



**T.C**  
**BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**EVLİ ÇİFTLER ARASINDA KRONİK HASTALIKLARA VE YAŞAM TARZI**  
**FAKTÖRLERİNE İLİŞKİN EŞ UYUMU**

**Dr. Ayşen GÖKBEL ASLANKAYA**

**UZMANLIK TEZİ**

**Bursa-2021**



**T.C**  
**BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**EVLİ ÇİFTLER ARASINDA KRONİK HASTALIKLARA VE YAŞAM TARZI**  
**FAKTÖRLERİNE İLİŞKİN EŞ UYUMU**

**Dr. Ayşen GÖKBEL ASLANKAYA**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: Prof. Dr. Züleyha ALPER**

**Bursa-2021**

## İÇİNDEKİLER

TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ .....	VI
ÖZET .....	VIII
SUMMARY.....	X
1.GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
1.1. Giriş .....	1
1.2. Amaç .....	3
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Tanımlar .....	4
2.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	5
2.2.1. Sağlık Sorumluluğu.....	5
2.2.2. Sağlıklı Beslenme .....	6
2.2.3. Fiziksel Aktivite .....	8
2.3. Kronik Hastalıklar ve Yaşam Tarzı Risk Faktörleri .....	12
2.3.1. Dünyadaki Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri .....	12
2.3.2. Türkiye'deki Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri .....	15
2.4. Eş Uyumu.....	17
2.4.1. Kronik hastalıklarda eşlerin uyumu .....	20
2.4.2. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında eşlerin uyumu .....	21
2.4.2.1. Sağlık sorumluluğunda eşlerin uyumu.....	21
2.4.2.2. Beslenmede eşlerin uyumu .....	22
2.4.2.3. Fiziksel Aktivitede eşlerin uyumu.....	23
3.GEREÇ VE YÖNTEM .....	24
3.1. Çalışma Grubu ve Verileri .....	24
3.1.1. Çalışma Grubu.....	24

3.1.2. Çalışma Verileri .....	24
3.2. Çalışmanın Genel Planı ve Dahil Edilme Kriterleri .....	24
3.2.1. Çalışmanın Genel Planı .....	24
3.2.2. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri .....	24
3.3. Etik Kurul Onayı .....	25
3.4. İstatistiksel Analiz .....	25
3.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD II).....	26
4. BULGULAR.....	27
4.1. Çalışmaya Katılan Kişilerin Genel Özellikleri.....	27
4.2. Çalışmaya Katılan Kişilerin Biyolojik Risk Faktörleri.....	29
4.3. SYBD II Ölçeğine ait Bilgiler .....	32
4.4.Kronik Hastalıklar ve Yaşam Tarzı Faktörlerinde Eşlerin Uyumunu.....	48
5. TARTIŞMA.....	57
5.1. Çalışmaya Katılanların Genel Özellikleri .....	57
5.2. Çalışmaya Katılanların SYBD II Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	61
5.3. Katılımcıların Beslenme Alt Boyut Puanları ile Sosyodemografik Özellikleri ve Risk Faktörleri Arasındaki İlişki .....	61
5.4. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Alt Boyut Puanları ile Sosyodemografik Özellikleri ve Risk Faktörleri Arasındaki İlişki.....	64
5.5. Katılımcıların Sağlık Sorumluluğu Alt Boyut Puanları ile Sosyodemografik Özellikleri ve Risk Faktörleri Arasındaki İlişki.....	66
5.6. Katılımcıların SYBD II Ölçeği Toplam Puanları ile Sosyodemografik Özellikleri ve Risk Faktörleri Arasındaki İlişki.....	69
5.7. Katılımcıların SYBD II Ölçeği Toplam Puanları ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki .....	70
5.8. Kronik Hastalıklar ve Yaşam Tarzı Faktörlerinde Eşlerin Uyumunu .....	70

6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	75
7.KAYNAKLAR .....	78
8.EKLER .....	88
EK-1: Etik Kurul Onayı .....	88
EK-2: Bursa İl Sağlık Müdürlüğü Onayı .....	90
EK-3: Anket Formu .....	93
EK-4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu .....	96
9.TEŞEKKÜR.....	98
10.ÖZGEÇMİŞ.....	99

## TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil-1:</b> alıŐmaya katılan kişilerin kronik hastalıklara göre dağılımları .....	30
<b>Şekil-2:</b> alıŐmaya katılan kişilerin ailede kronik hastalık öyküsüne göre dağılımları .....	31
<b>Tablo-1:</b> alıŐmaya katılanların genel özellikleri .....	28
<b>Tablo-2:</b> Katılımcıların yaş ve evlilik süresi bilgileri .....	29
<b>Tablo-3:</b> SYBD II leği toplam ve alt faktörlere ait bulgular .....	32
<b>Tablo-4:</b> Katılımcıların <i>beslenme</i> alt boyut puanları ile sosyodemografik özellikleri ve risk faktörleri arasındaki ilişki-1 .....	34-35
<b>Tablo-5:</b> Katılımcıların <i>beslenme</i> alt boyut puanları ile sosyodemografik özellikleri ve risk faktörleri arasındaki ilişki-2 .....	36
<b>Tablo-6:</b> Katılımcıların <i>fiziksel aktivite</i> alt boyut puanları ile sosyodemografik özellikleri ve risk faktörleri arasındaki ilişki-1 .....	37-38
<b>Tablo-7:</b> Katılımcıların <i>fiziksel aktivite</i> alt boyut puanları ile sosyodemografik özellikleri ve risk faktörleri arasındaki ilişki-2 .....	39
<b>Tablo-8:</b> Katılımcıların <i>sağlık sorumluluğu</i> alt boyut puanları ile sosyodemografik özellikleri ve risk faktörleri arasındaki ilişki-1 .....	41-42
<b>Tablo-9:</b> Katılımcıların <i>sağlık sorumluluğu</i> alt boyut puanları ile sosyodemografik özellikleri ve risk faktörleri arasındaki ilişki-2 .....	43
<b>Tablo-10:</b> Katılımcıların <i>SYBD II leği</i> toplam puanları ile sosyodemografik özellikleri ve risk faktörleri arasındaki ilişki-1 .....	44-45
<b>Tablo-11:</b> Katılımcıların <i>SYBD II leği</i> toplam puanları ile sosyodemografik özellikleri ve risk faktörleri arasındaki ilişki-2 .....	46
<b>Tablo-12:</b> Katılımcıların <i>Beslenme, fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu</i> alt boyut puanlarının <i>toplam</i> lek puanıyla ilişkisi .....	47
<b>Tablo-13:</b> Katılımcıların <i>Beslenme ve fiziksel aktivite</i> alt boyut puanlarının sağlık sorumluluğu alt boyut puanı ile ilişkisi .....	47
<b>Tablo-14:</b> Katılımcıların <i>Beslenme ve fiziksel aktivite</i> alt boyut puanları arasındaki ilişki .....	48
<b>Tablo-15:</b> Evli çiftlerin temel özellikleri .....	51

<b>Tablo-16:</b> Kronik hastalıklar ve yaşam tarzı faktörleri için eşlerin uyumu....	54
<b>Tablo-17:</b> Yaşam tarzı faktörleri için eşlerin uyumu.....	55
<b>Tablo-18:</b> Evlilik süresinin eşler arasında risk faktörlerindeki uyuma etkisi.....	56

## ÖZET

Evli çiftler birbirlerinin sağlıklarını ve sağlıkla ilgili yaşam tarzlarını etkilemektedir. Bu alanda yapılan birçok araştırmada evlilik, olumlu sağlık davranışları ve olumlu fiziksel sağlıkla ilişkili bulunmuştur. Eşlerin genellikle benzer risk faktörlerine sahip olduğu ve evlilik süresi arttıkça benzerliklerinin artma eğiliminde olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı evli çiftler arasında kronik hastalıklara ve bu hastalıklara neden olduğu bilinen değiştirilebilir davranışsal risk faktörlerinden sigara içme, egzersiz ve beslenme alışkanlıkları gibi ortak yaşam tarzı faktörlerine ilişkin eşler arasındaki uyumun saptanmasıdır.

Araştırma Bursa ilinde yer alan 36 Nolu Ertuğrul Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Osmangazi Yunuseli ASM ve Gemlik 8 Nolu Şehit Ömer Halisdemir ASM'lerinde yürütülmüştür. Kasım 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında herhangi bir şikayetle başvuran ve eşlerden en az birinde bir kronik hastalık olan 40 yaş ve üzeri 171 evli çift çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılara ilk kısmı demografik verilerin yer aldığı genel bilgiler bölümü, ikinci kısımda biyolojik risk faktörleri ile ilgili sorular, üçüncü kısımda tütün ve alkol kullanımıyla ilgili sorular ve son kısımda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-II)'nin 'Beslenme, Fiziksel aktivite ve Sağlık sorumluluğu' alt boyutları olmak üzere 4 bölümden oluşan bir anket uygulanmıştır.

Çalışmamızda evli çiftlerde sosyodemografik özelliklerden yaşın uyumlu olduğu görülmüştür ( $r=0,892$ ,  $p<0,001$ ). Kronik hastalık risk faktörlerinden; değiştirilemeyen biyolojik özellikler olan çocukluk çağında şişman olma, ailede kronik hastalık varlığı, ailede erken yaşta kalp krizi öyküsü varlığı açısından evli çiftlerin uyumlu olduğu saptanmış ( $p=0,263$ ;  $p=0,053$ ;  $p=0,504$ ); çalışmamıza katılan çiftlerin benzer sosyokültürel yapıda insanlarla evlenme eğilimi olduğu görülmüştür. Evli çiftlerin beden kitle indekslerinin (BKİ) uyumlu olduğu belirlenmiştir ( $r=0,208$ ,  $p<0,05$ ). Çalışmamızdaki evli çiftlerin yaşam tarzı risk faktörlerinden sigara ve alkol kullanımı açısından uyumlu olmadığı saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Çalışmamıza katılan çiftlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, SYBD



II ölçeği toplamı açısından uyumlu olduğu ve evlilik süresi arttıkça eşlerin beslenme alışkanlıklarındaki uyumun arttığı belirlenmiştir (sırası ile  $r=0,577$ ;  $r=0,456$ ;  $r=0,524$ ;  $r=0,598$ ;  $p<0,01$ ). Çalışmamızda hiperkolestrolemi ve koroner arter hastalığı eşler arasında uyumluyken ( $p=0,265$ ;  $p=0,090$ ); eşler arasında kronik hastalık varlığı, hipertansiyon ve diyabet açısından uyum tespit edilememiştir ( $p<0,001$ ;  $p=0,030$ ;  $p=0,044$ ).

