



How Much Do Family Physicians Take Care of Their Health? : A Cross-Sectional Study

Aile Hekimleri Sağlıklarına Ne Kadar Dikkat Ediyor? : Kesitsel Bir Çalışma

Murat Çevik¹, Raziye Şule Gümüştakım^{*2}, Celal Kuş², Pınar Bilgili³

ABSTRACT

Objective: A healthy lifestyle is defined as the control of all behaviors that affect the health of the individual, choosing behaviors appropriate to his/her health status in organizing daily activities. Healthy lifestyle behaviors, adequate and regular exercise, balanced diet, not smoking, health responsibility, stress management. Being healthy is the fundamental right of every human being, as well as ensuring and maintaining this is the main purpose of healthcare professionals, family physicians have a great responsibility in this regard. The aim of this study is to determine the healthy lifestyle behaviors of family physicians and related factors. **Method:** Our cross-sectional and descriptive study was conducted with 289 family physicians who answered the questions by participating via a link shared on the web between April and June 2019. In addition to the questionnaire in which the participants were questioned about 9-question socio-demographic information, the healthy lifestyle behaviors scale-II (HLBS-II). SPSS version 20.0 statistical package program was used in the analysis of the data, Student t test, One-way variance (Anova) analysis, Mann-Whitney U Test, Kruskal Wallis Test and Spearman Correlation Test were used in statistical analysis. **Results:** The average age of family physicians participating in the study was 39.99±9.52 years and 50.9% of them were male. HLBS-II total score average is 123.39±22.56. The highest score was obtained on interpersonal relationships, the lowest score on physical activity factor. Physical activity and nutrition scores of those who are over the age of 45, who work 21 years or more in the profession and who smoke and quit; women's health responsibility, nutrition and interpersonal scores; physical activity scores of divorced/widows; physical activity, stress management and total scores of those living in the village for a long time; physical activity scores of alcohol users and spiritual development scores of non-users were found to be significantly higher than the others. **Conclusion:** Family physicians, who should set an example to the society with their healthy lifestyles, should make more effort in this regard and adapt the healthy lifestyle to their own lives before patients.

Key words: Healthy life style behaviors, physical activity, nutrition, HLBS-II, family physicians

ÖZET

Giriş: Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışların kendisi tarafından kontrol edilmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, dengeli beslenme, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve hijyenik önlemleri içerir. Sağlıklı olmak her insanın temel hakkı olup, bunun sağlanması ve sürdürülmesinin sağlık personelinin temel amacı olmasının yanında, ilk temas noktası aile hekimlerinin bu konudaki sorumluluğu büyüktür. Bu çalışmanın amacı aile hekimlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve ilişkili etmenleri belirlemektir. **Yöntem:** Kesitsel ve tanımlayıcı özellikteki çalışmamız Nisan-Haziran 2019 tarihleri arasında web ortamında paylaşılan link üzerinden soruları cevaplandıran 289 aile hekimi ile yürütülmüştür. Katılımcılara 9 soruluk sosyodemografik bilgilerin sorgulandığı anketin yanı sıra 52 maddelik Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II) uygulanmıştır. Verilerin analizinde SPSS versiyon 20.0 istatistik paket programı, istatistiksel analizde Student t Testi, Tek Yönlü Varyans (Anova) Analizi, Mann-Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi ve Spearman Korelasyon Testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya katılan aile hekimlerinin yaş ortalaması 39,99±9,52 yıl olup %50,9'u erkektir. SYBDÖ-II toplam puan ortalaması 123,39±22,56'dır. En yüksek puan kişiler arası ilişkiler, en düşük puan fiziksel aktivite faktöründe alınmıştır. 45 yaş üstü olan, meslekte 21 yıl ve üzeri çalışan ve sigara kullanıp bırakanların fiziksel aktivite ve beslenme; kadınların sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişiler arası ilişkiler; boşanmış/dulların fiziksel aktivite; uzun süre köyde yaşayanların fiziksel aktivite, stres yönetimi ve toplam puan; alkol kullananların fiziksel aktivite ve kullanmayanların manevi gelişim puanları diğerlerine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. **Sonuç:** Topluma sağlıklı yaşam biçimleriyle örnek olması gereken aile hekimlerinin bu konuda daha çok çaba sarf etmesi ve sağlıklı yaşam biçimini hastalardan önce kendi yaşamlarına uyarlamaları gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite, beslenme, SYBDÖ-II, aile hekimleri

Received / Geliş tarihi: 27.10.2020, Accepted / Kabul tarihi: 09.02.2021

¹ Ankara Gütül Aile Sağlığı Merkezi, Ankara-TÜRKİYE.

² Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş-TÜRKİYE.

³ Antalya Güzeloba 19 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Antalya-TÜRKİYE.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Raziye Şule Gümüştakım, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş-TÜRKİYE.

E-mail: sulesu82@gmail.com

Çevik M, Gümüştakım RŞ, Kuş C, Bilgili P. Aile Hekimleri Sağlıklarına Ne Kadar Dikkat Ediyor? : Kesitsel Bir Çalışma. TJFMPC, 2021;15(2): 315-326.

DOI: [10.21763/tjfm.815378](https://doi.org/10.21763/tjfm.815378)

