of 82 questions, including 10 questions on sociodemographic characteristics, 12 questions on healthy living characteristics, 8 questions on psychological well-being performance, and 52 questions on the Healthy Lifestyle Behaviors Scale. A total of 1502 patients applied to the diet polyclinic, and a participation rate of, 69.44% was observed. Descriptive statistics, Chi-square, Mann Whitney-U, Kruskal Wallis-H, Post-Hoc, Spearman correlation tests were used in our research.

The ages of the participants in our study ranged from 18 to 85, with a mean age of 44.5 ± 15.5 . The participants' BMI ranged from 13.2 to 52.8, with a mean BMI of 30.0 ± 6.2 . The total mean score that the participants got from SYBD was 127.85 ± 19.30 ; the mean score of the SYBD health responsibility sub-dimension was 21.55 ± 4.64 ; the mean score of the SYBD physical activity sub-dimension was 13.88 ± 4.58 ; the mean score of the SYBD nutrition sub-dimension was 22.47 ± 4.29 ; the mean score of the SYBD spiritual development sub-dimension was 25.60 ± 4.55 ; the mean score of the SYBD interpersonal relationships sub-dimension was 25.62 ± 4.40 ; and the mean score of the SYBD stress management sub-dimension was 18.71 ± 3.71 .

Among the participants, the total SYBD of the illiterate participants was found to be lower compared to primary school, high school, associate degree and postgraduate degree ($p < 0.001$). The total SYBD of the employed participants was found to be higher compared to the unemployed ($p = 0.034$). The total SYBD of those living in the village was found to be lower compared to the others ($p < 0.001$). The total SYBD of those with hobbies was found to be higher compared to those without ($p < 0.001$). The total SYBD of those who do not do regular physical activity was found to be lower compared to the others ($p < 0.001$). The total SYBD of those who have regular breakfast was found to be higher compared to those who do not ($p < 0.001$).

As a result, those with higher education levels, those who are employed, those who live in the city center and districts, those who have hobbies, those who do regular physical activity and have breakfast have been found to have higher levels of healthy lifestyle behaviors. Programs should be developed for individuals to increase their health.

Key words: Healthy living, behavior, diet

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜRLER.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
KISALTMALAR.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlıklı Yaşam Tarihçesi	3
2.1.1. Halk Sağlığı ve Sağlıklı Yaşam Kavramı Arasındaki İlişki.....	3
2.1.2. Sağlıklı Yaşam Kavramının Gelişimi	4
2.1.2.1 Hettler'in Sağlıklı Yaşam Modeli.....	5
2.2. Sağlığın Tanımı	6
2.3. Sağlığın Korunması	6
2.4. Sağlıklı Yaşam Tanımı	7
2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	7
2.5.1. Beslenme	8
2.5.2. Fiziksel Aktivite	10
2.5.3. Sağlık Sorumluluğu	11
2.5.4. Stres Yönetimi	11
2.5.5. Kişiler Arası İlişkiler	12
2.5.6. Manevi Gelişim	13
2.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler.....	13
2.6.1 Psikolojik İyi Oluş ve Sağlıklı Yaşam Kavramı Arasındaki İlişki.....	14

3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Tipi	15
3.2. Araştırmanın Amacı	15
3.3. Araştırma Yeri ve Zamanı	15
3.4. Çalışmanın Evreni ve Örnekleme Yöntemi	15
3.5. İzinler ve Etik.....	15
3.6. Araştırmanın Hipotezleri	16
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	17
3.7.1. Bağımlı Değişkenler	17
3.7.2. Bağımsız Değişkenler.....	17
3.8. Değişkenlerin Tanımı	18
3.8.1. Bağımlı Değişkenin Tanımı	18
3.8.2. Bağımsız Değişkenlerin Tanımı.....	18
3.9. Veri Toplama Yöntemi.....	20
3.10. Veri Toplama Araçları.....	20
3.11. Ön Uygulama	22
3.12. İstatistiksel Analiz ve Değerlendirme	23
3.13. Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA.....	51
5.1. Katılımcıların PİÖÖ'dan Aldıkları Puanlar	51
5.2. Katılımcıların SYBD'dan Aldıkları Puanlar	51
5.3. Katılımcıların Yaşları ile SYBD Farkındalıkları Arasındaki İlişki	53
5.4. Katılımcıların VKİ'leri ile Sosyodemografik ve Yaşam Alışkanlığı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	53
5.4.1. Katılımcıların VKİ'leri ile Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	53
5.4.2. Katılımcıların VKİ'leri ile Alkol Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması	54

5.4.3. Katılımcıların VKİ'leri ile Kahvaltı Yapma Durumuna Göre Karşılaştırılması	54
5.4.4. Katılımcıların VKİ'leri ile Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması ...	54
5.4.5. Katılımcıların VKİ'leri ile Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	55
5.4.6. Katılımcıların VKİ'leri ile Tütün kullanma durumuna göre karşılaştırılması	55
5.5. Katılımcıların VKİ ile SYBD'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	55
5.6. Katılımcıların Cinsiyete Göre SYBD'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	56
5.7. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre SYBD'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	56
5.8. Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre SYBD'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	57
5.9. Katılımcıların Öğrenim Durumuna Göre SYBD'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	57
5.10. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre SYBD'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	58
5.11. Katılımcıların Konaklama Durumuna Göre SYBD'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	58
5.12. Katılımcıların Yaşamını Geçirdiği Yere Göre SYBD'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	58
5.13. Katılımcıların Kronik Hastalık Olma Durumuna Göre SYBD'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	59
5.14. Katılımcıların Tütün Kullanma Durumuna Göre SYBD'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	59
5.15. Katılımcıların Alkol Kullanma Durumuna Göre SYBD'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	59
5.16. Katılımcıların Hobisinin Olma Durumuna Göre SYBD'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	60

5.17. Katılımcıların Düzenli Olarak Fiziksel Aktivite Yapma Durumuna Göre SYBD'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	60
5.18. Katılımcıların Düzenli Olarak Kahvaltı Yapma Durumuna Göre SYBD'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	60
5.19. Katılımcıların PİÖÖ'i ile SYBD'lerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
6.1. Sonuçlar.....	62
6.2. Öneriler.....	64
KAYNAKLAR.....	65
EKLER.....	77
Ek 1: Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliği'nden Alınan Çalışma İzni	77
Ek 2: Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni	78
Ek 3: Sağlıklı Yaşam Biçimi Ve Davranışları Ölçeği Kullanım İzni.....	79
Ek 4: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Kullanım İzni.....	79
Ek 5: Anket Formu	80

KISALTMALAR

BKİ	: Beden kitle indeksi
BMİ	: Body Mass Index
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
PİÖÖ	: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği
SYBD	: Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Davranışları
SS	: Standart Sapma
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
WHO	: World Health Organization

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Katılımcıların Yaş, Vücut ağırlığı, Boy ve VKİ özellikleri.....	25
Tablo 2: Katılımcıların VKİ özellikleri	25
Tablo 3: VKİ ile cinsiyet, alkol, kahvaltı, çalışma durumu, medeni durum ve tütün kullanımı arasındaki ilişki.....	26
Tablo 4: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	27
Tablo 5: Katılımcıların yaşam alışkanlıklarına ait özellikler	28
Tablo 6: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğindeki bulgular.....	32
Tablo 7: SYBD ve alt boyutlarından alınan puanlar	34
Tablo 8: Katılımcıların yaşları ile SYBD farkındalıkları arasındaki ilişki.....	34
Tablo 9: Katılımcıların VKİ ile SYBD'den aldıkları puanların karşılaştırılması	35
Tablo 10: Katılımcıların cinsiyete göre SYBD'den aldıkları puanların karşılaştırılması.....	37
Tablo 11: Katılımcıların medeni durumuna göre SYBD'den aldıkları puanların karşılaştırılması.....	38
Tablo 12: Katılımcıların çocuk olma durumuna göre SYBD'den aldıkları puanların karşılaştırılması.....	39
Tablo 13: Katılımcıların öğrenim durumuna göre SYBD'den aldıkları puanların karşılaştırılması.....	40
Tablo 14: Katılımcıların çalışma durumuna göre SYBD'den aldıkları puanların karşılaştırılması.....	42
Tablo 15: Katılımcıların konaklama durumuna göre SYBD'den aldıkları puanların karşılaştırılması.....	43
Tablo 16: Katılımcıların yaşamını geçirdiği yere göre SYBD'den aldıkları puanların karşılaştırılması.....	44
Tablo 17: Katılımcıların kronik hastalığı olma durumuna göre SYBD'den aldıkları puanların karşılaştırılması.....	45
Tablo 18: Katılımcıların tütün kullanma durumuna göre SYBD'den aldıkları puanların karşılaştırılması.....	46
Tablo 19: Katılımcıların alkol kullanma durumuna göre SYBD'den aldıkları puanların karşılaştırılması.....	47
Tablo 20: Katılımcıların hobilerin olma durumuna göre SYBD'den aldıkları puanların karşılaştırılması.....	48

Tablo 21: Katılımcıların düzenli olarak fiziksel aktivite yapma durumuna göre SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması.....	49
Tablo 22: Katılımcıların düzenli olarak kahvaltı yapma durumuna göre SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması.....	50
Tablo 23: Katılımcıların Psikolojik iyi oluş ölçeği ile SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması.....	50

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Hettler’in Sağlıklı Yaşam Modeli	5
Şekil 2: Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	24

1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık kavramını sadece hastalık veya özürllülüğün olmaması değil, beraberinde fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak iyi olma durumu olarak tanımlamaktadır (1). Sağlık genelde toplumsal bir durum olarak kabul edilmektedir. Çünkü sağlık sorunları bir toplumun gelişmişlik düzeyiyle ilgili olduğu kadar sosyal yapısıyla da ilgilidir (2).

Sağlıklı yaşam, psikolojinin temel bir kavramıdır. Sadece hastalığın olmaması değil, bununla birlikte kişinin öz sorumluluk ve motivasyonuna bağlı olarak hayata en uygun şekilde entegre olup devamlılığın sağlanmasıdır (3). Sağlıklı yaşam programları kilo verme, sigarayı bırakma, beslenme ve stres yönetimi için araç görevi görmüştür (4,5). Aslında sağlıklı yaşam özünde çok kapsamlı ve sinerjik bir yapıdır (3). Myers ve arkadaşları huzurlu yaşamı “bireyin sosyal toplumda eksiksiz bir yaşam sürmesi için beden, zihnen ve ruhen bütünleşme, huzura yönelik yaşamın en iyi yolu olarak görür (6).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, hastalıkların erken teşhisinde, hastalıklardan korunmada ve tedavi sürecinin olumlu yönde ilerlemesinde ve sağlıklı durumun devam etmesinde başlıca etkindir (7). DSÖ, gelişmiş ülkelerdeki yaşam kayıplarının %70-80'inin, az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde ise %40-50'sinin kötü hayat tarzı davranışlarıyla ilişkili olduğunu belirtmektedir (8). Kötü yaşam tarzına bağlı hastalıklar ve ölümler hızla artmaktadır. Sağlıksız yaşam tarzı, dünya genelinde bütün ölümlerin %71'inden sorumlu olup, yaygın sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenip, kontrol altına alınmasının sağlık ve ekonomi üzerinde kritik bir etkiye sahiptir (9).

Sağlıklı davranışları teşvik ederek, sağlık maliyetlerinin kontrol edilebileceğine inananlar için, sağlıklı yaşam programları sağlığı bozan temel nedenlerin olumlu yönde ilerlemesi için eşsiz bir fırsat sunar. Örneğin, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri, ABD yetişkinlerinin üçte birinden fazlasının şu anda obez olduğunu düşünmektedir. Araştırmalara göre obezitenin tüm sağlık maliyetlerinin %10'unu oluşturabileceği tahmin edilmiştir (10,11).

TÜİK'in Türkiye sağlık araştırmasındaki 2023 yılında yayımlanan sağlık istatistikleri verilerine göre %3,6'sı düşük kilolu, %40,6'sı normal kilolu, %35,6'sı obez öncesi (fazla kilolu), %20,2'si obez saptanmıştır. Sağlık bakanlığının 2021

yılındaki küresel hastalık yükü çalışmasına göre bazı risk faktörlerine atfedilen 100.000 kişiye düşen DALY verilerine göre beslenmeyle ilgili riskler 1637 kişi olarak saptanmıştır. Türkiye 2017 hane halkı sağlık araştırmasına göre fiziksel aktivite durumunun yaş grubuna göre dağılımı verileri; 30-44 yaş arası %47,7 düşük fiziksel aktivite %25,8 hafif fiziksel aktivite %26,5 yüksek fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır. 45-59 yaş arası %48,0 düşük fiziksel aktivite %27,4 hafif fiziksel aktivite %24,6 yüksek fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır. 60-69 yaş arası %60,2 düşük fiziksel aktivite %24,7 hafif fiziksel aktivite %15,1 yüksek fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır. 70 yaş ve üzeri %70,6 düşük fiziksel aktivite %18,6 hafif fiziksel aktivite %10,8 yüksek fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır (12).

Bu nedenle kişilerin sağlıklarının farkında olmaları ve kendi sağlıklarını korumaya yönelik kararlar alabilmeleri gerekmektedir (13). Bu doğrultuda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bu davranışları uygulayabilme yeteneğinin geliştirilmesi gerekmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlıklı Yaşam Tarihçesi

Sağlık problemlerinin çözüme kavuşturma gayreti insanlık tarihi boyunca devam ettiği söylenebilir. Çünkü sağlık sorunları insanlığın başlangıcına kadar uzanır. Sağlıklı ve uzun yaşamak eski zamanlarda olduğu gibi günümüzde de insanının en büyük hayalidir (14).

M.Ö. 370 yıllarında Hipokrat “Vücudun, belirli bir fonksiyona sahip tüm bölümleri, eğer ölçülü bir şekilde kullanılır ve alışıkları şekilde kullanılırlarsa, sağlıklı olurlar ve yavaş yaşlanırlar. Fakat kullanılmaz ve tembel bırakılırsa hastalığa açık hale gelirler ve yetersiz gelişirler ve çabuk yaşlanırlar” (15) diyerek, vücudun her bir bölümünden en uygun şekilde faydanılması gerektiğine hatırlatmaktadır. Hipokrat batı camiasında tıbbın babası olarak kabul edilmekte ve beslenme, hayat tarzı ve çevresel değişkenlerle beraber hastalıkları önleyeceğine inan ve bunu savunan ilk hekim olduğu tahmin edilmektedir (14).

Günümüze kadar halk sağlığının daha iyi korunması ve geliştirilmesi için, toplumda bulunan en küçük birim olan bireylerin kendi yaşam biçimlerini oluşturması sağlanmalıdır. Sağlıklı bir yaşam için, sağlığı fiziken ve ruhen etkileyen tüm davranışların gözden geçirilip daha sağlıklı olmayı amaçlayan davranışlarda bulunmak gerekmektedir (16,17).

2.1.1.Halk sağlığı ve sağlıklı yaşam kavramı arasındaki ilişki

Halk sağlığı toplumda mühim görev üstlenir. Birçok kişi için sadece temel sağlık kaynağı değil, aynı zamanda yaşam kalitesini şekillendirmede de önemli bir unsurdur (18). En temel insan haklarından ve bir toplumun gelişmişlik göstergeleri içinde zaruri bir kavram sağlıklı olmaktır. Bireylerin sağlıkları kötüye gittiği durumlarda sağlığını koruma adına yaptıkları davranış paternine “sağlık davranışı” olarak ifade edilmektedir (19,20).

Kişilerin sağlığı geliştirme gayretleri sağlık davranışlarını en üst düzeye çıkarabilmeleri için önemlidir. Toplamların sağlık seviyesi sağlıklı bireylerin çoğunlukta olması ile belirlenir. Sağlıklı olma sağlığın korunması ve sürdürülmesinin yanı sıra sağlığın geliştirilmesini de kapsar (21).

Dünya Sağlık Örgütü ‘Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planı’nda altı maddeden oluşan amaçlarından birini şöyle belirtmiştir: “Bulaşıcı olmayan hastalıklar için değiştirilebilir ana risk faktörleri olan tütün kullanımını, sağlıksız beslenmeyi, fiziksel in aktiviteyi ve alkol kullanımını azaltmaya yönelik müdahaleleri teşvik etmek.” Görüldüğü üzere uygunsuz beslenme, sedanter yaşam ve sigara ve alkol başta olmak üzere madde bağımlılığı hem sağlığımızı hem de yaşam kalitemizi düşüren öncelikli risk etkenleri olarak karşımıza çıkmaktadır (22). Bu sebeple bireyler, kendi sorumluluklarını kendi almalı ve sağlıklı hayat biçimi günlük yaşama entegre etmelidir (21).

2.1.2. Sağlıklı Yaşam Kavramının Gelişimi

Günümüzde sağlıkla ilgili bütünsel bir bakış açısı kavramının kökeni binlerce yıl öncesine dayanmakta özellikle de antik medeniyetlerdeki tedavi metotlarına dayanmaktadır (14).

Sağlıklı Yaşam kavramının çağdaş anlamda kullanımı, 1950’li yıllarda Doktor Halbert L. Dunn’ın yeni bir anlayış getiren ama çok bilinmeyen ‘Yüksek Düzeyde Sağlıklı Yaşam’ (High Level Wellness) (1961) adlı çalışmasına dayanmaktadır. Dunn’ın çalışması ilk zamanlarda çok ilgi görmemiş olsa da sonraki yıllarda Dr. John W. Travis, Don Ardell, Dr. Bill Hettler gibi isimlerin de olduğu bir grup tarafından benimsenmiştir. Sağlıklı Yaşam hareketinin önde gelen kişileri olarak sayılan bu isimler, çok yönlü sağlıklı yaşam tanımlarını ve modellerini şekillendirmiş ve yoğun emek harcamışlardır. Dünyanın ilk sağlıklı yaşam merkezini ve Amerika’da ‘Ulusal Sağlık Enstitüsü’nü (National Wellness Institute) kurmuş ve ‘Ulusal Sağlıklı Yaşam Konferansı’nı (National Wellness Conference) başlatmışlardır (14).

Ottawa Sözleşmesi (23), kamu planlamaları, destekleyici sağlık ortamları, toplum eylemini artırma, kişisel becerileri geliştirme ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirme gibi hamlelerle toplum sağlığını temelde yeniden ele almıştır. Sözleşme yürürlüğe girdikten günümüze kadar dijitalleşme, yönetim yapıları, sosyoekonomik değişikliklerle beraber insanların günlük hayatları üzerinde önemli etkileri olmuştur (24). Günümüzde ise sağlıkla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında sağlıklı yaşamdan çok sağlığı geliştirme kavramının kullanıldığı görülmektedir (25). Sağlıklı yaşam tarzı sadece hastalıkların oluşmasının engellenmesi değil, aynı zamanda beden, ruhen ve sosyal olarak iyilik ve mutlulukta içermektedir (26).

2.1.2.1 Hettler'in sağlıklı yaşam modeli

Amerika'daki Ulusal Sağlıklı Yaşam Enstitüsü'nü (National Wellness Institute) kuran Dr. Bill Hettler, sağlıklı yaşamı insanların daha mutlu ve huzurlu hayata ulaşmak ve bunun farkında olarak çaba gösterecekleri aktif bir ilerleme olarak tanımlamıştır. Şekil 1'de görülen Hettler'in geliştirdiği altı boyuttan oluşan model, en çok kabul gören sağlıklı yaşam modellerinden birisidir. Bu boyutlar fiziksel (iyi egzersiz ve beslenme alışkanlıkları), manevi (kişinin anlam ve amaç arayışı), entelektüel (kişinin yaratıcı etkinlikleri), sosyal (kişinin topluma fayda sağlaması) duygusal, (kişinin duygularının farkında olması ve kabullenışı) ve mesleki (kişinin iş yaparken kişisel tatmine ulaşması) sağlıklıdır (27).

Hettler, duygusal, mesleki, fiziksel, sosyal, entelektüel ve manevi boyutları şeklinde iyilik halinin temel altı boyutunu belirlemiştir. İnsan davranışına birden fazla etkileyen faktörler ve bu faktörlerin birbirine bağımlı olduğunu belirtmiştir (28).



Şekil 1. Hettler'in Sağlıklı Yaşam Modeli (29)

2.2.Sağlığın Tanımı

Sağlık bireyler için önemli bir yere sahiptir (30). İnsan yaşamında günümüze kadar en çok öncelikli çalışmanın yapıldığı alanlarından biri olan sağlık kavramı; hayatın başlangıcından sonuna kadar en uygun iyilik halinin olması şeklinde tanımlanabilir (31).

DSÖ'nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık veya özürlülük halinin olmayışı değil, fiziken, zihnen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (32). Güncel sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, devam ettiren ve ilerleten yaklaşımını benimsemektedir. Böylece kişinin kendi sağlığı ile ilgili uygun adımlar atmasını sağlamak istenmiştir (33).

2.3.Sağlığın Korunması

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi kavramları birbirlerinin yerine kullanılabilen kavramlardır. Ancak yapılan çalışmalar bu iki kavramın birbirinden ayrı olduğunu göstermiştir. Rootman ve arkadaşları (34)'na göre sağlığın geliştirilmesi, sağlığın korunmasıyla aynı anlamalı değil birbirlerini tamamlayan durumlardır.

Alma-Ata Bildirgesinde; Temel Sağlık Hizmetleri kapsamında ve 21. yüzyılda Herkes İçin Sağlık hedeflerinin önemli bölümünde; sağlığın korunması ve geliştirilmesinde üzerlerine düşeni yapmaları için eğitim almalarının önemi üzerinde durulmuştur (35). Sağlığın korunmasının temel amacı hastalık risklerini düşürerek kişilerin sağlığının korunması iken (36), sağlığın geliştirilmesinin amacı bireyin genel sağlık durumunu, yaşam süresini ve kalitesini iyileştirmek (37) ve uygun olan sağlık davranışlarının toplumda oluşmasının sağlanmasıdır (38).