Sonuç olarak, evli çiftlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve BKİ açısından uyumlu olduğu ve evlilik süresi arttıkça eşlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme alışkanlıklarının uyumunun arttığı görülmüştür. Bu nedenle kronik hastalık riskini azaltmaya yönelik yaşam tarzı değişikliği müdahalelerinde bireylere yönelik yaklaşım yerine çiftleri birlikte hedeflemek daha etkili olacaktır.

**Anahtar kelimeler:** yaşam tarzı değişikliği, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, eşler arasındaki uyum.

## SUMMARY

### **Spousal Concordance Between Married Couples Regarding To Chronic Diseases And Lifestyle Factors**

Married couples affect each other's health and health-related lifestyles. Many studies have found that marriage is associated with positive health behaviors and physical health. It has been shown that couples generally have similar risk factors and their similarity tends to increase as the duration of marriage increases. The aim of this study is to determine the concordance between spouses regarding common lifestyle factors such as smoking, exercise and dietary habits, which are known to cause chronic diseases and changeable behavioral risk factors known to cause these diseases.

The research was conducted in Bursa Ertuğrul Family Health Center (FHC) No: 36, Osmangazi Yunuseli FHC and Gemlik Şehit Ömer Halisdemir FHC No:8 between November 2020 and January 2021. 171 married couples whose at least one of the spouses having chronic disease at the age of 40 and above were enrolled. A questionnaire form consists of 4 sections: the general information section with demographic data, the section with questions about biological risk factors, tobacco and alcohol usage, and the 3 sub-dimensions of the Healthy Lifestyle Behaviors Scale II (HLBS-II) which are 'Nutrition, Physical Activity and Health responsibility' were used to obtain specific data.

In our study, age which is one of the sociodemographic characteristics was found to be concordant in married couples ( $r=0,892$ ;  $p<0.001$ ). Spouses were found to be concordant regarding chronic disease risk factors, unchangeable biological features such as obesity in childhood, existence of chronic disease in family, presence of a family history of heart attack at an early age ( $p=0,263$ ;  $p=0,053$ ;  $p=0,504$ ). Couples who were involved in our research was found to have tendency to marry with people who have similar sociocultural background. Body mass index (BMI) of spouses were found to

be concordant ( $r=0,208$ ,  $p<0,05$ ). It was determined that spouses in our study were not concordant in terms of lifestyle risk factors such as smoking and alcohol usage ( $p<0,001$ ). It was determined that the couples participating in our study were concordant in terms of healthy lifestyle behaviors such as nutrition, physical activity, health responsibility, HLBS-II scale total, as the duration of marriage increases, the level of nutrition of the spouses increases ( $r=0,577$ ;  $r=0,456$ ;  $r=0,524$ ;  $r=0,598$  respectively;  $p<0,01$ ), ( $r=-0,156$ ;  $p=0,042$ ). In our study, while hypercholesterolemia and coronary artery disease were concordant between spouses ( $p=0,265$ ;  $p=0,090$ ), no agreement was found between the spouses in terms of presence of chronic disease, hypertension and diabetes ( $p<0,001$ ;  $p=0,030$ ;  $p=0,044$ ).

Consequently, it has been observed that spouses are concordant in terms of healthy lifestyle behaviors and BMI, and as the duration of marriage increases, the compatibility in nutrition increases. For this reason, it will be more effective to target couples together rather than individuals for lifestyle change interventions to reduce the risk of chronic diseases.

**Keywords:** health behavior change, healthy life style behavior, spousal concordance.

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

## 1.1. Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ne göre kronik hastalık 'yavaş ilerleme gösteren ve uzun süren hastalık' olarak; kronik durum ise 'birkaç yıl veya daha uzun süre boyunca sürekli bakıma ihtiyaç duyulan sağlık sorunu' olarak tanımlanmıştır. Ayrıca kronik hastalıklar; enfeksiyon kaynaklı olmayan; genetik yatkınlık, çevresel maruziyet veya yaşam tarzından kaynaklanan hastalıklar olduğu için bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) olarak da adlandırılmaktadır (1).

Nüfusun yaşlanması, yaşam beklentisinin artması, sağlıksız beslenme ve fiziksel aktivite eksikliğinin artması nedeniyle kronik hastalıklar dünya çapında ölüm ve sakatlıkların en önde gelen nedenleri arasında yer almakta önemli bir halk sağlığı sorunu olarak önemi artmaktadır (2).

DSÖ tahminlerine göre az gelişmiş ülkelerin ölüm nedenlerinin %40-50'sini ve gelişmiş ülkelerin ölüm nedenlerinin %70-80'ini yaşam tarzı ile ilişkili olarak ortaya çıkan hastalıklar oluşturmaktadır. Kronik hastalıkların en belirgin özelliği, altta yatan nedenlerin birçoğunun, genetik altyapı ve aile öyküsü gibi değiştirilemeyen risk faktörlerinin dışında, tamamen önlenbilir yaşam tarzına bağlı risk faktörleri olmasıdır (3). Tütün ve alkol kullanımı, sağlıksız beslenme ve fiziksel inaktivite gibi ortak risk faktörlerinin kontrolü ile kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet ve serebrovasküler hastalıklar %80 oranında önlenebilmektedir (4).

DSÖ, kontrol altına alınması durumunda, kronik hastalıklara bağlı engelliliğin ve erken ölümlerin önlenmesinde etkili olduğu düşünülen ve geçerli ölçüm yöntemleri bulunan *değiştirilebilen davranışsal ve kontrol edilebilen biyolojik* sekiz adet risk faktörü belirlemiştir. Bu risk faktörleri: tütün kullanımı, alkolün zararlı şekilde tüketimi, düşük sebze ve meyve tüketimi, fiziksel inaktivite gibi *değiştirilebilen davranışsal risk faktörleri*; hipertansiyon, yüksek

kan şekeri, yüksek total kolesterol, fazla kiloluluk ve obezite gibi *kontrol edilebilen risk faktörleridir*. Ayrıca genetik özellikler, yaş, aile öyküsü, ırk ve cinsiyet gibi *değiştirilemeyen risk faktörleri* de bulunmaktadır (5). Sosyal ilişkilerin de sağlığı ve sağlıkla ilgili davranışları etkilediği yaygın olarak kabul edilmektedir (6).

Sosyal ilişki türlerinden biri olarak tanımlanan 'evlilik', yetişkin bir çift arasındaki, fiziksel ve zihinsel sağlığı derinden etkileyebilen temel bir ilişkidir (7). Bu ilişki türünde eşler birlikte aynı ev ortamını paylaştıklarından genellikle yaşam tarzının birçok yönünü de paylaşmaktadırlar (8). Bu paylaşılan ortam, eşlerin ortak çevre ve sağlık davranışlarına bağlı olarak; sağlığa yararlı veya zararlı olabilecek paylaşılan sağlık risklerine dönüşebilmektedir (9). Örneğin; eşlerden biri sigara, alkol, egzersiz veya kolesterol taraması konularında sağlık davranışını olumlu yönde geliştirdiğinde diğer eşin de bunu yapmasının mümkün olduğu bulunmuştur (10).

Eşler genellikle genetik olarak ilişkili olmadığı için, bu tip ilişkide paylaşılan ortamın yaşam tarzı faktörleri ile ilişkili sağlık sonuçlarını etkilediği düşünülmektedir (11). Ortak yaşam tarzı ve sosyoekonomik ortamın etkilediği kronik hastalıklarda eşlerin uyumunun araştırıldığı çalışmalarda, genetik olmayan faktörlerle ilgili belirleyiciler incelenmiştir (12). Kronik hastalıkların etiolojisini ve yönetimini daha iyi anlamak için çiftler arasında uyumlu sağlık davranışları ile kronik hastalıklar arasındaki ilişkinin belirlenmesi önemlidir.

Eşler arasında uyumun olduğu durumlarda; ortak aile ortamı, hastalık geliştirme riski yüksek olan eşler için bir tehdit oluşturmaktadır (13). Yapılan çalışmalar çiftlerin benzer kronik hastalıklara yakalanma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir (12,14–17). Yakın tarihli bir meta-analizde, bir eşte tip 2 diyabet olduğu zaman, diğer eşin de tip 2 diyabete sahip olma olasılığının; eşinde tip 2 diyabet olmayan bir bireye kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur (16).

Birlikte yaşamın etkisi, özellikle kronik hastalıklar için risk faktörü olduğu bilinen beslenme alışkanlıklarında kendini göstermektedir. Yapılan bir çalışmada beslenmelerinde eşler arasında uyum saptanan, yüksek kalorili ve karbonhidrattan zengin beslenme alışkanlıkları olan eşlerde, glikozile

hemoglobin (HbA1c) seviyelerinde eşler arasındaki uyum yüksek bulunmuştur (18). Ayrıca yapılan çalışmalarda fiziksel aktivite ve obezite gibi tip 2 diyabet risk faktörlerinde eş benzerlikleri bulunmuştur (19–22). Bu alanda yapılan bir başka çalışma ise, çiftler arasındaki obezitenin, eşlerin egzersiz ve diyet kalıpları gibi sağlık davranışlarından etkilenebileceğini göstermiştir (23).

Çiftlerin yaşam tarzları birbirini etkilediği için, kronik hastalık riskini azaltmaya yönelik müdahalelerin tek tek bireylere yönelik olmasındansa çiftleri birlikte hedeflemesinin daha etkili olabileceği öngörülmektedir (24). Evli çiftler arasında paylaşılan *değiştirilebilen davranışsal risk faktörlerinin* belirlenmesi ile yaşam tarzıyla yakından ilişkili olan kronik hastalık prevalansının azalması mümkün olacaktır. Aynı zamanda toplumda sağlıklı bir yaşam tarzının oluşmasına katkı sağlayacaktır (18).

