



**YOKSUL KADINLARDA SAĞLIK ALGISI,
KADERCİLİK VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Fadime MEYDAN AKKURT

**Yüksek Lisans Tezi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Danışman: DOÇ. DR. Nihal GÖRDES AYDOĞDU**

**2024
Her hakkı saklıdır**



**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**YOKSUL KADINLARDA SAĞLIK ALGISI,
KADERCİLİK VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Fadime MEYDAN AKKURT

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nihal GÖRDES AYDOĞDU

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Hemşireliği

Erzurum

2024

Her hakkı saklıdır

BEYANNAME

Bu tez çalışmasının Erzurum Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçların akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak sunulduğunu; bu tezin özgün bir bilimsel araştırma olduğunu; tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını; tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

10.09.2024

Fadime MEYDAN AKKURT

İÇİNDEKİLER

Sayfa

BEYANNAME	3
İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
TABLolar DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Yoksulluk Kavramı	4
2.2. Yoksulluk Epidemiyolojisi.....	5
2.2.1 Dünyada yoksulluk	5
2.2.2 Türkiye’de yoksulluk.....	6
2.3. Yoksulluk Çeşitleri	7
2.3.1. Mutlak yoksulluk	8
2.3.2. Göreli yoksulluk.....	8
2.3.3. Maddi ve sosyal yoksulluk	9
2.4. Yoksulluk ve Kadın	9
2.5. Yoksulluk Etkileri.....	11
2.6. Yoksulluk ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	12
2.7. Yoksulluk ve Sağlık Algısı	13
2.8. Yoksulluk ve Kadercilik	14
2.9. Yoksulluk ve Halk Sağlığı Hemşireliği.....	15
3. YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Tipi.....	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	18
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem	18
3.4. Veri Toplam Araçları	19
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	21
4. BULGULAR	23

5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
KAYNAKLAR	55
EKLER	65



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca yoğun çalışmalarına rağmen bana her zaman rehberlik eden, beni sürekli destekleyerek cesaretlendiren, değerli bilgi ve deneyimlerini her daim paylaşan, yardımlarını esirgemeyen, danışman hocam Doç. Dr. Nihal Gördes Aydoğdu'ya özellikle teşekkürlerimi sunarken, uzman görüşlerini aldığım değerli öğretim üyelerine de teşekkürü bir borç bilirim.

Yüksek Lisans eğitimimde ve anket sürecimde desteklerini hiç esirgemeyen değerli hemşire arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Hayatımın her alanında olduğu gibi tez sürecimde de hep yanımda olan, desteklerini hiç esirgemeyen sonsuz güvenleri ile zor zamanların üstesinden gelmemi sağlayan annem ve babama teşekkür ederim.

Tez sürecim boyunca tüm zorlukları benimle göğüsleyerek bana güç veren, varlığıyla beni asla yalnız hissettirmeyen, aldığım kararları hayata geçirmemde destek kaynağım olarak gördüğüm ve bundan sonraki hayatımda da hep en özel yere sahip olacağına inandığım, canım eşim Mücahit Akkurt'a teşekkür ederim.

Son olarak içimde minicik kalbiyle benim bu stresli tez dönemimde bana varlığıyla güç veren oğluma da teşekkürler.

10.09.2024

Fadime MEYDAN AKKURT

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yoksul Kadınlarda Sağlık Algısı, Kadercilik ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki

Amaç: Bu çalışmadaki amaç yoksul kadınlarda sağlık algısı, kadercilik ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenerek, sağlık algısı ve kaderciliğin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin incelenmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan çalışma Erzurum ilindeki Kayakyolu Aile Sağlığı Merkezi, Osmangazi Aile Sağlığı Merkezi ve Ceylanoğlu Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Erzurum ilindeki Kayakyolu, Osmangazi ve Ceylanoğlu Aile Sağlığı Merkezi bölgelerinde ikamet eden yoksul kadınlardan oluşmaktadır. Çalışma Nisan 2022-Eylül 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Kadın sayısının belirlenmesinde evreni belli olmayan örneklem seçim yöntemi kullanılarak örneklem hacmi 384 olarak belirlenmiştir. Çalışmanın verileri Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu, Sağlık Algısı Ölçeği, Sağlık Kaderciliği Skalası ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ile toplanmıştır. Verilerin analizinde bağımsız gruplarda t testi, varyans analizi, korelasyon ve doğrusal regresyon analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Yoksul kadınların %64,6'sı 32 yaş altındaki katılımcılardan oluşmaktadır. Katılımcıların %52,9'u bekar, %57,3 üniversite mezunu ve %82,8'inin kronik hastalığı vardır. Katılımcıların %45,8'i sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirmektedir. Katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeği puan ortalaması $41,19 \pm 6,84$, Sağlık Kaderciliği Skalası puan ortalaması $49,17 \pm 7,82$ ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek puanı $123,33 \pm 20,58$ bulunmuştur.

Sonuç: Yoksul kadınlarda sağlık algısı artıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumlu yönde arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık kaderciliğinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ise olumsuz etkilediği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kadercilik, Sağlık Algısı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yoksulluk

ABSTRACT

MS. Thesis

The Relationship Between Health Perception Fatalism and Healthy Lifestyle Behaviors in Low Income Women

Aim: The aim of this study is to determine the health perception, fatalism and healthy lifestyle behaviors of poor women and to examine the effects of health perception and fatalism on healthy lifestyle behaviors.

Methods: This descriptive study was conducted at the Kayakyolu Family Health Center, Osmangazi Family Health Center, and Ceylanoğlu Family Health Center in Erzurum province. The population of the study consists of impoverished women residing in the Kayakyolu, Osmangazi, and Ceylanoğlu Family Health Center regions in Erzurum. The study was conducted between April 2022 and September 2024. To determine the sample size, a non-probability sampling method was used, resulting in a sample size of 384. Data for the study were collected using the Socio-Demographic Characteristics Information Form, Health Perception Scale, Health Fatalism Scale, and Healthy Lifestyle Behaviors Scale II. The data analysis involved independent sample t-tests, analysis of variance, correlation, and linear regression analyses.

Results: 64,6% of the impoverished women are under 32 years of age. Among the participants, 52,9% are single, 57,3% have a university degree, and 82,8% have a chronic illness. 45,8% of the participants evaluate their health status as good. The average score on the Health Perception Scale was $41,19 \pm 6,84$, the average score on the Health Fatalism Scale was $49,17 \pm 7,82$, and the average score on the Healthy Lifestyle Behaviors Scale was $123,33 \pm 20,58$.

Conclusion: It was concluded that as health perception increases among impoverished women, healthy lifestyle behaviors improve positively. However, health fatalism appears to negatively impact healthy lifestyle behaviors.

Keywords: Fatalism, Health Perception, Healthy Lifestyle Behaviors, Poverty

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Araştırma Süreç Takvimi.....	18
Tablo 3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Analizi Sonuçları	20
Tablo 3.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik Analizi Sonuçları	21
Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	23
Tablo 4.2. Katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeği, Sağlık Kaderciliği Skalası ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları	24
Tablo 4.3. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	25
Tablo 4.4. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Sağlık Kaderciliği Skalası Puanlarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.5. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	31
Tablo 4.6. Sağlık Algısı, Sağlık Kaderciliği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon.....	36
Tablo 4.7. Sağlık Algısının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi.....	39
Tablo 4.8. Sağlık Kaderciliğinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi.....	43
Tablo 4.9. Sağlık Algısı ve Sağlık Kaderciliğinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi.....	46

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Sağlık ve Hastalık Döngüsü.....	12
--	----



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<u>Kısaltmalar</u>	<u>Açıklama</u>
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TÜRK-İŞ	Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu
SAÖ	Sağlık Algısı Ölçeği
SYBDÖ	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
UNDP	Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
α	Cronbach Alpha
n	Örneklem kişi sayısı
r	Güvenirlilik katsayısı
vb.	Ve benzeri

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı sadece hastalık veya sakatlığın bulunmayışı değil fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır (Bolsoy & Sevil, 2006). Sağlığı etkileyen faktörlerden en önemlisi olan yoksulluk, toplum içinde yer alan belirli bir kesimin temel yaşamlarını sürdürebilmesi için gereken gıda, giyim ve barınak gibi minimum ihtiyaçlarını karşılayamaması olarak tanımlanmaktadır (Uzun, 2003). Yoksulluk, ekonomik zayıflığın yanında, siyasi ve sosyal katılım, eğitim, sağlık, insan hakları gibi yaşamın tüm boyutlarını niteleyen bir kavramdır (Coşkun & Tireli, 2008).

Yoksulluk sağlık için en önemli risk faktörüdür ve bireylerin yaşam kalitesini ve süresini azaltarak zarar vermektedir (DSÖ, 2015). Yoksulluk bireyin sağlıklı bir yaşam sürmesine sebep olmakla birlikte bireyin sağlık hizmetinden nasıl faydalanabileceğini bilmemesi ve sağlık kurumuna uzak yerleşim yerlerinde olması sebebiyle sağlık hizmetini kullanımını da sınırlamaktadır (Ergül, 2005).

Bireylerin gelir durumu başta sağlıklı yaşam biçimi davranışları olmak üzere (kötü beslenme, tütün/alkol kullanımı, madde bağımlılığı, fiziksel inaktivite vb.), sağlıkları, sağlık algıları ve sağlık hizmetlerine erişimlerini etkilemektedir.

Yoksul bireylerde sağlık algısı etkilenmektedir. Bireyin sağlık algısı kendisiyle ilgili duyguları, düşünceleri, bakış açısı ve yaşamdan beklentileri, bireyin kendisinin değerlendirilmesine olanak sağlayan basit ama güçlü bir göstergedir. Birey kendi sağlığıyla ilgili olumlu düşüncelerini iyi sağlık, olumsuz düşüncelerini ise “kötü sağlık” olarak tanımlamaktadır (Ağaçdiken vd., 2017). Bireylerin sağlığı nasıl algıladığı ve kendi sağlığı ile ilgili nasıl bilgi edindiğini öğrenmek sağlık çalışanları açısından önemlidir (Demirbaş & Onmaz, 2021).

Yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını etkileyen etmenlerin incelendiği bir çalışmada, yoksul bireylerde sağlık durumunu kötü, orta şeklinde algılayanların oranı %78,10 iken, yoksul olmayanlardan bu oran %43,33 olarak saptanmıştır (Çapık, 2006). Ayrıca kadınların %64,8'i yoksulluğu kader olarak değerlendirmiştir (Duyan, 2010).

Kadercilik bireyin yaşam sürecindeki olayların doğaüstü bir güç tarafından belirlenip, bu durumun dışına çıkamayacağı, alinyasının silinip

değiştirilemeyeceği, ne yaparsa yapsın bu durumu ortadan kaldıramayacağına ve bireyin bu süreçten kaçınamayacağını kabullenmesi, bireyin yaşamının kendi kontrolünde olduğunu ve bireyin yaşamındaki olaylar arasında seçim yapmasını asla gerçekleşmeyeceğine olan inancı olarak ifade edilmektedir (Kasapoğlu, 2008; Roiger, 2011; Sobol, Kwapinska, 2013).

Kadercilik algısı sağlığı etkilemektedir. Sağlıklı bireyler için sağlık kadercilik ilişkisi ilk olarak ele alınmalıdır. Bireyin hastalığının nedenleri ve bu sürecin kontrol edilip edilmeyeceği hakkındaki inançları sağlık ile ilgili kaderciliğini ortaya koymaktadır (Bolsoy & Sevil, 2006). Literatürde kaderciliğin bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği bildirilmektedir. Yapılan bir meta analizde 46 çalışma değerlendirilmiş ve sağlık davranışları veya kadercilik arasındaki ilişkiye bakıldığında kadercilik düzeyi yüksek birey ile sağlığı olumsuz etkileyen davranışlar arasında pozitif yönde ilişki olduğu görülmüştür (Cohn & Esparza, 2015). Bireyler sağlıklarını korumak ve yaşam kalitelerini yükseltmek için sağlıklı yaşam biçimi geliştirmelidirler.

Hastalıkların önlenmesinde sağlıklı yaşam biçimi önemli bir rol oynamaktadır (Paudel vd., 2017). Yoksul bireyler içerisinde kadınların yoksulluk oranının daha fazla olması ve yoksulluğun sağlık için belirleyici bir faktör olması nedeniyle bu çalışmanın amacı yoksul kadınlarda sağlık algısı, kadercilik ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenerek, sağlık algısı ve kaderciliğin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin incelenmesidir.

Araştırma Soruları;

1. Yoksul kadınlarda sağlık algısı nasıldır?
2. Yoksul kadınlarda sağlık kaderciliği algısı nasıldır?
3. Yoksul kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları nasıldır?
4. Yoksul kadınların demografik özellikleri ile sağlık algısı arasında fark var mıdır?
5. Yoksul kadınların demografik özellikleri ile sağlık kaderciliği arasında fark var mıdır?
6. Yoksul kadınların demografik özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında fark var mıdır?

7. Sağlık algısı ve kaderciliğin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını üzerindeki etkileri nasıldır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoksulluk Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı sadece hastalık veya sakatlığın bulunmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır (Bolsoy & Sevil, 2006). Sağlığı etkileyen faktörlerden en önemlisi olan yoksulluk, toplum içinde yer alan belirli bir kesimin temel yaşamlarını sürdürebilmesi için gereken gıda, giyim, barınak gibi minimum ihtiyaçlarını karşılayamaması olarak tanımlanmaktadır (Uzun, 2003). Çok yönlülüğü ve karmaşıklığı nedeniyle yoksulluğu bir kavram olarak tanımlamak zordur. Yoksulluk bireyin gıda, su, giyim, sağlık hizmetleri, eğitim ve istihdam ihtiyaçlarını karşılamayacak kadar düşük gelire ve kaynağa sahip olmasıdır (Oktik, 2008).

Yoksulluk kavramı Dünya Bankası'na göre barınma eksikliği, açlık, okula erişim ve tıbbi bakımın eksikliğidir (USAID, 2015). Dünya çapında yoksulluk küresel bir sağlık sorunudur (WHO, 2000). Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) yoksulluğu bireylerin sosyal yaşam standartlarından uzaklaşması olarak belirtmektedir (OECD, 2007). Yoksulluk, ekonomik zayıflığın yanında, siyasi ve sosyal katılım, eğitim, sağlık, insan hakları gibi yaşamın tüm boyutlarını niteleyen bir kavramdır (Coşkun & Tireli, 2008). Yoksulluk aynı zamanda kaynakların dağılımındaki adaletsizlikleri, güçsüzlükleri ve bunlara ek olarak fiziki imkanların eksikliklerini de ifade etmektedir (Yusufoğlu, 2010). Yoksulluk ekonomik geçimin sağlanamamasının yanı sıra sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk ve hizmetten yararlanamama, açlık, dengesiz ve yetersiz beslenme, hastalıkların ve ölümlerin artması, sağlıksız çevre koşulları, temiz suya ulaşamamaya neden olmaktadır (Emir, 2009). Yoksulluk, bireyin enerjisini tüketen ve çaresizlik duygusunu ortaya çıkaran hastalıktır (ICN, 2009).

Yoksulluk kavramının tanımlanması ve sınırlarının belirlenmesi oldukça güçtür. Yoksulluk ile ilgili literatürde çok farklı görüşler olduğu için tek bir uluslararası standart yoktur. Yoksulluk kavramının literatürde, net bir tanımı yapılamamakta, zamana ve mekâna göre farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Yoksulluk ile ilgili yapılan son çalışmalar yoksulluğu sadece gelir yetersizliği ile değerlendirmeyip çok boyutlu olarak ele almaktadır. Yoksulluk sadece bireylerin gelir yetersizliği olmamakla birlikte gelir dağılımı ve sosyal dışlanma gibi

göstergelerle ilişkili kavramdır. Gelişmekte olan ülkelerin ekonomik gündem maddelerine bakıldığında yoksulluk en önemli maddeler arasındadır (UNDP, 2017).