GİRİŞ

Her insanın mutlu, huzurlu, başarılı ve kaliteli bir yaşam sürme isteği vardır. Sağlıklı olmak, sağlıklı yaşamak ve sağlıklı yaşlanmak bu isteğini sürdürmesinin en temel koşuludur. Geçmiş dönemlerde geleneksel anlayışta sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmış olmakla birlikte bu tanım hastalık kavramını öne çıkarmış, kişilerin sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiş ve belirli semptomları veya sakatlığı olmayan herkes sağlıklı kabul edilmiştir.^{1,2} Günümüzde halen geçerliliğini koruyan ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1947'deki sağlık tanımında ise sağlık; 'sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.' şeklinde tanımlanmaktadır.³ Günümüzdeki sağlık anlayışı; bireyin, ailenin ve toplumların sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli ve bütüncül bakım yaklaşımını öngörmektedir.⁴ Sağlıklı yaşam biçimi ise, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışların kendisi tarafından kontrol edilmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır. Sağlığı geliştiren davranışlar, bireyin iyilik düzeyini artıran, kendini geliştirmeyi sağlayan davranışları kapsar. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, dengeli beslenme, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve hijyenik önlemleri kapsamaktadır. Sağlıklı olmak her insanın temel hakkı olup, bunun sağlanması ve sürdürülmesi sağlık personelinin temel amacı olması yanı sıra kişinin de kendi sorumluluğudur. Kişinin sağlığı geliştirici davranışları kazanması, kendini kontrol etmesi ve bu davranışları kazanmak için istek duyması ile mümkün olup sağlığı geliştirmek için olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesi gereklidir.^{5,6} Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, yaşam biçimi haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye ulaştırabilir. Bu nedenle, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi sağlığın ve hastalıklardan korunmanın temelini oluşturmakta bu durum da, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli etken olan yaşam şekillerinin geliştirilmesine yönelik uygulamaların önemini ortaya çıkarmaktadır.⁷⁻⁹

Günümüz dünyasının bilim, teknoloji, sanayi ve sosyal hayattaki hızlı gelişmeleri insanlarda da ciddi bir değişim süreci oluşturmakta ve bireylerin daha kaliteli yaşam beklentilerini artırmaktadır. Sağlık alanındaki gelişmeler bazı hastalıkların nedenlerini açıklayıp tedavi etse de bunların yerine yeni 'ölüm nedenleri' ortaya çıkmaktadır. Dünyanın pek çok gelişmiş ülkesinde ölüm nedenleri bulaşıcı hastalıklar değil de daha çok kalp-damar hastalıkları, kanser, yaşam biçimine bağlı sorunlar

(alkol, uyuşturucu alışkanlıkları, sigaraya bağlı hastalıklar, fazla yemeye bağlı obezite vb.) çevre kirliliği gibi faktörlerdir.^{1,10} Bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılabilmesi için öncelikle sahip oldukları olumlu ya da olumsuz yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi gerekmektedir. Böylece bireylerin gereksinimleri doğrultusunda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmaya yönelik eğitim programları geliştirilebilir. Sağlığı geliştirme modeli, bireyin sağlığını geliştiren davranışlarını etkileyen öğrenme sürecine dikkat çekmekte ve bu süreçte bireylere verilen sağlık eğitiminin önemini vurgulamaktadır.¹¹ Bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, sağlık çalışanlarının temel sorumluluklarının başında yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının temel işlevlerinden biri, sağlıklı ya da hasta bireye sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasıdır.¹² Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahip olduklarından öncelikle kendi yaşam biçimlerini düzenlemelidirler.¹³ Yapılan bir çalışmada, hekimlerin verdikleri tavsiyelere kendilerinin uymaması durumunda hastalarına güvenilir tıbbi tavsiyeler vermelerinin daha zor olduğu gösterilmiştir.¹⁴

Sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme ile ilgili önemli görev ve sorumlulukları olan sağlık çalışanlarının, öncelikle kendi sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek için gerekli yaşam biçimi davranışını kazanmış olması beklenmektedir. İnsanları hastalanmaktan koruyan ve yaşamları boyunca sağlıklı olmalarını sağlayan uygulamaların hepsine birden "Sağlıklı Yaşam Biçimi Uygulamaları" adı verilmektedir.¹⁵ Bu çalışmanın amacı toplumun ilk temas noktası olan ve davranışlarıyla topluma yol göstermesi ve örnek olması gereken aile hekimlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ne ölçüde hayatlarına uyarlayabildiklerini ve bununla ilişkili etmenleri belirlemektir.

YÖNTEM

Kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlanan çalışmanın evrenini Türkiye'deki aile hekimleri oluşturmaktadır. Örneklem hesaplama yöntemiyle Türkiye genelinde 24000 aile hekiminin olduğu, bunlarında 10000'inin web ortamındaki aile hekimlerinin bulunduğu sosyal medya gruplarında yer aldığı düşünülerek %5 hata payıyla ve %99 güven aralığında evren büyüklüğü 10000, örneklem büyüklüğü ise 623 kişi olarak hesaplanmış olup 600 aile hekimine ulaşılması öngörülmüştür.

Çalışma için Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik

Kurulundan 03.04.2019 tarihli ve karar no:01 sayılı izin alınmıştır. Çalışma Nisan-Haziran 2019 tarihleri arasında aile hekimlerinin bulunduğu sosyal medya gruplarında (Facebook) bir link aracılığıyla paylaşılmış olup belirlenen süre içerisinde 300 aile hekimine ulaşılmıştır. Çalışmaya gönüllü olarak katılan aile hekimleri literatür taraması sonucu oluşturulmuş yaş, cinsiyet, medeni durum, meslekte çalışma yılı, şimdiye kadar en uzun yaşanan yer, sigara-alkol kullanma durumu, kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanma durumu gibi bilgilerin sorgulandığı 9 soruluk bir form ve 52 soruluk Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'yi doldurmuşlardır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II): Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ), 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından sağlığı geliştirme modeli'ni test etmek amacıyla geliştirilmiş¹⁶ olup bu ölçekle bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları değerlendirilmektedir. Ölçeği toplam 48 madde oluşturmaktadır ve 6 alt boyutu vardır. Alt boyutlar; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimidir. Her bir alt boyutun bağımsız olarak tek başına kullanılabilme özelliği vardır. Ölçeğin tümünden hesaplanan puan sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir. Ölçeği Walker, Sechrist ve Pender tarafından 1995 yılında 4 madde daha eklenmesiyle 52 maddelik yeni bir ölçek elde edilmiştir.¹⁷ Diğer 48 maddelik ölçekle yeni 52 maddelik ölçek arasındaki tek fark madde sayısıdır. Bu çalışmada SYBDÖ II olarak adlandırılan, Türkiye'deki geçerliliği ve güvenilirliği Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmış 52 maddeden oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği (Cronbach Alfa İç Tutarlılık katsayısı: 0,92) kullanılmıştır.¹⁵ Ölçeğin 6 alt boyutu vardır. Alt boyutlar; 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), stres yönetimi (5,11,17,23,29,35,41,47)'dir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin tüm maddeleri olumludur ve ters madde içermemektedir. İşaretleme 4'lü likert tipli ölçek üzerine yapılmakta olup "Hiçbir zaman" yanıtı için 1, "Bazen" yanıtı için 2, "Sık sık" yanıtı için 3, "Düzenli olarak" yanıtı için 4 puan verilir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52 ve en yüksek puan 208'dir.