Sağlığa yönelik hizmetlerin gerçekleştirilmesinde, hastalıkları tedavi etmenin maliyeti hastalıkları oluşmadan önlemeye göre daha fazla olması nedeniyle koruyucu sağlık hizmetleri daha önceliklidir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre de bu hizmetlerin etkinliği değişiklik göstermektedir (39).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin içerdiği hizmetler; sağlık evleri, sağlık ocakları, ana- çocuk sağlığı merkezleri, çevre sağlığı birimi, halk sağlığı merkezleri, sağlıklı yaşam merkezleri, okul sağlığı, gezici sağlık birimleri ve aile sağlığı merkezleridir (40). Bu hizmetler amaçlarına göre çevresel koruyucu sağlık hizmetleri (temiz su sağlanması, katı ve sıvı atıkların uzaklaştırılması, konut sağlığı, endüstri sağlığı,

haşerelerle mücadele, hava kirliliğiyle mücadele, radyasyonla mücadele, gürültü kirliliğiyle mücadele) ve bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri (erken tanı, doğru tedavi, aşılama, ilaçla koruma, sağlıklı beslenme, sağlık eğitimi) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Çevresel sağlık hizmetleri daha çok danışmanlık ve denetim faaliyetlerini yürütürken, bireye yönelik sağlık hizmetleri doğrudan sağlık personelleri tarafından yürütülen sağlık hizmetleridir (41). Bu merkezlerde çoğu hekim hastalarına çoğunlukla sağlık tavsiyeleri verir. Mesela sigarayı bırakın, egzersiz yapın, sağlıklı beslenin gibi bu tavsiyeler sadece doktor tarafından değil aynı zamanda gazeteler, dergiler, televizyonlar ve web siteleri sağlıklı olma konusunda önerilerde bulunan diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarıdır.

Hekimler tarafından verilen bu danışmanlık ile yaşam kalitesi göstergelerinde artış ve acil servis ziyaretleri azalma olduğunu, ancak hastaneye yatış oranları arasında bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Bu durum bir sağlık danışmanı olarak rolümüzün önemli olduğuna göstermektedir (42).

2.4. Sağlıklı Yaşam Tanımı

Sağlıklı yaşam biçimi, kişinin sağlığını etkileyebilen bütün davranışlarını değerlendirmesi, riskli sağlık davranışlarını bilmesi, kendine uygun sağlık davranışını geliştirmesi olarak tanımlanmaktadır (43).

İnsanın ruhsal, sosyal ve biyo-fizyolojik açıdan kendi durumunu bilmesi durumudur. Yaş, cinsiyet, deneyimler, sosyo-kültürel yapı, inanç durumu, mesleki görevler, sağlık ve hastalığı algılamada önemli yer tutan kavramlardandır (44). Bir kişiyi sağlıklı diye tanımlamak için hem subjektif hem de objektif olarak sağlıklı olması ve hissetmesi gerekmektedir (45). Sağlığı geliştirme, insanların yaşam davranış ve tutumlarını değiştirerek en uygun sağlık durumuna geçmelerine destek olmaktır (46).

2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlıklı yaşam biçiminin tanımı, kişinin sağlığına etkileyen tüm davranışlarını yönetmesi ve günlük hayatında oluşturduğu rutinlerde sağlık durumuna uygun hareket etmesi olarak ifade edilmiştir (31). Bu kazanım, hayat tarzına bağlı oluşan hastalıkların ve bu hastalıklar yüzünden oluşan ölümlerin önlenmesi bakımından önemlidir (47).

Sağlıklı yaşam tarzı koroner kalp hastalığı, yüksek tansiyon, artrit, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve hatta kanserler dahil olmak üzere kronik hastalıkların yönetimine yönelik bütünsel bir yaklaşımı açıklayan yeni bir alandır (48).

Sağlıklı bir yaşamın devam ettirilebilmesi için kişiler, gereğini yapmalı ve alışkanlık haline getirmelidir (2). Kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetiminde olumlu sağlık davranışlarının (yani sigarayı bırakma, beslenme alışkanlıklarını düzenleme, stresle başa çıkma ve fiziksel aktivite gibi) birçok kronik hastalığın başlangıcında ve devamında önemli bir rol üstlendiği yaygın olarak kabul edilmektedir (49, 50).

Sağlık davranışının kronik hastalıkların engellenmesinde, sağlıklı yaş almada ve hastalık sırasında hayat standardının artırılmaya çalışılmasında bu davranışların hayat içerisine entegre edilebilmesi ciddi anlamda önemli olmaktadır (51). Bu durum “aktif yaşlanma” kavramının öğrenilmesiyle ve ilkelerine uyulmasıyla gerçekleşebilecektir. Bu kapsamdaki aktiviteler, bireylerin ömrünü uzatmayı, toplum içinde aktif yaşamını sürdürebilmeyi, yaşlılıkta ihtiyaçlarını karşılayabileceği sağlık düzeyinin oluşturulması amaçlamaktadır (52).

Sağlığın geliştirilmesi için bu amaç doğrultusunda düzenlenecek eğitim programlarının oluşturulması SYBD’ni belirlemekle mümkün olabilmektedir (53). Buradaki amaç sadece kişilerin tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi değil, bu davranışların devamlılık göstermesi ve alışkanlığın sağlanmasıdır (54). SYBD beslenme, fiziksel aktivite(egzersiz), sağlık sorumluluğu, stresle başa çıkma (ruh sağlığının korunması), kişiler arası ilişkiler, maneviyat, sağlıklı uyku, özbakımın düzenlenmesi, zararlı alışkanlıklardan korunma, akılcı ilaç kullanımı (uygun dozda ve sayıda ilaç kullanımı) ve sağlıklı iş yeri ortamıdır (52).

2.5.1 Beslenme

Beslenme, sağlığın sürdürülmesi, hastalıklardan korunma ve yaşamın devamlılığının sağlanması için ihtiyaç olan besin maddelerinin tüketilmesi şeklinde ifade edilmektedir. Beslenme alışkanlığı genetik sebepler, çevresel koşullar, kültürel farklılıklar gibi birçok nedene bağlıdır (55). Çevresel nedenler içerisinde en önemli yeri diyet almaktadır (56). Diyet; yağ, karbonhidrat, protein, su ve mineral gibi bütün besin maddelerini içermeli, aynı zamanda fiziksel aktivitenin azalması sonucu kalori

ihtiyacının azalacağı göz önünde tutulmalıdır (57). Diyetle; doymuş yağ asitleri içeren katı yağları, tuzu ve sindirimi güç olan besinleri azaltmak gereklidir (58).

Yeterli ve dengeli beslenme, günlük kalori ve besin maddelerinin yeterli düzeyde alınmasının yanında zorunlu besin kaynaklarının düzenli aralıklarla tüketilmesini içermektedir. Beslenme konusunda yapılmış hatalar zamanla ağır fiziksel bozukluklara neden olabilmektedir (59). Gereğinden fazla beslenme de az beslenme kadar tehlikelidir. Öncelikle bireyler vücut kitlesine uygun kiloda olmaları gerekmektedir. Vücut ağırlığının uygun seviyede kalması, alınan ve harcanan günlük kalori arasındaki dengenin sonucudur (66,67). Yetersiz beslenme, kişisel, çevresel ve birçok nedenlerden kaynaklanabilir (60). Araştırmalar, bireyin sağlıklı besinlere karşı koymasına sağlıklı beslenme alışkanlığının yardımcı olabileceğini (61) ve bu davranış alışkanlığının kazanılmasıyla beraber bunu destekleyen bir ortamın olmasıyla beraber devam edeceğini belirtmektedir. (60).

Yapılan araştırmalardaki sonuçlarda obezitenin genç yaşlardan itibaren ortaya çıkabileceğini göstermekte (62-64) diğerleri ise yetişkinliğe geçiş yaptığı dönemde sağlıklı beslenme davranışların daha yaygın halde görüldüğü bir zaman olduğunu belirtmektedir (65). Yeni yetişkin olan bireyler bağımsızlıklarının gelişmesi ve öz yeterliliklerinin artması nedeniyle sağlıklı beslenme alışkanlıkları edinmesini teşvik etmek ve desteklemek için önemli bir zamandır (66). Güncel çalışmalar, bu zamanlarda yetersiz beslenme alışkanlıklarındaki bozukluk ile obezite arasındaki ilişki olduğunu ve müdahale etmek için en uygun zaman olabileceğini göstermektedir (65,67-71).

Ülkeler arasında meyve ve sebze tüketimi bakımından önemli ekonomik, sosyal ve tarımsal faktörlere bağlı farklılıklar bulunmaktadır (72). Ailelerin, sosyal çevrenin ve toplumun sağlık uygulamalarının benimsenmesinde etkisi çok önemli olabilir. Obezite ve diğer beslenmeyle alakalı hastalıklarla ilgili destek ve müdahalenin oluşturabileceği sosyoekonomik artılarını anlamak önemlidir (73). Genel olarak sağlıklı beslenme, genç yaşlardan itibaren öğretilmeli ve yetişkinliğe yeni girmiş bireylere sağlıklı besinlerin tercih edilmesi hususunda doğru destek ve bilgi sağlanmalıdır (74).

2.5.2 Fiziksel Aktivite

Egzersiz ve fiziksel aktivite, bireylerin kas ve iskelet fonksiyonlarını kullanarak fiziksel olarak uyumun sağlandığı ve fitness kavramıyla bağdaştırıldığı bir süreçtir. Fitness, bedenin fiziksel hareketlerle sakatlık oluşturmada fiziksel uygunluğun gerçekleştirilmesini ifade eder. Fiziksel uygunluk ise yapılan aktivitenin enerjik ve yeterli seviyede kas işinin oluşturulabilmesi olarak tanımlanır (75).

Performans bileşenleri olarak hız, güç, çeviklik, denge ve koordinasyon; sağlık için uygunluk bileşenleri ise düzgün postür, kalp ve solunum fonksiyonu, hormonal regülasyonlar söylenebilir. (76). Sağlık personelleri, düzenli olarak fiziksel aktivitenin sağlığı düzeyini artırdığını ve hastalıkları önlemek için faydalı olduğunu vurgularlar (77). Egzersiz yapmanın birden çok artıları bulunur; mesela kas gücü, eklem hareketliliği, vücut esnekliği ve kilo kontrolünü artırır. Ayrıca, yaşam kalitesini ve süresini artırırken kişilerin kendilerini daha zinde olmasına, sosyalleşmesine olumlu katkıları olmaktadır (78).

Yaşlıların egzersiz yapmasıyla kas gücü artışı, kan dolaşımında artış, sindirimin düzenli çalışması, kemikler güçlenmesi, düzgün postür oluşumuyla beraber ayrıca enerjik ve neşeli olur, kendine güven hissinin artmasıyla toplumsal ilişkiler daha olumlu hale gelir (58). Yaşlılıkta önemli sorunlardan olan sedanter yaşamla birlikte kasların güçsüzlüğü ve sertleşmesine bağlı olarak ciddi sağlık sorunları olabilmektedir (57). Uzun süredir hareketsiz kalan kişilerde beden ve zihnen düşüklük görülmektedir. Bu hareketsiz kalma durumu hastalıktan dolayı ve yatalak olma durumuna da bağlı olabilir. Günlük aktiviteler vücut ağırlığında görülen değişikliklerde belirleyici olmaktadır. Bunun için her gün en az bir saat ev işi, kısa mesafelere araç yerine yürüyerek gitme, küçük paketler taşıma, asansör yerine merdiven kullanma gibi fırsatlar yaratılmalıdır (58).

Prospektif bir epidemiyolojik çalışmada, metabolik olarak sağlıklı obez bireylerin sağlıklı obez akranlarına göre herhangi bir nedene bağlı, ölümcül olmayan ve ölümcül kardiyovasküler hastalık ve kanser riski daha düşük bulunmuş; metabolik olarak sağlıklı obez olan kişiler ile normal bireyler arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (79). Yapılan araştırmalar fiziksel aktivitenin normal kilolu ve fazla kilolu kişilerde genel yaşam kalitesi, beyin sağlığı, zihinsel, hafıza, uyku ve kaygı gibi diğer sağlık göstergelerini olumlu etkilediğini göstermektedir (80-85).

2.5.3 Sağlık Sorumluluğu

Kişilerin sağlıklarından sorumlu oldukları düşünce, kamu sağlığı ahlaki ve özellikle az sayıdaki sağlık kaynaklarının eşit dağıtımı ile alakalı akademik yayınlarda fazlasıyla tartışılmıştır. (86–93) Kişisel sağlık sorumluluğuna yapılan eleştiriler, politikacıların dikkatini çekmiştir. Birleşik Krallık, İsveç ve Almanya gibi Avrupa ülkeleri ve bazı ABD eyaletlerindeki Medicaid programları (düşük gelirli bireyler için devlet tarafından desteklenen sigorta planı), bireylerin kendi sağlıklarından bir yere kadar sorumlu tutmalarına dayanan politikalar oluşturmuşlardır (94–98). Bu politikalar çeşitli şekillerde olabilir. Hayat tarzı değiştirmeyi hedefleyerek hastalıklarının yükünü azaltmak için bireyin sağlık sorumluluğundaki önemini belirtir (99). Mesela Birleşik Krallık'taki gibi ameliyat olmayı sigarayı bırakmaya veya kilo verme şartına bağlamak gibi (100). Bunlarla beraber Almanya ve İsveç'teki politika önerileri, hastaların bekleme sırasında daha düşük öncelik verilebileceğini veya kendi sağlık sorumluluğundan kaynaklandığı kabul edilirse daha fazla katkı ödemeleri istenebileceğini önerilmiştir (95-101).

Sorumluluk; bireyin kendi davranışlarının sonuçlarını kendi üzerine almasıdır. Sağlık sorumluluğu ise bireyin kendi sağlığını koruma ve geliştirme davranışlarını uygulayabilmesidir. (102). Sağlık sorumluluğu bunlarla beraber bireyin kendi sağlık bilgisinin varlığından haberdar olması ve gerektiğinde bir uzmana başvurmasını da ifade etmektedir (103). Toplumdaki kişilerin kendi sağlık sorumluluğunu aldıkları ve yaşam tarzında olumlu yönde değişikliğe gittiği takdirde birçok sağlık sorunu engellenebilir. Sonuç olarak toplumun sağlık düzeyi artar. (104)

2.5.4 Stres yönetimi

Stres sözcüğü en geniş kapsamda birey-çevre ilişkisinde kişinin uyumunu bozan, sınırlarını zorlayan durum olarak betimlenir. (105) Hayatın bir gerçeği olan stres kavramı çoğunlukla olumsuz bir şey olarak düşünülür. Fazla stres insana ciddi sorunlar yaratabilir ancak stresin olumlu bir yanı da vardır. Kişiye göre değişebilen ama belirli dozda stres, insan kimyasının olumlu bir özelliğidir. Bu durum fiziksel ve ruhsal olarak olgunlaşmaya neden olabilmektedir. Olumlu ve olumsuz stres arasındaki fark, stresle nasıl baş edebildiğine bağlıdır (106). Stres ve uyarıcı arasında çok ince bir çizgi vardır. Uyarıcı da kişide bir tepkiye yol açan herhangi bir şeydir (107).

Uyarıcının stres oluşturması için rahatlık eşiğini aşıp, vücud dengesini bozması gerekir. Vücud tekrar dengeye gelebilmek için bir uyum süreci başlatır (108). Sonuç olarak, vücudun sürekli olarak stres halinde kalması sistemlerin yıpranmasına neden olmakta ve hastalanma tehlikesini ortaya çıkarmaktadır (107). Bu durum hem ruh hem de beden sağlığı yönünden negatif sonuçlar doğurabileceği için stresle baş etmenin yöntemini öğrenip uygulanması çok önemlidir. Bu yöntemler, stres nedenlerini ortadan kaldırmak ya da stresi kontrol altına almak ve duygusal tepkileri güçlendirmektedir (106).

Stres Yönetiminde DKBY (Değiştir-Kabul Et-Boş ver-Yaşam Tarzını Yönet) Modeli: Bu modelin son safhasında ‘yaşam tarzı yönetimi’dir. Stresi yönetmeye kararlı olmak, bireyin fiziksel ve ruhsal hayat kalitesini yükseltmeye karar vermesi anlamına gelmektedir. Braham’ın geliştirdiği DKBY, kişilerin stresi kontrol altına almaları ve idare etmeleri için geliştirilen dört aşamalı bir modeldir. (109).

İlk adım olan D (Değiştir), mümkünse, içinde bulunduğunuz olumsuz durumu değiştirmektedir.

İkinci adım, K (Kabul et)’dir. Kontrol edemeyeceğiniz durumlarla karşılaşabilirsiniz. Bu adımda, şartları fkelenmeden kabul etmeyi ve olumlu yaklaşımınızı kaybetmemeyi bilmelisiniz.

nc adım olan B ‘Boşver’i anlamına gelmektedir. Boş vermek zihinsel ve ruhsal açıdan işe yarayan kuvvetli bir yöntemdir. Değiştiremeyeceğimiz durumları kontrol etmeye çalışmak bizi kontrol takıntısına götürür. Bu durum da strese neden olur.

Dördüncü adım ise, Y, ‘yaşam tarzını yönet’dir. Bu adımda egzersiz, beslenme ve duygusal destek yoluyla, ilerde stres oluşturabilecek unsurlarla bugünden mücadele etmeyi sağlar. (109).

2.5.5 Kişiler Arası İlişkiler

Kişilerarası ilişkiler, başka şahışlarla olan iletişimdir. İletişim düşünceleri ve duyguları paylaşmayı içerir. İnsanlar yapısı gereği sosyaldir. Fakat gelişmiş ülkelerdeki yaşam tarzı sosyal ilişkilerin niceliğini ve niteliğini büyük oranda azaltmaktadır. Buralarda yaşayan birçok insan artık geniş ailelerde veya birbirlerine yakın yerlerde yaşamamakta ve her grubundan insan yalnız yaşıyor. Bazı uzmanlar sosyal izolasyonun insan sağlığı için olumsuz olduğunu ve daha az sosyal ilişkisi olan

kişilerin daha fazla sosyal ilişkisi olanlara göre yaklaşık daha erken öldüğünü göstermektedir. Araştırmacılar, bireylerin ölüm oranlarına ilişkin verileri sosyal ilişkilere bağlı olarak sağlayan 148 prospektif çalışmaya göre, Ortalama Odds Ratio'nin 1,5 olduğunu belirttiler. Yani, daha fazla sosyal ilişkileri olan kişilerin, daha zayıf sosyal ilişkileri olanlara göre %50 daha fazla sağkalım olasılığı vardır (110).

2.5.6 Manevi gelişim

Maneviyat çoğunlukla ikiye ayrılır. Birincisi, dini maneviyat tanımlanabilir (111). Diğeri ise varoluşsal maneviyat, kişilerin yaşamlarının anlam ve değere sahip olduğunu anladıkları bir dünya görüşü veya bakış açısına atıfta bulunur (112). Maneviyat pozitif ve güzel özelliği intihar davranışını, depresif belirtileri ve umutsuzluğu azalttığı belirtilmiştir. Maneviyat kişinin negatif psikoloji içerisinde olmasını azaltmayı ve sosyal izolasyona karşı koruyucu bir rol oynar (113).

2.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler

Sağlık davranışı bireyin kendi durumundan, ebeveynlerinden, yaşadığı toplumun kültüründen etkilenir (114). Tip 2 diyabet, kanser, obezite, yüksek tansiyon, kardiyovasküler hastalıklar gibi birçok kronik hastalık yaşam biçimi davranışlarının etkisiyle oluşur (115).

2017 yılında DSÖ ve Sağlık Bakanlığı tarafından, Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıkların prevalans çalışması ve risk faktörlerini saptamak amacıyla gerçekleştirilen insidans çalışmasında, bulaşıcı olmayan hastalıkların Türkiye’deki tüm ölümlerin %87,5’inden sorumlu olduğu ve bulaşıcı olmayan hastalıkların herhangi birinin neden olduğu erken ölüm olasılığının 2015 yılında %16,8 olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmanın sonuçlarına göre; katılımcıların yarısından biraz fazlası (%51,2) bulaşıcı olmayan hastalıklar için 3 veya daha fazla risk faktörüne sahip olduğu, %31,5’i aktif tütün, %8’inin aktif alkol kullanımı olduğu, %87,8’i günde 5 porsiyondan daha az meyve ve/veya sebze tükettiği, %40’ının yeterli fiziksel aktivitede bulunmadığı, %64,4’ünün aşırı kilolu olduğu, %27,7’sinin yüksek kan basıncına sahip olduğu belirtilmiştir. Bu veriler, olumsuz sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının neden olabileceği ciddi hastalıkların, ülkemiz için ne kadar ciddi bir sağlık durumu olduğunu göstermektedir (116).

2.6.1 Psikolojik iyi oluş ve sağlıklı yaşam kavramı arasındaki ilişki

2022 yılında Litvanya da yapılan 10 yıllık takip çalışmasına göre sağlıklı yaşam tarzı davranışları seviyeleri 10 yıllık takipten sonra daha yüksek psikolojik iyi oluş ile ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmaya göre erkeklerde hiç sigara içmeyenler ve kadınlarda sigarayı bırakmış olanlar, sigara içenlere kıyasla sırasıyla %43 ve %67 oranında daha yüksek psikolojik iyi oluşa sahip olduğu görülmektedir. Kadınlarda fiziksel aktivite ve hem kadın hem erkeklerde yüksek sosyal aktivite, daha yüksek psikolojik iyi oluş ile pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır. Daha sık taze sebze ve meyve tüketimi, bu tür yiyeceklerin daha az sıklıkta tüketilmesine kıyasla daha yüksek psikolojik iyi oluş oranlarıyla ilişkilendirilmiştir. Sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının sayısının artması ile daha yüksek psikolojik iyi oluş arasındaki doz-cevap ilişkisi hem erkeklerde hem de kadınlarda belirlenmiştir (117).

Psikolojik iyi oluşu hedefleyen kişiselleştirilmiş yaklaşımlar sağlıklı yaşam davranışlarıyla beraber sürdürülebilir kilo kaybını kolaylaştırmak için etkili olabilir. Bu ön hipotezi doğrulamak ve daha fazla kişiselleştirilmiş bir psikolojik iyi oluşun sürdürülebilir kilo kaybını destekleyip desteklemediğini araştırmak için gelecekte yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir (118).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada bir üniversite hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının ÜESD farkındalık düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek ve ÜESD hakkında farkındalıklarının artırılması amaçlanmıştır.

3.3. Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırma Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılmıştır. Veriler anket yöntemiyle 01.09.2023-31.12.2023 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.4. Çalışmanın Evreni ve Örneklem Yöntemi

Çalışmanın evrenini, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi diyet polikliniğine 01.09.2023-31.12.2023 tarihleri arasında başvuran hastaların tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. 01.09.2023-31.12.2023 tarihleri arasında toplam 1502 hasta başvurmuştur. Başvuran hastalar Endokrinoloji, Genel cerrahi, Genel dahiliye, Nefroloji ve Kardiyoloji polikliniklerinden 1043 kişi anketi cevaplamıştır. %.69,44 oranında katılım sağlanmıştır.