2.2. Yoksulluk Epidemiyolojisi

Toplumsal sınıf sıralamasında yoksulluk en alt sıradadır. Eğitim ve sağlık gibi olanaklardan en az payı alanlardır. Bu yoksul ailelerin sağlık koşulları kötü olup beslenmeleri de yetersizdir (MEGEP, 2007).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yoksulluktan en fazla etkilenenler yaşlılar, kadınlar ve çocuklardır. Ekonomik durumu kötü olan ailelerin çocukları çok fazla acı çekmektedir (Cousins, 2013).

Hastalık türleri ve seyri ülkelerin zenginlik durumuna göre farklılık göstermektedir. Zengin ülkelerdeki bireylerde kalp damar hastalıkları, kanser ve ruhsal hastalıklar çoğunluğu oluştururken yoksul ülkelerde bulaşıcı hastalıklar, çevre koşulları ile oluşan hastalıklar sağlık sorunlarını oluşturmaktadır (Magnuson & Drzal, 2009). Yoksul ülkelerdeki bireylerin ölüm nedenlerinin %57'sini bulaşıcı hastalıklar oluştururken zengin ülkelerde bu oran %8'dir (Hamzaoglu, 2004).

2.2.1 Dünyada yoksulluk

Birleşmiş Milletler Eylül 2022'de daha önce belirlenen yoksulluk sınırını 1,90 ABD dolarından 2,15 ABD dolarına yükseltmiştir. Küresel yoksulluk içinde yaşayan birey sayısı 2019 yılındaki tahminler %8,7 iken güncellenen verilerle %8,4 bulunmuştur. Bu aradaki fark aşırı yoksulluk içinde yaşayan 20 milyondan daha az bireyi ifade etmektedir (World Bank, 2024).

Dünya çapında çoğu ülkedeki aşırı yoksulluk içindeki nüfus 1990 yılından bu yana beşte iki oranında azalma olmasına rağmen yoksullukla yaşayan bireylerin sayısı artmıştır (Walton, 2019). Dünyada düşük ve orta gelirli ülkelerde özellikle Sahra Altı Afrika'da yoksulluk oranı artmaktadır (World Bank, 2018). Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP), sosyoekonomik düzeyi ve yoksulluk açısından gelişmişlik düzeyi en altlarda olan ülkeleri Sahra Altı Afrika, Güney Asya ve Latin Amerika olarak belirtmektedir. Sahra Altı Afrika'da aşırı yoksullukla mücadele her geçen gün artmaktadır (UNDP, 2019).

2021 yılında 109 tane gelişmekte olan ülkeyi kapsayan çok boyutlu yoksulluk endeksinin sonuçlarına göre 1,3 milyar insan çok boyutlu yoksullukla mücadele etmektedir. Çok boyutlu yoksulluğu oluşturan bireylerin neredeyse yarısını (644 milyon) 18 yaş altındaki çocuklar oluşturmaktadır. Yetişkin bireyler ile çocuklar karşılaştırıldığında üç çocuktan biri ve altı yetiştikinden biri çok boyutlu yoksulluk içerisinde. Toplumdaki 60 yaş ve üzerindeki bireylerin yaklaşık %8,2 si (105 milyon) çok boyutlu olarak yoksuldur. Sahra Altı Afrika'daki bireylerin 556 milyonu ve Güney Asya'daki 532 milyon birey yoksullukla mücadele içindedirler. Bu bireylerin %84'ü (1,1 milyar) kırsalda %16'lık (209 milyon) kısım ise kentlerde geçimini sağlamaya çalışmaktadır. Yoksulluk ile mücadele içinde olan bireylerin %67'si orta gelirli ülkelerde yaşamlarına devam etmektedirler (UNDP, 2021).

2.2.2 Türkiye'de yoksulluk

Türkiye ekonomisinin en önemli sorunlarını yoksulluk ve bireylerin gelir eşitsizliği oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2002 yılından beri periyodik olarak "Yoksulluk Araştırması" anketlerini yapmaktadır. TÜİK'in yoksulluk tanımlaması insanların temel ihtiyaçlarını karşılayamamasıdır. TÜİK'in yoksulluğa bakış açısı dar ve geniş olarak iki şekildedir. TÜİK bireyin yaşamındaki zorunlu ihtiyaçların karşılanamaması, temel ihtiyaçlardan barınma imkanının olmaması ve açlıktan ölmek gibi durumları dar anlamda yoksulluk olarak belirtmektedir. TÜİK, geniş yoksulluğu bireylerin yaşamlarında temel ihtiyaçlarını karşılama imkânı olsa da toplumdaki genel sınırın altında kalması olarak tanımlamaktadır. Bireyler açlık sınırının üst kısmında yer alsalar bile toplumdaki belli bir yaşam standardının altında kalması geniş yoksulluktur.

Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu'nun (TÜRK-İŞ) 2024 yılı ocak ayı araştırmasına göre dört kişiden oluşan bir ailenin yeterli, dengeli ve sağlıklı bir şekilde beslenebilmesi için bir aylık gıda harcama tutarı açlık sınırı olarak ifade edilmektedir. Ocak ayında açıklanan açlık sınırı 15.048,89'dur. Bireylerin konut (kira, su, elektrik, yakıt), gıda harcaması, giyecek ihtiyaçları, eğitim, ulaşım ve sağlık gibi zorunlu ihtiyaçların ve diğer aylık harcamaların toplamı yoksulluk sınırını belirlemektedir. Ocak ayında yoksulluk sınırı 49.019,19 TL olarak açıklanmıştır. Çalışan bekar bir bireyin yaşam maliyeti hesaplandığında aylık

19.630,40 TL çıkmıştır. Günümüzde çalışan asgari ücretliler ve çoğu memur grubu yoksulluk sınırının altında çalıştırılmaktadırlar (Türk-İş, 2024).

TÜİK 2023 yılı yoksulluk verilerine bakıldığında görece yoksulluk oranı %13,9 olduğu görülmüştür. Toplumun genel düzeyine göre belirli sınırın altındaki bireylerin sayısı 2022 yılında %14,4 iken 2023 yılında %13,9 olarak güncellenmiştir. Eğitim durumuna göre okur-yazar olmayan bireylerin yoksulluk oranı %27,8 iken, yükseköğretim mezunu bireylerde yoksulluk oranı %3,2 ile en düşük gruptur. Bireylerin beslenmesinde iki günde bir et, tavuk, balık içeren yemek yeme, kira, ısınma ihtiyacını karşılayabilme, tatil masrafını karşılayabilme gibi durumlardaki maddi ve sosyal yoksulluk oranı %14,4'tür. Maddi ve sosyal yoksulluk 2022'de %16,6 iken 2023 yılında 2,2 puan azalmıştır. Sürekli yoksulluk oranı 2023 yılındaki verilere göre %12,3 olarak hesaplanmış olup bir önceki yıla oranla 1,7 puan azalmıştır. Ülkemizde bazı illerin görece yoksulluk oranları araştırılmış olup 2023 yılındaki deprem nedeniyle Hatay, Kahramanmaraş, Osmaniye bölgelerinde çalışmalar yapılamamıştır. Yapılan çalışmalarda görece yoksulluk oranı en yüksek bölgeler %16,1 ile Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan olarak sonuçlanmıştır. Verilere göre görece yoksulluğun en düşük olduğu bölgeler %7,1 ile Gaziantep, Adıyaman, Kilis olmuştur. Ülkemizde insanların barınacak konut alabilmesi ve konutun masrafları haricinde diğer taksit ve borç ödeme oranları 2022 yılına göre 1,4 azalarak %58 olmuştur. Bireylerin beslenmesinde olması gereken iki günde bir et, tavuk ya da balık içeren beslenmede %39,2'lik kısım ihtiyaçlarını karşılayamamaktadır. Bireylerin %19,5'i evlerinin ısınmasında ve %31,8'i beklenmedik ihtiyaçlarını karşılayamadıklarını belirtmişlerdir. TÜİK hanehalkı tipine göre tek kişilik hanehalkının %10,9'unun, çekirdek ailelerin %21'inin ve geniş aileden oluşan hanehalkının %28,9'unun yoksul olduğunu saptamıştır (TÜİK, 2023).

2.3. Yoksulluk Çeşitleri

Literatürde farklı yoksulluk çeşitleri yer almaktadır. Bunlar: mutlak yoksulluk, görece yoksulluk, maddi ve sosyal yoksulluktur. Yoksulluk tanımı ile ilgili çeşitli yaklaşımlar olmasına rağmen mutlak yoksulluk ve görece yoksulluk kavramları ön plandadır (Alkire & Foster, 2011). Mutlak yoksulluk ve görece

yoksulluk kavramları, yoksulluğun tanımlanmasında ve ölçülmesinde yaygın olarak kullanılan iki temel yaklaşımdır.

2.3.1. Mutlak yoksulluk

Mutlak yoksulluk bireyin yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için temel yaşam ihtiyaçlarını karşılayamama ve minimum gıda harcama düzeyine sahip olmamak, hane halkının ya da bireyin asgari yaşam düzeyini sürdürebilmesi için gerekli en temel ihtiyaçlarını bile karşılayamaması durumu olarak tanımlanmaktadır (TUSİAD, 2000). Sağlıklı yaşam için günlük geliri 2400 kcal besin alamayan bireyler mutlak yoksul olarak adlandırılmaktadır (DPT, 2001). Mutlak yoksulluğu uluslararası fiyat farkından dolayı dolar bazından kişi başına düşen tüketim miktarına göre dünyanın en fakir ülkelerinin standardı belirlemektedir. Çok yoksul ülkelerde kişi başına 1 dolar, yoksul ülkeler için 2 dolar olarak belirlenmektedir. Günlük kişi başına düşen 1 ABD doları eşiği 2008 yılında günlük 1,25 ABD dolarına çıkarılmıştır. Günlük 1,25 ABD doları 2015 yılında 1,90 ABD dolarına yükseltilmiştir.

İlk olarak 1990 yılında uygulamaya konulan “günde bir dolar” kavramı dünyanın en fakir ülkelerinin standartlarına göre mutlak yoksulluğu ölçmektedir. ABD dolarındaki oranlar aşırı yoksulluğu azaltmada yeni kazanımlara yol göstermiştir. Bin Yıl Kalkınma Hedefi olan 1.25 ABD doları olan aşırı yoksulluk sınırının altındaki bireylerin sayısını yarıya indirme hedefine 2015 yılından beş yıl önce ulaşılmıştır (SDC, 2022). Bu hedef 2030 yılına kadar günde 1.25 ABD dolarından daha az gelire bireylerin yaşamlarını devam ettirmesi ile ölçülen aşırı yoksulluğu tüm bireyler için ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır (SDC, 2022).

Dünya Bankası 2019 yılında yaklaşık 648 milyon insanın aşırı yoksulluk içinde yaşadığını raporlamaktadır. Dünya Bankası COVID-19 pandemisinde gelişen gıda krizleri nedeniyle 2022 yılında aşırı yoksulluk içindeki birey sayısını 712 milyon olarak açıklamaktadır (World Bank, 2022).

2.3.2. Göreli yoksulluk

Literatürde göreli yoksulluk kavramından ilk olarak 1960’lı yıllarda bahsedilmektedir. Göreli yoksulluk bireyin temel yaşam ihtiyaçlarının yanında barınma, eğitim, sağlık ihtiyaçları, sosyal, kültürel ve toplumsal ihtiyaçlarını

giderebilecek imkânın olmayışı olarak tanımlanmaktadır (Ergül, 2005; Coşkun, 2019). Toplumun genel düzeyine göre belirli bir sınırın altında gelire sahip olan bireyler görelî anlamda yoksul sayılmaktadır. Bir aile tatil yapamıyorsa, çocuklarına hediye alamıyorsa veya gençlerini üniversiteye gönderemiyorsa yoksul olarak kabul edilmektedir. Görelî yoksulluk genellikle ortalama gelirin sabit bir oranından daha az gelire sahip nüfusun yüzdesi olarak ölçülür. Gelişmiş ülkelerdeki yoksulluk oranını belirlemek için en çok kullanılan ölçü görelî yoksulluk oranıdır (Sharath, 2020).

2.3.3. Maddî ve sosyal yoksulluk

Maddî ve sosyal yoksulluk bireylerin hanelerindeki bazı değişkenler ile belirlenmektedir. Bireylerin ekonomik olarak aniden gelişen harcamalarını yapamamaları, kira ve konut borcunu ödeyememeleri, iki günde bir et, tavuk, balık yiyememeleri, otomobile sahip olmamaları, evin yakıt ihtiyacını karşılayamamaları ve evinden uzakta bir haftalık tatil yapamamaları durumu maddî ve sosyal yoksulluk olarak adlandırılmaktadır. Bireyler için maddî ve sosyal yoksulluk değişkenleri; eskimiş kıyafetlerini yenileyebilmesi, ücretli aktivitelere katılabilmesi, sağlam iki çift ayakkabıya sahip olabilmesi, bireyin kendisini iyi hissetmesi için harcama yapabilmesidir. TÜİK'in belirlediği maddî ve sosyal yoksulluk değişkenlerinden en az yedi tanesini karşılayamayan bireylerin sayısı 2022 yılında %16,6 iken 2023 yılında azalarak %14,4 olarak tahmin edilmektedir (TÜİK, 2024).

2.4. Yoksulluk ve Kadın

Dünya genelindeki yoksulların %70'ini kadınlar oluşturmaktadır ve her yoksul 10 bireyden 6'sı kadındır (Topalhan & Yeşilkaya, 2017). Kadınların sahip olduğu varlıklar dünyadaki varlıkların %1'ini oluşturmaktadır (Coşkun, 2019; Topalhan & Yeşilkaya, 2017).

Kadınlarda yoksulluk 1970'li yıllardan itibaren literatürde yerini almaya başlamıştır. Yoksulluk birçok dezavantajlı grubu etkilemektedir ancak en fazla etkilenen kadınlar olmuştur. Yoksulluğun en çok görüldüğü grup olan kadınlar, yoksulluğu en çok yaşayan ve buna çok fazla maruz kalanlardır. Bu sebeple yoksulluk kavramının içerisinde yeni bir kavram olarak kadın yoksulluğu kavramı türetilmiştir. Kadınların etkilenmesi ile yeni kavram olan “yoksulluğun

kadınlaşması” ortaya çıkmıştır (Moghadam, 2005). Yoksulluğun kadınlaşması kavramı 1978 yılında ilk olarak Diane Pearce tarafından kullanılmıştır (Moghadam, 2005).

Kadın yoksulluğu son dönemde önemli sorunları da beraberinde getirmektedir. Dünyada yoksulluğun hedefindeki kesimi işsizler, mülksüzler, topraksızlar, kadınlar ve çocuklar oluşturmaktadır. Yoksulluk riskiyle daha fazla karşılaşanlar mülteciler, sığınmacılar ve sürekli göç halinde olanlardır (Çamur vd., 2007).

Yoksulluğun yükünü en çok kadınlar taşımaktadır. Bunun pek çok nedeni bulunmaktadır. İlk sırada toplumdaki kadına yönelik ayrımcılıklar yer almaktadır. Toplumdaki kadınlar yeterli düzeyde eğitim alamadıkları, istihdam edilmedikleri, sosyal yaşamda dışlandıkları ve her alanda ayrımcılığa maruz kaldıklarından dolayı erkeklerden daha fazla yoksulluk yaşamaktadırlar (Yusufoğlu, 2010).

Kadınlar erkeklere oranla siyaset, ekonomi ve eğitim gibi alanlara daha az katılmaktadırlar. Kadınların güvencesiz, daha düşük ücretli çalıştırılması ve ücretsiz aile işçisi olmaları maddi açıdan yoksunluğa maruziyetleri iş alanında ikincil planda kalmalarına sebep olmaktadır. Kadınlar gelişmekte olan ülkelerde yeterli düzeyde eğitim olanaklarından faydalanamamaktadır. Bu sebeple yeterli eğitim düzeyine sahip olmayan kadınlar niteliksiz işlerde daha çok çalıştırılmaktadır (Demirtaş & Yayla, 2017).

