



## İl Sağlık Müdürlüğü Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Antropometrik Ölçümlerinin Belirlenmesi

 Zehra ÇALIŞKAN<sup>1</sup>  
 Suzan SAYKILI<sup>2</sup>

### Determination of Healthy Life Style Behavior and Anthropometric Measurements of Employees of Provincial Health Directorate

#### Özet

**Amaç:** Bu araştırma, bir ildeki Sağlık Müdürlüğü çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve antropometrik ölçümlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini, İç Anadolu'da bulunan bir ilde Sağlık Müdürlüğü'nde çalışan 175 kişi oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip çalışmaya katılmayı kabul eden tüm İl Sağlık Müdürlüğü çalışanları (n=166) örnekleme dâhil edilmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II (SYBD II) Ölçeği ile bireylerle yüz-yüze görüşülerek toplanmıştır. Ayrıca çalışanların boy-kilo, bel çevresi ölçümleri yapılmış, bel/boy oranları, Beden Kütle İndeksi (BKI) hesaplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, indepedent t test, Anova ve Tukey testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 40,95±9,24 yıl olup, %46,7'si erkek, BKI'ye göre kadınların %42,9'unun fazla kilolu, erkeklerin ise %44,9'unun fazla kilolu, %23,6'sının obez olduğu belirlenmiştir. Bel/boy oranına göre; kadınların %64,9'unun, erkeklerin %87,6'sının riskli olduğu bulunmuştur. Katılımcıların SYBD II ölçeği puan ortalamasının orta düzeyde olduğu (128,79±19,78), en yüksek puanın manevi gelişim, en düşük puanın fiziksel aktivite alt boyutundan alındığı bulunmuştur. Obez olanların sağlık sorumluluğu puanının daha düşük, bekâr olanların fiziksel aktivite puanının daha yüksek, eğitim durumu yüksek lisans olanların sağlık sorumluluğu, beslenme ve ölçek toplam puanının daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (p<0,05). **Sonuç ve öneriler:** Sağlığı geliştirici davranışlar ailede başlayıp, eğitimlerle şekillenmeye devam etmektedir. Bu nedenle katılımcıların sağlığı geliştirici davranışlarının orta düzeyden, iyi veya çok iyi düzeye çıkarılabilmesi için gerekli önlemlerin alınması, eğitimler planlanması ve teşvik edilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** antropometrik ölçümler, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlığın geliştirilmesi

#### Abstract

**Objective:** This study was carried out as a cross-sectional descriptive study to determine the healthy lifestyle behaviors and anthropometric measurements of the employees of Provincial Health Directorate. **Methods:** The population of the study consisted of 175 people working in the Provincial Health Directorate. The sample of the Provincial Health Directorate, who accepted to participate in the study (n=166) was included in the sampling. In addition, height-weight, waist circumference measurements, waist / height ratios, body mass index (BMI) were calculated. Descriptive statistics, indepedent t Anova and Tukey test were used to evaluate the data. **Results:** The mean age of the participants was 40.95 ± 9.24 years, 46.7% of them were male, 42.9% of female patients were compared to BMI, 44.9% were male, 44.9% were mildly obese, 23.6% were obese, according to waist / height ratio; 64.9% of females and 87.6% of males were found to be at risk. It was found that the mean score of the participants was medium level (128.79 ± 19.78), the highest score was taken as spiritual development and the lowest score was taken from physical activity sub-dimension. It was determined that the health responsibility score of the obese people was lower, the physical activity score of the single ones was higher, the health responsibility, nutrition and total scale score of the ones with higher education status were found to be higher, and the difference between the groups was found to be statistically significant (p < 0.05). **Conclusion:** Health promotion behaviors start in the family and continue to be shaped by trainings. For this reason, it is recommended to take necessary measures, planning and encouraging trainings in order to increase the health-enhancing behaviors of the participants from medium to good or very good level.

**Key words:** anthropometric measurements, healthy lifestyle behaviors, health promotion.

**Alındığı tarih/Received Date:**

04/08/2020

**Kabul tarihi/Accepted Date:**

09/11/2020

**Sorumlu yazar:**

Zehra ÇALIŞKAN

**e-mail:**

[zcaliskan26@gmail.com](mailto:zcaliskan26@gmail.com)

<sup>1</sup> Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Nevşehir

<sup>2</sup> Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü, Sağlığın Geliştirilmesi Birimi, Nevşehir

## GİRİŞ

Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH), dünyada her yıl 41 milyon insanı öldürmekte ve bu da küresel çapta tüm ölümlerin % 71'ine denk gelmektedir. Kronik hastalıklar olarak da bilinen bulaşıcı olmayan hastalıklar uzun sürelidir ve genetik, fizyolojik, çevresel ve davranış faktörlerinin bir kombinasyonunun sonucudur. Tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenme ve alkolün zararlı kullanımı gibi değiştirilebilir davranışların tümü bulaşıcı olmayan hastalık riskini artırır ve BOH ölümlerinin neredeyse %40'ı (16,2 milyon) değiştirilebilir davranışsal faktörlerden kaynaklanmaktadır. Hipertansiyon, hiperglisemi, hiperlipidemi ve obezite de BOH'ü artıran metabolik risk faktörleridir (WHO).

Ülkemizde Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması 2013 verilerinde 18.4 milyon ölümün %80'inini 2. grupta yer alan bulaşıcı olmayan hastalıklar oluşturmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar artışındaki en önemli etkenler tütün kullanımı (aktif ve pasif), yüksek Beden Kütle İndeksi (BKİ) ve beslenmeyle ilgili riskler olarak ortaya çıkmaktadır (NEE, 2016). Bulaşıcı olmayan bu hastalıkların oluşumunda kişinin kendi tutum ve davranışının diğer bir deyişle yaşam biçiminin rolü büyüktür (Şimşekoğlu ve Mayda, 2016).