## **1.2. Amaç**

Planlanan bu araştırma ile evli çiftler arasında kronik hastalıklara ve bu hastalıklara neden olduğu bilinen *değiştirilebilen davranışsal risk faktörlerinden* sigara içme, egzersiz ve beslenme alışkanlıkları gibi ortak yaşam tarzı faktörlerine ilişkin eşler arasındaki uyumun saptanması amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tanımlar

*Sağlık:* Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre 'Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir' (25).

*Hastalık:* 'Sadece iç ortamdaki dengenin bozulması ve iç ortam ile dış ortam arasındaki ilişkinin bozulması olmayıp; bazı adaptasyon mekanizmaları ile bozulan bu dengenin düzeltilmesi çabası ve beraberinde bireyin, fiziksel, ruhsal, entelektüel ve sosyal fonksiyonlarını etkileyen bir durum' olarak tanımlamıştır.

*Kronik hastalık:* Yavaş ilerleme gösteren ve uzun süren hastalıklardır.

*Risk faktörü:* Belli bir hastalık, kötü sağlık koşulları veya yaralanma ile ilişkilendirilen veya bunlara duyarlı hale getiren olan sosyal, ekonomik veya biyolojik durum, davranış veya çevredir.

*Risk davranışı:* Sağlığın veya belli bir hastalığın kötüleşmesine neden olan duyarlılığı arttırdığı kanıtlanan spesifik davranış şekilleridir. Risk davranışları genellikle epidemiyolojik ve sosyal verilere dayanarak "riskli" diye tanımlanır. Hastalıkları önlemenin başlıca amaçları risk davranışındaki değişikliklerdir ve bu amaçlara ulaşmak için sağlık eğitiminden yararlanılır (26).

*Sağlık davranışı:* Sağlıklı yaşam tarzı, yalnızca hastalıklardan korunmak değil, ömür boyunca bireylerin iyilik halini arttıracak davranışları da bünyesinde barındırmasıdır. Bu davranışlar, kişinin iyilik seviyesini yükselten, kendini gerçekleştirmeyi sağlayan davranışlar olup; dengeli ve yeterli beslenme, düzenli olarak egzersiz yapma, sigara içmeme, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu ve sağlığı korumak adına alınan önlemleri kapsamaktadır. Sağlık davranışı bireylerin hastalıklardan korunması ve sağlıklı bir yaşam tarzının geliştirilmesinin temelidir.

*Yaşam tarzı:* Kişinin üzerinde söz sahibi olduğu ve kontrol edebildiği bireysel kararlarının hepsine yaşam tarzı denir. Bu kararların kişilerin sağlığı

üzerinde olumlu ya da olumsuz etkileri vardır (27). Yaşam tarzı, sağlık davranışlarının sergilendiği bir kavram olduğu için, sağlık davranışları ile ilgili çalışmalar, yaşam tarzı kavramı üzerine odaklanmaktadır (28).

*Aile odaklı sağlık tanımı:* Aile sağlığı biyopsikososyal açıdan incelendiğinde, dinamik olarak biyolojik, psikososyal, sosyolojik, ruhsal ve kültürel faktörlerin etkisiyle değişen bir yapıya sahiptir. Bir bireyin sağlığı, ailenin işleyişini ve sağlık durumunu etkileyebilir ve aynı şekilde ailenin dinamikleri, bireyin sağlığını etkileyebilir. Ailenin sağlığı değerlendirilirken hem birey hem de bir bütün olarak aile dikkate alınmalıdır.

*Toplum odaklı sağlık tanımı:* Birey, aile ve toplum sağlığı birbiriyle yakından ilişkilidir. Toplumun sosyal, fiziksel ve politik yönleri bireylerin sağlığını etkiler ve sağlıklı toplumlar sağlıklı bir yaşam imkanı sunar. Aynı zamanda, bir toplumda yaşayan bireylerin sağlık inançları ve davranışları da toplumun sağlık durumunu etkiler (29).

## **2.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları**

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; kişinin sağlıklı olmak ve hastalıklardan korunmak için egzersiz, beslenme ve stres yönetimi gibi uyguladığı ve sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim gibi inandığı davranışların tümü olarak tanımlanmaktadır (30).

Araştırmalara göre; sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileyen bireylerin kalp hastalıkları, diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklardan korunmada daha iyi bir seviyede olduğu; depresyon ve anksiyete gibi sağlık problemlerine sahip olma oranlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (29,30). Ayrıca, sigara kullanmayan, düzenli egzersiz yapan ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) normal olan bireylerin altı yıl süreyle kronik hastalıklardan korunmayı sağlayarak yaşam kalitesini artırdığı ve beklenen yaşam yıllarının sekiz yıl uzadığı bulunmuştur (33).

### **2.2.1. Sağlık Sorumluluğu**

Sağlık sorumluluğu, bireylerin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesi, sağlıkla ilgili konularda bilgi sahibi olması, sağlığına



özen göstermesi ve gerektiğinde profesyonel bir yardım isteyebilmesidir (32, 33).

Kişinin sağlık sorumluluğu seviyesi; sağlıkla ilgili konuları ve yayınları yakından takip etmesi, bedenini tanıması ve sağlığını izlemesi, iyilik halini hissetmesi ve sağlığında değişiklikler olduğunda fark ederek gerekli önlemleri alıp bir sağlık kuruluşuna gitmesi veya bir sağlık çalışanına başvurması, belirli aralıklarla taramalar yaptırması ve tıbbi kontrollerin sürekliliğine özen göstermesi ile belirlenmektedir (35).

### **2.2.2. Sağlıklı Beslenme**

Bireyin yaşı, cinsiyeti ve fizyolojik durumuna göre, hücre ve dokuların yenilenmesi ve sağlıklı işleyişin sürdürülmesi için gerekli olan tüm besin gruplarından yeterli şekilde alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması 'yeterli ve dengeli besleme' olarak tanımlanmaktadır (36). Besin ve Beslenme Konseyi (Food and Nutrition Council=FNC), besinlerin dört grup altında toplanmasının uygun olacağını bildirmiştir (37). Besin grupları şunlardır:

1. Süt Grubu: Süt grubu besinler; süt ve yoğurt, peynir, kefir gibi süttten yapılan ürünlerdir. Bu besinler iyi kaliteli protein, kalsiyum, fosfor, çinko, B1 (tiyamin), B2 (riboflavin), B3 (niasin), B6 ve B12 olmak üzere birçok besin öğesinin önemli kaynağıdır. Süt grubunda bulunan besinler, yetişkinlerde kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, tip 2 diyabet, serebrovasküler hastalık, osteoporoz ve kolon kanserinden korunmada ve kilo kontrolünde önemlidir.

Süt grubu besinler kolesterol ve doymuş yağ asitleri içermektedir. Diyetle yağ ve kolesterol alımının sınırlandırılması gereken kişilere; yağ miktarı azaltılmış veya yağsız süt, yoğurt ve peynir önerilmektedir. Her gün yetişkin bireylerin 3 porsiyon süt grubu besinleri tüketmeleri gerekmektedir. Bir orta boy su bardağı süt 200 cc, yoğurt 200-240 ml veya iki kibrit kutusu büyüklüğünde (ortalama 40-60 g) peynir bir porsiyondur.

2. Et- Yumurta- Kurubaklagil Grubu: Bu grupta; et, yumurta, tavuk, balık, nohut, kuru fasulye, mercimek gibi besinler ve fındık, fıstık, ceviz gibi sert kabuklu yemişler bulunmaktadır. Bu grup; yüksek kalitede protein, demir, çinko, fosfor, magnezyum gibi mineraller ile A vitamini, B1 (tiyamin), B6 ve B12 içerir. Kurubaklagiller aynı zamanda iyi bir lif kaynağıdır ve bu sayede kan

şekeri ve kolesterolünü düzenleyici etkisi bulunmaktadır. Sert kabuklu yemişler kolesterol içermeyip doymamış yağ asitleri, E vitamini ve flavonoidlerce zengindirler. Ancak diğer yiyeceklere kıyasla daha fazla yağ içerdikleri için tüketilen miktara dikkat etmek gerekmektedir.

Koroner arter hastalığı, hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastalığı olanlar yağsız kırmızı et ile beyaz et (tavuk, hindi) ve balık eti tercih etmelidir. Balık eti, kırmızı et ve beyaz et eşdeğerinde protein içermektedir. Özellikle yağlı balıklar n-3 (omega 3) yağ asitleri yönünden oldukça zengindir ve yeterli miktarda alımı kalp-damar hastalıklarının önlenmesi için önemlidir. Haftada en az 2 kez balık yenmesi önerilmektedir.

Et-yumurta-kurubaklagil grubundan yetişkin bireylerin günde 2.5-3 porsiyon alması önerilmektedir. Porsiyon ölçüleri: kırmızı et ve tavukta 80 g (3-4 ızgara köfte veya 1 el ayası kadar), balıkta 150 g, kurubaklagillerde 130 g (8-10 yemek kaşığı), fındık (30 adet) ve cevizde (4 adet) 30 g bir porsiyondur. 1 yumurta ½ porsiyondur. Yumurtayı yetişkin bireylerin haftada 3-4 kez tüketmesi, kalp-damar hastalarının ise haftada 1-2 kez tüketmesi önerilmektedir.

3. Sebze ve Meyve Grubu: Bileşenlerinin önemli kısmı su olup günlük enerji, protein ve yağ gereksinimine çok az katkıda bulunmaktadırlar. Vitamin ve mineral bakımından zengindirler; folik asit, A vitamini öncülü beta-karoten, B2, C ve E vitamini, kalsiyum, potasyum, demir, magnezyum, lif ve diğer antioksidan özellikteki bileşikleri içermektedirler.

Doğunluk hissi vermeleri ve içerdikleri kalorinin düşük olması ile fazla kilo ve kalp- damar hastalıkları, hipertansiyon, serebrovasküler hastalık, kolon ve meme kanseri gibi kronik hastalıkların oluşma riskini azalttığı bilinmektedir.