Kadınların eğitim seviyesi ile hane halkının refah düzeyi arasında ilişki vardır. Eğitim seviyesi refah düzeyini artırmaktadır. Refah düzeyinin en düşük olduğu hanelerde kadınların %26’sı hiç eğitim almamış veya ilkokulu tamamlamamıştır. Yüksek refah düzeyi hanelere bakacak olursak bu oran %1’dir. Refah düzeyi yüksek hane halkındaki kadınların eğitim süresi 11,4 yıl iken düşük refah düzeyinde 4,7 yıl olarak araştırılmıştır (TNSA 2018). Kadınların okur yazarlık oranı kentsel alanlarda %95 iken kırsal alanlarda yaşayanların okuryazarlık oranı %90’dır. Kadınların almış oldukları eğitim iş sürecinde de sorun olarak karşılırlarına çıkmaktadır.

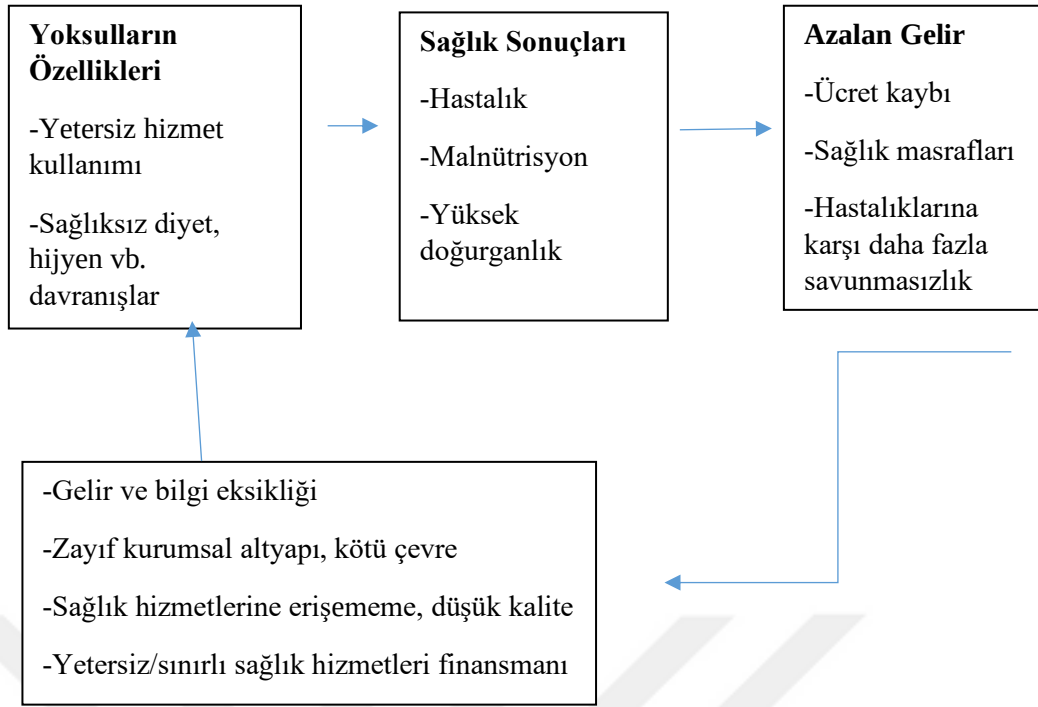
Toplumumuzdaki kadınlar ve kız çocukları cinsiyet eşitsizliği, düşük okuryazarlık oranı ve özerkliklerinin kısıtlı olmasından dolayı sağlık hizmetlerine ulaşmada engellerle karşılaşmaktadırlar. Bireyin almış olduğu eğitim bilgiye kolay

ulaşmasını, bununla birlikte sağlık hakkında bilgisi ve farkındalığının artmasını sağlar. Bilgi seviyesi eğitimi dūřuk olanlarda daha azdır. Kadınların eğitim dūzeyi olumlu sağlık davranışı geliştirmelerini etkiler. Yoksul olan kadınlar sağlık sorunlarına daha ilgisiz olmaktadırlar. Bu bireylerin öncelikli amaçları temel yaşam gereksinimleridir. Yoksulluk ile ilişkili olan bireyin bilgisizliği, dūřuk eğitim seviyesi, bireyin öz farkındalığının olmaması, kendisini sağlıklı olarak görmesi bununla birlikte hastalık tanısı alma durumunda sağlığını kaybetme endişesi kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemektedir (Demirgöz, 2014).

Ülkenin sosyoekonomik ve sağlık dūzeylerinin belirlenmesinde kadın sağlığı önemli bir gösterge olarak öne çıkmaktadır. Sosyoekonomik durum, bireylerin sağlıklarını koruma davranışlarını sürdürmelerini ve sağlık hizmetlerine erişimlerini etkileyen önemli bir faktördür. Yoksul bireyler için sağlık hizmetleri çoęu zaman pahalı ve ulaşılması zor hale gelebilir. Yoksulluęun en çok görüldüğü grup olan kadınlar, bu durumun getirdiği sağlık sorunlarından da en fazla etkilenen kiři grubudur. Bu nedenle, yoksul kadınların etkili sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri için sağlık sorunlarının doğru bir şekilde anlaşılması ve hemşireler ile diğer sağlık profesyonellerinin bu konuya yönelik farkındalıklarının artırılması son derece önemlidir (Kocabacak, 2014).

2.5. Yoksulluk Etkileri

Yoksulluk bireyler ve toplumlar üzerinde geniş kapsamlı ve derin etkiler bırakmaktadır. Yoksulluk bireyin hayatını her kesimde olumsuz etkilemektedir. Sağlık konusundaki etkileri ise yıllardır tartışmalara yol açmaktadır. Son dönemdeki çalışmalar yoksulluğun sağlıksızlığa sebep olduğu veya kötüye giden sağlığın yoksulluğa zemin hazırladığını savunmaktadırlar. Sağlık hizmetlerine erişememe tedavi edilemeyen hastalıklara ve genel sağlık durumunun kötüleşmesine yol açmaktadır. Yoksul bireylerin daha riskli işlerde ön planda çalıştırılması, beslenme için gerekenden daha az gıda tüketmesi, yaşamlarında daha fazla strese maruziyet sağlıklarını etkilemektedir. Yoksul bireyler yaşamlarındaki krizlerle baş etmek için gereken maddi ve duygusal kaynaklardan yararlanamamaktadırlar (Pappas, 1994). Bu bireyler günlük yaşamlarını yönetirken zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Bireylerin sağlıkları ve yoksullukları arasındaki ilişki şekil 1’de gösterilmektedir (Madi, 2007).



Şekil 2.1. Sağlık ve Hastalık Döngüsü (Madi, 2007).

Bireylerin sağlıklı yaşam sürmelerini zorlaştıran temel engellerden birisi yoksulluktur. Şekil 2.1’de görüldüğü gibi bireyin yetersiz sağlık hizmeti alması sağlığı olumsuz etkileyerek hastalıkları ortaya çıkarmıştır. Yoksulluk bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemektedir.

2.6. Yoksulluk ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Yoksulluk, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını doğrudan etkileyen önemli bir faktördür. Yoksulluk içinde yaşayan bireyler, genellikle sağlıklı beslenme, yeterli fiziksel aktivite, kaliteli sağlık hizmetlerine erişim ve stres yönetimi gibi sağlıklı yaşam davranışlarını sürdürmekte zorlanırlar. Yoksulluk, sağlıklı ve besleyici gıdalara erişimi zorlaştırmaktadır. Düşük gelirli bireyler daha ucuz ve besin değeri düşük besinlerle beslenmektedirler (Drewnowski & Specter, 2004). Yoksulluk bireyler üzerinde sürekli bir stres haline gelerek endişeye yol açmakta ve bu durum birey üzerinde kronik stres haline dönüşmektedir (Patel & Hu, 2008). Kronikleşen stres birey üzerinde birçok sağlık sorununa yol açmaktadır.

Sosyoekonomik sıkıntılar bireyin sağlıklı yaşam düzenini etkilemektedir. Bireylerin sağlıklı yaşam becerilerini benimsemelerini ve sürekliliğini

zorlaştırmaktadır. Bu bireyler düşük kaliteli ve yetersiz beslenmektedir. Fiziksel aktiviteleri sınırlıdır. Yoksul bireylerdeki düşük eğitim seviyesi bilinç düzeylerini etkileyerek yanlış bilgilere maruz bırakmaktadır. Önleyici sağlık hizmetlerine erişimleri kısıtlıdır. Bireyler sağlıklı yaşam biçimlerini hayatlarına geçirdiklerinde hasta bireyin yaşam biçimi ve hastalıkların prognozu stabil hale gelmektedir (Acar & Pınar, 2015).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bireylerin bilgi ve sağlık uygulamalarını etkilemektedir. Yapılan taramalarla kanserin önlenmesinde ve görülen hastalık vakalarındaki azalmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları önemli bir yer tutmaktadır. Literatürdeki çalışmada bireyin olumlu yönde göstermiş olduğu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının serviks ve meme kanseri gibi hastalıkların erken tanısında etkili olduğunu göstermektedir (Gök Uğur & Aydın Avcı, 2015).

Yapılan çalışmaya bakıldığında bireyler sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşamlarına orta düzeyde dahil ettikleri sonucuna varılmıştır (Öztoprak & Ege, 2021). Türkiye’de yapılan bir çalışmada farklı sosyoekonomik seviyelerdeki bireylerin yaşamlarındaki sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda sosyoekonomik durumu düşük olan bireylerin fiziksel aktiviteleri ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının yetersiz olduğu, stres düzeylerinin ise yüksek olduğu bulunmuştur (Yetgin & Agopyan, 2017).

Bireyin sağlıklı yaşam biçimini etkileyen faktörler; yaşı, gelir düzeyi, eğitim seviyesi, kültürel normları, çevresel faktörler, alışkanlıkları, medya, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık bilgisi, sağlık algısı ve kadercilik algısıdır (Yiğitbaş, 2022).

2.7. Yoksulluk ve Sağlık Algısı

Birey yaşamını sürdürürken sağlığını etkileyen durumlarla karşılaşmaktadır. Bireylerin sağlık davranışlarını ve bu davranışların bireyi nasıl etkilediğini belirlemek için modeller (sağlık inanç modeli ve sosyal öğrenme modeli) ortaya çıkartılmıştır. Bireylerin tutumları, inançları ve algıları günlük yaşamdaki sağlık ile ilgili davranışlarını etkilemektedir (Diamond vd., 2007). Bireylerin sağlıkları hakkında kendi duygu ve düşünceleriyle sağlıktan beklentilerinin birleşimi sağlık algısı olarak tanımlanmaktadır (Çapık, 2006). Bireyin sağlığı algılama şekli, kendi sağlığını nasıl değerlendirdiğini ve sağlığın

değişik boyutlarını ortaya koymada bireyin ruhsal, biyolojik ve toplumsal olarak değerlendirmesine yarayan güçlü bir gösterge olarak kullanılmaktadır (Tuğut & Bekar, 2008). Bireylerin sağlık algısı sağlık davranışlarını ve sağlıkla ilgili sorumluluğu etkilemektedir. Bu nedenle bireyin sağlık algısı, günlük yaşamında sağlıklı davranışların kazandırılması ve sonraki yaşamında devamlılığını amaçlayarak sağlıklı yaşam süreciyle doğrudan ilişkilidir (Bottorff vd., 1996).

Bireylere sağlık durumlarını algılaması için “sizinle aynı sosyoekonomik konumda olan insanlarla karşılaştığınızda sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?” şeklinde sorular yöneltilmektedir. Yurt içinde ve yurt dışında yapılan birçok araştırmada bireylerin sağlık algısı bu soru ile cevap bulmaktadır (Erengin & Dedeoğlu, 1997).

Türkiye Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması 2004 verileri kullanılarak bireyin sağlık algısı ve etki eden faktörler incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda bireyin eğitim düzeyi, gelir durumu ve yaşının sağlık algısı üzerinde önemli etkilerinin olduğu bulunmuştur. Düşük gelire ve düşük eğitim seviyesine sahip bireyler sağlıklarını daha olumsuz değerlendirmiştir (Gökler, 2018). Diğer bir çalışma Türkiye’deki yetişkinler üzerinde sosyal sermayenin bireyin sağlık algısını nasıl etkilediği araştırılmıştır. Sosyal sermayeye katılımı yüksek olan bireyler sağlıklarını daha olumlu değerlendirmişlerdir (Yıldırım & Kaya, 2019).

Çilingir ve arkadaşının (2017) yaptığı çalışmada hemşirelik bölümü öğrencilerinden gelir durumu düşük olan ve aile bireyleriyle birlikte yaşayan öğrencilerin sağlık algısı diğer öğrencilere göre yüksek bulunmuştur.

2.8. Yoksulluk ve Kadercilik

Bireyin hastalık süresini, hastalığını nasıl tedavi etmeye çalıştığı, hastalığa bağlı bireydeki endişe, kaygı ve korkular, bireyin inançları ve duygularını etkilemektedir (Kim & Ryu, 2019). Bireyler yaşamları boyunca sağlıklarında herhangi bir sorunla karşılaştıklarında bu sorunun insan kontrolünün dışında gerçekleştiği inancı sağlık kaderciliğini ortaya çıkartmaktadır (Nageeb vd., 2018). Sağlık kaderciliği, bireylerin sağlık durumlarını kontrol edemeyeceklerine veya bu durumun tamamen dış faktörlere bağlı olduğuna inanma eğilimini ifade etmektedir (Alim & Bozkur, 2017). Bireyler hastalıklarını kadere bağlayarak sağlıklarına zarar verecek davranışlar sergilemektedir (Dayapoglu vd., 2021). Bireyler kadercilik

inancından dolayı sağlık durumlarındaki değişiklikleri kendi kontrollerinin dışında gelişen durum olarak algılamaktadırlar. Bu yaklaşım bireylerin sağlıkları konusunda ihmalci davranmalarına ve tedavi sürecinde hastalıkla mücadele etmeyip hastalığı kontrol dışı kabul etmelerine neden olmaktadır (Unger vd., 2002). Kültür seviyesi düşük toplumlarda yaşayan bireylerde kaderci anlayış daha çok görülmektedir. Bireyin almış olduğu eğitim düzeyindeki düşüklük kaderci anlayışı doğru oranda etkilemektedir (Öztürk, 2011). Kaderci inanç, genellikle düşük sosyoekonomik statü, düşük eğitim seviyesi ve belirli kültürel inançlarla ilişkilidir (Kurt, 2009). Sağlık kaderciliği, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarını azaltabilir ve önleyici sağlık davranışlarını olumsuz etkilemektedir. Sağlık kaderciliği, özellikle sosyoekonomik dezavantajların yaygın olduğu toplumlarda önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ortaya çıkmaktadır (Solmaz & Durmaz, 2023).

Diyabet hastaları üzerinde yapılan araştırmada glisemik kontroller irade dışı edilip kaderciliğin sağlığa etkisi değerlendirilmektedir (Lange & Piette, 2006). Meme kanseri ile ilgili yapılan çalışmada düzenli aralıklarla mamografi kontrolüne gitmeyen sağlıklı bireylerin kadercilik algısının yüksek olmasıyla eğer hastalıkla karşılaşarlarsa Tanrı'dan geldiği düşüncesi kabul görmektedir (Molaei-Zardanjani vd., 2019). San Diego ve arkadaşının yaptığı öğrenciler üzerindeki çalışmada kadercilik anlayışları orta düzeyde olduğu belirtilmektedir (San Diego & Merz, 2020). Farklı bir çalışmada ise toplumdaki bireylerin orta seviyede kadercilik eğilimlerinin olduğu saptanmıştır (Bobov & Capik, 2020). Türk toplumunda yaşayan bireyler hastalığı “Allah’tan gelir” şeklinde algılamaktadırlar. “Allah verdi, bu nedenle yapacak bir şey yok” biçiminde kaderci bir anlayış görülebilmektedir. Bireyler yaşamlarında sahip oldukları kaderci anlayış doğrultusunda davranış ve tutum göstermektedirler (Akkuş, 2019).