Veri Analizi ve İstatistiksel Yöntemler

Verilerin analizinde SPSS versiyon 20.0 istatistik paket programı kullanıldı. Elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle

(Kolmogorov-Smirnov/ Shapiro-Wilk testleri) incelenmiştir.

Çalışmanın tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde, sürekli sayısal değişkenler için ortalama±standart sapma (SS) ve ortanca, minimum-maksimum değerler, kategorik değişkenler için sayı (n) ve yüzde (%) kullanılmıştır. Grupların karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren sürekli değişkenler için iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Student t Testi Analizi, üç ve daha fazla bağımsız grup arasında Tek Yönlü Varyans (Anova) Analizi istatistiksel yöntem olarak kullanılmıştır. Normal dağılıma uymadığı saptanan değişkenler için iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Mann-Whitney U Testi, üç ve daha fazla bağımsız grup arasında Kruskal Wallis Testi istatistiksel yöntem olarak kullanılmıştır. Üç ve daha fazla bağımsız grup arasında anlamlı fark saptandığında farkın kaynağını saptamaya yönelik Bonferroni Düzeltmesi uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler

Bu çalışma, aile hekimlerinin sağlıklı yaşam biçimini araştırmak amacıyla, Türkiye geneli, yaşları 25-62 arası olan, birinci basamakta çalışan aile hekimleri ile yürütülmüştür. Sorulara uygunsuz ve eksik cevap veren iki anket çalışma dışı bırakılmıştır (anket no:89 ve 273). Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin yaş ortalaması 39,99±9,52 yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların 147'si (%50,9) erkek, 142'si (%49,1) kadın iken, 219'u (%75,8) evli, 51'i (%17,6) hiç evlenmemiş ve 19'u (%6,6) boşanmış veya eşi ölmüştür. Katılımcıların meslekteki çalışma yılı ortalama 15,16±9,72 olup, en az çalışan 1 yıl ve en çok çalışan 36 yıl çalışmıştır. Her dört hekimden üçü (%75,8) kent merkezinde yaşamaktaydı. Sigara 71 (%24,6), alkol 104 (%36,0), hem sigara hem alkol kullanan hekim sayısı 28 (%9,6) idi. Katılımcıların %29,4'ünde kronik hastalık var iken, %28,4'ü devamlı ilaç kullanmaktaydı. En sık hipertansiyon (23 kişi-%7,9), diabetes mellitus (19 kişi-%6,5), Astım-Koah (14 kişi-%4,8) ve tiroid bozuklukları (13 kişi-%4,4) görülmekteydi. (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri			
Özellik		Sayı	Yüzde
Yaş	35 ve altı	113	39,1
	36-45	72	24,9
	45 yaş üstü	104	36,0
Ortalama±SS: 39,99±9,52 Ortanca: 40,0 Min: 25,0 Maks: 62,0			
Meslekteki Çalışma yılı	1-10	116	40,1
	11-20	76	26,3
	21 ve üstü	97	33,6
Ortalama±SS: 15,16±9,72 Ortanca: 15,0 Min: 1,0 Maks: 36,0			
Cinsiyet	Erkek	147	50,9
	Kadın	142	49,1
Medeni durum	Evli	219	75,8
	Hiç evlenmemiş	51	17,6
	Boşanmış/Dul	19	6,6
Yaşanan yer	Kent merkezi	219	75,8
	İlçe merkezi	62	21,5
	Belde/köy	8	2,8
Sigara kullanımı	Hiç kullanmadım	149	51,6
	Halen kullanıyorum	71	24,6
	Kullandım bıraktım	69	23,9
Alkol kullanımı	Evet	104	36,0
	Hayır	186	64,0
Kronik hastalık durumu	Evet	85	29,4
	Hayır	204	70,6
İlaç kullanım durumu	Evet	82	28,4
	Hayır	207	71,6
Toplam		289	100,0

2. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulgular

Araştırmadaki katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Anketinde yer alan ifadelerle vermiş oldukları cevapların aritmetik ortalaması ve standart sapması Tablo 2’de gösterilmektedir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Anketinin ifadeleri arasında 48. sırada olan “İlahi bir gücün varlığına inanırım.” ifadesi (3,28) katılımcılar tarafından katılım düzeyi en yüksek ifade olurken, anketin 14. sırasında yer alan “Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.” ifadesi (1,61) ise katılımcılar tarafından katılım düzeyi en düşük olan ifade olarak görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımları

No	İfadeler	X	SS
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.	2,52	,736
2	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.	2,46	,862
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.	2,37	,758
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.	1,97	,909
5	Yeterince uyurum.	2,62	,897
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim.	2,48	,808
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.	3,23	,665
8	Şekeri ve tatluyu kısıtlarım.	2,39	,914
9	TV'de sağlığı geliştirici programlar izler ve bu konularla ilgili kitaplar okurum.	1,96	,859
10	Haftada en az 3 kez 20 dk. ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım(hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)	2,15	,978
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.	2,27	,868
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.	2,94	,894
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.	2,88	,782
14	Her gün 6-11 öğün ekme, tahıl, pirinç ve makarna yerim.	1,61	,761
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.	2,44	,766
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla)	1,94	,915
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.	2,53	,833
18	Geleceğe umutla bakarım.	2,55	,881
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.	2,71	,748
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim.	2,04	,873
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorum olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.	1,99	,791
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.	1,91	,877
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.	2,36	,813
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim.	2,67	,803
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.	2,85	,792
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim.	2,13	,796
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.	2,46	,781
28	Haftada en az 3 kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.	1,69	,889
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.	2,22	,816
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.	2,55	,873
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım.	2,90	,828
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.	2,40	,915
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.	2,03	,853
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım(örneğin yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	2,24	,928
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.	2,30	,822
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.	2,04	,796
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.	2,22	,845
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.	2,26	,828
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.	1,97	,781
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.	2,05	,892
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.	1,84	,844
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.	2,98	,799
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.	2,33	,829
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.	2,36	,987
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.	1,76	,831
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.	1,96	,879
47	Yorulmaktan kendimi korurum.	2,13	,804
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım.	3,28	,973
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.	3,03	,763
50	Kahvaltı yaparım.	2,78	1,046
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.	2,65	,853
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.	2,98	,818