Günde en az 5 porsiyon (en az 400 g) sebze ve meyve tüketilmesi ve bunun en az 2.5-3 porsiyonunun sebze ve 2-3 porsiyonunun meyve olması önerilmektedir.

4. Ekmek ve Tahıl Grubu: Tahıl grubu; buğday, yulaf, pirinç, çavdar, arpa ve mısır gibi tahıllardan yapılan ekmek, makarna, erişte, bulgur ve kahvaltılık tahılları içermekte; tahıllar özellikle ülkemizde beslenmede önemli bir yer tutmaktadır.

Tahıl tanesi; kabuk (kepek), öz (rüşeym) ve endospermden oluşmakta; tam tahıl ifadesi tahıldaki bu üç bileşeni belirtmektedir. Tam tahıllar demir, magnezyum, selenyum, E vitamini ve lif gibi besin öğelerinin kaynağıdır. B12 dışındaki B grubu vitaminlerinden; özellikle B1 (tiamin)'den zengindir. Bu vitaminler tahıl tanelerinin çoğunlukla kabuk ve özünde bulunmaktadır. Lif oranı yüksek olan tam tahıl tüketiminin kalp-damar hastalığı ve bazı kanser türlerinin riskini ve tip II diyabet sıklığını azaltmakta etkili olduğu ve düşük vücut ağırlığı ile ilişkili olduğu bilinmektedir.

Tam tahıllar, işlenmemiş olarak karabuğday ve kahverengi pirinçte, işlem görmüş olarak bulgur, yulaf ezmesi gibi yiyeceklerde ve katkı maddesi olarak ekmek, kraker vb. içinde bulunmaktadır. Rafine tahıllar, tahıl tanesinin öğütülerek kabuk ve özünün ayrılmış halidir. Rafine işlemi raf ömrünü uzatmak ve ince bir doku vermek için yapılmakta ancak lif, demir ve B vitaminlerini azaltmaktadır.

Tam tahıl ürünleri günde 6 porsiyon (6 dilim ekmek veya 3 dilim ekmekle birlikte 1 kepçe unlu çorba ve 4 yemek kaşığı pilav gibi) mümkünse her öğünde olacak şekilde tüketilmelidir. Tüketilecek miktar bireyin vücut ağırlığı, yaş, cinsiyet ve fiziksel aktivitesine göre değişir. Tahılların bir porsiyon eş değeri: 50 g (2 ince dilim ekmek), 75 g (4-5 yemek kaşığı) makarna, 90 g (4-5 yemek kaşığı) bulgur veya pirinç, yaklaşık 30 g (1/2 kupa) kahvaltılık tahıl gevreğidir. Ağır işte çalışan ve enerji gereksinimi fazla olanlar bu gruptan daha fazla tüketebilmektedirler (37).

### **2.2.3. Fiziksel Aktivite**

Fiziksel olarak aktif olmak, her yaşta insanın sağlığını iyileştirmek için alabileceği en önemli kararlardan biridir. Fiziksel aktivite ve egzersizin, sağlığı geliştirme ve hastalıkların önlenmesinde sağladığı faydalar, herkesin hareketi günlük rutininin bir parçası haline getirmesi için bir motivasyon kaynağı olmaktadır (38). Fiziksel uygunluğu artırmak, kan basıncı yüksekliği, glukoz intoleransı, obezite gibi kronik hastalıklara zemin hazırlayan çeşitli risk faktörlerini azaltarak daha sağlıklı bir yaşam sürdürülebilmede egzersizin önemli bir yeri bulunmaktadır.

Egzersiz ile lipoproteinlerde meydana gelen değişikliklerin kardiyovasküler hastalık riskini düşürdüğü; ateroskleroza önlediği ve insülin direncini azalttığı bulunmuştur (39). Egzersizle vazodilatasyon sayesinde dokulara oksijen iletimi artmakta; hücrelerde mitokondrinin işlevi arttıkça hücrenel düzeyde oksijen alımı ve kullanımı artmaktadır (40). Egzersiz sırasında kan basıncı artsa da, uzun vadede nitrik oksit ve prostasiklin salınımı ile ortaya çıkan vazodilatasyon sonucu damar çeperindeki dirençte azalma ile kan basıncında düşüş sağlanmaktadır. Egzersizin diğer etki mekanizmaları arasında immün sistem ve sindirim sistemi üzerindeki olumlu etkileri yer almaktadır (39).

Herhangi bir hastalığı veya risk faktörü olan ya da olmayan her yaştaki bireylere egzersiz reçetesi düzenlerken, beş temel noktaya dikkat etmek gerekmektedir. Egzersizin tipi, yoğunluğu, süresi, sıklığı ve sürdürülebilir olması temel noktaları oluşturmaktadır.

**Egzersiz tipi:** Egzersiz reçetesi düzenlerken kişinin klinik durumu, ilgisi ve uyumu dikkate alınmalıdır. Hiç egzersiz yapmayan bir kişi yürüme ve bisiklete binme, yürüyüş bandı ya da bisiklet ergometrisi gibi aktivitelerle başlayabilir. Ulaşılmaması ve uyum sağlanması kolay bir egzersiz olması nedeniyle yürüme en çok tercih edilen egzersiz tipidir. Hangi egzersizin yapılacağını kişinin kendisinin seçerek karara katılımının sağlanması, egzersize uyumunu artırır. Kişinin egzersiz yapmaktaki amacı da egzersiz tipini belirlemeye yardımcı olur; örneğin kan basıncını düşürmek, yağ yakımını sağlamak, oksijen tüketimini artırmak gibi amaçlarla kişi egzersiz yapmaya başlayabilir.

**Egzersiz yoğunluğu:** Düşük yoğunlukta uzun sürede yapılan egzersizle, yüksek yoğunlukta kısa sürede yapılan egzersiz kardiyorespiratuar dayanıklılığı artırma açısından aynı etkiyi göstermektedir. Sedanter kişilerde düşük yoğunlukta ve uzun süreli egzersiz programları seçilmelidir (41).

Egzersiz sıklığının belirlenmesi ve egzersizde tüketilen enerjinin matematiksel olarak hesaplanması için MET (metabolic equivalent=metabolik eşitlik) değeri kullanılır. 1 MET'lik değer bazal metabolik hız için harcanan

değerdir; diğer bir ifadeyle kişinin dinlenme sırasında bir dakikada harcadığı enerjidir.

- Düşük Yoğunlukta Fiziksel Aktivite: Maksimum kalp hızının %40-50'sinin hedef kalp hızı olduğu egzersizler düşük yoğunluklu egzersiz olarak tanımlanmaktadır. 3 METs'den az enerji tüketimine neden olan; solunum hızı ve kalp atış hızının dinlenme değerinin biraz üzerinde olduğu davranışlara örnek olarak işyerinde ya da evde bir yerden bir yere ulaşım amacıyla yürüme, yavaş tempoda yürüme, yemek pişirme faaliyetleri veya hafif ev işleri verilebilir. Haftada 150 dk'dan az süreyle yapılan orta yoğunlukta egzersizler veya eşdeğer miktarda 75 dk'dan az süreyle yapılan şiddetli yoğunlukta egzersizlerdir.

- Orta Yoğunlukta Fiziksel Aktivite: Maksimum kalp hızının %50-70'inin hedef kalp hızı olduğu egzersizler orta yoğunluklu egzersiz olarak tanımlanmaktadır. 3-6 METs enerji harcanan; solunum ve kalp atış hızında artışın olduğu, kasların zorlanmaya başladığı bir tempoda hızlı yürüyüş, düşük tempolu koşu, hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, dans etme, bowling, tenis gibi aktivitelerdir. Haftada 150 ile 300 dk süreyle yapılan orta yoğunlukta egzersizler veya haftada 75 ile 150 dk süreyle yapılan şiddetli yoğunlukta egzersizlerdir.

- Yüksek Yoğunlukta Fiziksel Aktivite: Maksimum kalp hızının %70-90'ının hedef kalp hızı olduğu egzersizler yüksek yoğunluklu egzersiz olarak tanımlanmaktadır. 6 METs'den daha fazla efor harcanan; solunum hızının ve kalp atış hızının normalden çok daha fazla olduğu ve kasların daha fazla zorlandığı tempolu koşu, hızlı bisiklet çevirme, step-aerobik, basketbol, voleybol, futbol, ağır kaldırma veya kazma gibi aktivitelerdir. Haftada 300 dk'dan daha fazla süreyle yapılan orta yoğunlukta egzersizler veya eşdeğer miktarda 150 dk'dan daha fazla süreyle yapılan şiddetli yoğunlukta egzersizlerdir (42).

**Egzersiz süresi:** Egzersizin yoğunluğu ile ilişkilidir. American Collage of Sports Medicine (ACSM)'nin önerisine göre bir günde 20-60 dk süreyle devamlı veya 10 dakikalık periyodlar halinde aralıklı şekilde egzersiz yapılabilir. Maksimum kalp hızının %70-85'inde, ısınma ve soğuma zamanları

hariç 20- 30 dakika yapılan egzersizler kiloyu korumak ve sağlıklı olmak için yeterli olmaktadır.

Maksimum kalp hızı: 220-yaş formülü ile hesaplanır. Egzersizin yoğunluğu belirlenirken maksimum kalp hızının yüzdesi hesaplanarak; kişinin egzersiz yapacağı kalp hızı aralığı belirlenir.

**Egzersiz sıklığı:** ACSM'nin önerisine göre egzersiz sıklığı haftada 3-5 gün olmalıdır. Maksimum kalp hızının %70-85'i olacak şekilde haftada 3 gün yapılan egzersiz maksimum oksijen tüketimini korumak ve iyileştirmek için yeterli kabul edilmektedir. Kilo kaybı hedefleniyorsa haftada 3 günden fazla egzersiz yapılması önerilmektedir.

Enerji tüketim hedefleri: ACSM'nin önerisine göre fiziksel aktivite ile günlük 150-400 kcal enerji tüketimi; sedanter kişilerde ise öncelikle haftada 1000 kcal enerji tüketimi hedefi önerilmektedir (41). Günde 150 kcal; 3 METs hızında harcanırsa 50 dk, 6 METs hızında harcanırsa 25 dk fiziksel aktivite yapılması gerekmektedir. Yani yetişkin bir kişi için günde 25-50 dk orta yoğunlukta fiziksel aktivite önerilmektedir (43).