2.9. Yoksulluk ve Halk Sağlığı Hemşireliği

Dezavantajlı grupların fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden sağlıkları olumsuz etkilenmektedir. Dezavantajlı grupların sağlıklarını koruma ve sürdürmesinde, bireyin yaşam kalitesinin artırılmasında halk sağlığı hemşiresinin rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Halk sağlığı hemşiresinin en önemli çalışma popülasyonunu dezavantajlı gruplar oluşturmaktadır (Allender vd., 2010).

Halk sağlığı hemşireleri bireylerin yoksulluğunu ve sağlık üzerindeki etkileri azaltmada önemli rol almaktadır. Halk sağlığı hemşiresinin en önemli görevlerinden birisi dezavantajlı grupların iyilik hallerini en yüksek seviyeye çıkarmaktır (ICN, 2009). Halk sağlığı hemşireleri araştırmacı rollerini kullanarak popölasyonda yoksul olan bireylerin ihtiyaçlarını saptayabilmelidir. Savunucu rolü ile yoksul bireylerin haklarını gözetmektedir. Halk sağlığı hemşiresi işbirlikçi rolü ile yoksul bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda ilgili kurumlarla iletişime geçerek sorunları çözmektedir. Yapılan hemşirelik uygulamaları sayesinde yoksulluk alt seviyelere indirilmektedir (Ergöl, 2005).

Birinci basamakta yer alan halk sağlığı hemşireleri bireylerin sağlığının yoksulluktan doğrudan etkilediğini kabul etmektedir. Yoksul bireylerin sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller kaldırılarak bireyler erken tanı ve tedaviye teşvik edilmektedir (WHO, 2002).

Yoksulluk içinde yaşayan bölgelerde hemşirelik bakım verici rolünden daha önemli olan savunuculuk rolü ön plandadır. Halk sağlığı hemşireleri yoksulluğun bireyler üzerindeki etkilerini ve nelere sebep olacağını öngörerek oluşacak risklerin önlenmesinde, yararlanılacak kaynaklara ve destek sistemlerine ulaşmalıdır (Ergöl, 2005).

Halk sağlığı hemşirelerinin yoksul bireylere karşı bazı görevleri şunlardır:

- Hizmet verilen bölgelerde yoksul bireylerin tespit edilmesi ve izlenmesi.
- Yoksul bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini sağlamaları ve mevcut kaynakların etkin kullanımına yönelik rehberlik ve danışmanlık sunmaları.
- Toplumun ve diğer sağlık profesyonellerinin yoksullara karşı duyarlılığını artırma konusunda rehberlikte bulunmaları.
- Yoksul bireylere bağışıklama ve antenatal bakım gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanması.
- Yoksul bireylere yönelik istismar ve şiddetin önlenmesi için çalışmalarda bulunmaları.
- Sosyal politikaların oluşturulmasında aktif rol almaları (Koştu, 2005).

Hemşireler yoksul bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını iyi yönde değiştirme gibi sorumlulukları vardır. Bireylerin sağlık ve sosyal hizmetlere ve

programlara nasıl erişebilecekleri konusunda bilgilendirilerek kendi sağlık sorumluluklarını almalarının sağlanması halk sağlığı hemşirelerinin en önemli sorumluluklarındandır (Greasley, 2005).

Halk sağlığı hemşireleri yoksul ailelere yönelik yürütölen ev ziyaretleri ile bireyin beslenmesine, manevi gelişimine, kişilerarası iletişimine ve stres yönetimine fayda sağlamaktadırlar. Yoksul ailenin bu süreçle baş etme becerisini geliştirerek, sağlıklı yaşamı sürdürmesini ve kaynakları doğru kullanmalarını desteklemektedir (ICN, 2004).



3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma Erzurum İli Kayakyolu Aile Sağlığı Merkezi, Osmangazi Aile Sağlığı Merkezi ve Ceylanoğlu Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde Eylül 2022-Eylül 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Tablo 3.1. Araştırma Süreç Takvimi

	Tarih
Araştırma konusunun belirlenmesi	14.09.2022
Etik Kurul onayı	17.11.2022
Kurum izninin alınması	01.08.2023
Araştırma için gerekli verilerinin toplanması	15.09.2023-15.12.2023
Araştırma yazım sürecinin tamamlanması	01.09.2024
Tez savunma	10.09.2024

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Erzurum ilindeki Kayakyolu Aile Sağlığı Merkezi, Osmangazi Aile Sağlığı Merkezi ve Ceylanoğlu Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde ikamet eden kadınlar oluşturmuştur. Çalışmada, örnekleme alınacak kadın sayısının belirlenmesi için evreni belli olmayan örneklem büyüklüğü hesaplama formülü ($t^2 \times p \times q / d^2$) kullanılarak örneklem hacmi 384 olarak tespit edilmiştir. Örneklem seçimi, olasılıksız örneklem yöntemi ile gerçekleştirilmiş ve aile sağlığı merkezine gelen, çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler araştırmaya dahil edilmiştir. Yoksulluk kriteri, Dünya Bankası'nın üst orta gelirli ülkeler için önerdiği günlük kişi başı gelirin 6,85 dolar olması esas alınarak hesaplanmıştır (World Bank, 2022). Buna dayanarak, 02/09/2023 tarihinde Merkez Bankası'ndan alınan dolar kuru verilerine göre 1 doların 26,76 TL olduğu belirlenmiş ve bu kapsamda 4 kişilik bir ailenin yoksulluk sınırı 21.996 TL olarak saptanmıştır. Aile üyelerinin sayısının dörtten fazla veya daha az olması durumunda, basit orantı yöntemi kullanılarak yoksulluk belirlenmesi yapılmıştır. Bu tutarın üzerinde gelir elde eden bireyler, yoksul sınıfı içerisinde değerlendirilmemiştir.

Çalışmaya alınma kriterleri;

1. Araştırmaya katılmayı kabul etmek
2. Yoksul olmak
3. 18 yaş ve üzerinde olmak
4. Türkçe konuşmak
5. İletişimi engelleyen herhangi bir sağlık sorunu olmamaktır.

3.4. Veri Toplam Araçları

Çalışmanın verileri Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu, Sağlık Algısı Ölçeği, Sağlık Kaderciliği Skalası ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ile toplanmıştır.

Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan form katılımcıların yaş, eğitim, medeni durum, sosyal güvence durumu, kronik hastalık durumu, sağlığı nasıl algıladıkları, aylık gelir miktarı ve ailede yaşayan birey sayısı olmak üzere 8 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ); 2007 yılında Diamond ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek, 15 maddeden oluşmakta ve dört alt faktöre sahiptir. Ölçek, beşli likert tipi bir format kullanmaktadır. 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu ifadeler içerirken, 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler için puanlama şu şekildedir: “çok katılıyorum= 5”, “katılıyorum= 4”, “kararsızım= 3”, “katılmıyorum= 2”, “hiç katılmıyorum= 1”. Olumsuz ifadeler ise ters puanlanmaktadır. Öleekten alınabilecek en düşük puan 15, en yüksek puan ise 75’tir. Öleegin alt boyutlarına ait Cronbach Alpha değerleri ise şu şekildedir: Kontrol merkezi 0,90; Öz farkındalık 0,91; Kesinlik 0,91; Sağlığın önemi 0,82. Öleegin Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması Kadioğlu ve Yıldız (2012) tarafından gerçekleştirilmiştir (Ek 2).

Sağlık Kaderciliği Skalası: Frank Schlundt ve Wallston tarafından 2008 yılında geliştirilmiştir. Skala, 2016 yılında Bobov ve Çapık tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları gerçekleştirilmiş ve Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0,91 olarak saptanmıştır. Skalada toplam 17 madde bulunmaktadır. Öleekten alınabilecek puan aralığı 17 ile 85 arasında değişmektedir. 35 puan ve üzeri bir sonuç almak, riskli sağlık kaderciliğini ifade etmektedir (Bobov & Çapık, 2020) (Ek 3).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II: Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek toplam 52 madde ve sağlık sorumluluğu (3,9,15,21,27,33,39,45,51), fiziksel aktivite (4,10,16,22,28,34,40,46), beslenme (2,8,14,20,26,32,38,44,50), manevi gelişim (6,12,18,24,30,36,42,48,52), kişilerarası ilişkiler (1,7,13,19,25,31,37,43,49) ve stres yönetimi (5,11,17,23,29,35,41,47) olmak üzere toplam 6 alt boyuttan oluşmaktadır. 4'lü likert tipinde (Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olan ölçeğin Türkçe güvenirlik geçerlilik çalışmasını Bahar, Beşer, Gördes, Kıssal ve Ersin (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,92, alt boyutlarının güvenirlik katsayıları ise; Sağlık sorumluluğu .77, Fiziksel Aktivite .79, Beslenme .68, Manevi Gelişim .79, Kişilerarası İlişkiler .80, Stres Yönetimi .64 olarak saptanmıştır (Ek 4).

Tablo 3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Analizi Sonuçları

Ölçekler ve Alt Boyutları	Cronbach's Alpha
Sağlık Algısı Ölçeği	0.687
Kontrol Merkezi Boyutu	0.695
Kesinlik Boyutu	0.669
Sağlığın Önemi Boyutu	0.624
Öz Farkındalık Boyutu	0.489
Sağlık Kaderciliği Skalası	0.941
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	0.925
Sağlık Sorumluluğu Boyutu	0.795
Fiziksel Aktivite Boyutu	0.849
Beslenme Boyutu	0.686
Manevi Gelişim Boyutu	0.812
Kişilerarası İlişkiler Boyutu	0.765
Stres Yönetimi Boyutu	0.668

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizi sonuçları Tablo 3.2'de sunulmuştur. Ölçekler ve boyutlar bazında hesaplanan güvenirlik değerleri, iyi bir güvenilirlik seviyesine sahip olduğunu göstermektedir. Cronbach Alfa değerlerinin 0,50'nin üzerinde çıkması, bu ölçeklerin güvenilir olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, çalışmada kullanılan ölçeklerin içsel tutarlılığının yüksek olduğunu ifade etmektedir (Özdamar, 2015).

3.5. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı ile tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma), iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, tek yönlü varyans analizi, pearson korelasyon ve doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Verilerin normallik analizlerinde skiwness ve kurtosis değerlerine bakılmıştır.

Tablo 3.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik Analizi Sonuçları

Ölçekler ve Alt Boyutları	Çarpıklık	Basıklık	Durum
Sağlık Algısı Ölçeği	-0.011	0.115	Normal
Kontrol Merkezi Boyutu	0.060	-0.067	Normal
Kesinlik Boyutu	-0.082	-0.025	Normal
Sağlığın Önemi Boyutu	0.503	0.079	Normal
Öz Farkındalık Boyutu	0.218	-0.112	Normal
Sağlık Kaderciliği Skalası	0.051	-0.071	Normal
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	-0.003	-0.028	Normal
Sağlık Sorumluluğu Boyutu	0.083	-0.383	Normal
Fiziksel Aktivite Boyutu	0.455	-0.488	Normal
Beslenme Boyutu	0.182	-0.264	Normal
Manevi Gelişim Boyutu	-0.370	-0.114	Normal
Kişilerarası İlişkiler Boyutu	-0.014	-0.342	Normal
Stres Yönetimi Boyutu	0.181	-0.222	Normal

Araştırmada kullanılan değişkenlerin normallik analizi sonuçları Tablo 3.3'te gösterilmiştir. Verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 aralığında yer alması, normal dağılıma sahip olduklarını göstermektedir.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence, kronik hastalık durumu, sağlık algısı (bireysel beyan), Sağlık Algısı Ölçeği Puan ortalaması ve Sağlık Kaderciliği Skalası puan ortalamasıdır.

Bağımlı değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenleri; Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalaması, Sağlık Algısı Ölçeği puan ortalaması ve Sağlık Kaderciliği Skalası puan ortalamasıdır.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yürütülebilmesi için Erzurum Teknik Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan (17.11.2022, Karar No. 13) (Ek 5), Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmıştır (Ek 6). Ayrıca çalışmaya katılan kadınlara araştırmayla ilgili bilgi verilerek yazılı onanları alınmıştır.



4. BULGULAR

Çalışmada elde edilen bulgular bu bölümde sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler		n	%
Yaş ($X \pm SS$ 31.77 $\pm$ 12.43)	32 yaş altı	248	64.6
	32 yaş ve üstü	136	35.4
Eğitim durumu	Okuryazar değil	10	2.6
	Okuryazar	7	1.8
	İlkokul	38	9.9
	Ortaokul	24	6.3
	Lise	66	17.2
	Üniversite	220	57.3
	Lisansüstü	19	4.9
Medeni durum	Evli	181	47.1
	Bekâr	203	52.9
Sosyal güvence varlığı	Var	334	87.0
	Yok	50	13.0
Kronik hastalık varlığı	Var	66	17.2
	Yok	318	82.8
Sağlık durumu	Çok iyi	63	16.4
	İyi	176	45.8
	Orta	132	34.4
	Kötü	13	3.4
Aylık gelir	(X $\pm$ SS, 21,118.10 $\pm$ 10,553.83)		
Ailede yaşayan birey sayısı	1-3 kişi	133	34.6
	4-6 kişi	222	57.8
	7 kişi ve üzeri	29	7.6
Toplam		384	100.0

Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; yaş ortalaması 31,77 $\pm$ 12,43 olup %64,6'sı 32 yaş altı, %57,3'ü üniversite mezunu, %52,9'u bekârdır. Bireylerin %87'sinin sosyal güvencesi bulunmakta olup, %82,8'inin kronik hastalığı yoktur. Katılımcıların %45,8'i sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirmiş olup aylık gelir ortalamaları 21,118.10 $\pm$ 10,553.83 TL'dir. Katılımcıların ailede yaşayan birey sayısına göre dağılımda en fazla (%57,8) 4-6 kişi arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeği, Sağlık Kaderciliği Skalası ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları

Ölçekler	Min.	Max.	Ortalama	Standart Sapma
Sağlık Algısı Ölçeği	23.00	65.00	41.19	6.84
<i>Kontrol Merkezi Boyutu</i>	5.00	25.00	14.46	3.76
<i>Kesinlik Boyutu</i>	4.00	20.00	11.98	3.01
<i>Sağlığın Önemi Boyutu</i>	3.00	15.00	7.01	2.30
<i>Öz Farkındalık Boyutu</i>	3.00	14.00	7.74	2.08
Sağlık Kaderciliği Skalası	17.00	85.00	49.42	14.98
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	69.00	188.00	123.33	20.58
<i>Sağlık Sorumluluğu Boyutu</i>	9.00	35.00	20.50	4.76
<i>Fiziksel Aktivite Boyutu</i>	8.00	29.00	15.11	4.98
<i>Beslenme Boyutu</i>	11.00	32.00	19.65	4.16
<i>Manevi Gelişim Boyutu</i>	12.00	36.00	25.15	4.96
<i>Kişilerarası İlişkiler Boyutu</i>	13.00	36.00	24.72	4.49
<i>Stres Yönetimi Boyutu</i>	9.00	29.00	18.20	3.88

Katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeği puan ortalaması $41,19 \pm 6,84$ olup, ölçek alt boyut puan ortalamaları ise; Kontrol merkezi $14,6 \pm 3,76$, kesinlik $11,98 \pm 3,01$, sağlığın önemi $7,01 \pm 2,30$ ve öz farkındalık $7,74 \pm 2,08$ 'dir. Bireylerin Sağlık Kaderciliği Skalası puan ortalaması $49,42 \pm 14,98$ olup, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalamasının $123,33 \pm 20,58$ olduğu belirlenmiştir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; sağlık sorumluluğu boyutu puan ortalamasının $20,50 \pm 4,76$, fiziksel aktivite boyutu puan ortalamasının $15,11 \pm 4,98$, beslenme boyutu puan ortalamasının $19,65 \pm 4,16$, manevi gelişim boyutu puan ortalamasının $25,15 \pm 4,96$, kişilerarası ilişkiler boyutu puan ortalamasının $24,72 \pm 4,49$ ve stres yönetimi boyutu puan ortalamasının $18,20 \pm 3,88$ olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		Kontrol Merkezi Boyutu		Kesinlik Boyutu		Sağlığın Önemi Boyutu		Öz Farkındalık Boyutu		Sağlık Algısı Ölçeği	
		X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Yaş	32 yaş altı	16.02	3.81	12.20	3.16	10.97	2.31	10.39	2.07	49.58	6.94
	32 yaş ve üstü	14.68	3.53	11.68	2.69	11.02	2.29	10.01	2.10	47.39	6.46
	Test değeri	3.393**		1.640**		-0.205**		1.697**		3.038**	
	p	0.001*		0.102		0.087		0.091		0.003*	
Eğitim durumu	Okuryazar değil (1)	13.00	4.45	10.60	2.72	12.30	1.42	10.10	2.18	46.00	6.29
	Okuryazar (2)	12.14	3.53	8.43	3.36	10.43	2.23	11.71	2.43	42.71	4.61
	İlkokul (3)	13.87	3.31	11.11	2.79	11.05	2.58	10.13	2.09	46.16	6.90
	Ortaokul (4)	14.46	3.08	11.92	2.65	10.96	3.03	9.67	2.26	47.00	6.85
	Lise (5)	14.06	3.48	11.65	2.57	10.94	2.22	10.15	2.32	46.80	5.67
	Üniversite (6)	16.50	3.67	12.45	3.10	10.94	2.22	10.29	1.95	50.17	6.91
	Lisansüstü (7)	16.95	2.91	12.26	2.88	11.21	2.32	10.84	2.27	51.26	5.66
	Test değeri	8.776***		3.713***		0.667***		1.213***		5.626***	
	p	0.000*		0.001*		0.676		0.299		0.000*	
	Bonferroni	6>2, 7>2, 6>3, 7>3, 7>5		6>2						6>3, 6>5	
Medeni durum	Evli	15.04	3.72	11.99	2.91	10.83	2.36	9.97	2.14	47.85	6.89
	Bekâr	15.99	3.75	12.03	3.10	11.13	2.24	10.51	2.01	49.67	6.70
	Test değeri	-2.476**		-0.130**		-1.251**		-2.552**		-2.621**	
	p	0.014*		0.897		0.212		0.011*		0.009*	
Sosyal güvence varlığı	Var	15.49	3.83	12.11	2.92	11.00	2.34	10.20	2.10	48.80	7.02
	Yok	15.94	3.27	11.40	3.50	10.90	2.04	10.64	1.95	48.88	5.56
	Test değeri	-0.797**		1.555**		0.295**		-1.392**		-0.080**	
	p	0.426		0.121		0.768		0.165		0.936	
	Var	14.42	3.55	11.52	2.92	10.95	2.11	9.77	1.82	46.67	5.93
	Yok	15.78	3.77	12.12	3.02	11.00	2.34	10.36	2.12	49.25	6.94

Kronik hastalık varlığı	Test değeri	-2.679**		-1.488**		-0.136**		-2.087**		-2.818**	
	p	0.008*		0.138		0.892		0.038*		0.005*	
Sağlık durumu	Çok iyi (1)	16.38	4.26	12.79	3.45	11.63	2.76	10.87	2.17	51.68	7.04
	İyi (2)	15.86	3.58	12.02	2.88	11.23	2.07	10.52	1.92	49.63	6.49
	Orta (3)	14.86	3.67	11.73	2.88	10.49	2.20	9.76	2.10	46.84	6.47
	Kötü (4)	14.08	3.38	11.15	3.26	9.62	2.50	8.85	2.12	43.69	6.46
	Test değeri	3.634***		2.186***		6.158***		7.638***		11.483***	
	p	0.013*		0.089		0.000*		0.000*		0.000*	
	Bonferroni	1>3				1>3, 1>4, 2>3		1>3, 1>4, 2>3, 2>4		1>3, 1>4, 2>3, 2>4	

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların demografik özelliklerine göre sağlık algısı ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3'te verilmiştir. Katılımcıların yaşlarına göre sağlık algısı ölçeği kontrol merkezi alt boyutu ve sağlık algısı ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Yaşı 32 yaş altı olan katılımcıların kontrol merkezi boyutu ve sağlık algısı ölçeği toplam puanlarının, yaşı 32 yaş ve üstü olan katılımcılara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre kontrol merkezi boyutu, kesinlik boyutu ve sağlık algısı ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) eğitim durumu üniversite olan katılımcıların kontrol merkezi boyutu puanlarının, okuryazar ve ilkokul olan katılımcılara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumu lisansüstü olan katılımcıların kontrol merkezi boyutu puanlarının, okuryazar, ilkokul ve lise olan katılımcılara göre daha fazla olduğu, eğitim durumu üniversite olan katılımcıların kesinlik boyutu puanlarının, okuryazar olan katılımcılara göre daha fazla olduğu ve eğitim durumu üniversite olan katılımcıların sağlık algısı ölçeği toplam puanlarının, ilkokul ve lise olan katılımcılara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların medeni durumlarına göre kontrol merkezi boyutu, öz farkındalık boyutu ve sağlık algısı ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bekâr katılımcıların kontrol merkezi boyutu, öz farkındalık boyutu ve sağlık algısı ölçeği toplam puanlarının, evli katılımcılara göre daha fazla olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre kontrol merkezi boyutu, öz farkındalık boyutu ve sağlık algısı ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kronik hastalığı olmayan katılımcıların kontrol merkezi boyutu, öz farkındalık boyutu ve sağlık algısı ölçeği toplam puanlarının, kronik hastalığı olan katılımcılara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların sağlık durumuna göre kontrol merkezi boyutu, sağlığın önemi boyutu, öz farkındalık boyutu ve sağlık algısı ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Sağlık durumu

çok iyi olan katılımcıların kontrol merkezi boyutu, sağlının önemi boyutu, öz farkındalık boyutu ve sağlık algısı ölçeği toplam puanlarının, orta olan katılımcılara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

Sağlık durumu çok iyi olan katılımcıların sağlının önemi boyutu, öz farkındalık boyutu ve sağlık algısı ölçeği puanlarının, kötü olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görölmektedir. Sağlık durumu iyi olan katılımcıların sağlının önemi boyutu, öz farkındalık boyutu ve sağlık algısı ölçeği puanlarının, orta olan katılımcılara göre daha fazla olduğu, sağlık durumu iyi olan katılımcıların öz farkındalık boyutu ve sağlık algısı ölçeği puanlarının, kötü olan katılımcılara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların sosyal güvence durumuna göre sağlık algısı toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.4. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Sağlık Kaderciliği Skalası Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		Sağlık Kaderciliği Skalası	
		X	SS
Yaş	32 yaş altı	47.14	14.10
	32 yaş ve üstü	53.59	15.69
	Test değeri	-4.116**	
	p	0.000*	
Eğitim durumu	Okuryazar değil (1)	61.60	18.43
	Okuryazar (2)	66.71	11.46
	İlkokul (3)	60.45	13.15
	Ortaokul (4)	54.04	14.63
	Lise (5)	54.15	14.04
	Üniversite (6)	45.13	13.25
	Lisansüstü (7)	42.11	15.47
	Test değeri	13.560***	
	p	0.000*	
	Bonferroni	1>6, 1>7, 2>6, 2>7, 3>6, 3>7	
Medeni durum	Evli	51.91	15.98
	Bekâr	47.21	13.70
	Test değeri	3.099**	
	p	0.002*	
Sosyal güvence varlığı	Var	48.96	15.07
	Yok	52.50	14.14
	Test değeri	-1.559**	
	p	0.120	
Kronik hastalık varlığı	Var	51.17	15.80
	Yok	49.06	14.81
	Test değeri	1.038**	
	p	0.300	
Sağlık durumu	Çok iyi (1)	49.95	14.92
	İyi (2)	47.26	14.51
	Orta (3)	51.29	14.57
	Kötü (4)	57.23	21.26
	Test değeri	3.159***	
	p	0.025*	
	Bonferroni	3>2, 4>2	

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların demografik özelliklerine göre sağlık kaderciliği skalası puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te yer almaktadır. Katılımcıların yaşlarına göre sağlık kaderciliği skalası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0.05). Yaşı 32 yaş ve üstü olan katılımcıların sağlık kaderciliği skalası puanları, yaşı 32 yaş ve altı olan katılımcılara göre daha fazladır.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre sağlık kaderciliği skalası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05). Fark yaratan grubu

bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Eğitim durumu okuryazar değil, okuryazar ve ilkokul olan katılımcıların sağlık kaderciliği skalası puanlarının, üniversite ve lisansüstü olan katılımcılara göre daha fazla olduğu bulunmuştur.

Kadınların medeni durumlarına göre sağlık kaderciliği skalası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), evli kadınların sağlık kaderciliği skalası puanlarının, bekâr olanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların sağlık durumlarına göre sağlık kaderciliği skalası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Sağlık durumu orta ve kötü olan katılımcıların sağlık kaderciliği skalası puanlarının, iyi olan katılımcılara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların sosyal güvence ve kronik hastalık durumuna göre sağlık kaderciliği skalası puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		Sağlık Sorumluluğu Boyutu		Fiziksel Aktivite Boyutu		Beslenme Boyutu		Manevi Gelişim Boyutu		Kişilerarası İlişkiler Boyutu		Stres Yönetimi Boyutu		Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	
		X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Yaş	32 yaş altı	20.07	4.68	15.80	4.93	19.03	4.10	25.27	4.92	24.73	4.59	18.52	3.97	123.42	20.88
	32 yaş ve üstü	21.29	4.82	13.85	4.84	20.77	4.03	24.93	5.04	24.71	4.33	17.62	3.67	123.18	20.10
	Test değeri	-2.430**		3.729**		-4.009**		0.628**		0.050**		2.189**		0.109**	
	p	0.016*		0.000*		0.000*		0.531		0.960		0.029*		0.914	
Eğitim durumu	Okuryazar değil (1)	21.30	4.00	13.70	4.64	22.40	3.10	23.40	6.59	25.40	5.32	17.50	4.62	123.70	22.71
	Okuryazar (2)	18.71	5.85	12.86	5.40	20.57	4.54	22.00	7.42	22.57	6.85	16.71	6.70	113.43	30.78
	İlkokul (3)	21.45	4.64	13.11	4.85	21.32	3.83	25.29	4.59	25.26	4.36	17.55	3.77	123.97	18.73
	Ortaokul (4)	21.58	5.27	15.08	4.26	20.96	3.74	24.21	5.23	24.79	4.33	17.17	3.80	123.79	19.80
	Lise (5)	19.24	5.16	15.00	5.20	18.97	4.48	23.62	5.42	23.14	4.74	17.83	3.88	117.80	23.65
	Üniversite (6)	20.51	4.57	15.59	4.83	19.18	3.96	25.69	4.61	25.02	4.28	18.52	3.77	124.51	19.19
	Lisansüstü (7)	21.74	4.42	15.58	6.32	20.58	5.20	27.21	4.05	26.05	4.13	19.32	3.79	130.47	22.25

	Test değeri	1.670***		1.795***		3.228***		2.936***		2.251***		1.296***		1.588***	
	p	0.127		0.099		0.004*		0.008*		0.038*		0.258		0.149	
	Bonferroni					3>6		6>5		6>5					
Medeni durum	Evli	21.23	4.70	14.18	5.00	20.35	4.12	25.01	5.18	24.91	4.34	17.78	3.84	123.46	20.55
	Bekâr	19.85	4.73	15.95	4.83	19.01	4.10	25.28	4.76	24.55	4.62	18.57	3.90	123.21	20.66
	Test değeri	2.864**		-3.525		3.188**		-0.533**		0.784**		-1.990**		0.120**	
	p	0.004*		0.000*		0.002*		0.594		0.434		0.047*		0.905	
Sosyal güvence varlığı	Var	20.57	4.66	15.14	4.92	19.62	4.06	25.13	4.93	24.72	4.43	18.22	3.86	123.39	20.10
	Yok	20.08	5.39	14.94	5.42	19.82	4.79	25.30	5.17	24.74	4.94	18.08	4.09	122.96	23.75
	Test değeri	0.673**		0.261**		-0.317**		-0.231**		-0.031**		0.235**		0.136**	
	p	0.501		0.794		0.751		0.817		0.975		0.814		0.892	
Kronik hastalık varlığı	Var	20.23	4.93	13.61	5.14	19.58	4.15	24.88	5.16	24.26	4.12	17.23	4.04	119.77	20.09
	Yok	20.56	4.73	15.42	4.90	19.66	4.16	25.20	4.92	24.82	4.56	18.40	3.83	124.07	20.64
	Test değeri	-0.516**		-2.721**		-0.150**		-0.485**		-0.922**		-2.249**		-1.546**	
	p	0.606		0.007*		0.881		0.628		0.357		0.025*		0.123	
Sağlık	Çok iyi (1)	21.97	5.32	17.57	5.50	20.24	4.61	26.67	5.52	26.27	5.42	20.02	3.92	132.73	23.51
	İyi (2)	20.15	4.71	14.81	4.75	19.38	4.11	25.18	5.00	24.55	4.37	18.32	3.77	122.38	20.72

	Orta (3)	20.05	4.44	14.36	4.75	19.73	3.93	24.51	4.59	24.31	4.02	17.30	3.83	120.24	18.31
	Kötü (4)	22.77	4.07	15.00	4.60	19.62	4.89	23.92	3.66	23.77	4.59	16.92	2.56	122.00	12.59
	Test değeri	3.780***		6.633***		0.691***		3.018***		3.205***		7.914***		5.717***	
	p	0.011*		0.000*		0.558		0.030*		0.023*		0.000*		0.001*	
	Bonferroni	1>3		1>2, 1>3				1>3		1>3		1>2, 1>3, 1>4		1>2, 1>3	

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.5'te yer almaktadır. Katılımcıların yaşlarına göre sağlık sorumluluğu boyutu, fiziksel aktivite boyutu, beslenme boyutu ve stres yönetimi boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Yaşı 32 yaş ve üstü olan katılımcıların sağlık sorumluluğu boyutu ve beslenme boyutu puanlarının, yaşı 32 yaş altı olan katılımcılara göre daha fazla olduğu, yaşı 32 yaş altı olan katılımcıların fiziksel aktivite boyutu ve stres yönetimi boyutu puanlarının, yaşı 32 yaş ve üstü olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Yaş ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre beslenme boyutu, manevi gelişim boyutu ve kişilerarası ilişkiler boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Eğitim durumu ilkokul olan katılımcıların beslenme boyutu puanlarının, üniversite olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Eğitim durumu üniversite olan katılımcıların manevi gelişim boyutu ve kişilerarası ilişkiler boyutu puanlarının, lise olan katılımcılara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Kadınların medeni durumlarına göre sağlık sorumluluğu boyutu, fiziksel aktivite boyutu ve beslenme boyutu ve stres yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Evli katılımcıların sağlık sorumluluğu boyutu ve beslenme boyutu puanlarının, bekâr katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bekâr katılımcıların fiziksel aktivite ve stres yönetimi boyutu puanlarının, evli katılımcılara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Medeni durum ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre fiziksel aktivite boyutu ve stres yönetimi boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), kronik hastalığı olmayan katılımcıların fiziksel aktivite boyutu ve stres yönetimi boyutu puanlarının, olan katılımcılara göre daha fazla olduğu

belirlenmiştir. Kronik hastalık durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Kadınların sağlık durumlarına göre sağlık sorumluluğu boyutu, fiziksel aktivite boyutu, manevi gelişim boyutu, kişilerarası ilişkiler boyutu, stres yönetimi boyutu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır.