Yaşam biçimi bireylerin üzerinde kontrol sahibi olduğu kişisel kararların toplamıdır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışı ise, sağlık ve sağlık düzeyinin korunması, kişinin sağlığını etkileyen bütün davranışlarını kontrol altına alması, günlük yaşam aktivitelerini yönetirken, kendi sağlık statüsüne uygun davranması ve bunlarla ilgili davranışlar bütünü olarak tanımlanmıştır (Kılınç vd., 2016; Kaçan Softa vd., 2014; Cihangiroğlu ve Deveci, 2011). Sağlıklı yaşam biçimiyle ilişkili davranışlar; egzersiz, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimi olmak üzere altı başlık altında gruplandırılmıştır (Aydoğdu ve Bahar, 2011). Sağlıklı yaşam biçimi davranışı, hastalıklardan korunmanın yanında kişinin sağlık durumunun da geliştirilmesi için önem arz etmektedir (Yoncalık vd., 2017). Birey sağlığı geliştirici davranışları edinmek için, kendini kontrol etmeli, bu davranışları kazanmak için istekli olmalıdır. Çünkü sağlığı geliştirmek için pozitif sağlık davranışının kazandırılması ve devam ettirilmesi gerekmektedir (Sümen ve Öncel, 2017).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, yaşamın bir parçası haline getiren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir. Bu nedenle, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi sağlığın ve hastalıklardan korunmanın temelidir. Bu durum, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli etken olan yaşam şekillerinin geliştirilmesine yönelik uygulamaların önemini ortaya çıkarmaktadır (Zaybak ve Fadiloğlu, 2004). Sağlıklı bir yaşam biçimini benimseyen bireyler daha sağlıklı beslenmekte, entelektüel kapasiteleri artmakta, kalp-damar hastalıklarından korunmakta, bağışıklık düzeyini arttırmakta, normal beden ağırlığını korumakta ve stresle uygun bir şekilde baş edebilmektedir (Güler vd. 2008).

Sağlık çalışanları, hem mesleki sorumluluğu hem sosyal rolleri ve sağlık eğitimcisi kimlikleri gereği yaşam biçimi ile rol modeli olma ve hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Bu nedenle sağlığı geliştirme aktivitelerinde tüm sağlık çalışanlarına çok büyük sorumluluk düşmektedir. Bu sorumluluklardan biri, sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkları belirleme ve topluma sağlıklı yaşam bilinci kazandırmadır. Bu nedenle, her sağlık çalışanı, sağlığı geliştirmenin önemini kavramalı, toplumdaki bireylerin olumlu sağlık davranışı geliştirmesi için rol model olduğunun farkında olmalıdır (Bilgili ve Ayaz, 2009; Çelik vd., 2009; Ewles ve Simnett, 2003). Ancak sağlık profesyonellerinin, kendi sağlıklarına ne kadar dikkat ettikleri ya da koruduklarına yönelik veriler sınırlı sayıda bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada; hekimlerin obezitenin önlenmesi ve tedavisi konusunda hastalarına danışmanlık yapmada önemli bir rolü olmasına rağmen, kendilerinin genellikle fazla kilolu olduğundan söz edilmekte ve obez olmayan doktorların hastalarının daha yüksek güven skorları gösterdiği belirtilmektedir (Hash et al., 2003). Bu nedenle bu araştırma, İç Anadolu'da bulunan bir ilde Sağlık Müdürlüğü çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve antropometrik ölçümlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilecek verilerle, İl Sağlık müdürlüğü çalışanlarının mevcut antropometrik ölçümleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesine, riskli sağlık davranışlarına yönelik önlem alınabilmesine ve yapılacak stratejik müdahalelerin planlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın türü

Araştırma, İç Anadolu'da bulunan bir il merkezinde İl Sağlık Müdürlüğü çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve antropometrik ölçümlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yürütülmüştür.

### Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, 15 Kasım 2018- 15 Ocak 2019 tarihleri arasında İl Sağlık Müdürlüğü'nde aktif olarak çalışan, yaş aralığı 17 ile 65 arasında değişen, toplam 175 birey (Kadın: 80; Erkek: 95) oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek, evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde gönüllülük esasına göre çalışmaya katılmayı kabul eden ve onamları alınan 166 birey (evrenin %94.8'i) ile çalışma tamamlanmıştır.

### Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, Anket Formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBD-II) ile toplanmıştır.

**Anket Formu:** Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan bu formda, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, beslenme-uyku alışkanlıkları ve sağlık durumlarını nasıl değerlendirdiklerini içeren toplam 17 soru yer almaktadır.

### Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Walker ve ark. (1987) Sağlığı Geliştirme Yaşam Stili ölçüm aracını, Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırarak bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek için geliştirmiştir. 1996 yılında revize edilen ölçek, SYBD-II ölçeği olarak adlandırılmıştır (Walker 1996). Revize edilen ölçeğin, sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesinde ve bu amaca yönelik planlanacak programların etkinliğini değerlendirmede kullanılabileceği belirtilmiştir. Türkiye'de ölçeğin Türkçeye uyarlanması geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve ark. tarafından yapılmıştır (Bahar vd. 2008).

Ölçek (SYBD-II), Likert tip bir ölçek olup [1= hiçbir zaman, 2= bazen, 3= sık sık ve 4=düzenli olarak] tümü olumlu yanıtı olmak üzere toplam 52 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 6 alt faktörü bulunmaktadır. Bu alt faktörler; sağlık sorumluluğu (madde 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51), fiziksel aktivite (madde 4, 10, 16, 22, 28,

34, 40, 46), beslenme (madde 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50), manevi gelişim (madde 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52), kişilerarası ilişkiler (madde 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49) ve stres yönetimi (madde 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47) olarak belirlenmiştir. Ölçeğin tamamı için en düşük 52, en yüksek 208 puan alınabilmektedir. (Bahar 2008). Ölçekten alınan puanların yükselmesi, bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını göstermektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa ( $\alpha$ ) değeri, toplam ölçek için .94 olup, altı alt faktör için .61-.84 arasında değişim gösterdiği bulunmuştur.

### Antropometrik Ölçümler

**Vücut Ağırlığı Ölçümü:** Katılımcıların ağırlık ölçümleri  $\pm 100$  gr hassasiyeti bulunan elektronik tartı ile hafif kıyafetlerle ölçülmüş ve elektronik göstergede görülen değer "-gr-" olarak kaydedilmiştir.

**Boy Uzunluğu Ölçümü:** Katılımcıların boy ölçümünde çelik şerit metre kullanılmıştır. Ölçüm, vertikal pozisyonda, çıplak ayak ile ayaklar bitişik ve paralel, omuz ve gluteal bölge duvara temas edecek şekilde pozisyon sağlanmış, değer "-cm-" olarak işaretlenmiştir.