3.5. İzinler ve Etik

Araştırma öncesinde Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden izin (EK-1) alınmıştır. Daha sonra Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (07.07.2023 tarih 2023/293 sayılı karar) (EK-2) izin alınmıştır. Uygulama sırasında katılımcılara çalışmanın amacı açıklanmış ve kişisel bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilmiştir. Gönüllü olanlar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Hipotezleri

Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin SYBD ölçeği ile yaş arasında ilişki vardır.

Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin VKİ ile cinsiyetine göre farklılık göstermektedir.

Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin VKİ ile alkol kullanım durumuna göre farklılık göstermektedir.

Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin VKİ ile kahvaltılı yapma durumuna göre farklılık göstermektedir.

Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin VKİ ile çalışma durumuna göre farklılık göstermektedir.

Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin VKİ ile medeni durumuna göre farklılık göstermektedir.

Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin VKİ ile tütün kullanım durumuna göre farklılık göstermektedir.

Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin SYBD ölçeği ile VKİ'ne göre farklılık göstermektedir.

Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin SYBD ölçeği ile cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.

Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin SYBD ölçeği ile medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin SYBD ölçeği ile çocuk olma durumuna göre farklılık göstermektedir.

Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin SYBD ölçeği ile öğrenim durumuna göre farklılık göstermektedir.

Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin SYBD ölçeği ile çalışma durumlarına göre farklılık göstermektedir.

Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin SYBD ölçeği ile konaklama durumuna göre farklılık göstermektedir.

Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin SYBD ölçeği ile yaşamını geçirdiği yere göre farklılık göstermektedir.

Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin SYBD ölçeği ile kronik hastalığı olma durumuna göre farklılık göstermektedir.

Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin SYBD ölçeği ile tütün ve tütün ürünlerini kullanma durumuna göre farklılık göstermektedir.

Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin SYBD ölçeği ile alkol kullanma durumuna göre farklılık göstermektedir.

Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin SYBD ölçeği ile hobilerin olma durumuna göre farklılık göstermektedir.

Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin SYBD ölçeği ile düzenli olarak fiziksel aktivite yapma durumuna göre farklılık göstermektedir.

Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin SYBD ölçeği ile düzenli olarak kahvaltı yapma durumuna göre farklılık göstermektedir.

Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin SYBD ölçeği ile psikolojik iyi oluş durumuna göre farklılık göstermektedir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkeni bir tanedir; Bir üniversite hastanesinde diyet polikliniğe başvuran bireylerin SYBD düzeyleridir.

3.7.2. Bağımsız Değişkenler

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Yaş

Cinsiyet

Vücut ağırlığı

Boy

Medeni durum

Öğrenim durumu

Çocuğu olma durumu

Mesleği

Konaklama durumu

Yaşamını geçirdiği yer

Kronik hastalıkları olma durumu

Uyku saati

Sağlık durumu
Tütün kullanıma durumu
Alkol kullanma durumu
Hobilerin olma durumu
Sağlıkla ilgili bilgilerin kaynak durumu
Yemeğin tadına bakmadan tuz atma durumu
Hangi poliklinikten yönlendirildiği
Ailede sağlık çalışanının olma durumu
Düzenli olarak fiziksel aktivite yapma durumu
Düzenli olarak kahvaltı yapma durumu
Psikolojik İyi Oluş Durumu

3.8. Değişkenlerin Tanımı

3.8.1. Bağımlı Değişkenin Tanımı

3.8.1.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği: Sağlık davranışları, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” ile toplanmıştır. Ölçek, Walker ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilmiş (43), 1996 yılında tekrar düzenlenmiştir (119). Ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik Bahar ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır (103).

Ölçek toplam 52 maddeden oluşmuş olup 6 alt faktörü vardır. Alt gruplar, 6,12,18,24,30,36,42,48 ve 52 maddeler manevi gelişimi, 3,9,15,21,27,33,39,45 ve 51 sağlık sorumluluğu, 4,10,16,22,28,34,40 ve 46 fiziksel aktivite, 2,8,14,20,26,32,38,44 ve 50 beslenme, 1,7,13,19,25,31,37,43 ve 49 kişilerarası ilişkiler, 5,11,17,23,29,35,41 ve 47 stres yönetimi alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Derecelendirme 4’lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir.

3.8.2. Bağımsız Değişkenlerin Tanımı

Yaş: Yıl olarak sorgulanmıştır. Ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum olarak sunulmuştur.

Cinsiyet: Kadın ve erkek olmak üzere iki grupta sorgulanmıştır.

Vücut ağırlığı: Ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum olarak sunulmuştur.

Boy uzunluğu: Ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum olarak sunulmuştur.

Medeni durum: Evli ve bekar olmak üzere iki grupta sorgulanmıştır.

Öğrenim durumu: Okuryazar değil, okuryazar, ilköğretim, lise, ön lisans, lisans, lisans ve üstü olmak üzere altı grupta sorgulanmıştır.

Çocuğu olma durumu: Evet ve hayır olmak üzere iki grupta sorgulanmıştır

Meslek durumu: İşçi, memur, çiftçi, öğrenci, esnaf, ev hanımı, emekli, herhangi bir işi yok ve diğer (serbest meslek) olmak üzere dokuz grupta sorgulanmıştır.

Konaklama durumu: Evde, ailemle, yalnız yaşıyorum, arkadaşlarımla ve diğer (yurt, otel, vb.) olmak üzere dört grupta sorgulanmıştır.

Yaşamını geçirdiği yer: Şehir merkezi, ilçe merkezi ve köy/kasaba olmak üzere üç grupta sorgulanmıştır.

Kronik hastalık olma durumu: Kronik hastalığın var ya da yok olmasına göre iki kategoride değerlendirilmiştir. Kronik hastalığı olanlardan hastalığının ne olduğunu belirtmesi istenmiştir.

Günlük uyku süresi: Saat olarak sorulmuştur.

Genel sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri: Katılımcılara genel sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri sorulmuş; iyi, orta ve kötü olmak üzere üç kategoride sorgulanmıştır.

Tütün kullanma durumu: Evet, hayır ve bıraktım olmak üzere üç grupta sorulmuştur.

Alkol kullanma durumu: Evet ve hayır olmak üzere iki grupta sorgulanmıştır.

Hobilerin olma durumu: Evet ve hayır olmak üzere iki grupta sorgulanmıştır.

Sağlıkla ilgili bilgilerin kaynak durumu: Aile, arkadaş ve çevremdekilerden duyduklarımdan, görsel ve yazılı medyadan (tv, gazete), internet, sağlık profesyonellerinden ve bilimsel makalelerden olmak üzere beş grupta sorgulanmıştır.

Yemeğin tadına bakmadan tuz atma durumu: Evet ve hayır olmak üzere iki grupta sorgulanmıştır.

Yönlendirildiği poliklinik: Endokrinoloji, genel cerrahi, genel dahiliye, nefroloji ve kardiyoloji olmak üzere beş grupta sorgulanmıştır.

Ailede sağlık çalışanının olma durumu: Evet ve hayır olmak üzere iki grupta sorgulanmıştır.

Düzenli olarak fiziksel aktivite yapma durumu: Yapmıyorum, haftada 1-2 kez, haftada 3-4 kez, haftada 5'ten fazla olmak üzere dört grupta sorgulanmıştır.

Düzenli olarak kahvaltı yapma durumu: Evet ve hayır olmak üzere iki grupta sorgulanmıştır.

Psikolojik durumuyla ilgili özellikler

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği: Sekiz maddeden oluşan Psikolojik İyi Oluş Ölçeğinin maddeleri kesinlikle katılmıyorum (1), katılmıyorum (2), Biraz katılmıyorum (3), kararsızım (4), biraz katılıyorum (5), katılıyorum (6) ve kesinlikle katılıyorum (7) şeklinde 1–7 arasında cevaplanmaktadır. Bütün maddeler olumlu şekilde ifade edilmektedir. Puanlar 8 (tüm maddelere kesinlikle katılmıyorum cevabı verilirse) ile 56 (tüm maddelere kesinlikle katılıyorum cevabı verilirse) arasında değişmektedir. Yüksek puan kişinin fazla psikolojik güce sahip olduğunu gösterir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik Telef ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılmıştır (120).

3.9. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verileri 1 Eylül 2023- 31 Aralık 2023 tarihleri arasında araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu kullanılarak toplanmıştır. Anket formu (EK-3) 82 sorudan oluşmaktadır.

3.10. Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik özellikleri içeren 10 soru, yaşam alışkanlıkları özelliklerine ait 12 soru, psikolojik iyi oluş ölçeğine ait 8 soru ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine ait 52 soru toplam 82 soruluk anket kullanılarak toplanmıştır.

3.10.1. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği: Sekiz maddeden oluşan Psikolojik İyi Oluş Ölçeği olumlu ilişkilerden yeterlik hislerine, anlamlı ve amaçlı bir yaşama sahip olmaya kadar insan fonksiyonunun önemli öğelerini tanımlamaktadır. Diener ve arkadaşları 2009 yılında ölçeğin ismini önce Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (Psychological Well-Being Scale) olarak adlandırmışlardır. Fakat daha sonra ölçeğin ismini iyi oluşun içeriğini daha doğru bir şekilde yansıtaı düşünölen “Flourishing Scale” şeklinde

değiştirmişlerdir (121). Bu araştırmada “Flourishing” kelimesinin tam olarak Türkçe karşılığı bulunamadığından dolayı ölçeğin ismi “Psikolojik İyi Oluş Ölçeği” olarak kullanılmıştır. Psikolojik İyi Oluş Ölçeğinin maddeleri kesinlikle katılmıyorum (1) ile kesinlikle katılıyorum (7) şeklinde 1–7 arasında cevaplanmaktadır. Bütün maddeler olumlu şekilde ifade edilmektedir. Puanlar 8 (tüm maddelere kesinlikle katılmıyorum cevabı verilirse) ile 56 (tüm maddelere kesinlikle katılıyorum cevabı verilirse) arasında değişmektedir. Yüksek puan alan kişinin çok fazla psikolojik güce sahip olduğunu gösterir. Üniversite öğrencileri ile yapılan geçerlik çalışması sonucunda ölçeğin tek faktörden oluştuğu ve toplam açıklanan varyansın %53 olduğu saptanmıştır. Ölçek maddelerinin faktör yükleri .61 ile .77 arasında değişmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .87 olarak bulunmuştur. Ölçek psikolojik iyi oluşun yönleri ile ilgili ayrı ayrı ölçümler sağlamasa da o önemli olduğuna inandığımız olumlu işlevler ile ilgili genel bir bakış sağlamaktadır.

Türkçe geçerlik ve güvenirlik Telef ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılmıştır (120). Bu çalışmada açımlayıcı faktör analizi sonucunda toplam açıklanan varyansın %42 olduğu ve maddelerin tek faktör altında toplandığı saptanmıştır. Benzer ölçek geçerliliği için Psikolojik İyi Oluş Ölçekleri ve İhtiyaç Doyumu Ölçeği kullanılmıştır. Psikolojik İyi Oluş ile Psikolojik İyi Oluş Ölçekleri ve İhtiyaç Doyumu Ölçeği arasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu .56 ve .73 ($p<0.01$) olarak bulunmuştur. Güvenirlik çalışması sonucunda Cronbach alfa katsayısı .80 olarak hesaplanmıştır. Tekrar test sonucuna göre ölçeğin birinci ve ikinci uygulaması arasında yüksek düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r= .86$, $p<0.01$).

3.10.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği: Sağlık davranışları, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” ile toplanmıştır. Ölçek, Walker ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilmiş (43), 1996 yılında tekrar yenilenmiştir (119). Ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. Ölçek toplam 52 maddeden oluşmuş olup 6 alt faktörü vardır. Alt gruplar, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Derecelendirme 4’lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208’dir. Ölçeğin Alpha güvenirlik katsayısı

0.94'tür. Ölçeğin alt faktörlerinin Alpha coefficient reliability değeri 0.79-0,87 arasında değişmektedir.

Türkçe geçerlik ve güvenirlik Bahar ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır (103). Kapsam Geçerliği Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'de yer alan maddelere yönelik verilen altı uzmanın değerlendirme puanları Kendall W analizi ile değerlendirildiğinde uzman puanlarının istatistiksel olarak farklı olmadığı (Kendall W=0.188; p=0.246), uzmanların arasında uyum olduğu saptanmıştır. Güvenirlik Çalışması Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' de yer alan 52 madde için madde analizi ve iç tutarlılık Cronbach Alpha güvenirlik analizi yapılmıştır. Ölçeğin madde toplam puan korelasyonları 0.30 ile 0.59 arasında değişmekte olup, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır Ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri ise 0.92'dir. Ölçeğin her bir alt boyutunda yer alan maddenin puanı ile yer aldığı alt boyutun toplam puanı arasındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirmiştir. Değerlendirme sonuçlarına göre, Sağlık Sorumluluğu alt boyutunda $r=.51-.68$ arasında, Fiziksel Aktivite alt boyutunda $r=.46-.77$ arasında, Beslenme alt boyutunda $r=.42-.61$ arasında, Manevi Gelişim alt boyutunda $r=.46-.72$ arasında, Kişilerarası ilişkiler alt boyutunda $r=.51-.71$ arasında, Stres Yönetimi alt boyutunda $r=.40-.62$ arasında ve tüm maddeler için istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) Ölçeğin alt boyutlarının güvenirlik katsayıları olan Cronbach Alpha değeri; Sağlık sorumluluğu .77, Fiziksel Aktivite .79, Beslenme .68, Manevi Gelişim .79, Kişilerarası ilişkiler .80, Stres Yönetimi .64 olarak saptanmıştır.

3.11. Ön Uygulama

Araştırma verileri toplanmadan önce 10 katılımcı ile ön uygulama yapılmıştır. Katılımcılardan soruların anlaşılabilirliği, sayısı, seçeneklerin yeterliliği ve anketin cevaplanma süresi hakkında geri dönüşler alınarak, anket formu son haline getirilmek üzere revize edilmiştir. Ön uygulama sonucunda anketin uygulanabilir olduğu görülmüştür.

3.12. İstatistiksel Analiz ve Değerlendirme

Araştırmadan elde edilen veriler IBM SPSS 27 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı ile analiz edilmiştir. Elde edilen tanımlayıcı veriler (aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca, yüzde dağılımlar, minimum ve maksimum) ile değerlendirilmiştir. Gruplar arası ortalamalar karşılaştırılırken öncelikle normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile ve çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım göstermeyen bağımsız iki grubun karşılaştırılması için Mann Whitney-U testi kullanılırken, normal dağılmayan bağımsız ikiden fazla grubun karşılaştırılması için Kruskal Wallis-H testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis-H testinde anlamlı farklılıkların görülmesi durumunda Post-Hoc (Çoklu Karşılaştırma) testleri ve bonferroni düzeltmesi ile aralarında farklılık olan gruplar belirlenmiştir. Vücut kitle indeksi ile sosyodemografik değişkenlere ait nominal verilerle karşılaştırılması için ki kare testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayan sürekli verilerin ilişkisini değerlendirmek için spearman korelasyon testi uygulanmıştır. Sonuçlar yorumlanırken istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir ilişkinin olduğu kabul edilmiştir.

3.13. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Araştırmanın zaman çizelgesi Şekil 2’de sunulmuştur. Araştırma konusunun belirlenmesi 1 ay, literatür taraması 20 ay, hazırlık ve ön çalışma 2 ay, verilerin toplanması 4 ay, verilerin değerlendirilmesi 4 ay ve tezin yazılması 13 ay sürmüştür.

	HAZİRAN 2023	TEMMUZ 2023	AĞUSTOS 2023	EYLÜL 2023	EKİM 2023	KASIM 2023	ARALIK 2023	OCAK 2024	ŞUBAT 2024	MART 2024	NİSAN 2024	MAYIS 2024	HAZİRAN 2024	TEMMUZ 2024	AĞUSTOS 2024	EYLÜL 2024	EKİM 2024	KASIM 2024	ARALIK 2024	OCAK 2025
Konunun belirlenmesi																				
Literatür Taraması																				
Hazırlık ve Ön çalışma																				
Verilerin Toplanması																				
Verilerin Değerlendirilmesi																				
Tezin yazılması																				

Şekil 2. Araştırma Zaman Çizelgesi

4.BULGULAR

Çalışmamıza katılan katılımcıların yaşları 18-85 arasında değişmektedir, yaş ortalaması $44,5 \pm 15,5$ 'tir. Katılımcıların vücut ağırlıkları 31kg-140kg arasında değişmektedir, vücut ağırlığı ortalaması $81,1 \pm 16,5$ 'tir. Katılımcıların boy uzunluğu 140cm-198cm arasında değişmektedir, boy uzunluğu ortalaması $164,6 \pm 8,2$ 'dir. Katılımcıların VKİ 13,2-52,8 arasında değişmektedir, VKİ ortalaması $30,0 \pm 6,2$ 'dir (Tablo 1).

Tablo 1: Katılımcıların Yaş, Vücut ağırlığı, Boy ve VKİ özellikleri

	Minimum-maksimum	Ortalama ve standart sapma
Yaş	18-85	$44,5 \pm 15,5$
Vücut ağırlığı	31-140	$81,1 \pm 16,5$
Boy uzunluğu	140-198	$164,6 \pm 8,2$
VKİ	13,2-52,8	$30,0 \pm 6,2$

Katılımcıların %2,8'i zayıf, %17,9'u normal, %30,5'i fazla kilolu, %43,0'ı obez ve %5,8'i morbid obezdir (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcıların VKİ özellikleri

VKİ	N	%
Zayıf	29	2,8
Normal	187	17,9
Fazla kilolu	318	30,5
Obez	448	43,0
Morbid obez	61	5,8
Toplam	1043	100,0

Katılımcıların VKİ ile cinsiyetler arasında ilişki bulunmamıştır. Alkol kullanım durumuna göre karşılaştırıldığında kullananlar VKİ normal değer aralığında anlamlı yüksek çıkmıştır ($p=0,020$). Medeni durumda bekar olanlar diğerlerine göre VKİ normal değer aralığında olması yüksek çıkmıştır ($p<0,001$). Medeni durumlarına göre bekar olanların diğerlerine göre VKİ normal değerde olması daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$), tütün kullananların kullanmayanlara göre VKİ normal değerde olması daha yüksek bulunmuştur ($p<0,026$). Kahvaltı yapma ve çalışma durumu ile VKİ arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 3).

Tablo 3: VKİ ile cinsiyet, alkol, kahvaltı, çalışma durumu, medeni durum ve tütün kullanımı arasındaki ilişki

Cinsiyet	VKİ normal değerde olanlar		VKİ normal değerde olmayanlar		χ ²	p	
	N	%	N	%			
Erkek	53	16,6	266	83,4	0,540	0,463	
Kadın	134	18,5	590	81,5			
Alkol kullanımı							
Evet	17	29,3	41	70,7	5,406	0,020	
Hayır	170	17,3	815	82,7			
Kahvaltı yapma							
Evet	137	16,9	673	83,1	2,541	0,111	
Hayır	50	21,5	183	78,5			
Çalışma durumu							
Çalışmayan	8	21,6	29	78,4	0,355	0,551	
Çalışan	179	17,8	827	82,2			
					χ ²	p	Anlamlı fark olan gruplar
Medeni durum							
Bekar (1)	64	36,2	113	63,8	48,262	<0,001	1>2,3
Evli (2)	111	14,4	662	85,6			
Eşinden (3) ayrılmış/eşi ölmüş	12	12,9	81	87,1			
Tütün kullanımı							
Evet (1)	55	23,6	178	76,4	7,323	0,026	1>2
Hayır (2)	114	15,9	604	84,1			
Bıraktım (3)	18	19,6	74	80,4			

Katılımcıların %69,4'ü kadındır. Katılımcıların %74,1'i evlidir. Katılımcıların %80,0'inin çocuğu vardır, öğrenim durumunda %39,3'ü ilköğretim mezunudur, katılımcıların %43'ü ev hanımıdır. Konaklama durumunda %90,8'i evde ailesiyle yaşamaktadır. Katılımcıların %59,4'u yaşamını şehir merkezinde geçirmektedir (tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	319	30,6
Kadın	724	69,4
Toplam	1043	100,0
Medeni durum		
Bekar	177	17,0
Evli	773	74,1
Eşinden Ayrılmış / Eşi Ölmüş	93	8,9
Toplam	1043	100,0
Çocuk sahibi olma durumu		
Evet	834	80,0
Hayır	209	20,0
Toplam	1043	100,0
Öğrenim durumu		
Okuryazar Değil	47	4,5
Okuryazar	33	3,2
İlköğretim	410	39,3
Lise	275	26,4
Ön lisans	100	9,6
Lisansüstü	178	17,1
Toplam	1043	100,0
Meslek durumu		
İşçi	109	10,5
Memur	116	11,1
Çiftçi	8	0,8
Öğrenci	100	9,6
Esnaf	40	3,8
Ev Hanımı	449	43,0
Emekli	114	10,9
Serbest meslek	70	6,7
Çalışmıyor	37	3,5
Toplam	1043	100,0
Konaklama durumu		
Evde ailesiyle	947	90,8
Yalnız yaşıyor	51	4,9
Arkadaşlarıyla	11	1,1
Diğer (yurt, otel vb.)	34	3,3
Toplam	1043	100,0
Yaşamını geçirdiği yer		
Şehir merkezi	620	59,4
İlçe merkezi	175	16,8
Köy / kasaba	248	23,8
Toplam	1043	100,0

Toplam değerler yuvarlamadan dolayı 100,0'ü vermeyebilir.

Katılımcıların %54,9'nun kronik hastalığı bulunmaktadır. Katılımcıların %56,0'sı genel sağlık durumunu orta olarak değerlendirmektedir. %68,8'i tütün kullanmamaktadır. Katılımcıların %94,4'ünün alkol kullanmamaktadır, %53'ünün hobisi yoktur. Katılımcıların %73,6'sı sağlıkla ilgili bilgileri sağlık profesyonellerinden almaktadır. Yemeğin tadına bakmadan tuz atmayanlar %70,3'tür. %54,9'u endokrinoloji polikliniğinden yönlendirilmiştir. Katılımcıların ailesinde sağlık çalışanı %72,5'inde bulunmamaktadır. Katılımcıların düzenli olarak fiziksel aktivite yapma durumu %47,5'i yapmıyor, %28,1 haftada 1-2 kez, %15,1'i haftada 3-4 kez ve %9,3'ü haftada 5'ten fazla yapmaktadır. Düzenli kahvaltı yapan %77,7'dir. (tablo 5).