Sağlık durumu çok iyi olan katılımcıların sağlık sorumluluğu boyutu, fiziksel aktivite boyutu, manevi gelişim boyutu, kişilerarası ilişkiler boyutu, stres yönetimi boyutu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanlarının, orta olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Sağlık durumu çok iyi olan katılımcıların, fiziksel aktivite boyutu, stres yönetimi boyutu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanlarının, iyi olan katılımcılara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Sağlık durumu çok iyi olan katılımcıların, stres yönetimi boyutu puanlarının, kötü olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 4.6. Sağlık Algısı, Sağlık Kaderciliği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Kontrol Merkezi Boyutu	1	.323*	0.029	.158*	.749*	-.509*	.198*	.204*	0.078	.248*	.183*	.194*	.247*
2. Kesinlik Boyutu		1	-.0030	0.059	.625*	-.179*	0.081	.185*	.130*	.241*	.116*	.164*	.204*
3. Sağlığın Önemi Boyutu			1	.355*	.447*	0.031	.133*	.155*	.200*	.150*	.119*	.262*	.220*
4.Öz Farkındalık Boyutu				1	.536*	-.0095	.113*	.169*	.120*	.116*	.127*	.236*	.192*
5. Sağlık Algısı Ölçeği					1	-.377*	.224*	.297*	.204*	.328*	.231*	.339*	.358*
6. Sağlık Kaderciliği Skalası						1	-.117*	-.136*	-.022	-.187*	-.189*	-.149*	-.179*
7. Sağlık Sorumluluğu Boyutu							1	.436*	.548*	.500*	.552*	.483*	.779*
8. Fiziksel Aktivite Boyutu								1	.432*	.352*	.244*	.576*	.677*
9. Beslenme Boyutu									1	.448*	.424*	.479*	.724*
10. Manevi Gelişim Boyutu										1	.717*	.623*	.806*
11. Kişilerarası İlişkiler Boyutu											1	.505*	.758*
12. Stres Yönetimi Boyutu												1	.797*
13. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği													1

*p<0.05

Değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Sağlık Algısı Ölçeği Kontrol Merkezi Boyutu ile SYBDÖ alt boyutlarından; sağlık sorumluluğu boyutu arasında ($r=0.198$, $p<0.05$), fiziksel aktivite boyutu arasında ($r=0.204$, $p<0.05$), manevi gelişim boyutu arasında ($r=0.248$, $p<0.05$), kişilerarası ilişkiler boyutu arasında ($r=0.183$, $p<0.05$), stres yönetimi boyutu arasında ($r=0.194$, $p<0.05$), sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamaları arasında ($r=0.247$, $p<0.05$) ve sağlık algısı ölçeği puan ortalaması arasında ($r=0.749$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ve *sağlık kaderciliği skalası* arasında ($r=-0.509$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Sağlık Algısı Ölçeği Kesinlik Boyutu ile SYBDÖ alt boyutlarından; fiziksel aktivite boyutu arasında ($r=0.185$, $p<0.05$), beslenme boyutu arasında ($r=0.130$, $p<0.05$), manevi gelişim boyutu arasında ($r=0.241$, $p<0.05$), kişilerarası ilişkiler boyutu arasında ($r=0.116$, $p<0.05$), stres yönetimi boyutu arasında ($r=0.164$, $p<0.05$), SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında ($r=0.204$, $p<0.05$) ve sağlık algısı ölçeği puan ortalaması arasında ($r=0.625$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ve *sağlık kaderciliği skalası* arasında ($r=-0.179$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sağlık Algısı Ölçeği Sağlığın Önemi Boyutu ile SYBDÖ alt boyutlarından; sağlık sorumluluğu ($r=0.133$, $p<0.05$), fiziksel aktivite ($r=0.155$, $p<0.05$), beslenme ($r=0.200$, $p<0.05$), manevi gelişim ($r=0.150$, $p<0.05$), kişilerarası ilişkiler ($r=0.119$, $p<0.05$), stres yönetimi boyutu ($r=0.262$, $p<0.05$), SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında ($r=0.220$, $p<0.05$) ve sağlık algısı ölçeği puan ortalaması arasında ($r=0.447$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Sağlık Algısı Ölçeği Öz Farkındalık Boyutu ile SYBDÖ alt boyutlarından; sağlık sorumluluğu ($r=0.113$, $p<0.05$), fiziksel aktivite ($r=0.169$, $p<0.05$), beslenme ($r=0.120$, $p<0.05$), manevi gelişim ($r=0.116$, $p<0.05$), kişilerarası ilişkiler ($r=0.127$, $p<0.05$), stres yönetimi boyutu ($r=0.236$, $p<0.05$), SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında ($r=0.192$, $p<0.05$) ve sağlık algısı ölçeği puan ortalaması arasında ($r=0.536$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sağlık Algısı Ölçeği ile SYBDÖ alt boyutlarından; sağlık sorumluluğu ($r=0.224$, $p<0.05$), fiziksel aktivite ($r=0.297$, $p<0.05$), beslenme ($r=0.204$, $p<0.05$), manevi gelişim ($r=0.328$, $p<0.05$), kişilerarası ilişkiler ($r=0.231$, $p<0.05$), stres yönetimi boyutu arasında ($r=0.339$, $p<0.05$) ve *SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında* ($r=0.358$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ve sağlık kaderciliği skalası puan ortalaması arasında ($r=-0.377$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Sağlık Kaderciliği Skalası ile SYBDÖ alt boyutlarından; sağlık sorumluluğu ($r=-0.117$, $p<0.05$), fiziksel aktivite ($r=-0.136$, $p<0.05$), manevi gelişim ($r=-0.187$, $p<0.05$), kişilerarası ilişkiler ($r=-0.189$, $p<0.05$), stres yönetimi boyutu arasında ($r=-0.149$, $p<0.05$) ve *SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında* ($r=-0.179$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir.

Tablo 4.7. Sağlık Algısının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi

Model	Bağımlı değişken	Bağımsız değişkenler	β	Standart Hata	Beta	t	p	F	p	R ²
1	Sağlık Sorumluluğu	Sabit	12.923	1.785	-	7.241	0.000*	5.792	0.000*	0.058
		Kontrol Merkezi	0.228	0.067	0.181	3.391	0.001*			
		Kesinlik	0.038	0.083	0.024	0.450	0.653			
		Sağlığın Önemi	0.233	0.111	0.113	2.108	0.036*			
		Öz Farkındalık	0.099	0.123	0.043	0.804	0.422			
2	Fiziksel Aktivite	Sabit	4.225	1.837	-	2.300	0.022*	9.306	0.000*	0.089
		Kontrol Merkezi	0.187	0.069	0.141	2.697	0.007*			
		Kesinlik	0.228	0.086	0.138	2.660	0.008*			
		Sağlığın Önemi	0.263	0.114	0.121	2.308	0.022*			
		Öz Farkındalık	0.229	0.127	0.096	1.804	0.072			
3	Beslenme	Sabit	12.546	1.557	-	8.060	0.000*	6.130	0.000*	0.061
		Kontrol Merkezi	0.029	0.059	0.026	0.486	0.627			
		Kesinlik	0.172	0.073	0.125	2.366	0.018*			
		Sağlığın Önemi	0.340	0.096	0.188	3.529	0.000*			
		Öz Farkındalık	0.083	0.108	0.042	0.769	0.442			
4	Manevi Gelişim	Sabit	13.795	1.804	-	7.648	0.000*	12.159	0.000*	0.114
		Kontrol Merkezi	0.237	0.068	0.180	3.483	0.001*			
		Kesinlik	0.307	0.084	0.186	3.639	0.000*			
		Sağlığın Önemi	0.303	0.112	0.141	2.716	0.007*			
		Öz Farkındalık	0.063	0.125	0.027	0.506	0.613			
5	Kişilerarası İlişkiler	Sabit	17.287	1.687	-	10.247	0.000*	5.471	0.000*	0.055
		Kontrol Merkezi	0.177	0.064	0.148	2.780	0.006*			
		Kesinlik	0.100	0.079	0.067	1.271	0.204			
		Sağlığın Önemi	0.182	0.105	0.093	1.740	0.083			
		Öz Farkındalık	0.144	0.117	0.067	1.238	0.216			
6	Stres Yönetimi	Sabit	7.746	1.398	-	5.541	0.000*	14.439	0.000*	0.132
		Kontrol Merkezi	0.132	0.053	0.128	2.510	0.012*			

		Kesinlik	0.157	0.065	0.121	2.396	0.017*			
		Sağlığın Önemi	0.363	0.087	0.215	4.189	0.000*			
		Öz Farkındalık	0.247	0.097	0.132	2.552	0.011*			
7	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Sabit	70.760	7.081		9.992	0.000*	56.193	0.000*	0.128
		Sağlık Algısı	1.077	0.144	0.358	7.496	0.000*			

*p<0.05

Sağlık algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisini araştırmak için doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır. Sağlık algısının, SYBDÖ sağlık sorumluluğu boyutu üzerindeki etkisini araştırmak için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=5.792$, $p<0.05$). Kontrol merkezinin ($\beta=0.228$, $t=3.391$, $p<0.05$) ve sağlığın öneminin ($\beta=0.233$, $t=2.108$, $p<0.05$) sağlık sorumluluğu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir etkisi olduğu saptanmıştır. Kurulan modelin %5,8'i açıklanmaktadır ($R^2=0.058$).

Sağlık algısının SYBDÖ fiziksel aktivite boyutu üzerindeki etkisini araştırmak için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=9.306$, $p<0.05$). Kontrol merkezinin ($\beta=0.187$, $t=2.697$, $p<0.05$), kesinliğin ($\beta=0.228$, $t=2.660$, $p<0.05$) ve sağlığın öneminin ($\beta=0.263$, $t=2.308$, $p<0.05$) fiziksel aktivite üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir. Kurulan modelin %8,9'u açıklanmaktadır ($R^2=0.089$).

Sağlık algısı ölçeği boyutlarının beslenme üzerindeki etkisini araştırmak için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=6.130$, $p<0.05$). Kesinliğin ($\beta=0.172$, $t=2.366$, $p<0.05$) ve sağlığın öneminin ($\beta=0.340$, $t=3.529$, $p<0.05$) beslenme üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir. Kurulan modelin %6,1'i açıklanmaktadır ($R^2=0.061$).

Sağlık algısı ölçeği boyutlarının manevi gelişim üzerindeki etkisini araştırmak için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=12.159$, $p<0.05$). Kontrol merkezinin ($\beta=0.237$, $t=3.483$, $p<0.05$), kesinliğin ($\beta=0.307$, $t=3.639$, $p<0.05$) ve sağlığın öneminin ($\beta=0.303$, $t=2.716$, $p<0.05$) manevi gelişim üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir. Kurulan modelin %11,4'ü açıklanmaktadır ($R^2=0.114$).

Sağlık algısı ölçeği boyutlarının kişilerarası ilişkiler üzerindeki etkisini araştırmak için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=5.471$, $p<0.05$). Kontrol merkezinin ($\beta=0.177$, $t=2.780$, $p<0.05$) kişilerarası ilişkiler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir. Kurulan modelin %5,5'i açıklanmaktadır ($R^2=0.055$).

Sağlık algısı ölçeği boyutlarının stres yönetimi üzerindeki etkisini araştırmak için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=14.439$, $p<0.05$). Kontrol merkezinin ($\beta=0.132$, $t=2.510$, $p<0.05$), kesinliğin

($\beta=0.157$, $t=2.396$, $p<0.05$), sađlđın öneminin ($\beta=0.363$, $t=4.189$, $p<0.05$) ve öz farkındalığın ($\beta=0.247$, $t=2.552$, $p<0.05$) stres yönetimi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir. Kurulan modelin %13,2'si açıklanmaktadır ($R^2=0.132$).

Sağlık algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisini araştırmak için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=56.193$, $p<0.05$). Sağlık algısının ($\beta=1.077$, $t=7.496$, $p<0.05$) sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir. Kurulan modelin %12,8'i açıklanmaktadır ($R^2=0.128$).



Tablo 4.8. Sağlık Kaderciliğinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi

Model	Bağımlı değişken	Bağımsız değişkenler	β	Standart Hata	Beta	t	p	F	p	R^2
1	Sağlık Sorumluluğu	Sabit	22.341	0.833	-	26.813	0.000*	5.312	0.022*	0.014
		Sağlık Kaderciliği	-0.037	0.016	-0.117	-2.305	0.022*			
2	Fiziksel Aktivite	Sabit	17.346	0.870	-	19.928	0.000*	7.193	0.008*	0.018
		Sağlık Kaderciliği	-0.045	0.017	-0.136	-2.682	0.008*			
3	Beslenme	Sabit	19.954	0.733	-	27.231	0.000*	0.193	0.660	0.001
		Sağlık Kaderciliği	-0.006	0.014	-0.022	-0.440	0.660			
4	Manevi Gelişim	Sabit	28.200	0.859	-	32.828	0.000*	13.774	0.000*	0.035
		Sağlık Kaderciliği	-0.062	0.017	-0.187	-3.711	0.000*			
5	Kişilerarası İlişkiler	Sabit	27.524	0.778	-	35.399	0.000*	14.183	0.000*	0.036
		Sağlık Kaderciliği	-0.057	0.015	-0.189	-3.766	0.000*			
6	Stres Yönetimi	Sabit	20.104	0.677	-	29.685	0.000*	8.623	0.004*	0.022
		Sağlık Kaderciliği	-0.039	0.013	-0.149	-2.937	0.004*			
7	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Sabit	135.469	3.571	-	37.933	0.000*	12.610	0.000*	0.032
		Sağlık Kaderciliği	-0.246	0.069	-0.179	-3.551	0.000*			

*p<0.05

Sağlık kaderciliğinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisini araştırmak için doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır. Sağlık kaderciliğinin sağlık sorumluluğu üzerindeki etkisini araştırmak için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=5.312$, $p<0.05$). Sağlık kaderciliğinin ($\beta=-0.037$, $t=-2.305$, $p<0.05$) sağlık sorumluluğu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir. Kurulan modelin %1,4'ü açıklanmaktadır ($R^2=0.014$).

Sağlık kaderciliğinin fiziksel aktivite üzerindeki etkisini araştırmak için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=7.193$, $p<0.05$). Sağlık kaderciliğinin ($\beta=-0.045$, $t=-2.682$, $p<0.05$) fiziksel aktivite üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir. Kurulan modelin %1,8'i açıklanmaktadır ($R^2=0.018$).

Sağlık kaderciliğinin beslenme üzerindeki etkisini araştırmak için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($F=0.193$, $p>0.05$).

Sağlık kaderciliğinin manevi gelişim üzerindeki etkisini araştırmak için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=13.774$, $p<0.05$). Sağlık kaderciliğinin ($\beta=-0.062$, $t=-3.711$, $p<0.05$) manevi gelişim üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir. Kurulan modelin %3,5'i açıklanmaktadır ($R^2=0.035$).

Sağlık kaderciliğinin kişilerarası ilişkiler üzerindeki etkisini araştırmak için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=14.183$, $p<0.05$). Sağlık kaderciliğinin ($\beta=-0.057$, $t=-3.766$, $p<0.05$) kişilerarası ilişkiler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir. Kurulan modelin %3,6'sı açıklanmaktadır ($R^2=0.036$).

Sağlık kaderciliğinin stres yönetimi üzerindeki etkisini araştırmak için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=8.623$, $p<0.05$). Sağlık kaderciliğinin ($\beta=-0.039$, $t=-2.937$, $p<0.05$) stres yönetimi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir. Kurulan modelin %2,2'si açıklanmaktadır ($R^2=0.022$).

Sağlık kaderciliğinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisini araştırmak için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir

($F=12.610$, $p<0.05$). Sağlık kaderciliğinin ($\beta=-0.246$, $t=-3.551$, $p<0.05$) sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir. Kurulan modelin %3,2'si açıklanmaktadır ($R^2=0.032$).