**Bel Çevresi Ölçümü:** Katılımcıların bel çevresi en alt kosta ile processus spina ile ca anterior superior arasındaki bölgeden umbilicus üzerinden, hafif ekspirasyon sonrasında, esnemeyen mezürâ ile yapılmış ve değer "-cm-" olarak kaydedilmiştir.

**Bel/boy oranı (BBO):** Katılımcıların bel çevresi boy uzunluğuna bölünerek bel/boy oranları hesaplanmıştır. Bel/boy oranının  $\geq 0.5$  olması abdominal yağlanma göstergesi olarak kabul edilmektedir (TEMD 2018; Hsieh and Muto, 2006).

**Beden Kütle İndeksi (BKİ):** Katılımcıların değerlerine göre Beden Kütle İndeksi hesaplanmıştır ( $BKİ = \text{Vücut Ağırlığı (kg)} / \text{Boy (m)}^2$ ). Beden Kütle İndeksi'nin değerlendirilmesinde, Dünya Sağlık Örgütü'nün obezite sınıflandırması esas alınmış,  $BKİ; \leq 18.5 \text{ kg/m}^2$  zayıf,  $18.6-24.9 \text{ kg/m}^2$  normal,  $25.0-29.9 \text{ kg/m}^2$  fazla kilolu,  $\geq 30.0 \text{ kg/m}^2$  ise obez olarak değerlendirilmiştir (WHO 2018).

### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yürütülmüştür. Çalışmaya başlamadan önce Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik

Kurulundan etik kurul onayı (Tarih: 19.10.2018, sayı: 84902927-050-E.23468) ve ilgili kamu kurumundan (Tarih: 08.11.2018, sayı: 55831188-604.02) yazılı izin alınmıştır. Ayrıca araştırmacılar tarafından bireylere çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiş, çalışmaya gönüllü olarak katılmaları istenmiş ve onamları alınmıştır. Çalışmada ölçeğin (SYBD-II) kullanılabilmesi için de gerekli izinler alınmıştır.

### Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmada veriler, bilgisayar ortamında SPSS IBM (18.0) programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdelik, aritmetik ortalama ve standart sapmadan yararlanılmıştır. Normallik varsayımları Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiş, veriler normal dağılım gösterdiğinden parametrik testler kullanılmıştır. Bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında, Bağımsız gruplar t testi (independent samples t-test), ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way Anova) kullanılmıştır. Varyansların homojenliği, Levene testi ile kontrol edilmiştir. Çoklu karşılaştırmalarda anlamlı farkın çıktığı durumlarda ise bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc-Tukey testlerinden yararlanılmıştır. Sonuçların istatistiksel anlamlılığı  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

### BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan katılımcıların tanıtıcı özellikleri Tablo 1’de yer almaktadır. Katılımcıların % 59.0’unun 32-46 yaşları arasında, %53.6’sının erkek, %60.2’sinin sağlık profesyoneli olduğu, %59.6’sının lisans mezunu, %82.5’inin evli, %52.4’ünün iki çocuklu, % 55.5’inin ise gelirlerinin giderlerine denk olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

**Tablo 1. Çalışma kapsamına alınan katılımcıların tanıtıcı özellikleri**

Tanıtıcı Özellikler	n:166	%
<b>Yaşı</b>		
17-31 yaş	25	15,1
32-46 yaş	98	<b>59,0</b>
47 ve üzeri yaş	43	25,9
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	77	46,4
Erkek	89	<b>53,6</b>
<b>Meslek</b>		
Sağlık profesyoneli*	100	<b>60,2</b>
Memur	66	39,8

<b>Eğitim durumu</b>		
Lise	37	22,4
Ön lisans	10	6,0
Lisans	99	<b>59,6</b>
Yüksek lisans	20	12,0
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	137	<b>82,5</b>
Bekâr	29	17,5
<b>Çocuk sayısı</b>		
Yok	26	15,7
1 tane	32	19,3
2 tane	87	<b>52,4</b>
3 tane ve üzeri	21	12,6
<b>Ekonomik Durum</b>		
Gelir giderden az	58	34,9
Gelir gidere denk	92	<b>55,5</b>
Gelir giderden fazla	16	9,6

\*Doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, psikolog

Katılımcıların günlük genel alışkanlıkları Tablo 2’de yer almaktadır. Katılımcıların %49.3’ünün sigarayı hiç kullanmadığı, %77.7’sinin günde 6-8 saat uyduğu, %39.2’sinin ayda 1 defa fast-food tükettiği, %34.3’ünün günde 1.5 lt su tükettiği, %68.1’inin beyaz ekmek, %54.8’inin günde 1-5 dilim ekmek tükettiği saptanmıştır (Tablo 2).

**Tablo 2. Çalışma kapsamına alınan katılımcıların günlük alışkanlıkları**

Alışkanlıklar	n:166	%
<b>Sigara Kullanımı</b>		
Hiç içmeyen	82	<b>49,3</b>
Her gün içen	28	16,9
Ara sıra içen	26	15,7
Bırakan	30	18,1
<b>Uyku Süresi /gün</b>		
≤ 6 saat	24	14,5
6-8 saat	129	77,7
9-10 saat	11	6,6
≥ 10 saat	2	1,2
<b>Fast-food Tüketim Sıklığı</b>		
Hiç tüketmeyen	60	36,1
Haftada 1-2 defa	17	10,2
Haftada 3-4 defa	2	1,2
2 haftada bir defa	22	13,3
Ayda 1 defa	65	<b>39,2</b>
<b>Günlük Su Tüketimi</b>		
Yarım litre	28	16,9
1 Litre	45	27,1
1.5 litre	57	<b>34,3</b>
2 litre ve üstü	36	21,7
<b>Günlük Ekmek Tüketim Miktarı</b>		
Hiç	14	8,4
1-5 dilim	91	<b>54,8</b>
6-10 dilim	51	30,7
11-15 dilim	7	4,2
16 dilim ve üzeri	3	1,8

Tüketilen Ekmek Türü		
Tüketmeyen	14	8,4
Beyaz ekmek	113	<b>68,1</b>
Kepekli ekmek	23	13,9
Diğer ekmek türleri	16	9,6