Tablo 5: Katılımcıların yaşam alışkanlıklarına ait özellikler

	Sayı	%
Kronik hastalığı bulunma durumu		
Var	573	54,9
Yok	470	45,1
Toplam	1043	100,0
Genel sağlık durumunu nasıl değerlendirdikleri		
İyi	380	36,4
Orta	584	56,0
Kötü	79	7,6
Toplam	1043	100,0
Tütün kullanım durumu		
Evet	233	22,3
Hayır	718	68,8
Toplam	1043	100,0
Alkol kullanım durumu		
Evet	58	5,6
Hayır	985	94,4
Toplam	1043	100,0
Hobilerin olma durumu		
Evet	490	47,0
Hayır	553	53,0
Toplam	1043	100,0
Sağlıkla ilgili bilgilerin kaynak durumu		
Aile, arkadaş ve çevremden duyduklarından	70	6,7
Görsel ve yazılı medyadan (tv, gazete)	35	3,4
İnternet	154	14,8
Sağlık profesyonellerinden	768	73,6
Bilimsel makalelerden	16	1,5
Toplam	1043	100,0

Tablo 5: Devamı

	Sayı	%
Yemeğin tadına bakmadan tuz atma durumu		
Evet	310	29,7
Hayır	733	70,3
Toplam	1043	100,0
Yönlendirildiği poliklinik		
Endokrinoloji	573	54,9
Genel cerrahi	32	3,1
Genel dahiliye	299	28,7
Nefroloji	91	8,7
Kardiyoloji	45	4,3
Toplam	1043	100,0
Ailede sağlık çalışanının olma durumu		
Evet	287	27,5
Hayır	756	72,5
Toplam	1043	100,0
Düzenli olarak fiziksel aktivite yapma durumu		
Yapmıyorum	495	47,5
Haftada 1-2 kez	293	28,1
Haftada 3-4 kez	158	15,1
Haftada 5'ten fazla	97	9,3
Toplam	1043	100,0
Düzenli olarak kahvaltı yapma durumu		
Evet	810	77,7
Hayır	233	22,3
Toplam	1043	100,0

Katılımcıların bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım sorusuna %47,0'ı bazen yanıtını vermiştir. Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim sorusuna %41,4'ü bazen, doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım sorusuna %38,5 düzenli olarak, düzenli bir egzersiz programı yaparım sorusuna %47,5'i hiçbir zaman, yeterince uyurum sorusuna %29,9'u düzenli olarak, olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim sorusuna %41,9'u bazen, insanları başarıları için takdir ederim sorusuna %40,3'ü sık sık, şekeri ve tathıyı kısıtlarım sorusuna %40,8'i bazen, televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum sorusuna %41,8'i bazen, haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi) sorusuna %45,5'si hiçbir zaman, her gün rahatlamak için zaman ayırırım sorusuna %51,7'si bazen, yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım sorusuna %42,1'i sık sık, insanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm sorusuna %48,0'ı sık sık, her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim sorusuna %39,1'i bazen, sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım sorusuna %40,6'sı sık sık, hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm sorusuna %40,2'si hiçbir zaman, yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim sorusuna %39,4'ü bazen, geleceğe umutla bakarım sorusuna %38,2'si sık sık, yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım sorusuna %42,7'si sık sık, her gün 2-4 öğün meyve yerim sorusuna %40,9'u bazen, her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım sorusuna %45,1'i bazen, boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım sorusuna %57,1'i hiçbir zaman, uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm sorusuna %43,4'ü bazen, kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim sorusuna %44,2'si sık sık, başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır %47,7'si sık sık, her gün 3-5 öğün sebze yerim sorusuna %46,0'sı bazen, sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım sorusuna %40,1'i sık sık, haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım sorusuna % 67,9'u hiçbir zaman, stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım sorusuna %42,7'si bazen, hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım sorusuna %40,9'u sık sık, sevdiğim kişilerle kucaklaşırım sorusuna %47,2'si sık sık, her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim sorusuna %41,1'i bazen, vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim sorusuna %43,2'si bazen, günlük işler sırasında egzersiz

yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim) sorusuna %36,4'ü bazen, iş ve eğlence zamanımı dengelerim sorusuna %52,0'si bazen, her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum sorusuna %55,0'i bazen, yakın dostlar edinmek için çaba harcarım sorusuna %38,7'si bazen, her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim sorusuna %46,8'i bazen, kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım %42,2'si bazen, egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim sorusuna %50,1'i hiçbir zaman, günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım sorusuna %40,6'ı hiçbir zaman, yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım %47,8 sık sık, benzer sorunu olan kişilerden destek alırım sorusuna %41,5'i sık sık, gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum sorusuna 33,8'i hiçbir zaman, bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım sorusuna %64'ü hiçbir zaman, kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım sorusuna %60,5'i hiçbir zaman, yorulmaktan kendimi korurum sorusuna %35,7'si bazen, ilahi bir gücün varlığına inanırım sorusuna %64,0'ü düzenli olarak, konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim sorusuna %39,9'u sık sık, kahvaltı yaparım sorusuna 56,5'i düzenli olarak, gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım sorusuna %34,1'i bazen, yeni deneyimlere ve durumlara açığım sorusuna 36,0'ı sık sık yanıtını vermiştir (tablo 6).

Katılımcıların Psikolojik iyi oluş ölçeğinden en düşük aldığı puan 8 olup yüzde 0,3'tür.en yüksek aldıkları puan 54 yüzdesi 3,2 olarak bulunmuştur. Katılımcıların Psikolojik iyi oluş ölçeğinden aldığı puan ortalaması $44,1 \pm 8.0$ bulunmuştur.

Tablo 6: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğindeki Bulgular

	Hiçbir zaman		Bazen		Sık sık		Düzenli olarak	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım	80	7,7	490	47,0	313	30,0	160	15,3
Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim	224	21,5	432	41,4	198	19,0	189	18,1
Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım	55	5,3	262	25,1	324	31,1	402	38,5
Düzenli bir egzersiz programı yaparım	495	47,5	395	37,9	77	7,4	76	7,3
Yeterince uyurum	116	11,1	310	29,7	305	29,2	312	29,9
Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim	41	3,9	437	41,9	346	33,2	219	21,0
İnsanları başarıları için takdir ederim	16	1,5	210	20,1	420	40,3	397	38,1
Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım	269	25,8	426	40,8	186	17,8	162	15,5
Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum	341	32,7	436	41,8	180	17,3	86	8,2
Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)	475	45,5	372	35,7	133	12,8	63	6,0
Her gün rahatlamak için zaman ayırırım	128	12,3	539	51,7	291	27,9	85	8,1
Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım	31	3,0	251	24,1	439	42,1	322	30,9
İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm	24	2,3	239	22,9	501	48,0	279	26,7
Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim	271	26,0	408	39,1	229	22,0	135	12,9
Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım	86	8,2	299	28,7	423	40,6	235	22,5
Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm	419	40,2	401	38,4	163	15,6	60	5,8
Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim	83	8,0	403	38,6	411	39,4	146	14,0
Geleceğe umutla bakarım	44	4,2	281	26,9	398	38,2	320	30,7
Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım	41	3,9	334	32,0	445	42,7	223	21,4
Her gün 2-4 öğün meyve yerim.	122	11,7	427	40,9	277	26,6	217	20,8
Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım	241	23,1	470	45,1	229	22,0	103	9,9
Boş zamanlarımda yüzmeye, dans etmeye, bisiklete binmeye gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım	596	57,1	344	33,0	66	6,3	37	3,5
Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm	101	9,7	453	43,4	383	36,7	106	10,2
Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim	36	3,5	329	31,5	461	44,2	217	20,8
Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır	24	2,3	218	20,9	498	47,7	303	29,1
Her gün 3-5 öğün sebze yerim	114	10,9	480	46,0	289	27,7	160	15,3
Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım	66	6,3	322	30,9	418	40,1	237	22,7
Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım	708	67,9	241	23,1	54	5,2	40	3,8

Tablo 6: Devamı

	Hiçbir zaman		Bazen		Sık sık		Düzenli olarak	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım	289	27,7	445	42,7	204	19,6	105	10,1
Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım	101	9,7	325	31,2	427	40,9	190	18,2
Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum	40	3,8	178	17,1	492	47,2	333	31,9
Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim	82	7,9	429	41,1	286	27,4	246	23,6
Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim	271	26,0	451	43,2	191	18,3	130	12,5
Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	276	26,5	380	36,4	276	26,5	111	10,6
İş ve eğlence zamanımı dengelerim	171	16,4	542	52,0	229	22,0	101	9,7
Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum	181	17,4	574	55,0	213	20,4	75	7,2
Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım	152	14,6	404	38,7	332	31,8	155	14,9
Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim	105	10,1	488	46,8	288	27,6	162	15,5
Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım	172	16,5	440	42,2	298	28,6	133	12,8
Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim	523	50,1	342	32,8	126	12,1	52	5,0
Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım	423	40,6	412	39,5	174	16,7	34	3,3
Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.	45	4,3	257	24,6	499	47,8	242	23,2
Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım	117	11,2	377	36,1	433	41,5	116	11,1
Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum	353	33,8	310	29,7	213	20,4	167	16,0
Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım	668	64,0	252	24,2	77	7,4	46	4,4
Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım	631	60,5	304	29,1	73	7,0	35	3,4
Yorulmaktan kendimi korurum	221	21,2	372	35,7	321	30,8	129	12,4
İlahi bir gücün varlığına inanırım	44	4,2	119	11,4	212	20,3	668	64,0
Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim	54	5,2	214	20,5	416	39,9	359	34,4
Kahvaltı yaparım	56	5,4	151	14,5	247	23,7	589	56,5
Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım	103	9,9	356	34,1	342	32,8	242	23,2
Yeni deneyimlere ve durumlara açığım	66	6,3	279	26,7	376	36,0	322	30,9

Katılımcıların SYBD’den aldıkları toplam puan ortalaması $127,85 \pm 19,30$; SYBD sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması $21,55 \pm 4,64$; SYBD fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması $13,88 \pm 4,58$; SYBD beslenme alt boyutu puan ortalaması $22,47 \pm 4,29$; SYBD manevi gelişim alt boyutu puan ortalaması $25,60 \pm 4,55$; SYBD kişiler arası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması $25,62 \pm 4,04$; SYBD stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması $18,70 \pm 3,71$ puandır (Tablo 7).

Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,911; sağlık sorumluluğu faktörünün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,744; fiziksel aktivite faktörünün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,831; beslenme faktörünün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,624; manevi gelişim faktörünün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,781; kişiler arası ilişkiler faktörünün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,771; stres yönetimi faktörünün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,639 olarak bulunmuştur.

Tablo 7: SYBD ve alt boyutlarından alınan puanlar

	Ortalama	SS
Toplam puan	127,85	19,30
Sağlık sorumluluğu	21,55	4,64
Fiziksel aktivite	13,88	4,58
Beslenme	22,47	4,29
Manevi gelişim	25,60	4,55
Kişiler arası ilişkiler	25,62	4,40
Stres Yönetimi	18,70	3,71

Katılımcıların yaşları ile SYBD’den aldıkları puan arasında ilişki bulunmamaktadır (Tablo 8).

Tablo 8: Katılımcıların yaşları ile SYBD farkındalıkları arasındaki ilişki

	SYBD toplam
Yaş	
R	-0,001
P	0,975

Analiz olarak Spearman Korelasyon testi uygulanmıştır.

VKİ ile SYBD Toplamı arasındaki anlamlı ilişki ($p=0,005$) fazla kilolu olanların morbid obezlere göre yüksek puan almasından kaynaklanmaktadır. VKİ ile SYBD fiziksel aktivite alt boyutu arasındaki anlamlı fark ($p<0,001$) morbid obezlerin diğerlerine göre düşük olmasından ve obezlerin normal kilolu olanlara göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

VKİ ile SYBD stres yönetimi alt boyutu arasındaki anlamlı fark ($p<0,001$) obez olanların, normal ve fazla kilolu olanlara göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. VKİ ile diğer alt boyutlar arasında anlamlı fark yoktur (Tablo 9).

Tablo 9: Katılımcıların VKİ ile SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması

	VKİ	Sıra ortalaması	Median (IQR)	Kruskal Wallis H	p	Anlamlı Fark Olan Gruplar
SYBD toplam	Zayıf (1)	544,07	133,00(21,00)	14,705	0,005	5>3
	Normal (2)	458,55	128,00(30,00)			
	Fazla Kilolu (3)	557,23	130,00(26,00)			
	Obez (4)	496,96	126,00(23,00)			
	Morbid Obez (5)	430,36	123,00(23,00)			
Sağlık sorumluluğu	Zayıf (1)	468,69	22,00(7,00)	6,857	0,144	
	Normal (2)	528,80	22,00(7,00)			
	Fazla Kilolu (3)	550,04	22,00(6,00)			
	Obez (4)	510,95	21,00(6,00)			
	Morbid Obez (5)	461,47	20,00(5,00)			
Fiziksel aktivite	Zayıf (1)	641,40	17,00(8,50)	44,691	<0,001	5>1,2,3,4 4>2
	Normal (2)	610,50	15,00(8,00)			
	Fazla Kilolu (3)	535,90	13,00(7,00)			
	Obez (4)	489,68	12,00(6,00)			
	Morbid Obez (5)	358,85	11,00(4,00)			
Beslenme	Zayıf (1)	431,34	21,00(6,00)	8,28	0,082	
	Normal (2)	519,11	22,00(6,00)			
	Fazla Kilolu (3)	554,23	23,00(6,00)			
	Obez (4)	512,69	22,00(6,00)			
	Morbid Obez (5)	474,30	21,00(6,00)			

Tablo 9: Devamı

	VKİ	Sıra ortalaması	Median (IQR)	Kruskal Wallis H	p	Anlamlı Fark Olan Gruplar
Manevi Gelişim	Zayıf (1)	566,98	26,00(5,00)	8,38	0,078	
	Normal (2)	528,67	26,00(7,00)			
	Fazla Kilolu (3)	547,04	26,00(6,00)			
	Obez (4)	509,90	26,00(7,00)			
	Morbid Obez (5)	438,50	24,00(5,50)			
Kişiler Arası İlişkiler	Zayıf (1)	564,60	28,00(5,50)	2,725	0,605	
	Normal (2)	495,25	25,00(7,00)			
	Fazla Kilolu (3)	534,28	26,00(6,00)			
	Obez (4)	523,49	26,00(5,00)			
	Morbid Obez (5)	508,75	26,00(4,50)			
Stres Yönetimi	Zayıf (1)	512,12	19,00(3,00)	21,658	<0,001	4>2,3
	Normal (2)	570,20	19,00(5,00)			
	Fazla Kilolu (3)	563,85	19,00(4,00)			
	Obez (4)	479,35	18,00(4,00)			
	Morbid Obez (5)	473,98	18,00(5,50)			

Cinsiyete göre SYBD'den alınan puanlar karşılaştırıldığında SYBD toplam arasında ilişki bulunmamıştır. Sağlık sorumluluğu alt boyutu kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha yüksek puan almışlardır ($p=0,003$). Fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutunda erkek katılımcılar kadın katılımcılara göre daha yüksek puan almışlardır ($p=0,001$), ($p=0,030$) (tablo 10).

Tablo 10: Katılımcıların cinsiyete göre SYBD'den aldıkları puanların karşılaştırılması

	Cinsiyet	Sıra ortalaması	Median (IQR)	Z	P
SYBD Toplam	Erkek Kadın	525,27 520,56	127,00(30,00) 128,00(21,00)	-0,232	0,816
Sağlık Sorumluluğu	Erkek Kadın	480,90 540,11	21,00(6,00) 22,00(6,00)	-2,932	0,003
Fiziksel Aktivite	Erkek Kadın	566,77 502,27	14,00(7,00) 13,00(6,00)	-3,196	0,001
Beslenme	Erkek Kadın	524,54 520,98	22,00(7,00) 22,00(6,00)	-0,181	0,856
Manevi Gelişim	Erkek Kadın	545,20 511,78	26,00(6,00) 26,00(5,00)	-1,655	0,098
Kişiler Arası İlişkiler	Erkek Kadın	503,95 529,95	26,00(7,00) 26,00(6,00)	-1,287	0,198
Stres Yönetimi	Erkek Kadın	552,44 508,59	19,00(5,00) 18,00(5,00)	-2,175	0,030

Katılımcıların medeni durum ile SYBD'den alınan puanlar karşılaştırıldığında sağlık sorumluluğu alt boyutu evli olanların diğerlerine göre daha düşük bulunmuştur ($p=0,002$), fiziksel aktivite alt boyutunda bekar olanların diğerlerine göre yüksek ($p<0,001$), beslenme alt boyutunda bekar olanların diğerlerine göre düşük bulunmuştur ($p<0,001$) (tablo 11).

Tablo 11: Katılımcıların medeni durumuna göre SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması

	Medeni durum	Sıra ortalama ası	Median (IQR)	Kruskal Wallis H	P	Anlamlı fark olan gruplar
SYBD Toplam	Bekar (1) Evli (2) Eşinden (3) ayrılmış/eşi ölmüş	552,82 511,65 549,41	130,00(23,00) 128,00(24,00) 128,00(29,00)	3,537	0,171	
Sağlık Sorumluluğu	Bekar (1) Evli (2) Eşinden (3) ayrılmış/eşi ölmüş	573,96 502,39 586,07	23,00(7,00) 21,00(6,00) 22,00(6,50)	12,807	0,002	2>1,3
Fiziksel Aktivite	Bekar (1) Evli (2) Eşinden (3) ayrılmış/eşi ölmüş	641,46 498,61 489,04	15,00(7,00) 12,00(7,00) 13,00(7,00)	33,813	<0,001	1>2,3
Beslenme	Bekar (1) Evli (2) Eşinden (3) ayrılmış/eşi ölmüş	414,97 543,44 547,52	20,00(4,50) 23,00(6,00) 22,00(6,00)	27,065	<0,001	1>2,3
Manevi Gelişim	Bekar (1) Evli (2) Eşinden (3) ayrılmış/eşi ölmüş	536,00 514,31 559,28	26,00(6,50) 26,00(5,00) 27,00(7,00)	2,323	0,313	
Kişiler Arası İlişkiler	Bekar (1) Evli (2) Eşinden (3) ayrılmış/eşi ölmüş	544,20 511,55 566,63	26,00(6,00) 26,00(5,00) 26,00(8,00)	3,953	0,139	
Stres Yönetimi	Bekar (1) Evli (2) Eşinden (3) ayrılmış/eşi ölmüş	537,20 519,55 513,47	19,00(5,00) 19,00(5,00) 18,00(4,50)	0,581	0,748	

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu ile SYBD’den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyutlarında çocuk sahibi olmayanların olanlara göre yüksek ($p=0,002$), ($p<0,001$), beslenme alt boyutunda ise çocuk sahibi olanların olmayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (tablo 12).

Tablo 12: Katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması

	Çocuğunuz var mı	Sıra ortalaması	Median (IQR)	Z	P
SYBD Toplam	Yok Var	555,60 513,58	129,00(24,50) 127,00(24,00)	-1,803	0,071
Sağlık Sorumluluğu	Yok Var	580,89 507,24	23,00(6,00) 21,00(6,00)	-3,168	0,002
Fiziksel Aktivite	Yok Var	644,67 491,26	16,00(7,00) 12,00(6,00)	-6,604	<0,001
Beslenme	Yok Var	434,26 543,99	21,00(5,00) 23,00(6,00)	-4,721	<0,001
Manevi Gelişim	Yok Var	540,95 517,25	26,00(6,00) 26,00(6,00)	-1,019	0,308
Kişiler Arası İlişkiler	Yok Var	546,63 515,83	26,00(6,00) 26,00(6,25)	-1,325	0,185
Stres Yönetimi	Yok Var	543,80 516,54	19,00(5,00) 19,00(5,00)	-1,174	0,240

Katılımcıların öğrenim durumu ile SYBD'den aldıkları puan karşılaştırıldığında SYBD toplam'da okuryazar olmayanlar ile ilköğretim, lise, ön lisans, lisansüstü olanlara göre düşük ($p<0,001$), sağlık sorumluluğu alt boyutunda okuryazar olmayanlar ilköğretim, lise, ön lisans, lisansüstü olanlara göre düşük bulunmuş ve ilköğretim mezunu olanlar lisansüstü mezunlarına göre düşük bulunmuştur. ($p<0,001$), fiziksel aktivite alt boyutunda okuryazar olmayanlar ve ilköğretim mezunlarının lise, ön lisans, lisansüstü mezunlarına göre düşük bulunmuştur ($p<0,001$) (tablo 13).

Tablo 13: Katılımcıların öğrenim durumuna göre SYBD'den aldıkları puanların karşılaştırılması

	Öğrenim durumu	Sıra ortalaması	Median (IQR)	Kruskal Wallis H	p	Anlamlı Fark Olan Gruplar
SYBD Toplam	Okuryazar değil (1)	351,68	119,00(22,00)	24,651	<0,001	1>3,4,5,6
	Okuryazar (2)	497,15	122,00(46,00)			
	İlköğretim (3)	498,31	127,00(23,00)			
	Lise (4)	554,25	128,00(27,00)			
	Ön lisans (5)	557,49	130,00(30,75)			
	Lisansüstü (6)	556,38	130,00 23,25)			
Sağlık Sorumluluğu	Okuryazar değil (1)	353,72	18,00(6,00)	34,897	<0,001	1>3,4,5,6 3>6
	Okuryazar (2)	476,53	19,00(9,00)			
	İlköğretim (3)	489,65	21,00(6,00)			
	Lise (4)	536,19	22,00(6,00)			
	Ön lisans (5)	587,49	23,00(6,00)			
	Lisansüstü (6)	590,67	22,00(5,00)			
Fiziksel Aktivite	Okuryazar değil (1)	352,04	11,00(4,00)	76,448	<0,001	1>4,5,6 3>4,5,6
	Okuryazar (2)	481,56	13,00(5,50)			
	İlköğretim (3)	445,89	12,00(6,00)			
	Lise (4)	579,37	14,00(6,00)			
	Ön lisans (5)	610,97	16,00(6,00)			
	Lisansüstü (6)	611,07	14,00(8,00)			

Tablo 13: Devamı

	Öğrenim durumu	Sıra ortalaması	Median (IQR)	Kruskal Wallis H	p	Anlamlı Fark Olan Gruplar
Beslenme	Okuryazar değil (1)	487,53	22,00(6,00)	42,120	<0,001	3>4,5,6
	Okuryazar (2)	589,70	13,00(6,50)			
	İlköğretim (3)	586,23	23,00(7,00)			
	Lise (4)	505,77	22,00(5,00)			
	Ön lisans (5)	450,15	21,00(6,75)			
	Lisansüstü (6)	436,05	21,00(4,00)			
Manevi Gelişim	Okuryazar değil (1)	381,10	23,00(6,00)	15,414	0,009	1>4,6
	Okuryazar (2)	565,86	27,00(13,00)			
	İlköğretim (3)	505,18	26,00(6,00)			
	Lise (4)	542,86	26,00(6,00)			
	Ön lisans (5)	534,92	25,00(9,00)			
	Lisansüstü (6)	550,34	27,00(4,25)			
Kişiler Arası İlişkiler	Okuryazar değil (1)	439,05	25,00(6,00)	22,687	<0,001	3>4
	Okuryazar (2)	464,53	25,00(10,50)			
	İlköğretim (3)	486,44	25,00(6,00)			
	Lise (4)	582,28	27,00(6,00)			
	Ön lisans (5)	553,05	26,00(7,00)			
	Lisansüstü (6)	525,88	26,00(5,00)			
Stres Yönetimi	Okuryazar değil (1)	392,80	17,00(4,00)	16,190	0,006	1>3 3>4
	Okuryazar (2)	577,73	19,00(8,00)			
	İlköğretim (3)	499,94	18,00(4,00)			
	Lise (4)	545,94	19,00(4,00)			
	Ön lisans (5)	527,84	18,00(6,00)			
	Lisansüstü (6)	556,34	19,00(4,00)			

Katılımcıların çalışma durumu ile SYBD'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında SYBD toplam çalışanların çalışmayanlara göre yüksek bulunmuş ($p=0,003$), beslenme alt boyutunda çalışan kişiler çalışmayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p=0,003$) (tablo 14).