Tablo 4.9. Sağlık Algısı ve Sağlık Kaderciliğinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi

Model	Bağımlı değişken	Bağımsız değişkenler	β	Standart Hata	Beta	t	p	F	p	R ²
1	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Sabit	77.052	9.515	-	8.098	0.000*	28.585	0.000*	0.130
		Sağlık Algısı	1.019	0.155	0.339	6.570	0.000*			
		Sağlık Kaderciliği	0.070	0.071	0.051	0.990	0.323			

*p<0.05

Sağlık algısı ve sağlık kaderciliğinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisini araştırmak için doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır. Sağlık algısı ve sağlık kaderciliğinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisini araştırmak için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (F=28.585, p<0.05). Sağlık algısının (β =1.019, t=6.570, p<0.05) SYBD üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir. Kurulan modelin %13'ü açıklanmaktadır (R²=0.130).

5. TARTIŞMA

Yoksul kadınlarda sağlık algısı, kadercilik ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yapılan çalışmanın bulguları literatüre dayandırılarak tartışılmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların Sağlık Algısı Ölçek puan ortalaması $41,19 \pm 6,84$ bulunmuştur. Sağlık Kaderciliği Skalası puan ortalaması $49,42 \pm 14,98$ 'dir. Tuncer (2024) Koroner Arter Hastalığı olan bireylerin sağlık algılarını incelediği çalışmasında; sağlık algısı ölçek puanı $49,17 \pm 7,82$ olarak bulunmuştur. Literatürde Solmaz ve arkadaşının yapmış olduğu çalışmada Covid-19 olan katılımcıların Sağlık Kaderciliği ölçeği puan ortalaması $54,12 \pm 17,88$ çıkarken Covid-19 olmayan katılımcıların Sağlık Kadercilik Ölçek puan ortalaması $56,73 \pm 17,62$ 'dir. Çalışmamızda SYBDÖ puan ortalaması $123,33 \pm 20,58$ olarak bulunmuştur. Yalçinkaya ve arkadaşlarının (2007) çalışmalarında SYBDÖ puan ortalaması $121,85 \pm 18,05$, Altay ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında SYBDÖ puan ortalaması $117,39 \pm 17,04$ ve Dilek ve arkadaşının (2017) yaptıkları çalışmada ise SYBDÖ puan ortalaması $132,87 \pm 12,47$ tespit edilmiştir. Çalışmamızda ve literatürde yer alan çalışmalarda SYBDÖ'nin toplam puanları orta düzeyde bulunmuş olup benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmamızdaki *katılımcıların yaş, eğitim, medeni durum, kronik hastalık varlığı ve sağlık durumu ile sağlık algısı ölçeği* toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Katılımcıların sosyal güvence durumuna göre sağlık algısı ölçeğinde anlamlı fark yoktur. Amerika'da yapılan çalışmada düşük gelir düzeyinin sağlık algısının kötü algılanmasına yol açabileceği belirtilmiştir (Kennedy vd., 1998). Literatürde sağlık algısını etkileyen faktörlere yönelik yapılmış çalışmalardan Cevizci ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında literatürle uyumlu olarak dezavantajlı çocukların sağlık algısının daha düşük olduğu bulunmuştur. Yılmaz ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan hastaların sağlık algıları puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır. Yardım ve arkadaşlarının (2004) yapmış oldukları çalışmada hiç eğitim almayan ve ilkokul mezunu bireylerin sağlık algısı puanları lise mezunu ve lisans olan bireylere göre 2,28 kat daha az sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde Ünal (2024) çalışmasında eğitim durumu ile sağlık algısı arasında istatistiksel

olarak anlamlı fark saptamıştır. Literatürde yapılan çalışmalarla bizim sonuçlarımız benzerlik göstermektedir. Bireylerin almış oldukları eğitim düzeyleri arttıkça kendisine ve çevresine yönelik farkındalıkları artarak fiziksel aktivite ve beslenme gibi konular üzerinde daha fazla ilgilenecektir. Bu çalışmalarda sağlık algısı ile eğitim durumu arasındaki farklılığın olması eğitim düzeyi arttıkça bireyin bilişsel, sosyal ve ekonomik durumun olumlu yönde geliştiğini düşündürmektedir.

Çalışmada bekar katılımcıların sağlık algısı ölçek puanı evli olanlara göre daha fazla bulunmuştur. Literatürde Yılmaz ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada evli olan hastaların sağlık algıları daha yüksek saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde eşinden ayrılmış ve eşlerini kaybetmiş katılımcıların sağlık algısı ölçeği puanları daha düşük bulunmuştur (Şenol, 2006; Aksoydan, 2007). Karaca (2021) yaptığı çalışmada evli bireylerin sağlık algılarının daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Bu çalışmada kronik hastalığı olmayan katılımcıların sağlık algısı ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır. Yılmaz ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada kronik hastalığı olan katılımcıların sağlık algıları puan ortalaması daha düşük saptanmıştır. Benzer şekilde kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık algılarının daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Evren & ark., 2011; Manderbacka & ark., 1998; Şenol, 2006). Kronik hastalığa sahip katılımcılarda sağlık algısının daha düşük çıkması, yaşam kalitelerinin düşmesinden ve sürekli ilaç kullanımından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda sağlık durumu çok iyi olan katılımcıların sağlık algısı puan ortalaması daha fazla çıkmıştır. Literatürde Kerkez ve Şahin (2022) yaptığı çalışmada sağlık durumlarını çok iyi olarak değerlendirenlerin sağlık algıları daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Literatürle çalışmamızda çıkan sonuçlar benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların yaş, eğitim, medeni durum ve sağlık durumu ile sağlık kaderciliği skalası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Katılımcıların sosyal güvencesi ve kronik hastalık durumları ile sağlık kaderciliği skalası puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Benzer şekilde Solmaz'ın (2023) yaptığı çalışmada evli katılımcıların sağlık kaderciliği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada sağlık kaderciliği ile

eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmışken, üniversite ve üzeri eğitim alan katılımcıların sağlık kadercilik puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Powe ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların kanser hakkındaki sağlık kadercilik puanları daha yüksek bulunmuş olup serviks ve meme kanseri hakkındaki bilgi düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Düşük gelirli olan katılımcıların kaderci eğiliminde olduğu ve eğitim düzeyinin artmasıyla kadercilik düşüncesinin azaldığı belirtilmektedir. Eğitim seviyesinin kadercilik düşüncesi üzerinde büyük bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (Ruiu, 2013).

Yapılan diğer bir çalışmada meme kanseri taraması için düzenli mamografi çekimi yaptırmayan kadınların sağlık kadercilik puan ortalaması yüksek olup kanserden Tanrı'nın sorumlu olduğunu düşünmektedirler (Molaei-Zardanjani vd., 2019). Yapılan farklı bir çalışmada katılımcıların sağlık kadercilik eğilimleri orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (Bobov & Capik, 2020). Benzer şekilde Özer ve arkadaşlarının (2021) hemodiyaliz hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada sağlık durumu orta düzeyde olan hastaların sağlık kadercilik puanları daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada sağlık kaderciliği ile sağlık durumu arasında anlamlı farklılığın olması kaderciliğin sağlık davranışlarını olumsuz etkilediğinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada katılımcıların yaş, eğitim, medeni durum ve kronik hastalık varlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ile sağlık durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutlarından sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi boyutları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Çalışmamızda 32 yaş ve üstü katılımcıların sağlık sorumluluğu ve beslenme boyutu puan ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Sungur ve arkadaşlarının (2019) yaptığı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi ile ilgili çalışmalarında 39 yaş ve altındaki katılımcıların 65 yaş ve üstündeki katılımcılardan sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda daha duyarlı olduklarını saptamıştır.

Bizim çalışmamızdaki bulgulara zıt olarak Keskin ve arkadaşları (2022) eğitim durumu üniversite veya lisansüstü olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği beslenme alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Benzer şekilde Gülcivan ve arkadaşının (2017) meme kanserli hastaların üzerinde yaptığı çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamıştır. Çalışmada evli olan katılımcıların sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkileri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmaya benzer olarak Tuğut (2008) yaptığı çalışmada kronik hastalığı olan katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu saptanmıştır. Bu bulgulara zıt olarak Şimşek ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada kronik hastalığa sahip bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı arasında anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur. Çelik ve arkadaşının (2022) kronik hastalığı olan bireylerin Covid-19 kaynaklı stres ve anksiyete düzeyleri ile ilgili çalışmada kronik hastalığı geçirenlerin daha fazla stres yaşadığı saptanmıştır. Literatürle benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Katılımcıların sağlık algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı ve pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur. Sağlık kaderciliği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı ama negatif yönlü korelasyon bulunmuştur. Katılımcıların algısı davranışlarını olumlu yönde etkilerken, kadercilik düşüncesi arttıkça davranışlarına olumsuz yansımaktadır.

Tablo 4.7’de verilen katılımcıların sağlık algısının, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkileri incelendiğinde sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası iletişim, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde anlamlı ve pozitif yönlü bir sonuç saptanmıştır. Literatürde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörlere yönelik yapılmış çalışmalardan Ayaz ve arkadaşlarının (2005) sağlığın algılanması ile beslenme, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Benzer şekilde Kaya ve arkadaşları (2008) yaptığı çalışmada sağlıklarını olumlu yönde algılayan katılımcılar ile sağlık sorumluluğu alt boyutu hariç (fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası iletişim,

kendini gerçekleştirme, stres yönetimi) aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Benzer şekilde hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan çalışmaların Açıksöz ve arkadaşlarının (2013), Tuğut (2008) sonuçlarında öğrencilerin sağlık algısı olumlu bir şekilde algılamalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları edinmelerini olumlu etkilediği saptanmıştır. Karaca ve arkadaşının (2019) çalışmasında öğrencilerin sağlık durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Sağlık durumunu “çok iyi” olarak algılayan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır. Tuğut (2008), Şimşek ve arkadaşları (2012), Açıksöz ve arkadaşları (2013) çalışmalarında katılımcıların sağlık algıları arttıkça, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla gösterdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörlere yönelik yapılmış çalışmalardan Cihangiroğlu ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında katılımcıların sağlık durumları “iyi” yönde yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının arttığı belirlenmiştir. Sağlık algısı fazla olan katılımcıların davranışları olumlu bir şekilde etkilenmiştir.

Bu bulgulara zıt olarak Oral (2018) çalışmasında sağlık algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönlü ilişki bulunmuşken, diğer bir çalışmada Kolaç ve arkadaşı (2018) sağlık algısı ile sağlıklı yaşam biçimi, davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir.

Şimşek ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada ekonomik durumunu kötü olarak algılayan katılımcıların manevi gelişimleri, kişilerarası ilişkileri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışının toplam puanı daha düşük saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda katılımcıların ekonomik düzeylerinin yüksekliği olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırmaktadır (İlhan, 2010; Koçoğlu, 2009). Katılımcıların ekonomik durumlarının kötü olması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yapmalarını etkilediği görülmektedir.

Literatür çalışmamızın sonuçlarıyla benzerlik göstermekte olup katılımcının sağlığına verdiği önem arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı gözlemlenmiştir. Sağlık algısı yüksek olan kişiler fiziksel aktivite, dengeli beslenme ve sosyalleşme gibi pozitif davranışlar sergileyecektir.

Tablo 4.8’de katılımcıların sağlık kaderciliği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkileri incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sağlık kaderciliğinin sağlıklı yaşam biçimi alt boyutlarından sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü etkisi olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Kuh ve arkadaşının (2019) çalışmasında kadercilik eğiliminin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutları ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda kadercilik eğilimi ile beslenme arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı sonucu elde edilmiştir. Akgül ve arkadaşlarının (2022) öğrenci hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada kadercilik eğilimi arttıkça öğrencilerin sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlarının azaldığı sonucu saptanmıştır. Benzer şekilde 46 çalışmayı içeren bir meta-analizde kadercilik eğilimi ve sağlık davranışları arasındaki ilişki incelendiğinde yüksek düzeyde kadercilik eğilimi olan katılımcıların sağlığı geliştirici davranışlarda bulunmadıkları saptanmıştır (Cohn & Esparza del Villar, 2015).

Tablo 4.9’da katılımcıların sağlık algısı ve sağlık kaderciliğinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Verilere göre sağlık algısının, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde etkisinin olduğu sonucu bulunmuştur. Literatürde Akgül ve arkadaşları (2022) yılında hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları kaderciliğin sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlar ile ilgili çalışmalarında kadercilik ölçeği ile sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışları arasında negatif yönde zayıf anlamlılık saptanmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerin kadercilik düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyinin azaldığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Köten (2021) yaptığı çalışmada kadercilik eğiliminin sağlık davranışlarını olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Sağlık davranışlarının olumsuz etkilenmesinden dolayı önlenebilir hastalıklar yaygınlaşmıştır. Yiğitbaş ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada riskli gruplarda kadercilik eğilimi fazla olanların sağlığı koruma davranışlarının yetersiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmamızın sonuçları ulusal literatürle benzerdir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Katılımcıların eğitim durumuna göre sağlık algısına bakıldığında 32 yaş altındakilerin ve eğitim düzeyi lisansüstü olanların, bekarların, sağlık durumunu çok iyi olarak tanımlayanların sağlık algısının daha yüksek olduğu,

Sağlık kaderciliği algısı puan ortalamalarının 32 yaş ve üstü katılımcılarda, eğitim düzeyi düşük, evli, sağlık durumunu orta ve kötü olarak değerlendirenlerde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Sağlık durumunu çok iyi olarak değerlendiren katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık algısı katılımcıların SYBDÖ alt boyut puan ortalamalarını (sağlık sorumluluğu boyutu, fiziksel aktivite boyutu, beslenme boyutu, manevi gelişim boyutu, kişiler arası ilişkiler boyutu ve stres yönetim boyutu) pozitif yönlü etkilemekte olup sağlık kaderciliği ise SYBDÖ alt boyut puan ortalamalarını negatif yönlü olarak etkilemektedir.

Sağlık algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını pozitif yönde etkilediği bulunurken sağlık kaderciliğinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını negatif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Yoksul kadınların sağlık algısı, kadercilik ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan çalışmanın sonuçlarına göre;

- Günümüzde çoğu bireyin yoksulluk sınırı altında olması bireylerin sağlık algısını, kadercilik düşüncesini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz etkilemekte olup özellikle dezavantajlı bireylerin sağlık hizmetlerinden aynı düzeyde faydalanması sağlanmalıdır.
- Sağlık okuryazarlığının artırılması, yoksul kadınların sağlık algısını olumlu yönde etkileyebilir. Yoksul kadınlara yönelik sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitim programları düzenlenmesi gerekmektedir.
- Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması yoksul kadınların sağlık kadercilik algısını azaltabilir. Yoksul kadınların sağlık hizmetlerine erişiminde yaşanan zorluklar, sağlık motivasyonlarını olumsuz etkileyebilir. Sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir hale getirilmesi, bu kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarını artırabilir.

- Yoksul kadınların eğitim düzeylerinin artırılması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, sağlık algılarını ve sağlık hizmetlerine yönelik tutumlarını olumlu yönde etkileyebilir. Yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşları, yoksul kadınlara yönelik sağlık hizmetleri ve destek programları geliştirmelidir.
- Sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirmeyen ve hastalıklarla mücadele edemeyen yoksul kadınlara yaşamda olumlu örnekler gösterilerek sağlıklarıyla ilgili düşünceleri değiştirilmelidir.