Katılımcıların %88.6'sının kronik hastalığının olmadığı ve %64.5'inin sağlık durumunu iyi olarak değerlendirdiği belirlenmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3. Katılımcıların kronik hastalık ve sağlık durumlarını değerlendirmeleri**

	n:166	%
<b>Kronik hastalık varlığı</b>		
Var	19	11,4
Yok	147	<b>88,6</b>
<b>Sağlık Durumunu Değerlendirme</b>		
Mükemmel	9	5,4
Çok iyi	12	7,2
İyi	107	<b>64,5</b>
Orta	36	21,7
Zayıf	2	1,2

Katılımcıların BKİ'lerine bakıldığında, kadınların %42.9'unun fazla kilolu, erkeklerin ise %44.9'unun fazla kilolu, %23.6'sının obez olduğu, bel/boy oranına göre; kadınların %64.9'unun, erkeklerin ise %87.6'sının kardiyovasküler hastalıklar açısından riskli düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

**Tablo 4. Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Antropometrik ölçümler	Kadın (n=77)		Erkek (n=89)	
	n	%	n	%
<b>BKİ</b>				
18.6 - 24.9 (Normal)	37	48,1	28	31,5
25.0 -29.9 (Fazla Kilolu)	33	42,9	40	44,9
≥ 30.0 (Obez)	7	9,1	21	23,6
<b>Bel/boy oranı</b>				
Riskli (≥ 0.5)	50	64,9	78	87,6
Normal (< 0.5)	27	35,1	11	12,4

Tablo 5'de Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği toplam puan ortalamasının 128.79±19.78 olduğu saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarından alınan ortalama puanlar dikkate alındığında, çalışmada en yüksek puan ortalamasının manevi gelişim (26.43±4.16) alt boyutundan alındığı, daha sonra bunu kişiler arası ilişkiler (25.27±4.21) alt boyut puan ortalamasının izlediği belirlenmiştir (Tablo 5).

**Tablo 5. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları**

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutları	n	En Küçük Değer	En Yüksek Değer	Ort±SD
Sağlık Sorumluluğu	166	9,00	36,00	20,25 ±4,28
Fiziksel Aktivite	166	8,00	32,00	16,01 ±4,82
Beslenme	166	9,00	36,00	21,27 ±4,01
Manevi Gelişim	166	9,00	36,00	26,43 ±4,16
Kişiler Arası İlişkiler	166	9,00	36,00	25,27 ±4,21
Stres Yönetimi	166	8,00	32,00	19,54 ±3,79
<b>Ölçek Toplam</b>	166	52,00	208,00	128,79 ±19,78

Tablo 6'da Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ve SYBDÖ Puan Ortalamaları yer almaktadır.

Katılımcıların cinsiyetleri açısından sağlıklı yaşam biçimi tüm alt boyut ve toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05). Obez olanların sağlık sorumluluğu puanının daha düşük, bekâr olanların fiziksel aktivite puanının daha yüksek, eğitim durumu yüksek lisans olanların sağlık sorumluluğu, beslenme ve toplam ölçek puanının daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (p<0.05) (Tablo 6).

Ayrıca katılımcıların meslek, yaş grupları, gelir durumu, kronik hastalık varlığı değişkenlerine göre sağlıklı yaşam biçimi tüm alt boyut ve toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

## TARTIŞMA

İl Sağlık Müdürlüğü çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve antropometrik ölçümlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, katılımcıların ölçek toplam puan ortalaması 128.00±19.78 bulunmuştur (Tablo 5). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)' den alınan yüksek puan, bireyin yaşamında olumlu sağlık davranışlarının istenilen düzeye yaklaştığını göstermektedir. SYBDÖ'nden alınabilecek en yüksek puanın 208 olduğu göz önüne alındığında, çalışmamızda İl Sağlık Müdürlüğü çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması 128.00±19.78 ile orta

düzeyde bulunmuştur. Ülkemizde sağlık bilimleri fakültesi ve tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan çalışmalarda, katılımcıların SYBDÖ' den aldıkları puan ortalamaları 116-134 puan aralığında seyretmektedir (Kasar ve Akyol, 2019; Kaçan ve Örsal, 2019; Şen vd., 2017; Vural ve Bakır, 2015; Şimşek vd., 2012; Ertop vd., 2012; Tambağ,

2011). Toplumun sağlık bakım gereksinimlerini karşılamak üzere eğitim alan ve görev yapan il sağlık müdürlüğü çalışanlarının sağlıklarını geliştirecek sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha yüksek olması beklenmektedir. Bu durum onların bilgi ve deneyimlerini kendi yaşam biçimine kısmen aktardıklarını düşündürmektedir.