Tablo 14: Katılımcıların çalışma durumuna göre SYBD'den aldıkları puanların karşılaştırılması

	Çalışma durumu	Sıra ortalaması	Median (IQR)	Z	P
SYBD Toplam	Çalışmayan	418,96	123,00(23,50)	-2,119	0,034
	Çalışan	525,79	128,00(24,00)		
Sağlık Sorumluluğu	Çalışmayan	445,26	22,00(6,00)	-1,592	0,114
	Çalışan	524,82	21,00(6,00)		
Fiziksel Aktivite	Çalışmayan	536,26	14,00(7,50)	-0,294	0,769
	Çalışan	521,480	13,00(7,00)		
Beslenme	Çalışmayan	376,43	20,00(4,00)	-3,001	0,003
	Çalışan	527,35	22,00(6,00)		
Manevi Gelişim	Çalışmayan	432,76	26,00(7,00)	-1,839	0,066
	Çalışan	525,28	26,00(6,00)		
Kişiler Arası İlişkiler	Çalışmayan	476,99	26,00(8,00)	-0,928	0,354
	Çalışan	523,66	26,00(6,00)		
Stres Yönetimi	Çalışmayan	446,88	17,00.(4,50)	-1,551	0,121
	Çalışan	524,76	19,00(5,00)		

Konaklama durumu ile SYBD'den aldıkları puan karşılaştırıldığında sağlık sorumluluğu alt boyutunda evde/ailesiyle yaşayanlar yalnız yaşayanlara göre düşük ($p=0,009$), fiziksel aktivite alt boyutunda ise evde/ailesiyle yaşayanlar diğer (yurt, otel...) yaşayanlara göre düşük bulunmuştur ($p<0,001$) (tablo 15).

Tablo 15: Katılımcıların konaklama durumuna göre SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması

	Konaklama durumu	Sıra ortalama ası	Median (IQR)	Kruskal Wallis H	P	Anlamlı fark olan gruplar
SYBD Toplam	Evde/ailemle (1)	514,77	127,00(24,00)	6,005	0,111	
	Yalnız yaşıyorum (2)	596,23	131,00(35,00)			
	Arkadaşlarımla (3)	610,09	133,00(11,00)			
	Diğer (yurt, otel ..) (4)	583,56	133,50(18,25)			
Sağlık Sorumluluğu	Evde/ailemle (1)	512,16	21,00(6,00)	11,675	0,009	1>2
	Yalnız yaşıyorum (2)	634,17	24,00(9,00)			
	Arkadaşlarımla (3)	649,64	23,00(5,00)			
	Diğer (yurt, otel ..) (4)	586,60	24,00(7,25)			
Fiziksel Aktivite	Evde/ailemle (1)	509,07	13,00(7,00)	21,381	<0,001	1>4
	Yalnız yaşıyorum (2)	609,23	15,00(8,00)			
	Arkadaşlarımla (3)	742,23	18,00(10,00)			
	Diğer (yurt, otel ..) (4)	680,00	16,00(6,00)			
Beslenme	Evde/ailemle (1)	530,02	22,00((6,00)	9,736	0,021 ^a	
	Yalnız yaşıyorum (2)	484,73	21,00(8,00)			
	Arkadaşlarımla (3)	352,23	21,00(3,00)			
	Diğer (yurt, otel ..) (4)	409,53	20,50(6,00)			
Manevi Gelişim	Evde/ailemle (1)	517,62	26,00(6,00)	2,277	0,517	
	Yalnız yaşıyorum (2)	570,21	26,00(8,00)			
	Arkadaşlarımla (3)	540,73	27,00(5,00)			
	Diğer (yurt, otel ..) (4)	565,75	26,00(6,00)			
Kişiler Arası İlişkiler	Evde/ailemle (1)	518,57	26,00(6,00)	1,748	0,626	
	Yalnız yaşıyorum (2)	569,23	25,00(11,00)			
	Arkadaşlarımla (3)	506,00	25,00(3,00)			
	Diğer (yurt, Otel ..) (4)	551,81	26,00(6,25)			
Stres Yönetimi	Evde/ailemle (1)	521,65	19,00(5,00)	2,359	0,501	
	Yalnız yaşıyorum (2)	527,47	19,00(4,00)			
	Arkadaşlarımla (3)	643,36	21,00(3,00)			
	Diğer (yurt, Otel ..) (4)	484,15	19,00(4,25)			

a. bonferroni düzeltmesine göre gruplar arasında anlamlı fark çıkmamıştır

Yaşamını geçirdiği yer ile SYBD'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında SYBD toplam, sağlık sorumluluğu ve kişiler arası ilişkiler alt boyutunda köyde yaşayanlar diğerlerine göre düşük bulunmuştur ($p<0,001$), fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarında köyde yaşayanlar merkezde yaşayanlara göre düşük bulunmuştur ($p=0,007$) ($p=0,008$), beslenme alt boyutunda ilçede yaşayanlar diğerlerine göre yüksek, manevi gelişim alt boyutunda ise merkezde yaşayanlar köyde yaşayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) ($p=0,025$) (tablo 16).

Tablo 16: Katılımcıların yaşamını geçirdiği yere göre SYBD'den aldıkları puanların karşılaştırılması

	Yaşamını geçirdiği yer	Sıra ortalaması	Median (IQR)	Kruskal Wallis H	P	Anlamlı fark olan gruplar
SYBD Toplam	Şehir merkezi (1)	539,43	129,00(24,75)	20,085	<0,001	3>1,2
	İlçe (2)	563,89	131,00(28,00)			
	Köy/kasaba (3)	448,86	124,00(21,00)			
Sağlık Sorumluluğu	Şehir merkezi (1)	545,40	22,00(5,00)	19,900	<0,001	3>1,2
	İlçe (2)	544,43	22,00(7,00)			
	Köy/kasaba (3)	447,68	20,00(5,00)			
Fiziksel Aktivite	Şehir merkezi (1)	542,74	13,00(7,00)	10,026	0,007	1>3
	İlçe (2)	520,36	13,00(7,00)			
	Köy/kasaba (3)	471,31	12,50(5,00)			
Beslenme	Şehir merkezi (1)	494,76	22,00(6,00)	18,951	<0,001	2>1,3
	İlçe (2)	605,87	24,00(7,00)			
	Köy/kasaba (3)	530,91	22,00(5,00)			
Manevi Gelişim	Şehir merkezi (1)	537,30	26,00(6,00)	7,069	0,029	1>3
	İlçe (2)	530,21	26,00(6,00)			
	Köy/kasaba (3)	477,94	25,00(6,00)			
Kişiler Arası İlişkiler	Şehir merkezi (1)	538,28	26,00(6,00)	27,370	<0,001	3>1,2
	İlçe (2)	581,36	27,00(6,00)			
	Köy/kasaba (3)	439,42	24,00(5,00)			
Stres Yönetimi	Şehir merkezi (1)	539,04	19,00(4,00)	9,777	0,008	1>3
	İlçe (2)	535,25	19,00(6,00)			
	Köy/kasaba (3)	470,05	18,00(4,00)			

Katılımcıların kronik hastalık olma durumu ile SYBD’den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında fiziksel aktivite alt boyutunda kronik hastalığı olmayanlar olanlara göre yüksek ($p<0,001$), beslenme alt boyutunda ise kronik hastalığı olanlar olmayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (tablo 17).

Tablo 17: Katılımcıların kronik hastalık olma durumuna göre SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması

	Kronik hastalık	Sıra ortalaması	Median (IQR)	Z	P
SYBD Toplam	Var	524,56	128,00(24,00)	-0,303	0,762
	Yok	518,88	128,00(24,00)		
Sağlık Sorumluluğu	Var	522,28	21,00(6,00)	-0,033	0,974
	Yok	521,66	21,00(6,00)		
Fiziksel Aktivite	Var	492,96	13,00(6,00)	-3,448	<0,001
	Yok	557,41	14,00(7,00)		
Beslenme	Var	557,82	23,00(6,00)	-4,252	<0,001
	Yok	478,33	22,00(5,25)		
Manevi Gelişim	Var	522,52	26,00(6,00)	-0,062	0,951
	Yok	521,37	26,00(5,25)		
Kişiler Arası İlişkiler	Var	528,94	26,00(6,00)	-0,824	0,410
	Yok	513,54	26,00(7,00)		
Stres Yönetimi	Var	531,95	19,00(5,00)	-1,183	0,237
	Yok	509,87	18,00(5,00)		

Katılımcıların tütün kullanımı ile SYBD'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında beslenme alt boyutunda tütün kullananlar diğerlerine göre düşük bulunmuştur ($p<0,001$) (tablo 18).

Tablo 18: Katılımcıların tütün kullanma durumuna göre SYBD'den aldıkları puanların karşılaştırılması

	Tütün kullanımı	Sıra ortalama ası	Median (IQR)	Kruskal Wallis H	P	Anlamlı fark olan gruplar
SYBD Toplam	Evet (1) Hayır (2) Bıraktım (3)	495,23 530,87 520,87	125,00(26,00) 128,00(23,00) 128,00(26,00)	2,465	0,292	
Sağlık Sorumluluğu	Evet (1) Hayır (2) Bıraktım (3)	513,52 523,34 533,04	21,00(6,00) 22,00(6,00) 21,00(6,00)	0,324	0,850	
Fiziksel Aktivite	Evet (1) Hayır (2) Bıraktım (3)	536,18 514,96 541,03	13,00(7,00) 13,00(7,00) 14,00(7,00)	1,283	0,527	
Beslenme	Evet (1) Hayır (2) Bıraktım (3)	421,50 555,16 517,71	21,00(6,00) 23,00(6,00) 22,00(6,00)	34,836	<0,001	1>2,3
Manevi Gelişim	Evet (1) Hayır (2) Bıraktım (3)	517,11 525,15 509,80	26,00(7,00) 26,00(6,00) 26,00(6,75)	0,292	0,864	
Kişiler Arası İlişkiler	Evet (1) Hayır (2) Bıraktım (3)	498,87 536,28 469,15	25,00(6,00) 26,00(6,00) 25,00(5,75)	5,846	0,054	
Stres Yönetimi	Evet (1) Hayır (2) Bıraktım (3)	511,75 519,98 563,72	19,00(5,00) 19,00(4,25) 19,00(5,00)	2,083	0,353	

Katılımcıların alkol kullanımı ile SYBD'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyutunda alkol kullananlar kullanmayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p=0,009$) ($p=0,007$), beslenme alt boyutunda ise alkol kullanmayanların kullananlara göre yüksek bulunmuştur ($p=0,037$) (tablo 19).

Tablo 19: Katılımcıların alkol kullanma durumuna göre SYBD'den aldıkları puanların karşılaştırılması

	Alkol kullanımı	Sıra ortalaması	Median (IQR)	Z	P
SYBD Toplam	Var	581,37	131,00(28,25)	-1,545	0,122
	Yok	518,50	128,00(24,00)		
Sağlık Sorumluluğu	Var	622,88	23,00(5,25)	-2,631	0,009
	Yok	516,06	21,00(6,00)		
Fiziksel Aktivite	Var	625,93	15,00(8,25)	-2,712	0,007
	Yok	515,88	13,00(7,00)		
Beslenme	Var	442,19	21,50(6,00)	-2,082	0,037
	Yok	526,70	22,00(6,00)		
Manevi Gelişim	Var	556,92	27,00(7,25)	--0,911	0,362
	Yok	519,94	26,00(6,00)		
Kişiler Arası İlişkiler	Var	554,57	26,00(5,25)	-0,849	0,396
	Yok	520,08	26,00(6,00)		
Stres Yönetimi	Var	551,67	19,00(6,00)	-0,775	0,438
	Yok	520,25	19,00(5,00)		

Katılımcıların hobisinin olması ile SYBD’den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında SYBD toplam, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutlarında hobisi olanlar olmayanlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur (($p<0,001$), stres yönetimi ($p=0,020$)) (tablo 20).

Tablo 20: Katılımcıların hobisinin olma durumuna göre SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması

	Hobileriniz var mı	Sıra ortalaması	Median (IQR)	Z	P
SYBD Toplam	Var	568,72	131,00(24,00)	-4,716	<0,001
	Yok	480,60	125,00(23,00)		
Sağlık Sorumluluğu	Var	576,06	22,00(6,00)	-5,468	<0,001
	Yok	474,10	21,00(6,00)		
Fiziksel Aktivite	Var	584,13	14,00(7,00)	-6,289	<0,001
	Yok	466,94	12,00(6,00)		
Beslenme	Var	511,19	22,00(6,00)	-1,094	0,274
	Yok	531,58	22,00(7,00)		
Manevi Gelişim	Var	561,52	26,00(6,00)	-3,998	<0,001
	Yok	486,99	25,00(6,00)		
Kişiler Arası İlişkiler	Var	555,95	26,00(6,00)	-3,434	<0,001
	Yok	491,92	25,00(6,00)		
Stres Yönetimi	Var	545,05	19,00(4,00)	-2,336	0,020
	Yok	501,58	18,00(5,00)		

Katılımcıların düzenli fiziksel aktivite yapma durumu ile SYBD’den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında SYBD toplam, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutlarında düzenli fiziksel aktivite yapmayanların diğerlerine göre düşük bulunmuştur ($p<0,001$), sağlık sorumluluğu alt boyutunda düzenli fiziksel aktivite yapmayanlar ile haftada 1-2 ve haftada 3-4 kez yapanlara göre düşük, haftada 5’den fazla yapanların haftada 1-2 kez yapanlara göre düşük bulunmuştur ($p<0,001$), beslenme alt boyutunda düzenli fiziksel aktivite yapmayanlar ile haftada 3-4 ve haftada 5’den fazla yapanlara göre düşük, haftada 5’den fazla fiziksel aktivite yapanlar ile haftada 1-2 ve haftada 3-4 kez yapanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0,001$), kişiler arası ilişkiler alt boyutunda ise düzenli fiziksel aktivite yapmayanlar ile haftada 1-2 ve haftada 3-4 kez yapanlara göre düşük bulunmuştur ($p=0,002$) (tablo 21).

Tablo 21: Katılımcıların düzenli olarak fiziksel aktivite yapma durumuna göre SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması

	Düzenli olarak fiziksel aktivite	Sıra ortalaması	Median (IQR)	Kruskal Wallis H	P	Anlamlı fark olan gruplar
SYBD Toplam	Yapmıyorum (1)	432,97	122,00(23,00)	86,101	<0,001	1>2,3,4
	Haftada 1-2 kez (2)	579,34	131,00(26,50)			
	Haftada 3-4 kez (3)	624,79	134,00(24,25)			
	Haftada 5’ten fazla (4)	635,70	134,00(25,50)			
Sağlık Sorumluluğu	Yapmıyorum (1)	478,55	21,00(5,00)	28,464	<0,001	1>2,3 2>4
	Haftada 1-2 kez (2)	582,59	23,00(6,00)			
	Haftada 3-4 kez (3)	571,61	22,50(6,00)			
	Haftada 5’ten fazla (4)	479,93	21,00(6,50)			
Fiziksel Aktivite	Yapmıyorum (1)	380,94	11,00(5,00)	213,979	<0,001	1>2,3,4
	Haftada 1-2 kez (2)	621,92	15,00(6,00)			
	Haftada 3-4 kez (3)	694,64	17,00(7,00)			
	Haftada 5’ten fazla (4)	658,84	15,00(8,50)			
Beslenme	Yapmıyorum (1)	484,04	22,00(6,00)	39,046	<0,001	1>3,4 4>2,3
	Haftada 1-2 kez (2)	511,16	22,00(6,00)			
	Haftada 3-4 kez (3)	561,98	23,00(6,00)			
	Haftada 5’ten fazla (4)	683,32	25,00(6,00)			
Manevi Gelişim	Yapmıyorum (1)	471,59	25,00(6,00)	28,487	<0,001	1>2,3,4
	Haftada 1-2 kez (2)	554,36	26,00(6,00)			
	Haftada 3-4 kez (3)	569,74	26,50(5,00)			
	Haftada 5’ten fazla (4)	603,73	27,00(4,50)			
Kişiler Arası İlişkiler	Yapmıyorum (1)	485,34	25,00(6,00)	14,683	0,002	1>2,3
	Haftada 1-2 kez (2)	555,67	26,00(6,00)			
	Haftada 3-4 kez (3)	566,47	26,00(5,00)			
	Haftada 5’ten fazla (4)	534,94	26,00(5,00)			
Stres Yönetimi	Yapmıyorum (1)	447,41	18,00(4,00)	62,450	<0,001	1>2,3,4
	Haftada 1-2 kez (2)	564,81	19,00(5,00)			
	Haftada 3-4 kez (3)	618,10	20,00(5,00)			
	Haftada 5’ten fazla (4)	616,80	20,00(6,00)			

Katılımcıların düzenli kahvaltı yapma durumu ile SYBD’den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında düzenli kahvaltı yapanların yapmayanlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur (($p<0,001$), kişiler arası ilişkiler ($p=0,026$)) (tablo 22).

Tablo 22: Katılımcıların düzenli olarak kahvaltı yapma durumuna göre SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması

	Düzenli olarak kahvaltı	Sıra ortalaması	Median (IQR)	Z	P
SYBD Toplam	Evet Hayır	544,80 442,75	129,00(23,50) 122,00(27,50)	-4,558	<0,001
Sağlık Sorumluluğu	Evet Hayır	526,80 505,30	22,00(6,00) 21,00(6,00)	-0,962	0,336
Fiziksel Aktivite	Evet Hayır	522,02 521,94	13,00(7,00) 13,00(6,50)	-0,003	0,997
Beslenme	Evet Hayır	564,39 374,64	23,00(6,00) 20,00(5,00)	-8,495	<0,001
Manevi Gelişim	Evet Hayır	539,08 462,61	26,00(6,00) 25,00(7,00)	-3,423	<0,001
Kişiler Arası İlişkiler	Evet Hayır	533,08 483,48	26,00(6,00) 26,00(6,00)	-2,220	0,026
Stres Yönetimi	Evet Hayır	547,22 434,32	19,00(4,00) 17,00(4,00)	-5,062	<0,001

PİÖÖ Toplam ile SYBD Toplam arasında orta derecede korelasyon ilişkisi saptanmıştır ($p<0,001$) (tablo 23).

Tablo 23: Katılımcıların Psikolojik iyi oluş ölçeği ile SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması

	SYBD Toplam
PİÖÖ Toplam R	0,492
P	<0,001

Analiz olarak Spearman Korelasyon testi uygulanmıştır.

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada bir üniversite hastanesi diyet polikliniğine yönlendirilen hastaların psikolojik iyi oluş ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen diğer faktörleri değerlendirmek için yürütülmüştür.

5.1. Katılımcıların PİÖÖ'den aldıkları Puanlar

Katılımcıların Psikolojik iyi oluş ölçeğinden aldığı puan ortalaması $44,13 \pm 8,07$ bulunmuştur. Kayman ve arkadaşlarının 2020 tarihinde 82 öğrenci ile yapılan çalışmada Psikolojik İyi Oluş Ölçeği puan ortalamasının $44,40 \pm 7,01$ olduğu bulunmuştur (122). Bostancı Daştan 2019 tarihinde 892 öğrencinin Psikolojik İyi Oluş Ölçeği puan ortalamasının $38,46 \pm 8,74$ bulunmuştur (123). Özer ve arkadaşlarının 2020-2021 eğitim öğretim yılında 133 özel eğitim öğretmeninde yapılan çalışmada Psikolojik İyi Oluş Ölçeği puan ortalamasının $46,01 \pm 6,97$ puan aldıkları saptanmıştır (124). Çalışmamızda katılımcıların PİÖÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması diğer çalışmalara göre benzer sonuç bulunmuştur, diğer araştırmadaki düşüklüğün sebebi ders ve gelecek kaygısı olan öğrenci popülasyonu üzerinde yapılmasına bağlı olabilir.

Bizim çalışmada Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Cronbach Alfa katsayısı 0.833 olarak bulunmuştur. Yeditepe üniversitesinde 2023-2024 eğitim öğretim yılında 310 lisans öğrencisiyle yapılan çalışmada Psikolojik İyi Oluş Ölçeği için belirlenen Cronbach's Alpha katsayısı 0,89 olarak bulunmuş (125), Ondokuz Mayıs üniversitesindeki 419 kadın çalışan ile yapılan çalışmada Psikolojik İyi Oluş Ölçeği 0,911 bulunmuş olup (126) psikolojik iyi oluş ölçeğinin güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir.