Egzersiz reçetesi düzenlerken hedeflenen kaloriye ulaşmak için ne kadar egzersiz yapılacağını belirlemede kullanılan formül:

$$\text{MET} \times 3.5 \times \text{ağırlık (kg)} / 200 = \dots \text{ kcal/dk.}$$

Haftalık tüketilecek enerji hedefi 1000 kcal olan 70 kg'lık bir bireyin 6 METs'lik (orta yoğunlukta fiziksel aktivite için üst sınır) fiziksel aktivite yapacağını düşündüğümüzde; bu kişinin net kalori tüketimi 5 METs olacaktır çünkü 1 MET'lik değer bazal metabolik hız için harcanan değerdir.

$$5 \times 3.5 \times 70 / 200 = 6 \text{ kcal/dk}$$

$$1000 \text{ kcal} / 6 = 167 \text{ dk}$$

Bu durumda bu kişiye haftada 5 gün 33 dk veya haftada 4 gün 42 dakikalık orta yoğunlukta egzersiz önerilebilir (41).

Fiziksel aktivite ile kazanılan kardiyorespiratuvar kondisyondaki değişimin; kardiyovasküler hastalık, kanser ve tüm nedenlere bağlı mortalitenin güçlü bir prediktörü olduğunun belirlendiği bir çalışmada tüm nedenlere bağlı ölüm riski, her metabolik eşdeğerlilik (MET) artışı için %37,8 daha düşük saptanmıştır (44).

Yakın tarihli bir kohort çalışmasında, başlangıçta aktif olan ve fiziksel aktivite seviyelerini koruyan katılımcılarda kardiyovasküler hastalıklara, kansere ve tüm nedenlere bağlı mortalitede azalma saptanmıştır. Araştırmacılar, fiziksel aktivite önerilerine uyma ve bunu sürdürmenin, fiziksel inaktiviteyle ilişkili ölümlerin %46'sını önleyeceği sonucuna varmışlardır (45).

Fiziksel inaktiviteye atfedilen bulaşıcı olmayan hastalıkların küresel yükünün, sigaraya bağlı küresel yüke yaklaştığına dair kanıtlar bulunmaktadır (46). Etkili fiziksel aktivite geliştirme çabalarının ortaya çıkması için, fiziksel aktivite belirleyicilerinin daha iyi anlaşılması gerekmektedir (47). Eşlerden oluşan aile birimi, fiziksel aktivite müdahaleleri için potansiyel olarak önemli bir hedef olarak tanımlanmıştır.

### **2.3. Kronik Hastalıklar ve Yaşam Tarzı Risk Faktörleri**

#### **2.3.1. Dünyadaki Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri**

Dünyada görülen kronik hastalıkların %48'ini kalp-damar hastalıkları, %21'ini kanserler, %12'sini kronik solunum hastalıkları ve %3,5'ünü diyabet oluşturmaktadır. Kronik hastalıklara bağlı ölümlerin; tütün kullanımı, alkolün zararlı şekilde tüketimi, sağlıksız beslenme ve fiziksel inaktivite gibi risk faktörlerinin kontrol altına alınması ile önlenebileceği bilinmektedir (48).

Kronik hastalıklara bağlı morbidite ve mortalite genellikle yetişkinlik çağında gerçekleşse de risk faktörlerine maruz kalma hayatın erken dönemlerinde başlar. Araştırmalar, alınacak önlemlerle kronik hastalık yükünün ciddi anlamda azalacağını göstermektedir. Bu amaçla DSÖ; kronik hastalıklar sebebi ile önlenebilecek ölümleri, 2025 yılına kadar %25 azaltmayı hedeflemektedir (49).

#### **Yaşam Tarzı Risk Faktörleri**

*Yaşam tarzıyla ilgili hastalıklar*, patofizyolojilerinin yaşam tarzı risk faktörlerinden önemli ölçüde etkilendiği ve bu etiyolojik faktörlerdeki bir değişikliğin hastalığın önlenmesi ve tedavisini önemli ölçüde iyileştirebileceği hastalıklar olarak tanımlanır (50).

Yaşam tarzı risk faktörlerinin ele alınması, kronik hastalıkların sağlık sistemi üzerindeki yükünü azaltma ve bireylerde yaşam kalitesi ve beklenen yaşam süresini arttırma potansiyeline sahiptir. Avrupa Kanseri ve Beslenme Araştırmasında, yaşam tarzı faktörlerinde meydana gelen değişikliklerin, potansiyel olarak diyabeti % 93, miyokard infarktüsünü % 81, serebrovasküler hastalığı % 50 ve tüm kanserleri % 36 oranında önlediği bulunmuştur (51).

Dünyada önde gelen küresel ölümlerin; %13'ünden yüksek tansiyon, %9'undan tütün kullanımı, %6'sından yüksek kan şekeri, %6'sından fiziksel inaktivite ve %5'inden fazla kilo ve obezitenin sorumlu olduğu tespit edilmiştir. Bu riskler, kalp hastalığı, diyabet ve kanser gibi kronik hastalık riskinin artmasından sorumludur (52).

DSÖ'nün "dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını" olarak tanımladığı *tütün kullanımı* önlenemez sakatlık ve erken ölüm nedenlerinin başında gelmektedir (53). Sigara kalp-damar hastalıkları, akciğer hastalıkları, kanser türleri ve mide ülseri gibi pek çok hastalıkla yakından ilişkilidir. (54).

Dünya genelinde, tütün kullanımına bağlı her yıl yaklaşık 7,2 milyondan fazla insanın öldüğü tahmin edilmektedir (55). Tütün, verimlilik kaybı ve harcanan sağlık maliyetleri nedeniyle büyük bir ekonomik yük oluşturur.

Yetişkinler arasında dünya genelinde tütün ürünü kullanım prevalansı 2012 yılında yaklaşık olarak %22 idi. Tütün ürünü kullanım prevalansı ülkeden ülkeye değişse de erkeklerin, kadınlara göre sigara içmeye daha çok eğilimli olduğu bulunmuştur (48).

*Alkol*, karaciğer sirozu, pankreatit, hipertansiyon, atriyal fibrilasyon serebrovasküler hastalık ve pek çok kanser türü ile ilişkilendirilmiştir; zararlı alkol tüketiminin ağız, orofarinks, nazofarinks, larinks, özefagus, kolon, rektum, karaciğer ve meme kanseri için risk artışına neden olduğu bilinmektedir (56). Küresel ölümlerin %5,9'unun; erkeklerde %7,6 ve kadınlarda %4'ünün alkol tüketiminden kaynaklandığı tahmin edilmektedir (57,58).

Fazla miktarda alkol tüketimi Trigliserit (TG) düzeylerini arttırır; bu etki özellikle TG düzeyleri yüksek olan kişilerde daha belirgindir. Alkol almanın yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL-K) düzeyleri üzerinde ise bir miktar olumlu



etkisi olduğu bildirilmiştir. TG yüksekliği olmayan kişilerde ılımlı miktarda alkol alımı kabul edilebilir; bu miktar kadınlar için 10 g/gün (1 birim), erkekler için 20 g/gün (2 birim) kadardır (59).

*Fiziksel inaktivite* kronik hastalıklar için en önemli risk faktörlerinden biridir ve dünya genelinde yılda 69,3 milyon DALY (Disability Adjusted Life Years; Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı= hastalık yükü) ve 3,2 milyon ölüm ile ilişkilidir. Düzenli fiziksel aktivite; koroner arter hastalığı, diyabet, serebrovasküler hastalık, meme ve kolon kanseri riskini azaltır. Aynı zamanda sağlıklı kilo kontrolüne ve obezitenin önlenmesine yardımcıdır.

*Diyette* meyve ve sebzenin düşük tüketilmesi, aşırı tuz alımı, artmış trans-yağ ve doymuş yağ alımı kalp-damar hastalıkları riskini arttırmaktadır (5).

Yetersiz meyve-sebze tüketimine atfedilen ölümler küresel ölümlerin %9'u olup; hastalık yükünün de %4'ünü oluşturmaktadır. Yetersiz meyve-sebze tüketimine atfedilen hastalık yükünün en fazlası kalp-damar hastalıkları (%70) ve serebrovasküler hastalıklara (%20) aittir (32).

Yüksek miktarda (3,5 g/günden fazla) sodyum alımı hipertansiyonun da içinde bulunduğu kalp-damar hastalıkları için risk oluşturur. Tuz tüketiminin mide kanseri, osteoporoz ve renal hastalıkların gelişimiyle yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Tuz doğal olarak tüketilen gıdaların bileşiminde olduğu için sofrada fazladan tuz bulundurmak genellikle gerekli değildir. Özellikle günlük tüketilen gıda türlerine göre değişmekle birlikte gıdalarda bulunan tuz miktarı, pek çok kişinin ihtiyacının %75'ini karşılayacak miktardadır. (60). Aşırı tuz tüketim alışkanlığının nedeni olarak bazı ülkelerde hazır ya da işlenmiş gıdalar ön planda iken, bazı ülkelerde yemek hazırlarken ya da yerken eklenen tuz ön plandadır.

Diyette alınan yağ oranları sağlıklı bir lipid profilinin korunması için büyük önem taşır. Enerjinin doymuş yağ asidinden gelen oranı < %10, çoklu doymamış yağ asidi oranı %7-8, tekli doymamış yağ asidi oranı %10-15 olacak şekilde planlanmalıdır. Günlük kolesterol alımı 300 mg'ın altında olmalıdır (61).

*Obezite* ile ilişkilendirilen hastalıklar hipertansiyon, diyabet, koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalık, bazı kanser türleri, obstrüktif uyku apne ve osteoartritir (62). Obeziteye bağlı sağlık sorunlarının ortaya çıkmaya

başlamasının, normal BKİ ve bel çevresi değerlerinin üzerine çıktığı zaman başladığı bilinmektedir (61). Yetişkinler için ideal BKİ aralığı 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>'dir. BKİ 25 kg/m<sup>2</sup> ve üzerinde olan kişiler fazla kilolu olarak tanımlanmışken; obezite 30 kg/m<sup>2</sup> ve üzeri BKİ'ne sahip olmak olarak tanımlanmıştır (62).