X: Ortalama, SS: Standart sapma

Tablo 3'de SYBD II'nin ve Alt Boyutlarının Madde-Toplam Puanları verilmektedir. En yüksek ortalama puan kişiler arası ilişkiler faktöründe, en düşük

ortalama puan fiziksel aktivite faktöründe alınmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. SYBD Boyutlarının Psikometrik Özellikleri				
Boyutlar	Alt ve üst ölçek değeri	Ölçekten alınan Min-Maks.	X	SS
Ölçek genel puan	52-208	72-208	123,39	22,56
Sağlık Sorumluluğu	9-36	11-36	19,63	4,45
Fiziksel Aktivite	8-32	8-32	15,90	5,33
Beslenme	9-36	10-36	20,42	4,45
Manevi Gelişim	9-36	9-36	24,47	5,11
Kişilerarası İlişkiler	9-36	10-36	24,68	4,70
Stres Yönetimi	8-32	8-32	18,26	4,03

X: Ortalama, SS: Standart sapma

Tablo 4'te Hekimlerin bazı özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışına etkisi sunulmuştur. Yaş grupları ile SYBD ölçeği alt grupları karşılaştırmasında fiziksel aktivite ve beslenme alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $p=0,007$ ve $p=0,015$). Post-hoc test sonuçlarına göre; '35 ve altı' ile '36-45 yaş' grupları arasında ve '35 ve altı' ile '45 yaş üstü' grupların fiziksel aktivite puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Fiziksel aktivite puan ortalaması farkını ortaya çıkaran '35 ve altı' grup denilebilir. Ayrıca post-hoc sonuçlarına göre '35 ve altı' ile '45 yaş üstü' grupların Beslenme puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Meslekteki çalışma yılı grupları ile SYBD ölçeği alt grupları karşılaştırmasında fiziksel aktivite ve beslenme alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $p=0,006$ ve $p=0,016$). Post-hoc test sonuçlarına göre; '1-10 yıl' ile '11-20 yıl' grupları arasında ve '1-10 yıl' ile '21 ve üstü yıl' grupların fiziksel aktivite puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Fiziksel aktivite puan ortalaması farkını ortaya çıkaran '1-10 yıl' grup denilebilir. Ayrıca post-hoc sonuçlarına göre '1-10 yıl' ile '21 ve üstü yıl' grupların Beslenme puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4).

Cinsiyet ile SYBD ölçeği alt grupları karşılaştırmasında sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası ilişkiler alt grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $p=0,007$, $p=0,003$ ve $p<0,001$). Kadınların ortalamaları bu alt gruplarda, erkeklere göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Medeni durum grupları ile SYBD ölçeği alt grupları karşılaştırmasında fiziksel aktivite alt grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,023$). Post-hoc test sonuçlarına göre; 'Evlili' ile 'Bekar' grupları arasında ve 'Bekar' ile 'Boşanmış/dul' grupların fiziksel aktivite puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

vardır. Fiziksel aktivite puan ortalaması farkını ortaya çıkaran 'Bekar' gruptur denilebilir (Tablo 4).

En uzun yaşanan yer grupları ile SYBD ölçeği alt grupları karşılaştırmasında fiziksel aktivite, stres yönetimi alt gruplarında ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $p=0,018$, $p=0,043$ ve $p=0,015$). Post-hoc test sonuçlarına göre; 'Kent merkezi' ile 'İlçe merkezi' grupları arasında fiziksel aktivite puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Post-hoc sonuçlarına göre 'Kent merkezi' ile 'İlçe merkezi' grupları arasında Stres yönetimi puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; 'Kent merkezi' ile 'İlçe merkezi' grupları arasında 'Toplam ölçek puanı' ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4).

Sigara kullanımı grupları ile SYBD ölçeği alt grupları karşılaştırmasında fiziksel aktivite ve beslenme alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $p=0,031$ ve $p=0,031$). Post-hoc test sonuçlarına göre; 'Halen sigara kullanıyorum' ile 'Sigarayı bıraktım' grupları arasında fiziksel aktivite puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Ayrıca post-hoc sonuçlarına göre 'Hiç kullanmadım' ile 'Halen sigara kullanıyorum' grupları arasında beslenme puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4).

Toplam puan ile en uzun süre yaşanan yer ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark çıkmıştır ($p=0,015$). Yapılan post-hoc karşılaştırmalarda bu farkın kent merkezi ile ilçe merkezi arasındaki farktan ortaya çıktığı bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. Hekimlerin bazı özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışına etkisi