5.2. Katılımcıların SYBD'den aldıkları puanlar

Bu çalışmada katılımcıların SYBD'den aldıkları toplam puan ortalaması $127,85 \pm 19,30$; SYBD sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması $21,55 \pm 4,64$; SYBD fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması $13,88 \pm 4,58$; SYBD beslenme alt boyutu puan ortalaması $22,47 \pm 4,29$; SYBD manevi gelişim alt boyutu puan ortalaması $25,60 \pm 4,55$; SYBD kişiler arası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması $25,62 \pm 4,40$; SYBD stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması $18,70 \pm 3,71$ puandır. Nesibe şimşekoğlunun 2013 yılında Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde 206 hemşire

üzerinde yaptığı araştırmaya göre Hemşirelerin SYBD ölçeği toplam puan ortalaması $119,97 \pm 1,4$ 'tür. En yüksek puanın manevi gelişim $35 \pm 0,4$ alt ölçeğinden alındığı, bunu sağlık sorumluluğu $23,0 \pm 0,38$, kişiler arası ilişkiler $19,45 \pm 0,23$, stres yönetimi $16,6 \pm 0,25$, beslenme $15,7 \pm 0,23$ ve fiziksel aktivite puan ortalamasının $9,34 \pm 0,25$ izlendiği saptanmıştır (127). Duran ve arkadaşlarının Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan 565 sağlık çalışanı (hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni) üzerinde yaptığı araştırmaya göre SYBD ölçeği alt gruplarından alınan puanlar sırasıyla; manevi gelişim $35,58 \pm 6,00$, sağlık sorumluluğu $23,40 \pm 4,00$, fiziksel aktivite $9,74 \pm 3,40$, beslenme $15,63 \pm 3,34$, kişilerarası ilişkiler $20,06 \pm 3,44$, stres yönetimi $16,76 \pm 3,37$ olarak saptanmıştır. SYBD ölçeği toplam puan ortalaması ise $121,18 \pm 18,40$ olarak bulunmuştur (128).

Gömlüksüz ve arkadaşlarının 2017-2018 eğitim yılında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenim gören 989 öğrencide yaptığı çalışmaya göre SYBD'den aldıkları toplam puan ortalaması $124,79 \pm 17,94$ SYBD sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması $19,86 \pm 4,10$, SYBD fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması $16,96 \pm 4,39$, SYBD beslenme alt boyutu puan ortalaması $19,74 \pm 3,69$, SYBD manevi gelişim alt boyutu puan ortalaması $24,06 \pm 4,50$; SYBD kişiler arası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması $25,01 \pm 4,28$ SYBD stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması $19,14 \pm 3,67$ puandır (129). Kaya Erginer'in 2016 yılında İzmir'de 115 kronik psikiyatrik hastasında yaptığı çalışmasında SYBD'den aldıkları toplam puan ortalaması $119,19 \pm 18,20$, SYBD sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması $19,81 \pm 3,93$; SYBD fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması $13,52 \pm 4,00$; SYBD beslenme alt boyutu puan ortalaması $22,44 \pm 4,28$; SYBD manevi gelişim alt boyutu puan ortalaması $23,31 \pm 5,11$; SYBD kişiler arası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması $22,62 \pm 4,39$ SYBD stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması $17,46 \pm 3,92$ puandır (130). Çalışmamızda katılımcıların SYBD'den aldıkları toplam puan ortalaması diğer çalışmalarla benzer sonuç bulunmuştur, diğer çalışmalardaki düşüklüğün sebebi hasta grubuna ve hastane ortamının yıpratıcı etkisine bağlı olabilir.

Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,911; sağlık sorumluluğu faktörünün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,744; fiziksel aktivite faktörünün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,831; beslenme faktörünün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,624; manevi gelişim faktörünün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,781; kişiler arası ilişkiler faktörünün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,771; stres yönetimi faktörünün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,639

bulunmuştur. Adıbelli ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı çalışmada ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.89; sağlık sorumluluğu faktörünün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,77; fiziksel aktivite faktörünün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,74; beslenme faktörünün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,62; manevi gelişim faktörünün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,83; kişiler arası ilişkiler faktörünün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,80; stres yönetimi faktörünün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,52 bulunmuştur (131). Yüksel Kaçan'ın 2016-2017 eğitim öğretim yılında yaptığı çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,92 olarak hesaplanmıştır (132). Bu bulgulara göre ölçek ve alt boyutlarının oldukça güvenilir olduğu söylenebilir.

5.3. Katılımcıların Yaşları ile SYBD Farkındalıkları Arasındaki İlişki

Çalışmamızda katılımcıların yaşları ile SYBD'den aldıkları puan arasında ilişki bulunmamaktadır. Kayseri'de 2022 yılında 125 diyetisyen üzerinden yaptığı çalışma da katılımcıların yaşları ile SYBD puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (133). SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2022 yılında 248 hekim üzerinde yapılan çalışmada yaş ile SYBD puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (134).

Değiştirilemeyen bir faktör olan yaş, hastalık ihtimalini artırır. Bu sebeple sağlıklı insanların sayısı yaş ilerledikçe azalır, bu durum sağlık duygusunun ve yaşam kalitesinin azalmasıyla da ilişkilidir (135,136). Bu bulgular göstermektedir ki yaş ile sağlıklı yaşam davranışları arasında daha detaylı çalışmalar gerekmektedir ancak yaşla birlikte sağlıklı yaşam davranışlarının ve sağlık duygusunun azalacağı düşünülmektedir.

5.4. Katılımcıların VKİ'leri ile sosyodemografik ve yaşam alışkanlığı özelliklerine göre karşılaştırılması

5.4.1. Katılımcıların VKİ'leri ile Cinsiyete göre karşılaştırılması

Çalışmamızda VKİ ile cinsiyet arasında ilişki bulunmamıştır. Saito ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı Papua Yeni Gine'de 558 sağlıklı kişiyle yaptığı çalışmada kadınların yarısından fazlasının erkek akranlarına kıyasla yüksek vücut kitle indeksi olduğu bulunmuştur (137). Jabre'nin 2021 yılında 34.384 kişiyle yaptığı çalışmada VKİ'nin erkeklerde kadınlardan sürekli olarak daha yüksek olduğu

gösterilmiştir (138). Ekincioğlunun 2021 tarihinde Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi'nde 85 kişide yapılan çalışmada erkeklerin VKİ değerlerinin kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (139). Literatürde hem erkek cinsiyet hem kadın cinsiyet lehine VKİ'nin yüksek olduğunu gösteren bulgular mevcut olsada cinsiyet faktörünün VKİ üzerine etkisinin olmadığı söylenebilir.

5.4.2. Katılımcıların VKİ'leri ile Alkol kullanma durumuna göre karşılaştırılması

Bizim çalışmamızda alkol kullananların VKİ normal değer aralığında olması yüksek saptanmıştır. Heredia ve arkadaşlarının Meksika Kökenli Yetişkinlerde 3897 kişide yapılan çalışmada alkol kullanımı ile BMI arasında ters bir ilişki bulunmuştur (140). Benzer literatür sonuçları olmasına rağmen bizim çalışmamızda alkol kullanan kişi yüzdesi çok az olduğundan alkol tüketimi ile VKİ arasındaki ilişkiyi saptamak için daha detaylı araştırmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.

5.4.3. Katılımcıların VKİ'leri ile Kahvaltı yapma durumuna göre karşılaştırılması

Bizim çalışmamızda sabah kahvaltısı yapma durumu ile VKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sievert ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptığı 13 çalışmanın sonucunda elde edilen meta analizde kahvaltının kilo alımı ya da verme açısından önemli faydası olmadığı gösterilmiştir (141). Çalışmamızda literatürle benzer şekilde sabah kahvaltısı yapma durumunun VKİ üzerine etkisi olmadığı söylenebilir.

5.4.4. Katılımcıların VKİ'leri ile Çalışma durumu göre karşılaştırılması

Bizim çalışmamız da VKİ ile çalışma durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Allman-Farinelli ve arkadaşlarının Avustralya'da 14.618 katılımcı ile yaptığı anket çalışmasında İşçi çalışanların diğerlerine göre daha yüksek BMI'ye sahip olduğunu göstermesine rağmen sosyoekonomik faktörlere göre tekrar düzenlendiğinde anlamlı fark oluşmamıştır (142). Literatürdeki bulgular çalışmamızla paralellik göstermektedir VKİ ile çalışma durumu arasında bir ilişkinin olmadığı söylenebilir.

5.4.5. Katılımcıların VKİ'leri ile Medeni durumuna göre karşılaştırılması

Bizim çalışmamız da bekar olanların VKİ normal değer aralığında olması düşük bulunmuştur. Janghorbani ve arkadaşlarının 2005 yılında 89.404 kişiyle yaptığı çalışmada aşırı kilolu olma prevalansı evli erkek ve kadınların, bekar erkek ve kadınlara göre iki kat daha yüksek bulunmuştur (143). Evlilikle beraber daha düzenli hayata geçişle beraber sağlıklı beslenmekten korunabileceği düşünülse bunun tam tersi sonuçların olduğu çalışmalarda görülmüş bu konuda daha detaylı çalışma yapılması gerekmektedir.

5.4.6. Katılımcıların VKİ'leri ile Tütün kullanma durumuna göre karşılaştırılması

Bizim çalışmamız da tütün kullananların VKİ normal değer aralığında olması yüksek bulunmuştur. Fobian ve arkadaşlarının 2020 yılında 500 kişiyle yaptığı çalışmada sigara içmenin azaltılması daha fazla kilo alımı ile ilişkilendirilmiştir (144). Wolters ve arkadaşlarının Almanya'da Mart-Haziran 2021 yılında 3.997 katılımcı ile yapılan Sigara içme durumu ile VKİ arasında ilişki bulunmamıştır (145). Literatürde sigara içmenin iştah azaltıcı etkisi olduğu düşünülüp VKİ'nin artmasını önlediği öngörülebilse de bu konuyla ilgili daha detaylı çalışma yapılması gerektiği söylenebilir.

5.5. Katılımcıların VKİ ile SYBD'den aldıkları puanların karşılaştırılması

Bizim çalışmamızda VKİ ile SYBD Toplamı arasındaki anlamlı fark fazla kilolu olanların morbid obezlere göre yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Fiziksel aktivite alt boyutu arasındaki anlamlı morbid obezlerin diğerlerine göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Peng ve arkadaşlarının 2018 yılında Chongqing'deki ortaokullarında 1436 kişiye yapılan çalışmada Sağlıklı yaşam davranışı ile BKİ arasındaki ilişkide, normal kilolu grupta sağlıklı yaşam davranışının puanı düşük kilolu gruptan anlamlı derecede yüksektir ve düşük kilolu grupta aşırı kilolu gruptan anlamlı derecede yüksektir. Fiziksel aktivite alt boyutunda ise normal kilonun düşük kiloludan ve düşük kilolunun da aşırı kiloludan daha yüksek olduğu görülmüştür (146). Bulgularımızın literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

5.6. Katılımcıların cinsiyete göre SYBD'den aldıkları puanların karşılaştırılması

Bizim çalışmamızda Cinsiyete göre SYBD toplam arasında anlamlı ilişki bulunmamış, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutunda erkeklerin yüksek, sağlık sorumluluğunda ise kadınların yüksek bulunmuştur. Eyüboğlu'nun 2019 tarihinde özel bir beslenme ve diyet danışmanlık merkezine başvuran 177 kişide yapılan çalışmada kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (147). Orhan'ın Marmara Üniversitesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezinde 2017 yılında yaptığı araştırmada Cinsiyet durumuna göre erkeklerin kadınlara göre fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçekleri bakımından istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ama ölçek toplamı anlamlı çıkmamıştır (148). Başaran'ın Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2021 tarihinde Aile hekimliği polikliniğine başvuran 215 hasta ile yapılan çalışmada kadınlar ve erkekler arasında SYBD-II ölçek puanları bakımından herhangi bir farklılık saptanmamıştır (149).

Literatürdeki bulgularla uyumlu olarak erkeklerin fiziksel aktivite ve stres yönetiminde yüksek olduğu ama sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplamında cinsiyetin etkisi olmadığı söylenebilir.

5.7. Katılımcıların medeni durumuna göre SYBD'den aldıkları puanların karşılaştırılması

Bizim çalışmamızda bekar olanların fiziksel aktivite alt boyutu yüksek, beslenme alt boyutu düşük bulunmuştur. Şanlıer ve arkadaşlarının 500 kişiyle yapılan araştırmasında bekarların stres yönetimi puanının evlilerden daha yüksek olduğunu göstermişlerdir (150). Özkaraman ve arkadaşlarının 2014 yılında 192 hemodiyaliz hastalarında yaptığı araştırmada ise evlilerin fiziksel aktivite ve stres yönetimi davranışlarının bekarlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (151). Coşkun Güner'in 2003 yılında 48 ameliyathane hemşirelerinde yaptığı çalışmada ise fiziksel aktivite davranışının bekarlarda yüksek olduğu bulunmuştur (152). Sonuç olarak bekar olanların sportif faaliyetlere daha çok zaman ayırabileceği ve fiziksel aktivitelerin yüksek çıkabileceği düşünülebilir. Bekarlarda fiziksel aktivite düşük çıkan araştırmanın hasta popülasyonu üzerinde yapılmasına bağlı olabilir.

5.8. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması

Bizim çalışmamızda çocuk sahibi olanların fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu düşük, beslenme alt boyutu yüksek bulunmuştur. Altay ve arkadaşlarının 2010 tarihinde Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi yetişkin servislerinde çalışan 301 hemşire ile yapılan çalışmada çocuk sahibi olan hemşirelerin beslenme alt ölçeği puanı çocuk sahibi olmayanlara göre daha yüksek bulunmuş iken, çocuk sahibi olmayan hemşirelerin çocuk sahibi olan hemşirelere göre SYBD toplam, fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçek puanı ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (153). Khaghanyrad’ın Erzurum ve Azerbaycan’da yapılan çalışmada çocuk sahibi olmayan hemşirelerin fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçek puanları çocuğu olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (154) Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde 2018 tarihinde hemşire ve asistan hekimlerden oluşan 485 kişiyle yapılan çalışmada çocuğu olmayanların fiziksel aktivite alt ölçek puanları çocuğu olanlara göre daha yüksektir (155).

Literatürdeki bulgular çalışmamızla paralel olarak çocuk sahibi olma durumu ölçek toplam puanını etkilememesine rağmen çocuk sahibi olmayanların fiziksel aktiviteye zaman ayırdığı ve stres yönetimini daha iyi yapabildiği düşünülebilir. Çocuk sahibi olanların beslenme davranışı ebeveyn kavramıyla geliştiği düşünülebilir.

5.9. Katılımcıların öğrenim durumuna göre SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması

Bizim çalışmamızda öğrenim durumuna göre okuryazar olmayanların SYBD toplam fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim düşük bulunmuştur. Stres yönetiminde ise okuryazar olmayanların ilköğretim mezunlarına göre, ilköğretim mezunlarının da lise mezunlarına göre düşük saptanmıştır. Eyüboğlunun yaptığı çalışmada bireylerin eğitim düzeyleri ile ölçek alt boyut ve toplam puanları arasında ilişki bulunmamıştır (147). Dönmez’in yaptığı çalışmada 2022 tarihinde Bursa Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesinde 330 kişi tarafından yapılan araştırmada eğitim düzeyleri ile SYBD’den aldıkları puanların arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (156). Bulgular göstermektedir ki öğrenim durumunun bölgeden bölgeye farklılık

göstermesine bağlı olabileceğini ve daha detaylı çalışma yapılması gerektiği söylenebilir.

5.10. Katılımcıların çalışma durumuna göre SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması

Bizim çalışmamızda çalışanların SYBD toplam ve beslenme alt boyutu anlamlı yüksek bulunmuştur. Çayır Yılmaz’ın 149 hastayla yapılan çalışmasına göre çalışanların hem SYBD-II toplam hem de stres yönetimi puanlarının çalışmayanlardan anlamlı olarak yüksek olduğunu bulmuştur (157). Bakouei ve arkadaşlarının İran’da 330 kadınla yapılan çalışmayla, Xiao ve arkadaşlarının 120 hasta ile yaptığı çalışmalarda çalışma durumu ile SYBD-II puanları arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (158,159). Literatürle uyumlu olarak çalışma durumu sağlık yaşam biçimi ve davranışlarını arttırdığı çalışmayanlarda işsizlikten oluşan kaygıya bağlı stres ve beslenme düşüklüğü olabileceği söylenebilir.

5.11. Katılımcıların konaklama durumuna göre SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması

Bizim çalışmamızda katılımcıların fiziksel aktivite alt boyutu diğer (yurt, otel, vb.) yerlerde yaşayanların evde/ailesiyle yaşayanlara göre yüksek bulunmuştur. Yalnız yaşayan yaşlı yetişkinlerin başkalarıyla yaşayanlara göre önemli ölçüde sağlıklı davranışlar gösterdiği saptanmıştır. (160). Sonuç olarak sosyal ilişkiler kurmak hem sağlıklı yaşam davranışlarını hemde fiziksel aktiviteye olan motivasyonu arttırabileceği söylenebilir bu konuyla ilgi daha detaylı çalışmalar gerekmektedir.

5.12. Katılımcıların yaşamını geçirdiği yere göre SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması

Bizim çalışmamız da Yaşamını geçirdiği yere göre köy/kasabada yaşayanların SYBD toplam ve alt boyutlarında düşük puan aldığı saptanmıştır. Deluga ve arkadaşlarının Polonya’da 138 katılımcı üzerinde yaptığı çalışmada, Kırsal alanlardan gelen katılımcılar Fiziksel aktivite ve beslenme durumlarının daha düşük olduğu görülmüştür (161). Sonuç olarak literatürle uyumlu olarak köy/kasabada yaşayanların sağlıklı yaşamı biçimi ve davranışların düşüklüğü merkezdeki sosyal, sağlık gibi imkanlardan yoksun olmasına bağlı olabilir.

5.13. Katılımcıların kronik hastalık olma durumuna göre SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması

Bizim çalışmamızda kronik hastalığı olanların fiziksel aktivite alt boyutu düşük beslenme alt boyutu yüksek bulunmuştur. Marmara üniversitesinde yapılan çalışmada kronik hastalığı olanların sağlık sorumluluğu ve beslenme davranışlarının, kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (148). Literatürdeki bulgular ile paralel olarak kronik hastalığı olan kişiler yaşadığı hastalık tecrübesinden dolayı sağlık sorumluluğunu ve beslenme davranışları daha olumlu olduğu söylenebilir. Kronik hastalığı olan kişilerin aynı zamanda fiziksel aktivite de bulunma da güçlük çekeceği düşünülebilir.

5.14. Katılımcıların tütün kullanma durumuna göre SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması

Bizim çalışmamızda sigara içenlerin beslenme davranışı düşük bulunmuştur. Tsukasaki’nin Japonya da 1.755 kişiyle yaptığı çalışmada daha az sigara içme ile sağlık davranışları arasında pozitif ilişkili olduğunu saptanmıştır (162). Yozgat ilinde 2021 yılında 307 kamu çalışanında hiç içmemiş veya bırakmışların SYBD puanları sigara kullananlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür (163). Yang ve arkadaşlarının Çin de 160 kolej öğrencisi üzerinde yapılan çalışmada sigara içmenin sağlık davranışı üzerinde olumsuz etkisi saptanmıştır (164). Bulgular gösteriyor ki sigara içmemek veya bırakmak sağlıklı yaşam davranışlarını olumlu yönde etkileyeceği söylenebilir.

5.15. Katılımcıların alkol kullanma durumuna göre SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması

Bizim çalışmamızda alkol kullanmayanların beslenme alt boyutu yüksek, sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyutu düşük saptanmıştır. Demir’in 2016 tarihinde Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesinde ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde okuyan toplamda 1367 öğrenci arasında yaptığı çalışmada alkol kullanmayan bireylerin kullanan kişilere göre SYBD-II Ölçek puanları açısından farklılık saptanmadı (165). Karagöz’ün Erciyes üniversitesinde 2022 yılında 216 eczacılarda yapılan çalışmada alkol kullanmayan veya bırakanların alkol kullananlara göre SYBD toplam, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler

puanları yüksek bulunmuştur (166). Sonuç olarak bizim çalışmadaki alkol kullanım yüzdesi çok düşük olduğundan ve diğer çalışmalara bakıldığında olumlu ve olumsuz sonuçlar olduğundan daha büyük popülasyonlarda detaylı araştırmalara ihtiyaç vardır.

5.16. Katılımcıların hobisinin olma durumuna göre SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması

Bizim çalışmamızda hobisi olanların sağlıklı yaşam biçimi ve davranışları toplam ve alt boyutlarında yüksek anlamlı ilişki saptanmıştır. Gömleksiz ve arkadaşlarının 2018 yılında tıp fakültesinde öğrenim gören 711 öğrenciyle yapılan çalışmada hobisi olan katılımcıların SYBD ölçeği toplam puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (129). Sonuç olarak literatürle paralel olarak hobisi olma durumunun sağlıklı yaşam biçimi ve davranışını olumlu etkileyeceği söylenebilir.

5.17. Katılımcıların düzenli olarak fiziksel aktivite yapma durumuna göre SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması

Bizim çalışmamızda düzenli olarak fiziksel aktivite yapmayanların SYBD toplam ve alt boyutları düşük bulunmuştur. Kayseri ilinde 2022 yılında 125 diyetisyen üzerinde yapılan çalışmaya göre Düzenli fiziksel aktivite yapan diyetisyenlerin, SYBD puan ortalaması, stres yönetimi, fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (133). 2018 yılında Malatya ilinde hastaneye başvuran 150 hasta üzerinden yapılan araştırmaya göre düzenli fiziksel aktivite yapan diyetisyenlerin, ölçek toplam, beslenme, fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (167). Sonuç olarak literatürle uyumlu olarak düzenli fiziksel aktivite yapan kişiler sağlıklı yaşam biçimini olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

5.18. Katılımcıların düzenli olarak kahvaltı yapma durumuna göre SYBD’den aldıkları puanların karşılaştırılması

Bizim çalışmamızda Düzenli olarak kahvaltı yapanların yapmayanlara göre SYBD toplam, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutları anlamlı yüksek bulunmuştur. Çokkeser’in Eryaman ilçesinde 128 adolesanlarda yaptığı araştırmada kahvaltı yapanlar yapmayanlara göre SYBD’de

sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve manevi gelişim davranışları yüksek bulunmuştur (168). Literatürdeki bulgular göstermektedir ki bizim çalışmamızla uyumlu olarak sabah kahvaltısı yapmanın sağlıklı yaşama olumlu katkı sağladığı ve kişinin sağlık konusunda daha düzenli ve disiplinli olduğu söylenebilir.