Dünya genelinde 2014 yılında toplamda 500 milyondan fazla yetişkin obezdir. Kadınlarda, erkeklere göre obezite daha sık görülmektedir. Obezite prevalansı yaklaşık %9 iken, erkeklerde bu oranın %11', kadınlarda ise %15 olduğu bildirilmiştir. Buna ek olarak 2014 yılında fazla kiloluluk oranı erkeklerde %38, kadınlarda %40 olarak bildirilmiştir (48).

Fazla kilolu olma, küresel diyabet yükünün %44'üne, iskemik kalp hastalıklarının % 23'üne ve bazı kanserlerin %7 ile 41'ine neden olmaktadır (52). Vücut ağırlığının % 5-10 kaybı, diyabet ve kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinde azalma ile ilişkilidir (63).

Genel olarak obezite bir erişkin hastalığı gibi algılansa da özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde çocuk ve ergenlik döneminde obezite prevalansı artış göstermiştir (64). Çocukluk ve ergenlik döneminde obezite, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklara bağlı morbidite ve mortalitede artışa neden olması sebebiyle dikkatli olunması gereken en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir (65). *Çocukluk çağında başlayan obezitenin yetişkin çağıdaki obezite için risk faktörü olduğu bilinmektedir (66).*

Obezite, genetik, çevresel ve davranışsal faktörlerden etkilenen karmaşık, multifaktöriyel bir hastalıktır (67). Obezite ve genetik etmenler üzerinde yapılan çalışmalarda her iki ebeveyn obez ise çocuğun obez olma olasılığı %80, ebeveynlerden yalnızca biri obez ise bu oran %50, ikisi de obez değilse çocuğun obez olma olasılığı %9 olarak bulunmuştur (68).

### **2.3.2. Türkiye'deki Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri**

Tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de kronik hastalıkların sağlık sistemine getirdiği yük önemini korumaktadır. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Süreç Değerlendirmesi 2017 verilerine göre, Türkiye'de kronik hastalıklara bağlı ölümlerin oranı %88'dir.

Kronik hastalıkların risk faktörlerinden tütüne olan talebin azaltılmasında, ülkemizde uygulanan dumansız hava sahası politikaları, vergilerin arttırılması, sağlık uyarılarını içeren duyurular, reklamlar, getirilen sponsorluk ve promosyon yasakları etkili olmuştur. Alkolün zararlı kullanımına karşı mücadelede genişletilmiş reklam yasakları ve arttırılmış vergiler yer almaktadır. Sağlıksız beslenmenin azaltılmasıyla ilgili tuz/sodyum politikaları, doymuş yağ asitleri ve trans yağ politikaları ile çocuklara pazarlama kısıtlamaları mevcuttur. Türkiye’de son olarak fiziksel aktivite ve halk eğitimi üzerine bir farkındalık kampanyası düzenlenmiştir (69).

#### Yaşam Tarzı Risk Faktörleri

Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı (TÜİK) verilerine göre; Türkiye genelinde 2008 yılında; 15 yaş ve üzeri bireylerin %31’i her gün veya ara sıra *tütün* ve ürünlerini kullanmakta iken; erkeklerde bu oran %48, kadınlarda ise %15’tir. Sigara kullanım oranı 2012 yılında toplamda %27’ye gerilemekte; erkeklerin %42’si ve kadınların %13’ü sigara kullanmaktadır (70).

Dünya genelinde küresel *alkol* tüketim miktarınının 15 yaş ve üzerinde, 2010 yılında kişi başına 6,2 litre saf alkol olduğu tahmin edilmektedir. DSÖ’ye göre, Türkiye’deki 2010 yılı alkol tüketimi yaklaşık olarak dünya rakamlarının üçte biri kadardır. Hem Türkiye’de hem dünyada, alkol tüketimi erkeklerde kadınlardan daha yüksektir (71).

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS) çalışmasına göre yaklaşık her 10 yetişkinden 4’ü (%43,6) *yetersiz fiziksel aktivite* yapmıştır (haftada <150 dk süre ile orta derecede fiziksel aktivite). Türkiye’de günlük ortanca fiziksel aktivite süresi 30 dk olarak saptanmıştır ve kadınlarda fiziksel aktivite için harcanan toplam süre (17 dk), erkeklerden (51 dk) daha azdır (5).

Genel olarak *meyve ve sebze tüketimi* düşük bulunan 2017 STEPS çalışmasında ülkemizdeki nüfusun %88’i günde beş porsiyondan daha az meyve-sebze tükettiği için, kronik hastalıklar açısından yüksek riske sahiptir (5).

DSÖ'nün kişi başına günde ortalama *tuz tüketimi* tavsiyesi <5 g/gün tuz ve <2 g/gün sodyumdur. Buna karşın ülkemizde yapılan SALTürk çalışmasında günlük tuz tüketim miktarının 15 g/gün olduğu saptanmıştır (72).

STEPS 2017 çalışmasının sonuçlarına göre katılımcılar tuzu çeşitli kaynaklardan almaktadır; nüfusun dörtte birinden fazlası (%28) yemeden önce veya yerken, sıklıkla ya da her zaman yemeklerine tuz eklemektedir. Benzer şekilde nüfusun yaklaşık dörtte biri (%26) evde yemek hazırlarken veya pişirirken, sıklıkla ya da her zaman tuz eklediklerini bildirmişlerdir. Her zaman ya da sıklıkla tuz oranı yüksek işlenmiş gıda tüketen katılımcıların yüzdesi %25,5'tir. Bu durum erkeklerde (%27,8) kadınlardan (%23,3) daha yüksektir (5).

Türkiye Diyabet Epidemiyoloji-I (TURDEP-I) çalışmasında Türk yetişkin nüfusunda %22 olarak saptanan *obezite* prevalansı, TURDEP-II çalışmasında %31'e ulaşarak, 12 yıl öncesine göre obezite prevalansı yaklaşık %40 oranında artmıştır. Morbid obezlerin oranı ise 12 yılda %1'den %3'e yükselmiştir.

TURDEP-I'e göre erkeklerde obezite prevalansı %13, kadınlarda %33 olarak saptanmışken; TURDEP-II'de erkeklerde obezite prevalansı %27'ye, kadınlarda ise %44'e yükselerek; son 12 yılda obezite prevalansının erkeklerde %107, kadınlarda ise %34 oranında arttığı bildirilmiştir (73).

Türkiye'de Erişkinlerde Kalp hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışmasında (TEKHARF), 30 yaş ve üzeri kişilerde fazla kilolu olma sıklığı kadınlarda %32, erkeklerde %12,5 olarak saptanmışken; 2002 yılında kadınlarda %44'e, erkeklerde %25'e yükselerek, 12 yıl öncesine göre fazla kilolu sayısının yaklaşık %90 oranında arttığı bildirilmiştir (74).

## **2.4. Eş Uyum**

Günümüzde sağlık ve hastalık kavramları; bireyleri fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan değerlendiren bütüncül bir yaklaşım olan biyopsikososyal yaklaşımla açıklanmaktadır. Biyopsikososyal sağlık anlayışı, biyomedikal yaklaşımı da kapsayarak; sağlık ve hastalık kavramlarının sosyokültürel yapı

içinde oluştuğunu ve şekillendiğini savunur. Bu yaklaşıma göre; bireylerin, sağlık davranışlarına yönelik seçimleri sosyal ilişkiler, çevre ve kültür bağlamında gerçekleşmektedir. Kişilerin sağlık anlayışı, hangi semptomların hastalık belirtisi olup olmadığını bilmesi, doktor ve tedavi tercihleri, beslenme ve egzersiz alışkanlıkları aile yapısı ve toplumun kültür anlayışıyla yakından ilişkilidir (75–77).

Aile yapısının, sağlığı önemli ölçüde etkilediği bilinmektedir. Ailenin sağlığı olumlu yönde etkilemesinin yollarından biri ailenin sosyal desteğidir. Birbirine bağlı ve destekleyici bir aileye sahip olduğunda, aile bireylerinin sağlık düzeyleri artar (78). Sosyal destek türlerinin ruh sağlığı ve fiziksel sağlık üzerinde doğrudan yararlı etkileri saptanmıştır (79). Aile, arkadaşlar, akrabalar ve sağlık çalışanları ile olumlu etkileşimin, bireyin sağlığı geliştiren davranışları kazanma durumunu etkilediği bildirilmiştir. Örneğin, sigarayı bırakan kişinin bu davranışını sürdürmesinde, arkadaşları ile işbirliği ve ekip desteğinin etkili olduğu görülmüştür (80). Sosyal desteğin mortalite riskini azalttığı da bilinmektedir. Örneğin, yakın arkadaşlarından ve ailesinden daha yüksek düzeyde destek gördüğünü bildirenlerin, kardiyovasküler, nöroendokrin ve immün sistemlerinin daha iyi seviyede olduğu; daha düşük kalp hızı, sistolik kan basıncı, serum kolesterolüne sahip olduğu tespit edilmiştir (81).

Ailedeki sosyal ilişkilerin; kronik hastalık, sakatlık, ruh hastalığı ve mortalite riskini azalttığı gösterilmiştir (78). Özellikle sosyal ilişki türlerinden biri olan evliliğin de sağlığı önemli ölçüde etkilediği tespit edilmiştir (9). Yapılan birçok araştırmada evlilik, olumlu sağlık davranışları ve olumlu fiziksel ve zihinsel sağlıkla ilişkili bulunmuştur (82,83).

Evli bireylerin, evli olmayanlara göre daha sağlıklı olma, daha az depresif semptom sergileme ve ilerleyen yıllarda daha üretken olma eğiliminde olup, daha düşük morbidite ve mortalite riski altında olduğu gösterilmiştir (84,85). Bunun nedeninin evliliğin seçim ve koruma temellerine dayandığı öne sürülmektedir. Seçim etkileri, daha sağlıklı kişilerin evlenmeye daha fazla eğilimli olduklarını savunur; böylece daha sağlıklı nüfusun evlilik için seçilmesi sonucunda bekarlar arasında hastalık ve ölüm oranları daha yüksek olmaktadır. Evliliğin koruyucu faydası ise; evliliğin bireylerin içinde yaşadıkları

sosyal, psikolojik ve fiziksel çevreyi etkileyerek sağlıklarını olumlu yönde etkilemesidir. Bu nedenle bir eşin varlığı, sağlıkla ilgili davranışlarda olumlu değişiklikler ve bunun sonucunda morbiditede azalma ile sonuçlanmaktadır (83).