Özellik	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişkiler*	Stres yönetim	Toplam puan*
Yaş							
35 ve altı	19,21±4,36	14,78±5,39	19,67±4,62	24,59±5,39	24,88±4,76	17,96±3,96	121,11±22,87
36-45	20,12±4,35	16,44±4,82	20,30±4,32	24,40±4,45	24,93±4,40	18,22±4,02	124,43±20,85
45 yaş üstü	19,75±4,61	16,74±5,45	21,32±4,22	24,40±5,28	24,28±4,84	18,63±4,11	125,15±23,34
<i>p</i>	0,437*	0,007*	0,015*	0,905*	0,567 ^a	0,366*	0,381 ^a
Meslekteki çalışma yılı							
1-10 yıl	19,26±4,38	14,81±5,46	19,54±4,62	24,56±5,37	24,85±4,74	17,88±4,03	120,93±22,84
11-20 yıl	19,98±4,34	16,34±4,64	20,75±4,38	24,51±4,83	24,90±4,53	18,36±3,99	124,86±21,56
21 ve üstü yıl	19,80±4,61	16,85±5,50	21,22±4,14	24,34±5,06	24,29±4,79	18,64±4,05	125,17±22,95
<i>p</i>	0,502*	0,006*	0,016*	0,916*	0,616 ^a	0,250*	0,317 ^a
Cinsiyet							
Erkek	19,01±4,44	16,21±5,59	19,66±4,40	24,09±5,30	23,81±4,81	18,16±3,95	120,97±23,41
Kadın	20,28±4,37	15,57±5,05	21,21±4,37	24,87±4,91	25,57±4,42	18,38±4,12	125,90±21,43
<i>p</i>	0,007**	0,456**	0,003**	0,258**	0,001^b	0,436**	0,063 ^b
Medeni durum							
Evli	19,76±4,46	16,15±5,36	20,70±4,30	24,52±5,11	24,58±4,69	18,14±3,99	123,88±22,42
Bekar	18,96±4,73	14,43±5,41	19,11±4,89	24,39±5,42	24,88±4,82	18,50±4,28	120,29±24,54
Boşanmış/dul	19,94±3,39	17,00±4,22	20,73±4,50	24,10±4,45	25,21±4,60	19,10±3,81	126,10±18,60
<i>p</i>	0,257*	0,023*	0,057*	0,853*	0,812 ^a	0,855*	0,514 ^a
En uzun süre Yaşanan yer							
Kent merkezi	19,85±4,43	16,28±5,53	20,66±4,34	24,81±5,11	25,05±4,59	18,55±4,19	125,20±22,53
İlçe merkezi	18,69±4,24	14,27±4,38	19,31±4,58	23,32±4,99	23,53±4,81	17,08±3,25	116,21±21,01
Köy	21,13±6,01	18,25±4,20	22,75±5,18	24,38±5,58	23,50±5,88	19,75±3,49	129,75±26,19
<i>p</i>	0,143*	0,018*	0,059*	0,246*	0,062 ^a	0,043*	0,015*
Sigara kullanımı							
Hiç kullanmadım	20,01±4,58	15,93±4,99	20,81±4,78	24,70±5,48	24,70±4,87	18,56±4,15	124,72±24,04
Halen kullanıyorum	19,07±4,41	14,70±5,33	19,23±4,06	24,23±4,70	24,96±4,67	17,94±3,96	120,13±21,40
Kullandım bıraktım	19,41±4,18	17,09±5,86	20,83±3,90	24,26±4,75	24,35±4,41	17,97±3,83	123,90±20,28
<i>p</i>	0,318*	0,031*	0,031*	0,585*	0,744 ^a	0,393*	0,363 ^a
Alkol kullanımı							
Evet	18,89±3,99	16,87±5,48	20,14±3,85	23,64±4,50	24,12±4,06	18,09±3,44	121,75±19,08
Hayır	20,05±4,65	15,36±5,19	20,58±4,76	24,95±5,39	25,00±5,01	18,37±4,33	124,32±24,30
<i>p</i>	0,055**	0,025**	0,671**	0,041**	0,104 ^b	0,669**	0,322 ^b
Kronik hastalık varlığı							
Var	19,88±4,05	15,72±4,77	20,09±4,15	23,92±4,34	24,44±4,26	18,07±3,40	122,12±18,27
Yok	19,53±4,61	15,98±5,57	20,56±4,58	24,71±5,40	24,78±4,88	18,35±4,27	123,93±24,15
<i>p</i>	0,282**	0,918**	0,757**	0,197**	0,566 ^b	0,682**	0,488 ^b
Sürekli ilaç kullanımı							
Evet	19,84±4,23	15,54±4,72	20,21±4,18	23,83±4,97	24,16±4,64	17,93±3,67	121,50±4,23
Hayır	19,56±4,54	16,05±5,57	20,51±4,56	24,73±5,17	24,89±4,72	18,41±4,16	124,14±4,54
<i>p</i>	0,470**	0,789**	0,949**	0,232**	0,235 ^b	0,341**	0,370 ^b

* Kruskal Wallis Varyans Analizi yapılmıştır. ** Mann-Whitney U Testi Analizi yapılmıştır. ^aTek Yönlü Varyans (Anova) Analizi yapılmıştır. ^bStudent t testi analizi yapılmıştır.

Tablo 5'te katılımcıların yaş, meslekteki çalışma yılı, SYBD ölçeği puanları arasındaki korelasyon ilişkisi yer almaktadır. Buna göre yaş, meslekteki çalışma yılı, fiziksel aktivite ve beslenme ölçek alt grupları arasındaki korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlıydı ve hepsi pozitif yönlüydü (aynı anda artan veya azalan şekilde). Bekleneceği üzere en

yüksek ilişki 0,965 ile yaş ile meslekteki çalışma yılı arasındaydı. Fiziksel aktivite ile yaş ($r=0,167$) ve meslek yılı ($r=0,160$) arasında zayıf ama anlamlı bir ilişki vardı ($p<0,05$). Beslenme ile yaş ($r=0,158$) ve meslek yılı ($r=0,155$) arasında zayıf ama anlamlı bir ilişki vardı ($p<0,05$).

		Yaş	Meslekteki Yılı	Fiziksel aktivite	Beslenme
Yaş	r	1,000			
	p	-			
Meslekteki Yılı	r	0,965	1,000		
	p	0,001	-		
Fiziksel aktivite	r	0,167	0,160	1,000	
	p	0,004	0,006	-	
Beslenme	r	0,158	0,155	0,525	1,000
	p	0,007	0,008	0,001	-

r=Spearman korelasyon katsayısı, p=anlamlılık düzeyi

TARTIŞMA

Kapsayıcı yaklaşım ve toplum yönelimi temel yeterliliklerine uygun olarak ile hekimliği tıp disiplininde toplumun sağlığının geliştirilmesine önem verilmektedir. Hasta-hekim ilişkisi temelinde aile hekimleri kendi yaşam biçimi ile hastalara rol model olabilmektedir. Ayrıca aile hekimleri hizmet verdikleri toplumun yaşam biçimini etkileme özelliğine sahiptir.¹⁸ Literatürde sağlıklı yaşam biçimi ile ilgili hekimler üzerinde yapılan az sayıda çalışma vardır.