5.19. Katılımcıların PİÖÖ SYBDT aldıkları puanların karşılaştırılması

Bizim çalışmamızda PİÖÖ Toplamı ile SYBD Toplam arasında orta derecede korelasyon ilişkisi saptanmıştır. Bozek ve arkadaşlarının 595 öğrenci ile 2020 yılında güney ve orta Polonya'daki üniversitelerde yaptığı çalışmada sağlıkla ilgili davranışların psikolojik durumla pozitif ilişkili olduğunu göstermektedir (169). 2022 yılında Litvanya kentsel bölgede 4266 kişiyle yapılan 10 yıllık takip (2006-2016) çalışmasına göre takipten sonra daha yüksek psikolojik iyi oluş ile ilişkilendirilmiştir. Hem kadın hem erkeklerde yüksek sosyal aktivite psikolojik iyi oluş ile pozitif ilişkili olduğu görülmüş. Daha sık taze sebze ve meyve tüketimi, bu tür yiyecek gruplarının daha az sıklıkta tüketilmesine kıyasla daha yüksek psikolojik iyi oluş puanı aldığı bulunmuş. Sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının devam etmesi ile daha yüksek psikolojik iyi oluş puanı aldığı hem erkeklerde hem de kadınlarda saptanmıştır (117). Psikolojik olarak iyi olmayı yükseltmeyi hedefleyenler, sağlıklı davranışları ve fazla kilo kaybını sağlayarak ulaşabilirler (118).

Yapılan çalışmalar insanların hastalık ya da en zor koşullar altında bile iyi olmayı hedeflediğini göstermiştir. Hastaların hastalığa verdiği bu tepkinin bu özelliği literatürde büyük ölçüde ihmal edilmiştir. Psikolojik iyilik halinin sürdürülmesinin gerekliliğine daha fazla vurgu yapılmalı ve ciddi hastalıklar karşısında bile psikolojik olarak iyi kalmanın devam etmesini sağlayacak durumların araştırılmasını teşvik etmek ve klinisyenleri psikiyatrik semptomların etiyolojisi ve tedavisine gösterdikleri ilgi kadar, psikolojik iyilik halinin geliştirilmesine ve sürdürülmesine de aynı ölçüde dikkat etmeye gereksinim vardır (170). Literatürdeki bulgularla beraber bizim çalışmamızda psikolojik iyi oluşla sağlıklı yaşam davranışları arasındaki anlamlı ilişkiyi desteklemektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

1. Katılımcıların VKİ normal değer aralığı ile karşılaştırıldığında, cinsiyet, kahvaltı ve çalışma durumları arasında ilişki bulunmamıştır. Alkol kullanım durumuna göre kullananlar yüksek bulunmuştur. Medeni durumda bekar olanlar diğerlerine göre yüksek bulunmuştur. Tütün kullananların kullanmayanlara göre yüksek bulunmuştur.

2. Katılımcıların SYBD ölçeği ile aldığı sonuçlar karşılaştırıldığında, katılımcıların yaşları ile SYBD ölçeği arasında ilişki bulunmamaktadır. VKİ ile SYBD toplamı arasında fazla kilolu olanların morbid obezlere göre yüksek bulunmuştur. Fiziksel aktivite alt boyutu arasında morbid obezlerin diğerlerine göre düşük, obezlerin normal kilolu olanlara göre düşük bulunmuştur. Stres yönetimi alt boyutu arasında obez olanların, normal ve fazla kilolu olanlara göre düşük bulunmuştur.

3. Cinsiyete göre SYBD'den alınan puanlar karşılaştırıldığında SYBD toplam arasında ilişki bulunmamıştır. Sağlık sorumluluğu alt boyutu kadın katılımcıların yüksek bulunmuştur. Fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutunda erkek katılımcılar yüksek bulunmuştur.

4. Katılımcıların medeni durumuna göre sağlık sorumluluğu alt boyutu evli olanların diğerlerine göre daha düşük bulunmuştur, fiziksel aktivite alt boyutunda bekar olanların diğerlerine yüksek, beslenme alt boyutunda bekar olanların diğerlerine göre düşük bulunmuştur.

5. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyutlarında çocuk sahibi olmayanların olanlara göre yüksek, beslenme alt boyutunda ise çocuk sahibi olanların olmayanlara göre yüksek bulunmuştur.

6. Katılımcıların öğrenim durumuna göre SYBD toplam'da okuryazar olmayanlar ile ilköğretim, lise, ön lisans ve lisansüstü olanlara göre düşük, sağlık sorumluluğu alt boyutunda okuryazar olmayanlar ilköğretim, lise, ön lisans, lisansüstü olanlara göre düşük bulunmuş ve ilköğretim mezunu olanlar lisansüstü mezunlarına göre düşük bulunmuştur, fiziksel aktivite alt boyutunda okuryazar olmayanlar ve ilköğretim mezunlarının lise, ön lisans, lisansüstü mezunlarına göre düşük bulunmuştur.

7. Katılımcıların çalışma durumu ile SYBD'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında SYBD toplam ve beslenme alt boyutunda çalışanların çalışmayanlara göre yüksek bulunmuştur.

8. Konaklama durumuna göre sağlık sorumluluğu alt boyutunda evde/ailesiyle yaşayanlar yalnız yaşayanlara göre düşük bulunmuş, fiziksel aktivite alt boyutunda ise evde/ailesiyle yaşayanlar diğer (yurt, otel vb.) yaşayanlara göre düşük bulunmuştur.

9. Yaşamını geçirdiği yere göre SYBD toplam, sağlık sorumluluğu ve kişiler arası ilişkiler alt boyutunda köyde yaşayanlar diğerlerine göre düşük bulunmuş, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarında köyde yaşayanlar merkezde yaşayanlara göre düşük bulunmuş, beslenme alt boyutunda ilçede yaşayanlar diğerlerine göre yüksek, manevi gelişim alt boyutunda ise merkezde yaşayanlar köyde yaşayanlara göre yüksek bulunmuştur.

10. Katılımcıların kronik hastalık olma durumu ile SYBD'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında fiziksel aktivite alt boyutunda kronik hastalığı olmayanlar olanlara göre yüksek, beslenme alt boyutunda ise kronik hastalığı olanlar olmayanlara göre yüksek bulunmuştur.

11. Tütün kullanımına göre karşılaştırıldığında beslenme alt boyutunda tütün kullananlar diğerlerine göre düşük bulunmuştur.

12. Katılımcıların alkol kullanımına göre puanlar karşılaştırıldığında sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyutunda alkol kullananlar kullanmayanlara göre yüksek bulunmuş, beslenme alt boyutunda ise alkol kullanmayanlar kullananlara göre yüksek bulunmuştur.

13. Katılımcıların hobisinin olması ile aldıkları puanlar karşılaştırıldığında SYBD toplam, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutlarında hobisi olanlar olmayanlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur.

14. Katılımcıların düzenli fiziksel aktivite yapma durumuna göre SYBD'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında SYBD toplam, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutlarında düzenli fiziksel aktivite yapmayanların diğerlerine göre düşük bulunmuş, sağlık sorumluluğu alt boyutunda düzenli fiziksel aktivite yapmayanlar ile haftada 1-2 ve haftada 3-4 kez yapanlara göre düşük, haftada 5'den fazla yapanların haftada 1-2 kez yapanlara göre düşük bulunmuştur, beslenme alt boyutunda düzenli fiziksel aktivite yapmayanlar ile haftada 3-4 ve haftada 5'den fazla yapanlara göre düşük, haftada 5'den fazla fiziksel aktivite yapanlar ile haftada 1-2 ve

haftada 3-4 kez yapanlara göre yüksek bulunmuş, kişiler arası ilişkiler alt boyutunda ise düzenli fiziksel aktivite yapmayanlar ile haftada 1-2 ve haftada 3-4 kez yapanlara göre düşük bulunmuştur.

15. Katılımcıların düzenli kahvaltı yapma durumu ile SYBD'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında düzenli kahvaltı yapanların yapmayanlara göre yüksek bulunmuştur.

16. PİÖÖ Toplam puanı ile SYBD Toplam puanı arasında orta derecede ilişki bulunmaktadır.

6.2. Öneriler

Sağlıklı olma süreci hem bireyle hem de içinde yaşanılan toplum ve kültür bileşenleri ile birlikte hareket ettiğinde mümkün olabilmektedir. Erken yaştan itibaren sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili gerek okullarda gerekse kitle iletişim araçlarıyla bilgilendirme ve bilinçlendirme çalışmalarının yapılması, birinci basamak sağlık kuruluşlarında sağlıklı yaşama davranışları ile ilgili hizmetlerin düzenlenmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmelidir.

Sağlıklı yaşam; bir yaşam tarzı olarak her bireyin bildiği ve uyguladığı ve etrafındaki bireyleri de bu konuda desteklediği bir konu olmalıdır. Bu programlar sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını içeren egzersiz konularını ve düzenli olarak kahvaltı yapma alışkanlığı konularını da kapsamalıdır. Bireylerde SYBD'nin kazandırılması için bireyin yaşadığı toplumun sağlık inanç ve tutumları anlaşılmalı; davranışsal ve psikolojik birçok etken belirlenerek bu doğrultuda sağlığın öneminin kavranması sağlanmalıdır.

Bireylerin toplumsal düzeyde sağlık inançlarını arttırmaya yönelik politikalar geliştirilmesi önerilmektedir. Aynı zamanda bireylere öz-sorumluluk ilkesinden yola çıkarak sağlık sorumluluğu kazandırılmalıdır. Çalışma daha geniş ölçeklerle desteklenerek dizayn edilebilir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Definition of health <https://www.who.int/about/governance/constitution>, Erişim tarihi: 16.06.2024.
2. Cırhinlioğlu, Z. Sağlık Sosyolojisi. Nobel Akademik Yayıncılık Ankara, 2001:4-11.
3. Roscoe, L. J. Wellness: A review of theory and measurement for counselor. Journal of Counseling and Development, 87,2009:216-226
4. Phillips, J. F. Using an ounce of prevention: does it reduce health care expenditures and reap pounds of profits? A study of the financial impact of wellness and health risk screening programs. Journal of Health Care Finance, 36(2), 2009:1-12.
5. Avery, G., Johnson, T., Cousins, M., & Hamilton, B. The school wellness nurse: a model for bridging gaps in school wellness programs. Pediatric nursing, 39(1), 2013:13–18.
6. Myers, J. E., Sweeney, T. J., & Witmer, J. M. The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning. Journal of Counseling and Development, 78,2000:251–266.
7. Myers, JE ve Sweeney, TJ. Sağlıklı yaşam danışmanlığı: Uygulama için kanıt temeli. Danışmanlık ve Gelişim Dergisi, 86 (4), 2008:482-493.
8. Yılmaz, E., & Karahan, N. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin geliştirilmesi ve geçerlik güvenirliği. Cukurova Medical Journal, 44, 2019:498-512.
9. Bonilla-Chacin, M., & Marcano, L. Promoting Healthy Living in Central America. World Bank HNP Discussion Paper Series, Washington DC,2012.
10. Ogden, C. L., Carroll, M. D., & Flegal, K. M.. Prevalence of obesity in the United States. Jama, 312(2), 2014:189-190.
11. Finkelstein, E. A., Trogdon, J. G., Cohen, J. W., & Dietz, W. Annual Medical Spending Attributable To Obesity: Payer-And Service-Specific Estimates: Amid calls for health reform, real cost savings are more likely to be achieved through reducing obesity and related risk factors. Health affairs, 28(Suppl1),2009:822-831.
12. <https://www.saglik.gov.tr/TR-84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html>, Erişim tarihi: 12.03.2025.
13. Yılmaz, N., & Özer, E. Y kuşağı bireylerin sağlıklı yaşam farkındalık düzeylerinin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(4), 2021:955-963.
14. Summit, G. S. Spas and the Global Wellness Market: Synergies and Opportunities, prepared by SRI International,2010.
15. Montague, J., W. Piazza, K. Peters, G. Eippert, G. ve T. Poggiali, T. The Wellness Solution. Journal of Active Aging. 2001:17-20.

16. Değerli, H., & Yiğit, A. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeyinin Belirlenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 11(27), 2020:573-586.
17. Labonte, R., Little, S. Determinants of Health: Empowering Strategies For Nurses. Vancouver, Registered Nurses Association Of British Columbia, 1992.
18. Altgeld T.. Governance – Staatliches Handeln: Stärkung von Public Health durch mehr öffentliche Verantwortung für Gesundheit [Governance- Government Action: Strengthening the Public's Health by more Public Accountability for Health- Results of the Working Group 11 of the Forum Future Public Health, Berlin 2016]. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)), 79(11), 2017:936–939.
19. Akdur, R. Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum”, 2003:11.
20. Koçak, A., & Bulduklu, Y. Sağlık iletişimi: yaşlıların televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme motivasyonları. Selçuk İletişim, 6(3), 2010:5-17.
21. Topuz, İ., Dağcan Şahin, N., & Nal, B. Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü. Contemporary Approaches in Health Sciences, Konya: All Sciences Academy, 2024: 114-130.
22. Dünya Sağlık Örgütü “Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planı” https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44009/9789755903163_tur.pdf?sequence=2&isAllowed=y Erişim tarihi: 20.07.2024.
23. Ottawa Charter. 1987. Ottawa Charter for health promotion. Oxford University Press, Printed in Great Britain, Health Promotion, 1 (4): 3-5 https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa_charter_hp.pdf Erişim tarihi: 08.09.2024.
24. Aydın, N. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi. Black Sea Journal of Health Science, 2(1), 2019:21-29.
25. Bozkurt, F. Sağlıklı Yaşam (Wellness) Pazarlamasında, Kişisel Değerlerle Sağlığın Tanımının Sağlıklı Yaşam Tarzı Üzerindeki Etkisi ve Bir Araştırma. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2014.
26. World Health Organization. Healthy living: what is a healthy lifestyle?. In Healthy living: what is a healthy lifestyle? 1999, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108180/1/EUR_ICP_LVNG_01_07_02.pdf. Erişim tarihi: 09.09.2024.
27. National Wellness Institute, <https://nationalwellness.org/resources/six-dimensions-of-wellness> Erişim tarihi: 16.09.2024.
28. Hettler B. Refahın altı boyutu <http://www.hettler.com/sixdimen.htm> Erişim tarihi: 16.09.2024.
29. Hettler, B. (1976). The six dimensions of wellness.
30. Çam, O., & Çılğinoğlu, H. Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal Turizmde Öne Çıkan Sağlık Uygulamaları. Oğuzhan Sosyal Bilimler Dergisi, 3(2), 2021:197-216.

31. Aksoy, T., & Uçar, H. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1(2), 2014:53-67.
32. Uncu, B., & Üstündağ, H. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 5(3), 2018:306-315.
33. Sisk, R. J. Caregiver burden and health promotion. International Journal of nursing studies, 37(1), 2000:37-43.
34. Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L., & Springett, J. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Değerlendirilmesine Yönelik Çerçeve. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler: İlkeler ve Bakış Açıları, 2011:8-46.
35. Erci, B., Avcı Aydın, İ., Hacıoğlu, N., Kılıç, D., & Tanrıverdi, G. Halk Sağlığı Hemşireliği, Göktuğ Yayıncılık, 2009:167-172.
36. Maville, J. A. ve Huerta, C. G. Theoretical foundations of health promotion. J. A. Maville, ve C. G. Huerta (Ed.), Health promotion in nursing içinde, Third Edition, USA: Delmar Cengage Learning, 2013:38-52.
37. Tatarlı, N. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Unsurlar ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu, 2007.
38. Gündoğdu, G., & Kılıç, T. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde (health promotion) sosyal medya kullanımının etkisi Sağlık Bakanlığı'nın sosyal medya kullanımı, 2017.
39. Altay, A. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. Sayıştay Dergisi, (64), 2007:33-58.
40. Başol, E. Gelişmekte olan ülkelerde strateji: Sağlık sisteminde sevk zinciri. Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, 4(8), 2015:128-140.
41. Dağlı, G. H. Türkiye'de sağlık sektörünün yapısı (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü) 2006.
42. Ladouceur, R. Family physicians and health promotion. Canadian Family Physician, 60(2), 2014:106-106.
43. Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nursing research, 36(2), 1987:76-81.
44. Çaka, S. Y., Topal, S., Suzan, Ö. K., Çınar, N., & Altınkaynak, S. Hemşirelik öğrencilerin sağlık algısı ile özgüvenleri arasındaki ilişki. Journal of Human Rhythm, 3(4), 2017:198-203.
45. Ünsal, A. Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, Çevre, Sağlık&Hastalık, Hemşirelik. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1), 2017:11-28.
46. Viner, R., & Macfarlane, A. Health promotion. Bmj, 330(7490), 2005:527-529.
47. Ferguson, K. J. Wallace RB. public health& preventive medicine. Stamford: Appleton& Lange, 1998.

48. Kushner, R. F., & Mechanick, J. I. Lifestyle medicine-An emerging new discipline. *US Endocrinology*, 11(1), 2015:36-40.
49. Arena, R., Harrington, R. A., & Després, J. P. A message from modern-day healthcare to physical activity and fitness: welcome home!. *Progress in cardiovascular diseases*, 57(4), 2014:293-295.
50. Pratt, M., Perez, L. G., Goenka, S., Brownson, R. C., Bauman, A., Sarmiento, O. L., & Hallal, P. C. Can population levels of physical activity be increased? Global evidence and experience. *Progress in cardiovascular diseases*, 57(4), 2015:356-367.
51. Cihangiroğlu, Z., & Deveci, S. E. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2), 2011:78-83.
52. Piyal, B., Akdur, R., Çalışkan, D., & Ocaktan, M. E. Halk Sağlığı. Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları, 2011:92.
53. Canatan, Ş., & Söyler, S. Sağlığın Geliştirilmesi. *Modern Sağlık Yönetiminde Temel Konular*, 2024:75.
54. Avcı, Y. D. Kişisel sağlık sorumluluğu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2016:15(3).
55. Mahan, L. K., & Escott-Stump, S. Krause's food & nutrition therapy. (No Title), 2008.
56. Ermiş, E., Doğan, E., Erilli, N., & Satıcı, A. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi örneği. *Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 2015:30-40.
57. Yürügen, B., Durna, Z., Oktay, S. İç Hastalıkları Hemşireliği. Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayını, 1993.
58. Ersoy, G., & Akbulut, G. Ç. Farklı Sosyo Ekonomik Düzeylerde Yaşayan 65 Yaş Üstü Bireylerin Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 34(1), 2006:41-51.
59. Merdol, T. K. Tarihten günümüze toplumlar ve beslenme alışkanlıkları. *Türk Mutfak Kültürü Üzerine Araştırmalar*, 22, 1998:135-143.
60. Scherr, R. E., Linnell, J. D., Dharmar, M., Beccarelli, L. M., Bergman, J. J., Briggs, M., & Zidenberg-Cherr, S. A multicomponent, school-based intervention, the shaping healthy choices program, improves nutrition-related outcomes. *Journal of nutrition education and behavior*, 49(5), 2017:368-379.
61. Lin PeiYing, L. P., Wood, W., & Monterosso, J. Healthy eating habits protect against temptations, 2016.
62. Ortiz-Marrón, H., Ortiz-Pinto, M. A., Cabañas Pujadas, G., Martínez Mosquera, J. G., Lorente Miñarro, M., Menchero Pinos, F., & Galán, I. Tracking and risk of abdominal and general obesity in children between 4 and 9 years of age. The Longitudinal Childhood Obesity Study (ELOIN). *BMC pediatrics*, 22(1), 2022:198.
63. Hooper, L., Gao, Y., Zayegh, A., Ijaz, S., Elwenspoek, M., Foxen, S. C., & Summerbell, C. D. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019.

64. Flynn, A. C., Suleiman, F., Windsor-Aubrey, H., Wolfe, I., O'Keeffe, M., Poston, L., & Dalrymple, K. V. Preventing and treating childhood overweight and obesity in children up to 5 years old: A systematic review by intervention setting. *Maternal & child nutrition*, 18(3), e13354, 2022.
65. Nelson, M. C., Story, M., Larson, N. I., Neumark-Sztainer, D., & Lytle, L. A. Emerging adulthood and college-aged youth: an overlooked age for weight-related behavior change. *Obesity*, 16(10), 2008:2205.
66. Nelson, J. B. Habits: who's in Charge?. *AADE in Practice*, 2(6), 2014:44-47.
67. Cooke, R., & Papadaki, A. Nutrition label use mediates the positive relationship between nutrition knowledge and attitudes towards healthy eating with dietary quality among university students in the UK. *Appetite*, 83, 2014:297-303.
68. Ferraro, K. F., Thorpe Jr, R. J., & Wilkinson, J. A. The life course of severe obesity: does childhood overweight matter?. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), 2003:110-119.
69. Fairclough, S. J., Hackett, A. F., Davies, I. G., Gobbi, R., Mackintosh, K. A., Warburton, G. L., & Boddy, L. M. Promoting healthy weight in primary school children through physical activity and nutrition education: a pragmatic evaluation of the CHANGE! randomised intervention study. *BMC public health*, 13, 2013:1-14.
70. Bleich, S. N. A road map for sustaining healthy eating behavior. *New England Journal of Medicine*, 379(6), 2018:507-509.
71. Australian Institute of Health and Welfare. A picture of overweight and obesity in Australia. Canberra, 2017.
72. World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life, 2002.
73. Fleming, M. L., & Baldwin, L. (Eds.). *Health Promotion in the 21st Century: New approaches to achieving health for all*. Routledge, 2020.
74. Naylor, A. W., Ford, J. D., & Pearce, T. D. Food security and indigenous peoples in the arctic: A Report to the International Work Group for Indigenous Affairs (IWGIA). Unpublished/pre-print. ArcticNorth Consulting, 2019.
75. Kozanoğlu, M.E. SB Ana Çocuk, and Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. *Ergen Sağlığı ve Gelişimi Kaynak Kitabı*, 2004.
76. Corbin, C. B., & Lindsey, R. *Fitness for life*. Human Kinetics, 2007.
77. Saris, W. H. M., Blair, S. N., Van Baak, M. A., Eaton, S. B., Davies, P. S. W., Di Pietro, L., & Wyatt, H. How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stock Conference and consensus statement. *Obesity reviews*, 4(2), 2003:101-114.
78. Peterson, J. A. Get moving! Physical activity counseling in primary care. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 19(7), 2007:349-357.
79. Ortega, F. B., Lee, D. C., Katzmarzyk, P. T., Ruiz, J. R., Sui, X., Church, T. S., & Blair, S. N. The intriguing metabolically healthy but obese phenotype: cardiovascular prognosis and role of fitness. *European heart journal*, 34(5), 2013:389-397.