**Tablo 6. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ve SYBDÖ Puan Ortalamaları**

TANITICI ÖZELLİKLER	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişiler Arası İlişkiler	Stres Yönetimi	Ölçek Toplam
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	20,70±4,33	16,15±4,71	21,49±4,23	26,33±4,07	25,29±4,21	19,64±3,99	129,63±19,84
Erkek	19,86±4,21	15,88±4,93	21,07±3,81	26,52±4,26	25,25±4,22	19,44±3,64	128,06±19,82
<b>Test *</b>	1,258	0,356	0,663	-0,293	0,061	0,337	0,508
<b>p</b>	0,210	0,722	0,508	0,770	0,951	0,736	0,612
<b>Beden Kütle İndeksi (BKI: kg/m<sup>2</sup>)</b>							
Normal	21,01±4,46 <sup>a</sup>	16,41±5,14	21,70±4,48	26,67±3,87	25,40±4,11	20,09±3,82	131,30±21,24
Fazla Kilolu	20,28±4,14 <sup>ab</sup>	16,02±4,69	21,17±3,71	26,35±4,26	25,32±4,45	19,28±3,47	128,46±18,82
Obez	18,39±3,72 <sup>b</sup>	15,03±4,38	20,50±3,55	26,10±4,65	24,85±3,84	18,92±4,46	123,82±18,33
<b>Test**</b>	3,805	0,800	0,921	0,207	0,171	1,214	1,426
<b>p</b>	<b>0,024</b>	0,451	0,400	0,813	0,843	0,300	0,243
<b>Medeni Durum</b>							
Evli	20,20±4,48	15,59±4,89	21,32±4,17	26,57±4,24	25,53±4,30	19,43±3,69	128,66±20,54
Bekâr	20,48±3,20	18,00±3,96	21,03±3,20	25,79±3,77	24,06±3,52	20,03±4,27	129,41±16,02
<b>Test*</b>	-0,317	-2,482	0,349	0,920	1,712	-0,767	-0,185
<b>p</b>	0,751	<b>0,014</b>	0,728	0,359	0,089	0,444	0,854
<b>Eğitim durumu</b>							
Lise +Önlisans mezunu	18,55±3,59 <sup>a</sup>	14,85±4,22	19,93±3,66 <sup>a</sup>	25,51±4,47	24,61±4,39	19,08±4,24	125,55±17,67 <sup>a</sup>
Lisans mezunu	20,74±4,33 <sup>b</sup>	16,35±4,81	21,68±4,18 <sup>b</sup>	26,71±4,02	25,38±4,20	19,57±3,69	130,46±20,38 <sup>ab</sup>
Yüksek Lisans	21,80±4,44 <sup>b</sup>	17,05±5,84	22,35±3,21 <sup>ab</sup>	27,25±3,95	26,30±3,68	20,45±3,15	135,20±18,59 <sup>b</sup>
<b>Test**</b>	6,021	2,102	3,998	1,784	1,204	0,914	3,869
<b>p</b>	<b>0,003</b>	0,126	<b>0,020</b>	0,171	0,303	0,403	<b>0,023</b>

\*Independent-t testi

\*\*Anova testi

Alfabetik üst simgeler: Çoklu karşılaştırma testlerine göre aynı harfler grupların benzerliğini, farklı harfler gruplar arasında istatistiksel anlamlılığı temsil etmektedir.

Bu çalışmada, katılımcıların SYBDÖ II ölçeği alt boyutlarından; en yüksek puanı manevi gelişim (26.43 ±4.16), en düşük puanı ise fiziksel aktivite (16.01±4.82) boyutundan aldığı belirlenmiştir (Tablo 5). Şimşekoğlu ve Mayda'nın yaptığı çalışmada (2016); hemşirelerin SYBDÖ ölçeği toplam puan ortalaması 119.97±1.4'tür. En yüksek puanın kendini gerçekleştirme (35±0.4) alt ölçeğinden alındığı, bunu sağlık sorumluluğu (23±0.38), kişiler arası destek (19.45±0.23), stres yönetimi (16.6±0.25), beslenme (15.7±0.23) ve egzersiz puan ortalamasının (9.34±0.25) izlediği saptanmıştır (Şimşekoğlu ve Mayda, 2016). Kasar ve Akyol (2019) ile Kaçan ve Örsal (2019)'ın hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları çalışmada da SYBDÖ alt boyutlarına göre sırasıyla öğrenciler en yüksek puan ortalamasını manevi gelişimden (25.53±4.15; 27.13±3.98), en düşük puan ortalamasını ise fiziksel aktiviteden (18.11±4.54;

17.28±4.85) almışlardır. İlerde sağlık profesyoneli olarak çeşitli kurumlarda çalışacak olan sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada; öğrencilerin en yüksek puan ortalaması manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler (23.44 ± 5.2) alt boyutunda bulunmuştur. En düşük puan ortalaması ise fiziksel aktivite alt boyutunda (15.25 ± 4.7) bulunmuştur. Literatürde bu konuyla ilgili yapılan çalışma bulguları çalışmamızla benzer sonuçlar içermektedir. SYBDÖ-II ölçeğinin alt boyutlarında yer alan manevi gelişim, iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanmaktadır. Bulgularımızda manevi gelişimin yüksek olması kültürel yapıdan, fiziksel aktivitenin düşük olması ise, katılımcıların yoğun mesai saatlerinden dolayı fiziksel aktivite için yeterli zamanlarının olamamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

İçerisinde hemşirelerin de yer aldığı il sağlık kurumu çalışanlarından bekâr olanların SYBDÖ-II ölçeğine göre; fiziksel aktivite alt boyut puanı (18.00±3.96) evli olanlara göre (15.59±4.89) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6) ( $p<0.05$ ). Hemşirelerle yapılan bir çalışmada, çalışma bulgularımızı destekler nitelikte bekâr olan hemşirelerin fiziksel aktivite puan ortalamalarının evli olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bostan ve Beşer, 2017). Güner ve Demir'in (2006) ameliyathane hemşirelerinde yapmış oldukları çalışmada bekâr olanların fiziksel aktivite puan ortalamalarının evli olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Güner ve Demir, 2006). Bekâr hemşirelerin evli olan meslektaşlarına göre sorumluluklarının nispeten daha az olması ve kendilerine daha fazla zaman ayırma imkânlarının olması bu durumda etkili olmuş olabilir.

Yaşamın her evresinde bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olmanın ve bunu devam ettirmenin, yeterli ve dengeli beslenme ile mümkün olduğu bilinmektedir. Araştırma kapsamındaki il sağlık müdürlüğü çalışanlarının, beslenme alt boyut puanı 21.27±4.01 olarak bulunmuş (Tablo 5), yarıdan fazlasının (%68.1) beyaz ekmek ve günde 1-5 dilim ekmek tükettikleri saptanmıştır (Tablo 2). Şimşekoğlu ve Mayda'nın hemşirelerle yaptıkları çalışmada, SYBDÖ beslenme puanı 15.07±0.23, hemşirelik öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada ise SYBDÖ beslenme puanı 21.74±3.69 olduğu belirtilmiştir. Düzensiz yaşam tarzı, işyerinde yoğun iş temposundan dolayı öğün atlamalar beslenme puanının düşük olmasına neden olmaktadır (Kesgin ve Kublay, 2011). Çalışanlara beslenme konusunda eğitim verilmesi önemli bir gerekliliktir.

Diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de obezite, görülme sıklığı gittikçe artan, bireyin yaşam kalitesini ve süresini olumsuz yönde etkileyen önemli bir sağlık sorunu olup beraberinde birçok fiziksel ve psikolojik sorunları getirmektedir (TEMD 2018). Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010" ön çalışma raporuna göre Türkiye'de obezite sıklığı; erkeklerde %20,5, kadınlarda ise %41,0, toplamda % 30,3 olarak bulunmuştur (Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017), 2013). İlgili literatür incelendiğinde, hemşirelerin çoğunun normal kiloda olduğu (Güner ve Demir, 2006; Yılmaz ve Özkan, 2006), yurt dışında hemşirelerle yapılan çalışmada (Pappas et al.,

2005) ise her üç hemşireden birinin şişman ya da aşırı kilolu olduğu belirlenmiştir. İskoçya'da yapılan bir çalışmada, hemşirelerin % 29'unun, diğer sağlık profesyonellerinin % 17'sinin (doktorlar, eczacılar, diş hekimleri ve terapi uzmanları dahil) obez olduğu bulunmuştur (Kyle et al., 2016). İngiltere'de sağlık profesyonelleri ile yapılan bir çalışmada ise obezite prevalansının tüm meslek gruplarında yüksek olduğu, her dört hemşireden birinin obez olduğu belirlenmiştir (Kyle et al., 2017). Kökoğlu ve ark. (2013), sağlık çalışanlarında obezite prevalansının %12 olduğunu ve obezitenin erkeklerde (%21.9) kadınlara (%4.7) göre daha yüksek oranda görüldüğünü bildirmişlerdir (Kökoğlu vd., 2013). Bir üniversite hastanesi sağlık personeli ve yardımcı personel çalışanlarıyla yapılan çalışmada, obezite oranı %35.1, hafif şişmanların ise oranı %29.7 bulunmuştur (Canbay vd., 2016). Yozgat il merkezinde kamu ve özel sektörde çalışan sağlık çalışanlarıyla yürütülen çalışmada, erkek sağlık çalışanlarının %51.9'u, kadınların % 30.6'sı fazla kilolu, erkeklerin %16.3'ü, kadınların %8.6'sı şişman olarak saptanmıştır (Kılıç ve Çetinkaya, 2011). Çalışmamıza katılan il sağlık müdürlüğü çalışanlarının, BKI'ye göre kadınların %42.9'unun fazla kilolu, erkeklerin ise %44.9'unun fazla kilolu, %23.6'sinin obez olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Obezite ve ortaya çıkardığı sağlık sorunlarından korunmak için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi gerekmektedir (Kasar ve Akyol, 2019). Vücut sistemleri ve psikososyal durum üzerinde yarattığı olumsuz etkilerden dolayı pek çok sağlık sorunlarına neden olan obezitenin önlenmesinde ve tedavisinde etkin bir rol alması gereken sağlık çalışanlarının öncelikle kendi sağlık durumlarını korumaları, sağlığını sürdürmeleri ve sağlık durumlarını etkileyen faktörlere karşı duyarlı olmaları gerekmektedir. Obezite sorunu olan ve risk grubunda olan çalışanlara yönelik kurumsal düzeyde eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilebilir.

Bel boy oranı (BBO), son yıllarda yapılan çalışmalar sonucunda obezite ve risk faktörleri arasındaki ilişkiyi belirlemede iyi bir ölçüt olması nedeniyle yaygın kullanılmaktadır. Çeşitli çalışmaların risk analizlerinde BBO  $\geq 0,5$  olarak alınmaktadır. BBO  $\geq 0,5$  olarak belirlemek, bütün BKI aralıklarında, kilolu bireyler ve yüksek riskli normal ağırlıklı bireyler arasında metabolik riskin belirlenmesinde basit ama etkili bir indeks olarak kabul edilmektedir (Hsieh ve Muto, 2006). Bel boy oranı 0,5' in üzerinde olduğunda risk

oluşturmaktadır ve dikkatli olmayı gerektirmektedir. Değerin 0,6 üzerinde olması ise eyleme geçilmesinin gerekliliğini ve kronik hastalıkların riskinin arttığını göstermektedir (TBSA 2010). Sağlıklı bir yaşam biçimini benimseyen bireyler daha sağlıklı beslenmekte, kalp-damar hastalıklarından korunmaktadır (Güler vd., 2008). Genellikle bel/boy oranının, iyi bir koroner arter hastalığı göstergesi olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Sabah vd., 2014). Bel/boy oranının abdominal yağ miktarından çok visseral yağ miktarını yansıtmada yararlı olduğu gösterilmiştir (Ashwell et al., 1996). Japonya’da yapılan bir çalışmada da metabolik risk ve merkezi yağ dağılımının değerlendirilmesinde bel/boy oranının en basit ve pratik yöntem olduğu bulunmuştur (Hsieh et al., 2003). Cai ve arkadaşlarının (Chai et al., 2013) yaptıkları çalışmada erkeklerin bel/boy oranı ortalaması  $0.52 \pm 0.06$ , kadınların  $0.50 \pm 0.06$  olarak saptanmıştır. Bir başka çalışmada ise erkeklerin bel/boy oranı ortalaması  $0.47 \pm 0.07$ ; kadınların  $0.51 \pm 0.08$  olarak saptanmıştır (Mbanya et al., 2015). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların bel/boy oranına göre; kadınların %64.9’unun, erkeklerin %87.6’sının risk grubunda olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda, her ne kadar katılımcıların çoğunluğunun (%88.6) kronik hastalığının olmadığı ve kendi sağlık durumlarını yarından fazlası (%64.5) ‘iyi’ (Tablo 3) olarak değerlendirse de, antropometrik ölçümler ve bel/boy oranları dikkate alındığında özellikle kardiyovasküler hastalıklar açısından dikkatle takip edilmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla hayata geçirmeleri konularında desteklenmelerinin gerekli olduğu düşünülmektedir.

Davranışların ya da yetki alanına giren herhangi bir olayın sonuçlarını bireyin üstlenmesi sorumluluk, sağlık sorumluluğu ise bireyin kendi iyiliği için yaşamda aktif rol almasıdır (Bahar vd., 2008). Sağlık sorumluluğu bünyesinde bireyin sağlığına yönelik bazı sorumlulukları yerine getirmesi oldukça önem arz etmektedir. Bireyin kendini ve vücudunu tanıması, sağlık durumunu izlemesi ve herhangi bir değişiklik ya da normalden sapma durumunda bir sağlık kuruluşuna müracaat etmesi, belli periyodlarla kontrollerini yaptırması bu sorumluluklardan sadece bir kaçıdır (Pender et al., 1992). Çalışmamızda yer alan katılımcılardan obez olanların sağlık sorumluluğu puanı daha düşük bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Bu durum sağlık sorumluluğunu oluşturan faktörlere yeterince

uyulmadığı varsayıldığı obez bireylerde daha düşük olmasını açıklayabilir.