Aile hekimlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları ortalaması 123,39±22,56 olarak saptanmıştır. Alt boyutlar arasında en yüksek puanı kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim almıştır. Sağlık çalışanlarında yapılan çalışmada SYBDÖ puan ortalaması Yalçınkaya ve ark.nın¹² çalışmasında 121,85±18,05, Duran ve ark.da¹⁹ 121,18±18,4, Yanık ve ark.da²⁰ 130,22±19,12, Pasinlioğlu ve Gözüm¹³ tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeline yapılan çalışmada 117,5±17,1, hastanede çalışan hemşirelerde yapılan bir çalışmada²¹ 125,96±16,99, Şimşek ve ark.nın²² birinci sınıf tıp öğrencilerinde yaptığı başka bir çalışmada 134,4 ± 9,7, Nacar ve ark.nın²³ tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan çalışmasında 127,90±18,20, sağlık bilimleri öğrencileriyle yapılan bir çalışmada²⁴ 124,30±17,92, sağlık meslek yüksekokulu öğrencileriyle yapılan bir çalışmada²⁵ 127,05±20,35, Aksoy ve ark.nın²⁶ hemşirelik

öğrencileriyle yaptığı çalışmada 136,12 ± 19,16, öğretim elemanlarında yapılan çalışmada Kaya ve ark.nın²⁷ çalışmasında 139,5±18,0 ve Güler ve ark.nın²⁸ çalışmasında ise 128,74±18,24 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda alınan puanların literatürdeki diğer çalışmalarla benzer olduğu görülmekle birlikte bu konudaki çalışmalar daha çok üniversite öğrencilerinde ve hemşirelerde yapılmıştır. Literatürde şimdiye kadar aile hekimleriyle yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak yaşam biçimiyle topluma rol model olması gereken aile hekimlerinin alınabilecek en yüksek puanı 208 olan bir ölçekten bu denli düşük bir puan alması üzücüdür.

Çalışmada katılımcıların SYBDÖ alt boyutlarına bakıldığında en yüksek puanı kişilerarası ilişkiler (24,68±4,70) ve manevi gelişim (24,47±5,11) en düşük puanı ise fiziksel aktivite (15,90±5,33) alt boyutları almıştır. Nacar ve ark.nın²³ çalışması bu açıdan çalışmamızı desteklemektedir. Yapılan çalışmaların büyük bir kısmında kişilerarası destek ve kendini gerçekleştirme (SYBDÖ II'de manevi gelişim) durumu en yüksek puanı alırken^{19,20,25,29,32} bazı çalışmalarda ise en yüksek puan kişilerarası ilişkiler alt boyutunda^{12,22} alınmış olup, en düşük puanlar genel olarak fiziksel aktivite boyutundadır.^{19,20,25,29,32} Pasinlioğlu ve Gözüm'un birinci basamak sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmada¹³ en yüksek puan beslenme, en düşük puan ise egzersiz alt boyutunda alınmıştır. Cürcani ve ark.nın²⁹ hemşirelerde yaptığı çalışmanın

sonuçları da bizim çalışmamızla paralel bulunmuştur. SYBDÖ'nün I ve II'si olup II. ölçekte kişilerarası destek ve kendini gerçekleştirme alt boyutları; kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim olarak değiştirilmiştir. Bu şekilde düşünüldüğünde sonuçlarımız literatürle uyumlu gözükmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarında yapılan diğer çalışmalarda da görüldüğü üzere aile hekimlerinin de düzenli fiziksel aktivite yapma alışkanlıklarının olmadığı söylenebilir.

SYBDÖ II yaş açısından değerlendirildiğinde 45 yaş üstü grubun anlamlı olarak fiziksel aktivite ve beslenme alt gruplarında daha yüksek puanlar aldığı gözlenmiştir. Yalçinkaya ve ark.nın sağlık çalışanlarıyla yaptığı bir çalışmada çalışmamıza benzer olarak istatistiksel olarak anlamlı olmasa da 40 yaş üstü grubun fiziksel aktivite ve beslenme alt boyut puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.¹² Ege ve ark.nın birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeli ile yaptıkları çalışmada ise 36 yaş ve üzeri grup SYBDÖ'den en yüksek puanı almış olup yaş ile kendini gerçekleştirme, egzersiz, beslenme ve stres yönetimi alt boyutlarında anlamlı fark gözlenmiştir.³⁰ Bu durumdan özellikle hekim olan çalışma grubumuzun yaş ilerledikçe kronik hastalıklardan çekindikleri için fiziksel aktivite ve beslenmelerine daha çok dikkat ettikleri ve sağlıklarına daha fazla özen gösterdikleri sonucu çıkarılabilir.

Çalışmamızda meslekteki çalışma yılı 21 ve üstü yıl olanların yaşta olduğu gibi fiziksel aktivite ve beslenme alt boyut puanları daha yüksek olarak saptanmıştır. Yanık ve Noğay'ın çalışmasında 1 yıldan az çalışanların 11-15 yıl çalışanlardan fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanları daha düşüktür. Yine aynı çalışmada 1-5 yıl çalışanların 11-15 yıl ve 6-10 yıl çalışanların 11-15 yıl çalışanlardan fiziksel aktivite puanları daha yüksektir.²⁰ Cürcani ve ark.nın çalışmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak çalışma süresi 1-5 yıl olan hemşirelerin sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, stres yönetimi alt boyutları ve SYBDÖ toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu tespit edilmiştir.²⁹ Ege ve ark.nın çalışmasında da çalışmamıza benzer olarak 16 yıl ve üzeri çalışanların SYBDÖ puanları diğer gruplardan yüksek olup meslekte çalışma yılı ile kendini gerçekleştirme, beslenme ve kişiler arası destek alt boyutlarında anlamlı fark vardır.³⁰ Pasinlioğlu ve Gözüm'ün çalışmasında da 11 yıl ve üzeri çalışanların beslenme alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.¹³ Yalçinkaya ve ark.nın çalışmasında da benzer olarak 20 yıl ve üzerinde çalışan grubun fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutlarından anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur.¹² Bu, hekimlik mesleğinin zaman geçtikçe daha çok özümsemesine ve sağlıklı