80. Pucci, G. C. M. F., Rech, C. R., Fermino, R. C., & Reis, R. S. Association between physical activity and quality of life in adults. *Revista de saude publica*, 46, 2012:166-179.
81. Halloway, S., Wilbur, J., Schoeny, M. E., & Arfanakis, K. Effects of endurance-focused physical activity interventions on brain health: A systematic review. *Biological research for nursing*, 19(1), 2017:53-64.
82. Smith, P. J., Blumenthal, J. A., Hoffman, B. M., Cooper, H., Strauman, T. A., Welsh-Bohmer, K., & Sherwood, A. Aerobic exercise and neurocognitive performance: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Psychosomatic medicine*, 72(3), 2010:239-252.
83. Roig, M., Nordbrandt, S., Geertsen, S. S., & Nielsen, J. B. The effects of cardiovascular exercise on human memory: a review with meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(8), 2013:1645-1666.
84. Dolezal, B. A., Neufeld, E. V., Boland, D. M., Martin, J. L., & Cooper, C. B. Interrelationship between sleep and exercise: a systematic review. *Advances in preventive medicine*, 2017(1), 1364387.
85. Gordon, B. R., McDowell, C. P., Lyons, M., & Herring, M. P. The effects of resistance exercise training on anxiety: a meta-analysis and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *Sports Medicine*, 47, 2017:2521-2532.
86. Knowles, J. H. The responsibility of the individual. *Daedalus*, 1977:57-80.
87. Wikler, D. Who should be blamed for being sick?. *Health education quarterly*, 14(1), 1987:11-25.
88. Barry, B. Why social justice matters. *Polity*, 2005.
89. Schmidt, H. Just health responsibility. *Journal of medical ethics*, 35(1), 2009:21-26.
90. Turollo, F. Responsibility as an ethical framework for public health interventions. *American Journal of Public Health*, 99(7), 2009:1197-1202.
91. Segall, S. Health, luck, and justice. In *Health, Luck, and Justice*. Princeton University Press, 2009.
92. Feiring, E. Lifestyle, responsibility and justice. *Journal of Medical Ethics*, 34(1), 2008:33-36.
93. Vincent, N. A., Van de Poel, I., & Van Den Hoven, J. (Eds.). *Moral responsibility: Beyond free will and determinism* (Vol. 27). Springer Science & Business Media, 2011.
94. Schmidt, H. Personal responsibility in the NHS Constitution and the social determinants of health approach: competitive or complementary?. *Health Economics, Policy and Law*, 4(2), 2009:129-138.
95. Schmidt, H. Personal responsibility for health—developments under the German healthcare reform 2007. *European journal of health law*, 14(3), 2007:241-250.
96. Schmidt, H., Voigt, K., & Wikler, D. Carrots, sticks, and health care reform—problems with wellness incentives. *New England Journal of Medicine*, 362(2), e3, 2010.

97. Bishop, G., & Brodkey, A. C. Personal responsibility and physician responsibility West Virginia's Medicaid plan. *New England Journal of Medicine*, 355(8), 2006:756-758.
98. Michailakis, D., & Schirmer, W. Agents of their health? How the Swedish welfare state introduces expectations of individual responsibility. *Sociology of health & illness*, 32(6), 2010:930-947.
99. Adams, J., Mytton, O., White, M., & Monsivais, P. Why are some population interventions for diet and obesity more equitable and effective than others? The role of individual agency. *PLoS medicine*, 13(4), e1001990, 2016.
100. Pillutla, V., Maslen, H., & Savulescu, J. Rationing elective surgery for smokers and obese patients: responsibility or prognosis?. *BMC Medical Ethics*, 19, 2018:1-10.
101. Schirmer, W., & Michailakis, D. The responsibility principle. Contradictions of priority-setting in Swedish healthcare. *Acta Sociologica*, 54(3), 2011:267-282.
102. Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E., & Bozdemir, N. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(1), 2012.
103. Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., & Kıssal, A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 2008:1-13.
104. Chew, F., Palmer, S., Slonska, Z., & Subbiah, K. Enhancing health knowledge, health beliefs, and health behavior in Poland through a health promoting television program series. *Journal of Health Communication*, 7(3), 2002:179-196.
105. Yılmaz, N. Stres ve Stresle Başa Çıkma. http://www.sksdb.hacettepe.edu.tr/files/Stresle_Basa_Cikma.pdf Erişim tarihi: 12.11.2024.
106. Başal, A. Stres Yapmayan Stres Kitabı. İstanbul.-Dökmen, Ü. “Yaşama Yerleşmek”, İstanbul, 2007.
107. Balcıoğlu, İ. Medikal açıdan stres ve çareleri. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Yayınları, 2005.
108. Şahin, N. H. Stresle başa çıkma olumlu bir yaklaşım. Baskı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1998.
109. Braham, B. J., & Diker, V. G. Stres yönetimi: Ateş altında sakin kalabilmek. Hayat, 2002.
110. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*, 7(7), e1000316, 2010.
111. Colon, K. The healing power of spirituality. *Minnesota medicine*, 79(12), 1996:12-18.
112. Brady, MJ, Peterman, AH, Fitchett, G., Mo, M. ve Cella, D. Onkolojide yaşam kalitesi ölçümüne maneviyatı dahil etme vakası. *Psiko-Onkoloji: Kanser Psikolojik, Sosyal ve Davranışsal Boyutları Dergisi*, 8 (5), 1999:417-428.

113. Gaskin-Wasson, A. L., Walker, K. L., Shin, L. J., & Kaslow, N. J. Spiritual well-being and psychological adjustment: mediated by interpersonal needs?. *Journal of religion and health*, 57, 2018:1376-1391.
114. Wang, D., Xing, X. H., & Wu, X. B. Healthy lifestyles of university students in China and influential factors. *The Scientific World Journal*, 2013(1), 412950.
115. Zehirlioğlu, L., & Mert, H. Kronik hastalıklara yeni yaklaşım: Yaşam tarzı tıbbı. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 2019:341-350.
116. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Raporlar/turkey-risk-factors-tur STEPS-2017.pdf> Erişim tarihi: 18.12.2024.
117. Sapranaviciute-Zabazlajeva, L., Sileikiene, L., Luksiene, D., Tamosiunas, A., Radisauskas, R., Milvidaite, I., & Bobak, M. Lifestyle factors and psychological well-being: 10-year follow-up study in Lithuanian urban population. *BMC Public Health*, 22(1), 2022:1011.
118. Zhu, B., Gostoli, S., Benasi, G., Patierno, C., Petroni, M. L., Nuccitelli, C., & Rafanelli, C. Promoting weight loss and psychological well-being in patients with obesity: A sequential combination of behavioural lifestyle intervention and well-being therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(2), 2023:422-435.
119. Walker, S. N., & Hill-Polerecky, D. M. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, 13, 1996:120-126.
120. Telef, B. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği: Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28(28-3), 2013:374-384.
121. Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. W., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social indicators research*, 97, 2010:143-156.
122. Kayman, E., Dilsiz, K., Ügücü, G., Yiğit, R. İntörn Hemşirelik Öğrencilerinin Olumsuz Çocukluk Deneyimleri ile Psikolojik İyi Oluşları Arasındaki İlişki. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2), 2021:177-185.
123. Bostancı, N., & Aktaş, B. Hemşirelik Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığının Psikolojik İyi Oluş ve Ruhsal Sağlık ile İlişkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 5(3), 2022:365-372.
124. Özer, S., Nuri, C., & Bağlama, B. Özel Eğitim Öğretmenlerinin Covid-19 Pandemisinde Psikolojik İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(2), 2023:508-521.
125. Çam, E. The Relationship Between University Students' Use Of Social Media, Psychological Well-Being, And Self-Esteem. *Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul*, 2024:44.
126. Koç, Ş. Çalışan Kadınların Psikolojik İyi Oluş Düzeyleri ile İş Doyumu Arasındaki İlişki: Benlik Saygısının Aracılık Rolü. *Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Samsun*, 2024:90.

127. Şimşekoğlu, N. Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce, 2013:52.
128. Duran, Ü., Öğüt, S., Asgarpour, H., Kunter, D. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(3), 2018:138-147.
129. Gömleksiz, M., Yakar, B., & Pirinççi, E. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler. Dicle Medical Journal, 47(2), 2020:347-358.
130. Erginer, D. K. Kronik Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Sağlık Durumu ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2016:30.
131. Adıbelli, D., Olgun, S., & Turan, G. S. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 6(1), 2017:8-17.
132. Yüksel Kaçan, C., & Örsal, Ö. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Düzeyinin Değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 9(1), 2019:19-24.
133. Seyhan, Y. U. Kayseri'de Çalışan Diyetisyenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, 2024:47.
134. Maral, A. SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Hekimlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Haydarpaşa Numune Eğt. ve Arş. Hastanesi, İstanbul, 2023:54.
135. Avrupa Sağlık Mülakat Araştırması (2021).
136. Furstenberg, A. L. Trajectories of aging: Imagined pathways in later life. The International Journal of Aging and Human Development, 55(1), 2002: 1-24.
137. Saito, T., Matsui, N., & Izawa, K. P. Gender difference in body mass index in West New Britain Province, Papua New Guinea: A sub-analysis of a cross-sectional questionnaire study. Tropical doctor, 51(2), 2021:280-282.
138. Jabre, J. F., & Bland, J. D. P. Body mass index changes: an assessment of the effects of age and gender using the e-norms method. BMC medical research methodology, 21(1), 2021:40.
139. Ekincioglu, M. A. Farklı Vücut Kitle İndeksine Sahip Yetişkinlerin Beslenme Bilgi Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, 2022:42.
140. Heredia, N. I., Dong, Q., Chang, S., & McNeill, L. H. Association of Alcohol Use and Physical Activity with Body Mass Index in Mexican-Origin Adults. Journal of racial and ethnic health disparities, 9(3), 2022:812-819.
141. Sievert, K., Hussain, S. M., Page, M. J., Wang, Y., Hughes, H. J., Malek, M., & Cicuttini, F. M. Effect of breakfast on weight and energy intake: systematic

review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ (Clinical research ed.)*, 2019;364, 142.

142. Allman-Farinelli, M. A., Chey, T., Merom, D., & Bauman, A. E. Occupational risk of overweight and obesity: an analysis of the Australian Health Survey. *Journal of occupational medicine and toxicology (London, England)*, 5, 2010:14.
143. Janghorbani, M., Amini, M., Rezvanian, H., Gouya, M. M., Delavari, A., Alikhani, S., & Mahdavi, A. Association of body mass index and abdominal obesity with marital status in adults. *Archives of Iranian medicine*, 11(3), 2008:274–281.
144. Fobian, A. D., Schiavon, S., Elliott, L., Stager, L., & Cropsey, K. L. Body Mass Index Changes Associated with Smoking are Moderated by Race and Depression. *Journal of health care for the poor and underserved*, 31(3), 2020:1115–1123.
145. Wolters, I., Kastaun, S., & Kotz, D. Associations between body mass index and smoking behaviour: A cross-sectional study of the German adult population. *Physiology & behavior*, 275, 114436, 2024.
146. Peng, J., Yin, L., Wang, K., Zhang, T., Liu, H., Yang, J., & Luo, J. A Study on the Relationship Between Adolescent Health Behavior, BMI, and Blood Physical and Chemical Properties. *Frontiers in public health*, 10, 766101, 2022.
147. Eyüboğlu, G. P. Yetişkinlerde Obezite Farkındalık Düzeyi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2021:52.
148. Orhan, N. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi tuzla eğitim aile sağlığı merkezine başvuran erişkinlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, 2017:50.
149. Başaran, M. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Erişkin Yaş Hastalarda Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Haydarpaşa Numune Eğt. ve Arş. Hastanesi, İstanbul, 2021:32.
150. Sanlier, N., Pehlivan, M., Sabuncular, G., Bakan, S., & Isguzar, Y. Determining the relationship between body mass index, healthy lifestyle behaviors and social appearance anxiety. *Ecology of food and nutrition*, 57(2), 2018:124–139.
151. Özkaraman, A., Alparslan, G. B., Babadağ, B., Gökçe, S., Gölgeci, H., Derin, Ö., & Bilgin, M. Hemodiyaliz Yapılan Kronik Böbrek Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi / The Evaluation Behaviours For Healthy Life Style In Hemodialysis Patients With Chronic Kidney Disease. *Osmangazi Journal Of Medicine*, 38(0), 2016.
152. Güner, İ. C., & Demir, F. Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının (Sybd) Belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 9(3), 2006:17–25.
153. Altay, B., Çavuşoğlu, F., & Güneştaş, İ. Healthy Life Style Behaviours And Influencing Factors Of Nurses Who Work At The University Hospital. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(1), 2015:12-18.

154. Khaghanyrad, E. İki farklı ülkede cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2014:36.
155. Zoroğlu, G. Düzce Merkez İlçedeki Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personeli ile Üniversite Hastanesi Asistan Hekim ve Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Düzce, 2018:39.
156. Dönmez, M. N. Sağlık Profesyonellerinde Algılanan Gıda Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir, 2024:33.
157. Çayır, M., & Akyıl, R. Ç. A study of satisfaction with life and health-promoting lifestyle behaviours in patients after myocardial infarction. *Acta Medica Mediterranea*, 30(1), 2014:261-268.
158. Bakouei, S., Bakouei, F., Omidvar, S., & Bakhtiari, A. Health-Promoting Behaviors and Their Predictors in Iranian Women of Reproductive Age: A Cross-Sectional Study. *International quarterly of community health education*, 38(1), 2017:3-8.
159. Xiao, L., Wang, P., Fang, Q., & Zhao, Q. Health-promoting Lifestyle in Patients after Percutaneous Coronary Intervention. *Korean circulation journal*, 48(6), 2018:507-515.
160. Cho, H., & Lee, H. Latent class analysis of health lifestyle among older adults living alone and associations with life satisfaction and depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, 361, 2024:172-181.
161. Deluga, A., Kosicka, B., Dobrowolska, B., Chrzan-Rodak, A., Jurek, K., Wrońska, I., Ksykiewicz-Dorota, A., Jędrych, M., & Drop, B. Lifestyle of the elderly living in rural and urban areas measured by the FANTASTIC Life Inventory. *Annals of agricultural and environmental medicine : AAEM*, 25(3), 2018:562-567.
162. Mato, M., & Tsukasaki, K. Relationship between breakfast consumption and health-related habits among university students in Japan. *日本公衆衛生雑誌*, 67(11), 2020:791-799.
163. Eren, E. Çekerek İlçesinde Görev Yapan Kamu Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, 2021:55.
164. Yang, Q., Yang, F., & Zhang, K. Influence of Psychological Factors on College Students' Smoking Behavior: Moderating Role of Tobacco Advertising Receptivity and Health Behavior. *American journal of health behavior*, 46(1), 2022:12-28.
165. Demir, E., & Baydar Artantaş, A. Tıp ve Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Ankara Medical Journal*, 18(2), 2018:186-197.
166. Karagöz, Ş. Kayseri İli Serbest Eczacılarında Sağlık Okuryazarlığı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, 2022:40.

167. Kaba, A. Malatya İlinde Özel Bir Hastaneye Başvuran Bireylerin Beslenme Durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2018:35.
168. Çokkeser, Ş. P. Adölesanlarda Dijital Bağımlılık, Obezite, Kronotip ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2023:67.
169. Božek, A., Nowak, P. F., & Blukacz, M. The Relationship Between Spirituality, Health-Related Behavior, and Psychological Well-Being. *Frontiers in psychology*, 11, 1997, 2020.
170. Folkman, S., & Greer, S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-oncology*, 9(1), 2000:11–19.



EKLER

Ek 1: Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliği'nden alınan çalışma izni

Evrak Tarih ve Sayısı: 01.06.2023-E.166646



T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayı :E-70847213-929-166646
Konu : Çalışma İzni

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : a) 30.05.2023 tarihli ve 70847213-929-E.166020 sayılı yazı.
b) 16.05.2023 tarihli ve 89174543-929-163004 sayılı yazı.

İlgi (a) sayılı yazımız revize edilmiş olup, Anabilim Dalı Başkanlığı'nda görev yapan Dr. Öğr.Üyesi Murat Demirezen'in uzmanlık tez sorumlusu olduğu ve Arş.Gör.Dr. Fatih Mehmet KARTAL tarafından yapılması planlanan "*Bir Üniversite Hastanesi Diyet Polikliniğine Başvuran Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler*" konulu uzmanlık tezini yapma isteğiniz Başhekimliğimizce uygun görülmüş olup, çalışmalarınıza Etik Kurul Onayı alındıktan sonra başlanması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Murat ÇİLEKAR
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Ek:Araştırma izni

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSN57KT540 Pin Kodu : 58432

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/afsu-edys>

Adres : Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörlüğü Zafer Sağlık Külliyesi Dörtüyl Mah.

Bilgi için : Handan Erdoğan

2078 Sok. No:3 AFYONKARAHİSAR

Unvanı : Büro Personeli

Telefon : (272) 246 33 35

Web : www.afsu.edu.tr

Kep Adresi : afsu@hs01.kep.tr



Ek 2: Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni

T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	07.07.2023	Toplantı Numarası	2023/7	Toplantı Saati	09:00	Etik Kurul Kodu
						2011-KAEK-2

293- Dr. Öğr. Üyesi Murat DEMİREZEN'in sorumluluğunda yürütülecek olan "Bir Üniversite Hastanesi Diyet Polikliniğine Başvuran Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler" konulu Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için başvuru dosyası incelendi. Araştırma protokolüne uyularak, Sağlık Bakanlığı'nın 13.04.2013 tarih 28617 sayılı Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmeliği ve yayımlanan kılavuzlarında belirtilen hususlar dikkate alınarak, sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere araştırmanın yapılmasında etik sakınca olmadığına toplantıya katılan üyelerin **oy birliği** ile karar verildi.

Ek 5: Anket formu

Bir Üniversite Hastanesi Diyet Polikliniğine Başvuran Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler

(Anket 80 sorudan oluşmaktadır, cevaplamak yaklaşık 10 dakika sürmektedir.)

1. Bölüm: Sosyodemografik özellikler

1. Yaşınız
2. Cinsiyetiniz a) Erkek b) Kadın
3. Kilonuz.....kg
4. Boyunuz.....cm
5. Medeni durumunuz
6. Çocuğunuz var mı?
- a) Bekâr a) Çocuğum yok
- b) Evli b) Çocuğum var
- c) Eşinden ayrılmış / Eşi ölmüş
7. Eğitim düzeyiniz (En son bitirmiş olduğunuz okul dikkate alınırsa)
- a) Okur-yazar değil
- b) Okur-yazar
- c) İlköğretim
- d) Lise
- e) Ön Lisans
- f) Lisans ve üstü
8. Mesleğiniz nedir?
- a) İşçi b) Memur c) Çiftçi d) Öğrenci e) Esnaf f) Ev hanımı g) Emekli
- h) Herhangi bir işim yok ı) Diğer.....
9. Nerede kalıyorsunuz?
- a) Evde ailemle b) Yalnız yaşıyorum c) Arkadaşlarımla d) diğer....
10. Yaşamınızın en uzun kısmını geçirdiğiniz yerleşim yeri hangi gruba uyar?
- a) Şehir merkezi b) İlçe merkezi c) Köy/Kasaba

2. Bölüm: Yaşam alışkanlıklarına ait özellikler

11. Doktor tarafından tanısı konmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
- a) *Evet* (Lütfen belirtiniz)
- b) *Hayır*
12. Genellikle günde kaç saat uyursunuz?
- saat

13. Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) İyi
- b) Orta
- c) Kötü

14. Tütün ve tütün ürünlerini kullanıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bıraktım

15. Alkol kullanıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

16. Hobileriniz (bahçe işleri, ahşap boyama, hayvan beslemek vs.) var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

17. Sağlıkla ilgili bilgilerinizi nereden elde edersiniz?

- a) Aile, arkadaş ve çevremdekilerden duyduklarımdan
- b) Görsel ve yazılı medyadan(tv, gazete...)
- c) İnternet
- d) Sağlık profesyonellerinden
- e) Bilimsel makalelerden

18. Yemeğin tadına bakmadan tuz atar mısınız?

- a) Evet
- b) Hayır

19. Hangi poliklinikten yönlendirildiniz?

- a)endokrinoloji
- b)genel cerrahi
- c)genel dahiliye
- d)diğer.....

20. Ailede sağlık çalışanı var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

21. Düzenli olarak fiziksel aktivite (örn; haftada en az 3 gün 25 dk tempolu yürüyüş vs.) yapar mısınız?

- a) Yapmıyorum
- b) Haftada 1-2 kez
- c) Haftada 3-4 kez
- d) Haftada 5'ten fazla

22. Düzenli olarak her gün kahvaltı yapar mısınız?

- a. Evet
- b. Hayır

3. Bölüm: Psikolojik İyi Oluş Ölçeğine ait sorular (PİOÖ)

Aşağıda katılıp ya da katılamayacağınız 8 ifade vardır. 1- 7 arasındaki derecelendirmeyi kullanarak. Her bir madde için uygun olan cevabınızı belirtiniz.

	1.Kesinlikle katılmıyorum	2.katılmıyorum	3.Biraz katılmıyorum	4.kararsızım	5.biraz katılıyorum	6.katılıyorum	7.kesinlikle katılıyorum	
1	Amaçlı ve anlamlı bir yaşam sürdürüyorum							
2	Sosyal ilişkilerim destekleyici ve tatmin edicidir.							
3	Günlük aktivitelerime bağlı ve ilgiliyim							
4	Başkalarının mutlu ve iyi olmasına aktif olarak katkıda bulunurum.							
5	Benim için önemli olan etkinliklerde yetenekli ve yeterliyim.							
6	Ben iyi bir insanım ve iyi bir hayat yaşıyorum							
7	Geleceğim hakkında iyimserim							
8	İnsanlar bana saygı duyar							

4. Bölüm: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine ait sorular

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1.	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2.	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3.	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4.	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5.	Yeterince uyurum				
6.	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7.	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8.	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9.	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10.	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11.	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12.	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13.	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14.	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15.	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16.	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				

17.	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18.	Geleceğe umutla bakarım				
19.	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırıyorum				
20.	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21.	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22.	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23.	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24.	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim				
25.	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26.	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27.	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28.	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29.	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30.	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31.	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32.	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33.	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34.	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35.	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36.	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37.	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38.	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39.	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40.	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41.	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42.	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43.	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44.	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45.	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46.	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47.	Yorulmaktan kendimi korurum				
48.	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49.	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50.	Kahvaltı yaparım				
51.	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52.	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				