Evliliğin koruyucu faydalarını araştıran çalışmaların önemli bir kısmı, ekonomik faktörlerin yanı sıra sosyal ve duygusal desteğe de dikkat çekmişlerdir. Evliliğin bireylerin davranışlarını düzenlediği ve sağlıklı davranışları teşvik ettiği öne sürülmüştür (86,87).

Sağlıklı davranışlar sergileme eğilimi, evliliğin sağlığı etkileme yollarından biridir. Evliliğin özellikle erkekler için sağlıklı yaşam tarzı seçimlerini desteklediği gösterilmiştir. Kadınların sağlıklı yaşam tarzını seçmede eşlerini daha çok etkilemesi, sağlıkla ilgili konuları daha fazla önemsemeleri ve sağlıkla ilgili konularda daha çok sorumluluk almalarından kaynaklanmaktadır (86,88).

Eşlerin sağlık durumlarının birbirinden etkilenecek benzerlik göstermesi durumu *eşler arasındaki uyum* olarak ifade edilmiştir. Literatürde bu uyum eşler arasındaki sağlık düzeyinin ve kronik hastalıkların korelasyonunun ve bir eşin sağlık davranışlarının diğer eşin sağlık davranışlarını etkileyip etkilemediğinin araştırılması yolu ile incelenmiştir (89).

Eşler arasında sağlık davranışındaki benzerlikleri yani eşler arasındaki uyumu açıklamak için çeşitli teoriler önerilmiştir: bu hipotezlerden ilki, insanların evlendiklerinde aynı ortamı ve sosyoekonomik kaynakları paylaştıklarını öne süren *paylaşılan kaynak hipotezi* olarak adlandırılmaktadır (90). Bu teoriye göre paylaşılan ortam, paylaşılan sağlık risklerine dönüşebilmektedir; örneğin eşlerden biri sigara içiyorsa, diğer eş sigara dumanına maruz kalmaktadır (91).

İkinci olarak *pozitif eşleşme hipotezi*, bireylerin benzer sosyodemografik özelliklere ve yaşam tarzı alışkanlıklarına sahip tutum ve davranışları olan insanlarla evlenme olasılığının daha yüksek olduğunu ifade etmektedir (92). Eşler arasında akciğer fonksiyonu benzerlikleri ve kardiyovasküler risk faktörleri ile ilgili yapılan çalışmalarda hastalık uyumunun kendine benzer özellikteki eş seçimine bağlı olduğu saptanmıştır (93,94).

Üçüncü bir teori, evli çiftlerin *sosyal kontrol* rolüne odaklanmıştır. Bu teorinin temeli, bir eşin, kendisini sağlıklı tutmak için eşinin davranışlarını kontrol etmeye çalışmasına dayanmaktadır. Örneğin, evli bireylerin emniyet kemeri takmama ve dengesiz beslenme gibi riskli davranışlara daha az eğilimi olduğu saptanmıştır (86). Başka bir teori ise, zihinsel sağlık uyumuna bağlı *duygudurum yakınsaması ya da duygusal bulaşma* olarak adlandırılmaktadır. *Duygusal bulaşma teorisi*, eşlerin benzer duygudurumlarına sahip olduklarını, örneğin eşlerden biri depresyundayken diğer eşin de depresif bir semptom yaşadığını ifade etmektedir (82).

#### **2.4.1. Kronik Hastalıklarda Eşlerin uyumu**

Kronik hastalıklar, ilerleyen yaşla birlikte orta-geç yetişkinlik döneminde ve genellikle evlilik bağlamında ortaya çıkma eğilimindedir (82). Hastalık ve engelliliğin evlilik ilişkisi üzerindeki etkisi üzerine yapılan araştırmalarda, eşlerden birinde fiziksel ya da zihinsel hastalığının ortaya çıkmasının evlilik uyumu ve aile işlevselliği üzerinde olumsuz etkilere sahip olabileceği gösterilmiştir (85).

Aynı zamanda eşler arasındaki evlilik uyumu da kronik hastalıklar üzerinde etkili olmaktadır. Evlilik, birlikte yaşamamanın etkisiyle yaşam tarzının birçok yönünün eşler arasında paylaşılmasını sağlamaktadır (13). Birlikte yaşama süresi arttıkça, yaşam tarzı ile ilişkisi olan kronik hastalık risk faktörlerindeki uyumun arttığı bulunmuş, böylece evlilik uyumu yüksek olan çiftlerin benzer kronik hastalıklara sahip olma ihtimalinin arttığı saptanmıştır (95).

Yaşam tarzıyla yakından ilişkili olan kronik hastalıklardan hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, astım, depresyon, hiperlipidemi ve peptik ülser hastalığı açısından eşler arasında uyum olduğu bilinmektedir (12,15–17). Kardiyovasküler risk faktörleri açısından eşinde fazla kilolu olma, hipertansiyon veya dislipidemi olan kişilerin bu risk faktörlerine sahip olma oranları, eşinde bu durumların olmadığı bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (96,97) Yaşlı çiftler arasında bir eşte kanser görülmesinin, diğer eşin kanser olma olasılığını arttırdığı bildirilmiştir (98).

Tüberküloz, kronik bronşit, astım, kronik gastrit, kronik hepatit, ülseratif kolit, kolelitiyazis, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalıklar açısından eşlerin uyumunun yaşla birlikte arttığı, *paylaşılan ortamın* risk faktörü olduğu belirlenmiştir (99).

Ancak kardiyovasküler risk faktörleri açısından eşler arasındaki korelasyonları inceleyen bir çalışmada; yeni evli çiftler arasındaki korelasyonların, genellikle daha uzun süredir evli olan çiftlerden daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu durum, evli olan bireylerdeki eşler arasındaki uyumun *pozitif eşleşmeden*; yani bireylerin benzer kardiyovasküler risk profile sahip, sigara, beslenme ve egzersiz gibi benzer yaşam tarzı alışkanlıklarına sahip bir eş seçme eğiliminden kaynaklandığını göstermektedir. Böylece evlilik süresinin, eşler arasındaki kronik hastalık ve risk faktörleri ile ilgili korelasyonlar üzerindeki etkisini araştırırken, *paylaşılan kaynak hipotezini*, *pozitif eşleşmenin* etkilerinden ayırt etmede kullanılabileceği ortaya çıkmıştır (100).

#### **2.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarında Eşlerin Uyum**

##### **2.4.2.1. Sağlık Sorumluluğunda Eşlerin Uyum**

Eşlerin benzer sağlık arayışında buldukları ve bunun sonucu olarak benzer sağlık davranışları sergiledikleri hipotezinden yola çıkarak yapılan çalışmalarda, kronik hastalık risk faktörü olan sigara içme ve tıbbi tarama gibi davranışlarda bir eşin yaptığı olumlu ya da olumsuz yöndeki değişikliğin, diğer eşte benzer değişikliklere yol açtığı bulunmuştur (101). Eşi grip aşısı olmayan çiftlere kıyasla; eşi grip aşısı olanların aşılama oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde sigarayı bırakan bir eşe sahip olanların sigara bırakma oranı, eşi sigara içmeye devam edenlere kıyasla daha yüksek saptanmıştır.

Bu alanda yapılan çalışmalarda, evlilik ve birlikte yaşamının, her iki cinsiyette birden fazla kronik hastalığa bağlı morbidite ve mortalite riskinde azalma ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir (84,102).

Genel olarak evliliğin, birincil korunma olarak adlandırılan hastalıklardan korunmada fayda sağladığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda sigarayı bırakmanın ya da hiç sigara içmemenin pnömoni,



amfizem, akciğer kanseri, koroner arter hastalığı ve serebrovasküler hastalık riskini azalttığı bulunmuştur. Düşük kalorili beslenme ve düşük kolesterol alımı ile meyve ve sebzeden zengin dengeli beslenme ile; ateroskleroz, koroner arter hastalığı, tip 2 diyabet, hipertansiyon ve kolon kanseri riskinin azaldığı tespit edilmiştir. Alkolün zararlı tüketiminden kaçınmanın karaciğer sirozu, kaza ve yaralanma ile intihar ve cinayet riskini azalttığı gözlemlenmiştir. Bu tanımlanan birincil koruyucu davranışların tümünün evli kişiler arasında daha yaygın olduğu ve önde gelen ölüm nedenleri riskini azalttığı saptanmıştır (103).

Evliliğin sağlığı iyileştirmesinin diğer bir yolu, ikincil koruma olarak adlandırılan, hastalığı erken yakalayıp tedavi etmeye yardımcı olmasıdır. Yapılan çalışmalarda evli kişilerin, aynı semptomlara ve sağlık seviyesine sahip evli olmayan kişilere göre kontrol, tarama ve erken teşhis için doktora başvurma olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (104).

Evliliğin, sosyal desteği artırarak sağlık üzerinde olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir. Sosyal desteğin sağlık üzerindeki etkisi, daha iyi bir psikolojik iyilik halinin sağlanması ve daha sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi ile sağlanmaktadır. Eşler arasındaki yakınlık seviyesinin yüksek ve aile çatışmasının az olmasının, diyabetin daha iyi kontrolü ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Meme kanseri tanısı ile takipli kadınlarda yapılan bir çalışmada eşinden yüksek düzeyde duygusal destek alan kadınlarda depresyon ve kaygı düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır (9).