Stres yönetimi alt boyutu ile bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmaları değerlendirilmektedir. Kişinin stresle baş edebilmesi, hem problem çözme becerisini hem de savunma mekanizmasını kullanmasını içerir. Stresi kontrol etmede ilk adım, bireyin kendisini stresli hissetmesine neden olan durumların ve stres altında iken hissettiği duyguların farkında olmasıdır. Bireylerin, stresten fazla etkilenmemeleri için adaptasyon yeteneklerini belirlemeleri ve baş etme teknikleri kullanmaları gerekmektedir (Güler vd. 2008). Araştırma kapsamındaki katılımcıların stres yönetimi puan ortalamaları  $19.54 \pm 3.79$  olarak saptanmıştır (Tablo 5). Stres yönetimi puanı hemşirelik öğrencilerinde bir çalışmada  $18.53 \pm 3.24$  (Kocaakman vd., 2010), başka bir çalışmada ise  $24.92 \pm 4.37$  (Kasar ve Akyol, 2019) bulunmuştur. Çalışmamızda, istatistiksel olarak önemli olmasa da eğitim durumu yüksek lisans olanların stres yönetimi ölçek puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ). Ayrıca çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeyi attıkça, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları toplam puanlar da artmaktadır (Tablo 6,  $p = 0.023$ ). Eğitim düzeyi arttıkça bireyin kendini tanıma farkındalığının, sağlık sorumluluğunun ve beslenme bilincinin artmasının bu duruma neden olduğu düşünülmektedir.

#### **Araştırmanın sınırlılıkları**

Çalışmamızın kesitsel ve örneklemin yetersiz olması, araştırmanın İç Anadolu’da bulunan tek bir il merkezinde yürütülmesi çalışmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır. Ayrıca sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda elde edilen bilgiler bireylerin öz bildirimine dayalıdır.

#### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Sonuç olarak, bu çalışmada katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamasının orta düzeyde olduğu, ölçeğin alt boyutlarından en yüksek puanın manevi gelişim alt boyutundan alındığı bulunmuştur. BKİ’ye göre kadınların %42.9’unun fazla kilolu, erkeklerin ise %44.9’unun fazla kilolu, %23.6’sının obez olduğu, bel/boy oranına göre; kadınların %64.9’unun, erkeklerin %87.6’sının riskli olduğu belirlenmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında cinsiyetin etkisinin olmadığı, beden kütle indeksi, eğitim durumu ve medeni



durum özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında etkili olduğu bulunmuştur.

Sağlığı geliştirici davranışlar ailede başlayıp, eğitimlerle şekillenmeye devam etmektedir. Bu nedenle katılımcıların sağlığı geliştirici davranışlarının orta düzeyden, iyi veya çok iyi düzeye çıkarılabilmesi için gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Beden kütle indeksi, eğitim durumu, medeni durumun sağlığı

geliştirici davranışları etkilediği saptandığı için eğitim programları planlanırken bu faktörlerin de göz önüne alınması, çalışanların sağlığı geliştirici davranışlarının desteklenmesi (fiziksel aktivite yapma, stres yönetimi, beslenme, kişiler arası ilişkiler, manevi gelişim) önerilmektedir. Ayrıca antropometrik ölçümlere göre riskli düzeyde olan kadın ve erkeklerin, bireysel olarak sağlığı geliştirici davranışlara yönlendirilmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Ashwell, M., Cole, J. Y., Dixon, A. K. 1996. Ratio of waist circumference to height is strong predictor of intra-abdominal fat. *BMJ*, 313: 559-60.
- Aydoğdu G6rdes, N., Bahar, Z. 2011. Yoksul kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. *Dokuz Eyl6l Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu [Elektronik Dergi]*. 4(1): 34-40.
- Bahar, Z., Beşer, A., G6rdes, N., Ersin, F., Kışsal, A. 2008. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 6lçeği II'nin geçerlik ve güvenirlilik alışması. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 12(1): 1-13. 9.
- Bilgili, N., Ayaz, S. 2009. Kadınlara sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen fakt6rler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(6): 497-502.
- Bostan, N., Beşer, A. 2017. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen fakt6rler. *HEAD*, 14 (1): 38-44.
- Cai, L., Liu, A., Zhang, Y., Wang, P. 2013. Waist-to-height ratio and cardiovascular risk factors among Chinese adults in Beijing. *PloS one*, 8:e69298.
- Canbay, 6., Doğru, E., Katayıfı, N., Duman, F., Şahpolat, M., Kaya, İ., Dağ, E., Kuş, K. 2016. Bir üniversite hastanesi alışanlarında obezite g6r6lme sıklığıının ve beslenme alışkanlıklarının araştırılması. *Bakırk6y Tıp Dergisi*, 12(3):129-135.
- Cihangiroğlu, Z., Deveci, S. 2011. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu 6đrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen fakt6rler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2): 78-83.
- elik, G. O., Malak, A. T., Bektaş, M., Yılmaz, D., Y6mer, A. S., 6zt6rk, Z., Demir, E. 2009. Sağlık yüksekokulu 6đrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Anatol J Clin Investig*, 3(3):164-169.
- Ertop, G. N., Yılmaz, A., Erdem, Y. 2012. Üniversite 6đrencilerinin sağlıklı yaşam biçimleri. *KÜ Tıp Fak Derg*, 14(2):1-7.
- Ewles, L., Simnett, I. 2003. Promoting health: A practical guide to health education. 5th ed. Edinburgh: Bailliere Tindall.
- G6ler, G., G6ler, N., Kocataş, S., Yıldırım, F., Akg6l, N. 2008. Bir üniversitede çalışan 6đretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 12(3): 18-26.
- G6ner, İ. C., Demir, F. 2006. Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Atat6rk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3): 17-25.
- Hash, RB., Munna, RK., Vogel, RL., Bason, JJ. 2003. Does physician weight affect perception of health advice? *Prev Med*; 36 (1) :41-44.
- Hsieh, S. D., Yoshinaga, H., Muto, T. 2003. Waist-to-height ratio, a simple and practical index for assessing central fat distribution and metabolic risk in Japanese men and women. *International Journal of Obesity*, 27: 610-6.
- Hsieh, D. S., Muto, T. 2006. Metabolic Syndrome in Japanese Men and Women With Special Reference to the Anthropometric Criteria for the Assessment of Obesity: Proposal to Use the Waist-To-Height Ratio. *Prev Med.*, 42(2):135-9.
- Kaçan Softa, H., Kaya, D., Boduryeri, G., Kara, B. 2014. Bir fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezindeki hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fak6ltesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2(3): 21-32.
- Kaçan, Y. C., 6rsal, 6. 2019. Hemşirelik 6đrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları d6zeyinin değerlendirilmesi. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg.*, 9(1): 19-24.
- Kasar, S. K., Akyol, A. 2019. Hemşirelik 6đrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının obezite 6nyargı d6zeyine etkisi. *HEAD*, 16(2):79-86.
- Kesgin, M., Kublay, G. 2011. 6zel bir hastanede çalışan hemşirelerin yaşam alışkanlıkları ve çalışma koşullarından kaynaklı sağlık sorunlarının

- değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 18(1): 41-9.
- Kılıç, M., Çetinkaya, F. 2011. Yozgat il merkezindeki sağlık çalışanlarında sağlık sorunları görülme durumu ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi, 20(3):184-194.
- Kılınç, G., Yıldız, E., Kavak, F. 2016. Kalp yetersizliği hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk arasındaki ilişki. Journal of Cardiovascular Nursing, 7(13): 114-126.
- Kocaakman, M., Aksoy, G., Eker, H. 2010. İstanbul ilindeki hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. SDÜ Tıp Fak. Derg., 17(2): 19-24.
- Kökoğlu, B., Ünalacak, M., Ünlüoğlu, İ. Bilge, U. 2013. Sağlık çalışanlarında obezite prevalansı, LDL ve trigliserid seviyeleri ve etkileyen faktörler. Euras J Fam Med., 2(3):4.
- Kyle, G. R., Wills, J., Mahoney, C., Hoyle, L., Kelly, M., Atherton, M. I. 2017. Obesity prevalence among healthcare professionals in England: a cross-sectional study using the Health Survey for England. BMJ Open, 7(12): e018498.
- Kyle G. R., Neall, A. R., Atherton, M. I. 2016. Prevalence of overweight and obesity among nurses in Scotland: a cross-sectional study using the scottish health survey. Int J Nurs Stud, 53:126-33.
- Mbanya, V. N., Kengne, A. P., Mbanya, J. C., Akhtar, H. 2015. Body mass index, waist circumference, hip circumference, waist-hip-ratio and waistheight-ratio: which is the better discriminator of prevalent screendetected diabetes in a Cameroonian population? Diabetes Res Clin Pract, 108:23-30.
- Nüfus Etütleri Enstitüsü (NEE). Ulusal hastalık yükü çalışması 2013. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/UHYC\\_Sunumu\\_06122016.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/UHYC_Sunumu_06122016.pdf) (Erişim 31.05.20).
- Pappas, N. A., Alamanos, Y., Dimoliatis, I. D. K. 2005. Self-rated health, work characteristics and health related behaviours among nurses in Greece: a cross sectional study. BMC Nursing, 4(8):1- 8.
- Pender, N. J., Barkauskas, V. H., Hayman, L., Rice, V. H., Anderson, E. T. 1992. Health promotion and disease prevention: Toward excellence in nursing practice and education. Nursing Outlook, 40: 106-112.
- Sabah, K. M. D. N., Chowdhury, A. W., Khan, H. I. L. R., Hasan, H., Haque, S., Ali, S., Kawser, S., Alam, N., Amin, G., Mahabub, S. M. E. 2014. Body mass index and waist/height ratio for prediction of severity of coronary artery disease. BMC Research Notes, 7:246.
- Sümen, A., Öncel, S. 2017. Türkiye’de lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler: Sistematik derleme. Eur J Ther., 23: 74-82.
- Şen, A. M., Ceylan, A., Kurt, E. M., Palancı, Y., Adın, C. 2017. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Dicle Tıp Dergisi, 44 (1) :1-11.
- Şimşek, H., Öztoprak, D., İkizoğlu, E., Safalı, F., Yavuz, Ö., Onur, Ö., Tekel, Ş., Çiftçi, Ş. 2012. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler, DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 26(3):151-157.
- Şimşekoğlu, N., Mayda Senih, A. 2016. Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. DÜ Sağlık Bil Enst Derg, 6 (1): 19-29.
- Tambağ, H. 2011. Hatay sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 47-58.
- TEMĐ Obezite, Lipid Metabolizması, Hipertansiyon Çalışma Grubu 2018, Obezite tanı ve tedavi kılavuzu, 6. Baskı. ss. 21-45, Ankara: Miki Matbaacılık
- Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017). 2013. TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı Yayınları No: 773, 3.Baskı, Ankara. <http://www.diabetcemiyeti.org/c/turkiye>

- sağlıklı-beslenme-ve-hareketli-hayat-programı (Erişim Tarihi: 09.07.20)
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. 2014. "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2010): Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu", Ankara.
- Vural, I. P., Bakır, N. 2015. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. ACU Sağlık Bil Derg, (1):36-42.
- World Health Organization (WHO). Non-communicable diseases (NCD) deaths by cause and sex data by country. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (Accessed 2020 May 31).
- WHO. Obesity and Overweight Fact Sheet. World Health Organization (2018). Available at: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Yılmaz, E., Özkan, S. 2006. Bir ilçede çalışan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 1(3): 82-99.
- Yoncalık, T. M., Aslan, E., Yaka, M. 2017. Fizik tedavi ve rehabilitasyon alan hastaların fiziksel aktivite düzeyleri ile sağlıklı yaşam davranışı biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Gaziantep Üni Spor Bil Der., 2(3): 57-68.
- Zaybak, A., Fadıloğlu, Ç. 2004. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniv Hemşirelik YO Derg., 20(1):77-95.