yaşam biçimi davranışlarının bu özümsemme sonucunda zamanla hayatlarına uyarlanmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda kadınların sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt boyutlarından erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir. Özyazıcıoğlu ve ark.nın³¹ hemşirelik öğrencilerinde, Kostak ve ark.nın³² ise hemşirelik ve sınıf öğretmenliği öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarda da çalışmamızla paralel olarak kız öğrencilerin sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt boyutlarından anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Vural ve ark.nın sağlık meslek yüksek okul öğrencileriyle yaptığı çalışmada kız öğrencilerin sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi alt boyut puanları erkeklerden yüksek olarak çıkmıştır.²⁵ Beslenme alt grubunun sonuçları açısından literatürdeki diğer çalışmalar bizi desteklese de diğer alt boyutlar açısından farklı sonuçlara ulaşılmıştır.^{12,13,24,32,33} Yalçinkaya ve ark.nın çalışmasında, çalışmamıza benzer olarak kadın sağlık çalışanlarının sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutlarından daha yüksek puanlar aldığı bulunmuştur.¹² Pasinlioğlu ve Gözüm'ün çalışmasında¹³ fiziksel aktivite alt boyutunda erkekler lehine anlamlı bir sonucun olmasının yanı sıra bizim çalışmamızda da benzer olarak istatistiksel olarak anlamlı olmasa da fiziksel aktivite puanının erkeklerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Nacar ve ark.nın çalışmasında ise çalışmamız sonuçlarından farklı olarak cinsiyetle SYBD arasında anlamlı fark bulunmamıştır.²³ Bu sonuçlara göre kadınların daha çok beslenmelerine ve sağlıklı davranışlara önem verdikleri, erkeklerin ise daha çok fiziksel aktivite yaptığı söylenebilir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre medeni durum açısından fiziksel aktivite alt boyutundan anlamlı olarak en yüksek puanı boşanmış/dul grubu almışken, en düşük puanı bekarlar almıştır. Literatürdeki diğer çalışmalarda evli olan grubun kendini gerçekleştirme boyutunda daha yüksek puan aldıkları gözlenmiş olup bu durum bizim sonuçlarımızdan farklıdır.^{28,33} Bizim çalışmamızda da evlilerin en yüksek puanı aldıkları tek yer manevi gelişim alt boyutu olmakla beraber bu durum istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Aksoy ve ark.nın çalışmasında bekarların SYBDÖ toplam puanı evlilerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.²⁶ Cürcani ve ark.nın çalışmasında bekarların stres yönetimi alt boyutunda anlamlı olarak evlilerden daha yüksek puan aldıkları gözlenmiştir.²⁹ Çakır ve ark.nın tıp fakültesi araştırma görevlilerinde yaptığı çalışmada evliler kendini gerçekleştirme, beslenme alt boyutlarında ve toplam puanlarda anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır.³³ Yanık ve Noğay'ın çalışmasında ise medeni duruma göre sağlık sorumluluğu, fiziksel

aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim ve toplam ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmış olup bekarların tüm bu alt boyutlarda evlilere göre daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür.²⁰ Görüldüğü gibi literatürdeki çalışmalarda medeni durum ile ilgili çok farklı sonuçlar mevcuttur. Çalışmamızdaki sonuçta dayanarak boşanmış/dul grubunun kendilerine ve fiziksel aktiviteye daha fazla zaman ayırdığını ve sağlıklarına daha çok dikkat ettiklerini söyleyebiliriz.

En uzun süre yaşanan yere bakıldığında fiziksel aktivite, stres yönetimi ve toplam puanlar açısından en yüksek puanı uzun süre köyde yaşayanlar almış olsa da aradaki farkı oluşturan ilçe merkezinde yaşamış olanların kent merkezinde yaşamış olanlara göre bu alt boyutlardan çok daha düşük puanlar almalarıdır. Şimşek ve ark.nın²² çalışmasında en uzun süre yaşanan yer ile alt boyutlar arasında fark bulunmazken, Çelik ve ark.nın⁸ çalışmasında tüm alt boyutlar kent merkezinde yaşayanlarda kasabada yaşayanlardan anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Çalışmamız bir yönüyle Çelik ve ark.nın⁸ çalışmasını desteklemekle birlikte bizim çalışmamızdaki fark sadece iki alt boyutta ve toplam puanlarda ortaya çıkmıştır. Uzun süre köyde yaşamının şehrin karmaşasından, stresinden uzak daha doğal ve sağlıklı bir yaşamın benimsenmesiyle eş anlamlı olduğu düşünülürse bu sonuç şaşırtıcı değildir.

Sigarayı bırakan grubun halen kullanan gruba göre fiziksel aktivite puanları, hiç sigara kullanmayan grubun da halen kullanan gruba göre beslenme puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Cürçani ve ark.nın çalışmasında bizden farklı olarak sigarayı bırakan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutları ile SYBDÖ toplam puan ortalaması sigara içenler ve içmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur.²⁹ Çakır ve ark.nın çalışmasında da sigarayı bırakanların beslenme, stresle baş etme alt boyutları ve toplam puanları anlamlı olarak yüksektir.³³ Yalçınkaya ve ark.nın çalışmasında da benzer olarak sigara içmeyenler beslenme alt boyutundan daha yüksek puan almışlardır.¹² Nacar ve ark.nın çalışmasında sigara içmeyenlerin fiziksel aktivite hariç bütün alt boyutlardan sigara içenlerle kıyaslandığında anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları gözlenmiştir.²³ Yapılan çalışmalarda da sigara içmeyenlerin sigara içenlere göre ölçek alt boyutları ve SYBDÖ puan ortalamaları yüksek olarak bildirilmiştir.^{16,34,35} Bunun nedeni hem sigarayı bırakan, hem de hiç kullanmayan grubun kullananlara göre daha sağlıklı bir yaşam tarzını benimsemesi, bunu da fiziksel aktivite yaparak ve beslenmesine dikkat ederek yapması olabilir.