KAYNAKLAR

- Acar, G. B. & Pınar, G. (2015). Perspectives of women during reproductive years for cervical cancer scans and influencing factors. *Asian Pac J Cancer Prev*, 16(16), 7171–7178. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.16.7171>
- Açıksöz, S., Uzun, Ş., & Arslan, F. (2013). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55(3): e181-e187.
- Akgül, E., Taşkın Yılmaz, F., Çolak, L., & Kütük, H. (2022). Hemşirelik öğrencilerinde kaderciliğin sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlar ile ilişkisi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 5(3), 301-311. <https://doi.org/10.54803/sauhsd.1175022>
- Akkuş, H. T. K. (2019). Türkiye’de iş kazaları ve kader anlayışı üzerine tipolojik bir araştırma: iş kazaları ve kader ölçeği. *Turkish Stud Relig Stud*, 14(4), 591-602. <https://doi.org/10.29228/turkishstudies.37839>
- Akpabio II. (2009). Poverty trends: Implication for strategic community health nursing intervention. *International Professional Nursing Journal*, 7(1), 42-49.
- Aksoydan, E. (2007). Ankara’da yaşayan 60 yaş üstü bireylerin sağlık durumu algılamaları. 2. *Sağlıkta Yaşam Kongresi, Kongre Özet Kitabı*, İzmir.
- Alim, K., & Bozkur, B. (2017). Kadercilik eğilimi ile özyeterlik inancı ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 18(1), 124- 145. <https://doi.org/10.12984/eggefd.328379>
- Alkire, S., & Foster, J. (2011). Counting and multidimensional poverty measurement. *Journal of Public Economics*, 95(7-8), 476-487.
- Allender, A.J, Rector, C., Warner, K. (2010). *Community Health Nursing Promoting and protecting the health of vulnerable populations*. (7th edition). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Altay, B., Çavuşoğlu, F., & Çal, A. (2016). Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 181-189.

- Ayaz, S., Tezcan, S., & Eker, F., (2005). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 26-34.
- Yılmaz, A., Çulha, İ., Kersu, Ö., Gümüş, D., Ünsal, A., & Köşgeroğlu, N., (2018). Cerrahi hastalarının sağlık algıları ve etkileyen faktörler. *The Journal of Academic Social Science*, 6(68), 89-99.
- Bobov, G., & Capik, C. (2020). The reliability and validity of the religious health fatalism scale in Turkish language. *Journal of Religion and Health*, 59(2), 1080-1095.
- Bolsoy, N., & Sevil, Ü. (2006). Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 78-87.
- Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. (1996). The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nurs Res*, 45, 30-6.
- Cevizci, S., Uludağ, A., Babaoğlu, Ü. T., Karaahmet, E., Vural, A., Şahin, E. M., & Ünver, A. (2015). Dezavantajlı öğrencilerde sağlık algısının ve psikososyal becerilerin geliştirilmesi: Okul tabanlı bir müdahale çalışması. *Preventive Medicine Bulletin*, 14(1), 39-48.
- Cohen, B.H, Reutter, L. (2007). Development of the role of public health nurses in addressing child and family poverty: a framework for action. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 96–107.
- Cohn, L., & Esparza del Villar, O. (2015). Fatalism and health behavior. *Health Sciences University Journal of Nursing*, 1, 29-36.
- Cousins, (2013). Deservingness, children in poverty, and collective well being. *Children and Youth Services Review*, 35, 1252–1259.
- Coşkun, S., & Tireli, M. (2008). *Avrupa Birliği'nde yoksullukla mücadele stratejileri ve Türkiye*. Nobel Yayıncılık.
- Çamur, D, G., Acar, H., Baykara, A, Y. & Karataş, K. (2007). Boşanmış kadınların yaşam öyküleri ve yoksullukla baş etme biçimleri. *Ankara Üniversitesi*,

Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi, Kriz Dergisi, 15(1), 25-38.

Çapık C. (2006). Yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir*.

Çelik, D., & Türkmen, A. (2022). Kronik hastalığı olan bireylerin COVID-19 kaynaklı stres ve anksiyete düzeyleri: Karaman ili örneği. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 5(3), 286-297. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.952646>

Cihangiroğlu, Z., & Deveci, S. (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2), 78-83.

Çilingir, D. & Aydın, A. (2017). Hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin sağlık algısı. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(3), 167-176. <https://doi.org/10.17672/fnjn.343254>

Dayapoglu, N., Ayyıldız, N. İ., & Şeker, D. (2021). Determination of health fatalism and the factors affecting health fatalism in patients with epilepsy in the North of Turkey. *Epilepsy & Behavior*, 115, 107641.

Demirgöz, B. M. (2014). Toplumsal cinsiyet eşitsizliğine genel bakış. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 15-28

Demirtaş G, & Yayla N. (2017). Küresel entegrasyonun kadın istihdamı üzerine etkisi: Ampirik bir inceleme. *Journal of Yasar University*, 12(48), 339-349.

Diamond, JJ., Becker, JA., Arenson, CA., Chambers, CV., & Rosenthal, MP. (2007). Development of a scale to measure adults' perceptions of health: preliminary findings. *Journal of Community Psychology*, 35(5), 557-561

Devlet Planlama Teşkilatı (2001). *Gelir dağılımının iyileştirilmesi ve yoksullukla mücadele özel ihtisas komisyonu raporu*. <http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gelirdag/oik610.pdf> adresinden alındı

- Drewnowski, A., & Specter, S. E. (2004). Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *American Journal of Clinical Nutrition*, 79(1), 6-16.
- Emir, İ. (2009). Van ili Edremit merkez sağlık ocağı bölgesinde kadınların toplumsal cinsiyeti nasıl yaşadığı ve bu durumun kadın yoksulluğuna etkisinin değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). *Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Van*.
- Erengin, H. & Dedeoğlu, N. (1997). Sağlığı ölçmenin kolay bir yolu algılanan sağlık. *Toplum ve Hekim*, 12(77), 11-6.
- Ergül, Ş. (2005). Yoksulluk sağlık ilişkisi ve hemşirelik yaklaşımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 95-104.
- Evren, H. vd. (2011). Trakya üniversitesi öğrencilerinde şiddet davranışları ve algılanan sağlık ilişkisi. *Balkan Medical Journal*, 4, 380-384.
- Gökler, M. E., & Eser, E. (2018). Self-rated health and related factors in Turkey: A cross-sectional study from Turkey National Burden of Disease Study 2004. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 58.
- Gök Uğur, H. & Aydın Avcı, İ. (2015). Kanseri tarama merkezine başvuran kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erken tanı bilgi ve uygulamalarına etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 244–258.
- Gülcivan, G., & Topçu, B. (2017). Meme kanserli hastaların yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 5(2), 63-74
- Hamzaoglu, O. (2004). Yoksulların Sağlığı Ne Durumda, Etken Ne, Sorun Nasıl Çözülür? *Toplum ve Hekim*, 19(1), 54-7.
- International Council of Nurses. (2009). *Nursing matters. In. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses*.
- International Nurses Day. (2004). *Information and action tool kit, nurses; working with the poor; against poverty*.

<https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4930/html> 766

- Karaca, Ş. (2021). Sağlık haber algısının sağlıklı yaşam farkındalığı üzerindeki etkisinin incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*, 41, 289-318. <https://doi.org/10.26650/SJ.2021.41.2.0001>
- Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, & ark. (2008). Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7, 59-64.
- Kennedy, BP., Kawachi, I., Glass, R., & Stith, DP. (1998). Income distribution. socioeconomic status. and self rated health in the United States: Multilevel Analysis. *BMJ*, 317, 917-921.
- Kerkez, N., & Şahin, T. (2023). A study on investigation of the relationship between health literacy and health perception. *BAUN Health Sci J*, 12(2), 336-346. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1177899>
- Keskin Y, Akar Y, Erdem Ö, & Erol S. (2022). Yetişkinlerin beslenme bilgisi ve besin tercihleri ile beden kütle indeksi arasındaki ilişki: Kesitsel Bir Çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 15(2), 149-162.
- Kılınç, F. N., & Hacıhasanoğlu, R. (2016). The effect of perceived social support on self-rated health in the elderly living in nursing homes. *Turkish Journal of Geriatrics*, 19(4), 265-272.
- Kim, S., Kim, E., & Ryu, E. (2019). Illness perceptions, self care management, and clinical outcomes according to age-group in korean hemodialysis patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4459. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224459>
- Kocabacak S. (2014). Kadın yoksulluğu ve kadın sağlığı üzerine yansımaları. *Sosyal Güvenlik Uzmanları Derneği Sosyal Güvençe Dergisi*, 6, 135-161.
- Koçoğlu D, & Akın B. (2009). Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergi*, 2, 145-154.

- Koştu, N. (2005). Yoksulluk, sağlık ve hemşirelik. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 2, 11-18.
- Greasley, P. (2005). Welfare advice in general practice: a resource for community nurses. *British Journal of Community Nursing*, 10(8), 368–372.
- Köten, E. (2021). Kadercilik, sağlık davranışı ve Covid-19: Bir literatür incelemesi. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 10(2), 515-528. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ssrj/issue/62436/953243>
- Kurt, A. (2009). ‘Dindarlığı etkileyen faktörler?’. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 18(2), 1-26.
- Lange, L. J., & Piette, J. D. (2006). Personal models for diabetes in context and patients’ health status. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(3), 239. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9049-4>
- Madi, HH., & Hussain, SJ. (2007). The role of health promotion in poverty reduction. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 13(6), 1249-1255.
- Magnuson, K., & Drzal, V. (2009). Enduring influences of childhood poverty. *Focus*, 26(2), 32-7
- Manderbacka, K. vd. (1998). Examining the continuity of self- rated health. *International Journal of Epidemiology*, 27, 208-213.
- Moghadam, Valentine M. (2005). “The ‘Feminization of Poverty’ and Women’s Human Rights”, Social and Human Sciences Papers In Women’s Studies/Gender Research, France.
- Molaei-Zardanjani, M., Savabi-Esfahani, M., & Taleghani, F. (2019). Fatalism in breast cancer and performing mammography on women with or without a family history of breast cancer. *BMC Women's Health*, 19(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0810-6>
- Nageeb, S., Vu, M., Malik, S., Quinn, M. T., Cursio, J., & Padela, A. I. (2018). Adapting a religious health fatalism measure for use in Muslim populations. *Plos One*, 13(11), e0206898.
- Oktik, N. (2008). *Türkiye’de Yoksulluk Çalışmaları*. Yakın Kitabevi.
- Özdamar, K. (2015). *SPSS ile Biyoistatistik*. Nisan Kitabevi Yayınları.

- Özer, Z., Bahçecioğlu Turan, G., & Öztürk, D. (2022). Hemodiyaliz hastalarında sağlıkta kadercilik anlayışı ile hastalık algısı arasındaki ilişki: karşılaştırmalı bir çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 10-17. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.959613>
- Öztoprak, F. S. & Ege, E. (2021). Kadın işçilerin kanser bilgi yükü ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ilişkisinin incelenmesi. *EGEHFD*, 37(2), 141–156.
- Öztürk, R. (2011). İslam düşüncesinde kaderci anlayışın sosyal ve kültürel temelleri. *Kader Kelam Araştırmaları Dergisi*, 9(1), 127-156.
- Pappas, G. (1994). Elucidating the relationships between race, socio-economic status and health. *American Journal of Public Health*, 84(6), 892-893.
- Patel, S. R., & Hu, F. B. (2008). Short sleep duration and weight gain: a systematic review. *Obesity*, 16(3), 643-653.
- Ruiu, G. (2013). The origin of fatalistic tendencies: An empirical investigation. *Economics & Sociology*, 6(2), 103-125. <https://doi.org/10.14254/2071-789X.2013/6-2/10>
- San Diego, E. R. N., & Merz, E. L. (2020). Diabetes knowledge, fatalism and type 2 diabetes-preventive behavior in an ethnically diverse sample of college students. *Journal of American College Health*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1751175>
- Şenol, V. (2006). Kayseri il merkezinde sağlık hizmetlerinin kullanımı ve algılanan sağlık ile ilişkisi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri*.
- Sharath AM. (2020). The challenges of poverty, types and its causes. *International Research Journal on Advanced Science Hub*, 2(10), 81-85.
- Solmaz, E., & Durmaz, H. (2023). Covid-19pandemi döneminde hastalığı geçiren ve geçirmeyen bireylerde sağlık kaderciliği ve etkileyen faktörlerin karşılaştırılması. *Sosyal Bilimler Ekev Akademi Dergisi*, 95, 70-82.

- Sungur, C., Kar, A., Kıran, Ş., & Macit, M. (2019). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(15), 43–52.
- Swiss Agency for Development and Cooperation. (2022). *Poverty brief – understanding poverty*. <https://www.shareweb.ch/site/Poverty-Wellbeing>
- T.C. Millî Eğitim Bakanlığı MEGEP. (2007). *Çocuk Gelişim ve Eğitimi: Toplum ve Çocuk*, Ankara, s.20–22.
- Topalhan, T. & Yeşilkaya, F. (2017). Kadın yoksulluğunu etkileyen faktörlerin panel veri analizi ile belirlenmesi. *Karatahta İş Yazıları Dergisi*, 9, 55-82.
- Tuğut, N., & Bekar, M. (2008). Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11, 17-26.
- Tuncer, A. (2024) Koroner arter hastalığı olanlarda sağlık algısı ve sigara bırakma yorgunluğunun değerlendirilmesi. *Necmettin Erbakan Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya*.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2023). *Yoksulluk ve yaşam koşulları istatistikleri*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yoksulluk-ve-Yasam-Kosullari-Istatistikleri-2023-53713>
- Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu. (2024). *Ocak 2024 açlık ve yoksulluk sınırı*. (<https://www.turkis.org.tr/turk-is-ocak-2024-aclik-ve-yoksulluk-siniri>)
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları. (2018). *Hanehalkı kadın nüfusu*. https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018_tnsa_analiz_ve_rapor-56
- United Nations Development Program. (2017). *Human Development Report 2016: Human Development for Everyone*. New York: UN
- United Nations Development Program. (2021). *Çok boyutlu yoksulluk endeksi*. <https://www.undp.org/tr/turkiye/publications/2021-cok-boyutlu-yoksulluk-endeksi-cbye>
- Unger, J. B., Ritt-Olson, A., Teran, L., Huang, T., Hoffman, B. R., & Palmer, P. (2002). Cultural values and substance use in a multiethnic sample of

- California adolescents. *Addiction Research & Theory*, 10(3), 257-279.
<https://doi.org/10.1080/16066350211869>
- Uzun, A. M. (2003). Yoksulluk olgusu ve dünya bankası. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(2), 155-173.
- Wagstaff A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(2), 97-103.
- Walton, D. (2019). *Poverty Trends: global, regional and national*.
<http://devinit.org>.
- World Bank. (2024). *Poverty*. <https://ourworldindata.org/from-1-90-to-2-15-a-day-the-updated-international-poverty-line>
- World Bank. (2022). *Poverty lines*. <https://pip.worldbank.org/home>
- World Bank. (2019). *Poverty*.
<https://data.worldbank.org/topic/poverty?end=2018&start=2009>
- Yalçinkaya, M., Özer, F. G., & Karamanoğlu, A. Y. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 409-420.
- Yardım, M. & Özcebe, H. (2004). Ankara ili Çankaya ilçesinde sağlıkta eşitsizlikler. *IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı*. Ankara.
- Yetgin, M.K., & Agopyan, A. (2017). Spor bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Spormetre*, 15(3), 177-184.
- Yıldırım, F., & Kaya, A. (2019). The impact of social capital on self-rated health among adults in Turkey. *Social Indicators Research*, 141(1), 329-345.
- Yiğitbaş, Ç. (2022). Çalışan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve onları etkileyen faktörler. *Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK)*, 7 (2), 223- 235.
- Yiğitbaş, Ç., Özcan, H., & Elkoca, A. (2020). Riskli gruplarda Covid-19 salgını ve sağlıkta kadercilik davranışı: Türkiye’den bir örnek. In Online International Conference of Covid-19 (CONCOVID). *Proceeding Book-Health Sciences*, 95, 103.

Yusufoğlu Ö.Ş. (2010). Kadın yoksulluğu üzerine sosyolojik bir araştırma: Elâzığ örneği. (Yüksek Lisans Tezi). *Fırat Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Elâzığ.*