Alkol kullananların anlamlı olarak fiziksel aktivite puanı daha yüksek çıkmışken, manevi gelişim puanları alkol kullanmayanlarda daha yüksektir. Çakır ve ark.nın çalışmasında ise her gün alkol kullananların kendini gerçekleştirme alt boyut puanları diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir.³³ Yalçınkaya ve ark.nın çalışmasında alkol kullanmayanların beslenme alt boyutundan anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.¹² Vural ve ark.nın çalışmasında da bizim çalışmamızı destekler şekilde alkol kullananların fiziksel aktivite puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.²⁵ Aynı çalışmada alkol kullananların beslenme puan ortalamalarının kullanmayanlara göre daha düşük olduğu da bulunmuştur. Nacar ve ark.nın²³ çalışmasında ise çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak alkol kullanımı ile SYBDÖ arasında anlamlı fark tespit edilememiştir.

Çalışmamızda kronik hastalık varlığı ile SYBDÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Aksoy ve ark.nın çalışması da benzer olarak arada fark tespit edememiştir.²⁶ Tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan çalışmalarda da çalışmamıza benzer olarak gerek alt boyut gerekse toplam puanlarda kronik hastalık varlığı ile fark gözlenmemiştir.^{23,24} Çalışmamızda sürekli ilaç kullanımı ile SYBDÖ toplam ve alt boyut puanları açısından fark gözlenmemiştir.

SONUÇ

Bu çalışmada, aile hekimlerinin SYBDÖ puan ortalamasının orta düzeyde olduğu ve kendi sağlıklarını yeterince önemsemedikleri sonucuna varılmıştır. Bireylerin bir araya gelmesiyle oluşan toplumun iyilik halinin korunması, hastalıkların iyileştirilmesi ve sağlığın üst düzeye çıkarılması konularında ön saflarda yer alan aile hekimlerinin ciddi sorumlulukları bulunmaktadır. Topluma sağlıklı yaşam konusunda önderlik etmesi gereken aile hekimlerinin, konuyla ilgili olumsuz ya da eksik davranışlarını düzeltmesi, sağlıklı yaşamın geliştirilmesi için yapılan etkinliklere aktif katılımı ve iyi bir rol model olmaya çalışması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hayran O, Sur H. Sağlık ve Hastalık Kavramları. Sağlık Hizmetleri El Kitabı. 1.baskı. İstanbul: Yüce yayınları; 1997. p.1-32.
2. Çakırcalı E. Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar. İzmir: Ege Üniversitesi Basım evi; 1996. p.25-39.
3. World Health Organization [WHO].The world health report 1998 – Life in the 21st century: a vision for all.

- <https://www.who.int/whr/1998/en/> (Erişim:10 Eyl 2020).
4. Sisk RJ. Caregiver burden and health promotion. *International Journal of Nursing Studies*, 2000; 37(1), 37-43.
 5. Esin N. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*, 1999; 12(45):87-95.
 6. Stanhope M. Lancaster J. *Community Health Nursing: Promoting Health of Aggregates Families and Individuals*. 4th ed. St. Lois: Mosby; 1996;269-74.
 7. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nursing Research*, 1996; 45(1): 30-36.
 8. Çelik GO, Malak AT, Bektaş M, Yılmaz D, Yümer AS, Öztürk Z, Demir E. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *AJCI*, 2009; 3(3): 164-169.
 9. Bozhüyük A. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi [Uzmanlık tezi]. Adana, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2010;1.
 10. Öztekin Z. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri. *Yeni Türkiye Dergisi* 2001; 7(39):204-205
 11. Koçoğlu D. Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler [Doktora tezi]. Konya, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006;31-33.
 12. Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007; 6(6): 409-420.
 13. Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998; 2(2): 60-68.
 14. Hash RB, Munna RK, Vogel RL, Bason JJ. Does physician weight affect perception of health advice? *Prev Med* 2003; 36:41-44.
 15. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008; 12(1): 1-13.
 16. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res*. 1987 Mar-Apr;36(2):76-81.
 17. Walker S, Hill-Polerecky D. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. In *Proceedings of the 1996 Scientific Session of the American Nurse Association's Council of Nurse Researchers*, Washington D.C. 1996. p.110.
 18. Al-Shahri MZ, Al-Almaei SM, Mian MH. Promotion of healthy lifestyle: Knowledge and attitudes of primary care physicians. *Patient Educ Couns*, 1997; 31: 125-30.
 19. Duran Ü, Ögüt S, Asgarpour H, Kunter D. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2018; 2(3): 46-55.
 20. Yanık A, Noğay NH. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 2017, 22.4: 167-176.
 21. Özkan S, Yılmaz E. (2008). Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7): 89-105.
 22. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, Çiftçi Ş. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2012; 26(3): 151-157.
 23. Nacar M, Baykan Z, Cetinkaya F, Arslantas D, Ozer A, Coskun O, Bati H, Karaoglu N, Elmali F, Yilmaze G. Health promoting lifestyle behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(20):8969-8974. doi: 10.7314/apjcp.2014.15.20.8969. PMID: 25374238.
 24. Özcan S, Bozhüyük A. Çukurova Üniversitesi sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışları. *Cukurova Med J* 2016; 41(4):664-674.
 25. Vural PI, Bakır N. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015; 6 (1).
 26. Aksoy T, Uçar H. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014; 1(2): 53-67.
 27. Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, et al. Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *TAF Prev Med Bull* 2008; 7(1):59-64.
 28. Güler G, Güler N, Kocataş S, Yıldırım F, Akgül N. Bir Üniversitede Çalışan Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *C.Ü. Hemşirelik Dergisi* 2008; 12(3):18-26.
 29. Cürçani M, Tan M, Özdelikara A. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010; 9(5).
 30. Ege E, Zincir H, Güneş G, Bilgin N. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları

- ve öz-etkililik-yeterlik düzeylerinin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2003; 14(2): 83-92.
31. Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2011; 8(2): 277-332.
32. Kostak MA, Kurt S, Süt N, Akarsu Ö, Ergül GD. Hemşirelik ve Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2014; 13(3).
33. Çakır M, Piyal B, Aycan S. Hekimlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi: tıp fakültesi tabanlı kesitsel bir çalışma. *Ankara Medical Journal*, 2015; 15(4).
34. Güner İC, Demir F. Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006; 9(3): 18-25.
35. Choi Hui WH. The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in hong kong. *Journal of Professional Nursing*. March-April 2002; 18(2): 101-111.