#### **2.4.2.2. Beslenmede Eşlerin Uyum**

Beslenme ile ilgili faktörlerin çiftler arasında uyumlu olduğuna dair önemli çalışmalar vardır. Örneğin, Kanadalı çiftler üzerinde yapılan bir çalışma, beslenmenin obezite için risk faktörü olduğunu, kısa süreli birlikte yaşamaya göre evlilik süresi arttıkça obezitede daha yüksek eş benzerliği riski olduğunu ortaya koymuştur (105). Böylece, paylaşılan çevresel faktörler hem beslenme hem de obezite ile ilişkilendirilmiştir. Amerika ve Brezilya'da yapılan çalışmalarda da evli çiftlerde BKİ açısından benzer sonuçlar elde edilmiştir (106). KHNANES çalışmasında 24 saatlik beslenme kayıtları tutulmuş; protein, yağ, karbonhidrat, lif ve toplam enerji alımı için eşler arasında yüksek düzeyde bir korelasyon olduğu gösterilmiştir (96). Massachusetts sağlık çalışanlarından

evli çiftler arasında yapılan bir çalışmada meyve ve sebze tüketiminde eşler arasında uyum saptanmıştır (107). Benzer şekilde başka bir çalışmada, evli çiftlerin süt ve yumurta tüketiminde uyumlu olduğu bulunmuştur (108). Hollanda'da yapılan bir çalışmada, çiftlerin K vitamini seviyelerinin anlamlı düzeyde pozitif korelasyona sahip olduğu görülmüştür (109).

#### **2.4.2.3.Fiziksel Aktivitede Eşlerin uyumu**

Fiziksel aktivitenin ailesel korelasyonunu değerlendiren bir çalışma, fiziksel aktivite ile ilgili eşler arasındaki korelasyonun aynı cinsiyetten kardeşler arasındaki korelasyondan daha yüksek olduğunu bulmuştur (110). Bu sonuçlar, fiziksel aktivitenin hem ortak bir çevreden hem de genetik faktörlerden etkilenebileceğini göstermektedir.

Bir bireyin fiziksel aktivitesindeki değişiklikler, eşinin fiziksel aktivitesindeki değişikliklerle olumlu bir şekilde ilişkilidir. Katılımcılara eşleri ile birlikte fiziksel aktivite önerilerinin verildiği bir çalışmada, çiftlerin birlikte katıldığı görüşmelerde tavsiyelere uyma oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (111). Bir bireyin fiziksel aktivitesindeki değişikliğin eşinin fiziksel aktivitesindeki değişikliklerden ne ölçüde etkilendiğini ölçen ARIC (Topluluklarda Ateroskleroz Riski) çalışmasına 6 yıl arayla 2 kez fiziksel aktivite ölçümünü tamamlayan, 45-64 yaşları arasındaki 3.467 evli çift katılmıştır. ARIC çalışmasında orta yaşlı ve yaşlı çiftlerin uyumlu fiziksel aktivite seviyelerine sahip olduğu saptanmıştır. Bir eş fiziksel aktivite düzeyini arttırdığında diğer eşin fiziksel aktivite düzeyinin de arttığı tespit edilmiştir (112). Fiziksel aktiviteyi geliştirme müdahalelerinde, çiftleri birlikte ele almanın hedefe ulaşmayı kolaylaştıracağı öngörülmektedir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Çalışma Grubu ve Verileri**

##### **3.1.1. Çalışma Grubu**

Bursa ilinde yer alan 36 Nolu Ertuğrul Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Osmangazi Yunuseli ASM ve Gemlik 8 Nolu Şehit Ömer Halisdemir ASM'ye Kasım 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında herhangi bir şikayetle başvuran ve eşlerden en az birinde bir kronik hastalık olan 40 yaş ve üzeri evli çiftler çalışmaya dahil edilmiştir.

##### **3.1.2. Çalışma Verileri**

Bilgilendirme sonrasında çalışmaya katılan evli çiftlere başlıca 4 bölüm ve 42 sorudan oluşan anket (Ek-4) uygulanmıştır.

#### **3.2. Çalışmanın Genel Planı ve Dâhil Edilme Kriterleri**

##### **3.2.1. Çalışmanın Genel Planı**

Çalışma için Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nden 06.11.2020 tarihinde izin (Ek-2) alındı. Gerekli ön bilgilendirmenin yapılmasını takiben çalışma kriterlerine uygun gönüllü çiftlere ilk bölümde katılımcıların genel sosyodemografik bilgileri; ikinci bölümde biyolojik risk faktörleri ile ilgili sorular; üçüncü bölümde tütün ve alkol kullanımıyla ilgili sorular ve son olarak dördüncü bölümde sağlıklı yaşam alışkanlıklarını değerlendirmeye yönelik Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-II)'nin 'Beslenme, Fiziksel aktivite ve Sağlık sorumluluğu' alt boyutları olmak üzere 4 bölümden ve 42 sorudan oluşan anket (Ek-3) ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (Ek-4) uygulandı.

##### **3.2.2. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri**

1) Bursa ili 36 Nolu Ertuğrul Eğitim ASM, Osmangazi Yunuseli ASM, Gemlik 8 Nolu Şehit Ömer Halisdemir ASM' ye kayıtlı olmak

- 2) 40 yaş üzeri olmak
- 3) Evli çiftlerden birinde en az bir kronik hastalık olması
- 4) Eşler arasında akrabalık olmaması
- 5) Sorulan anket sorularına anlayarak cevap verilebilecek hastalar (psikiyatrik, işitme, konuşma, anlama, kavrama engeli olmayan hastalar)
- 6) Çalışmaya katılmak için onamı alınan (aydınlatılmış onam) hastalar

### **3.3. Etik Kurul Onayı**

Bu çalışma, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 14.10.2020 tarih ve 2020-18/12 sayılı kararı ile onaylanmıştır (Ek-1).

### **3.4. İstatistiksel Analiz**

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS 23.0 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programında yapılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler nicel veri için ortalama ve standart sapma, nitel veri için frekans ve yüzde olarak belirtilmiştir. Normal dağılım gösteren veri için iki grup karşılaştırmalarında t-testi 2'den fazla grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Kategorik verinin analizinde Pearson Ki-kare testi ve Fisher'in Kesin Olasılık (Fisher's exact probability) testi kullanılmıştır. Eşler arasında uyumun incelenmesinde kategorik değişkenler için McNemar testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Anlamlılık düzeyi  $\alpha=0,05$  olarak belirlenmiştir.

### 3.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçmek üzere Walker tarafından 1987’de geliştirilen ve geçerliliği güvenilirliği yapılan ölçeğin 48 maddeden oluşmuş ilk versiyonuna (SYBD) 1996 yılında Walker ve ark. tarafından 4 madde daha eklenerek SYBD II ölçeği oluşturulmuştur. Öncelikle 1997’de Esin tarafından, 2007 yılında da Bahar ve ark. tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır (114, 115). Ölçek 4’lü likert tipinde olup 6 alt boyuttan oluşmaktadır. “Sağlık sorumluluğu” 9 soru, “Fiziksel aktivite” 8 soru, “Beslenme” 9 soru, “Manevi gelişim” 9 soru, “Kişilerarası ilişkiler” 9 soru, “Stres yönetimi” 8 soru olmak üzere toplam 52 maddeden oluşmuştur. Ters kodlu maddelerin olmadığı ölçekten toplam alınabilecek minimum puan 52, maksimum puan 208’dir. SYBD II ölçeğinde “Hiçbir zaman” yanıtının puan olarak karşılığı 1, “Bazen” yanıtının 2, “Sık sık” yanıtının 3, “Düzenli olarak” yanıtının ise 4 dür. Yüksek puan olumlu tutumu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,92 olup; alt faktörler için iç tutarlılık katsayısı 0,70 ile 0,90 arasında değişmektedir (114).

## 4. BULGULAR

### 4.1. Çalışmaya Katılan Kişilerin Genel Özellikleri

Çalışmamıza 171 (%50) erkek, 171 (%50) kadın olmak üzere toplamda 342 katılımcı (171 evli çift) katılmıştır. Araştırmamıza katılanların %16,4'ü (n=56) Gemlik 8 Nolu Şehit Ömer Halisdemir ASM'ye, %18,7'si (n=64) Osmangazi Yunuseli ASM'ye ve %64,9'u (n=222) 36 Nolu Ertuğrul Eğitim ASM'ye kayıtlıdır.

Araştırmamıza katılanların eğitim durumları incelendiğinde 141 (%44,7) kişinin eğitim düzeyinin ilköğretim ve altı olduğu, 84 (%24,6) kişinin lise mezunu olduğu, 117 (%34,2) kişinin eğitim düzeyinin üniversite ve üzeri olduğu belirlenmiştir (Şekil-1). Çalışmaya dahil edilen kişilerin demografik verileri Tablo-1'de gösterilmiştir.

**Tablo-1: Çalışmaya katılanların genel özellikleri**

n=342		Sayı (n)	Yüzde (%)
ASM	Gemlik 8 Nolu Şehit Ömer Halisdemir ASM	56	16,4
	Osmangazi Yunuseli ASM	64	18,7
	36 Nolu Ertuğrul EASM	222	64,9
Cinsiyet	Erkek	171	50,0
	Kadın	171	50,0
Eğitim düzeyi	İlköğretim ve altı	141	44,7
	Lise	84	24,6
	Üniversite ve üzeri	117	34,2
Beden Kitle İndeksi	Normal	90	26,3
	Fazla Kilolu	169	49,4
	Obez	83	24,3
Çocukluk çağında şişman olma	Evet	22	6,4
	Hayır	320	93,6
Kronik hastalık	Evet	246	71,9
	Hayır	96	28,1
Ailede kronik hastalık	Evet	287	83,9
	Hayır	55	16,1
Ailede erken yaşta kalp krizi	Evet	80	23,4
	Hayır	262	76,6
Ailede aşırı kilo/obezite	Evet	82	24,0
	Hayır	260	76,0
Sigara Kullanımı	Kullanmıyorum	215	62,9
	Kullanıyorum	80	23,4
	Bıraktım	47	13,7
Alkol Kullanımı	Kullanmıyorum	296	86,5
	Kullanıyorum	36	10,5

Katılımcıların minimum yaş değeri 40, maksimum yaş değeri 84'tür. Ortalama yaş değeri 54,36 olup medyan yaş değeri 53 olarak saptanmıştır. Araştırmaya dahil edilen katılımcıların evlilik sürelerinin minimum değeri 3, maksimum değeri 61'dir. Ortalama evlilik süresi değeri 30,37 olup medyan evlilik süresi değeri 30 olarak saptanmıştır (Tablo-2).

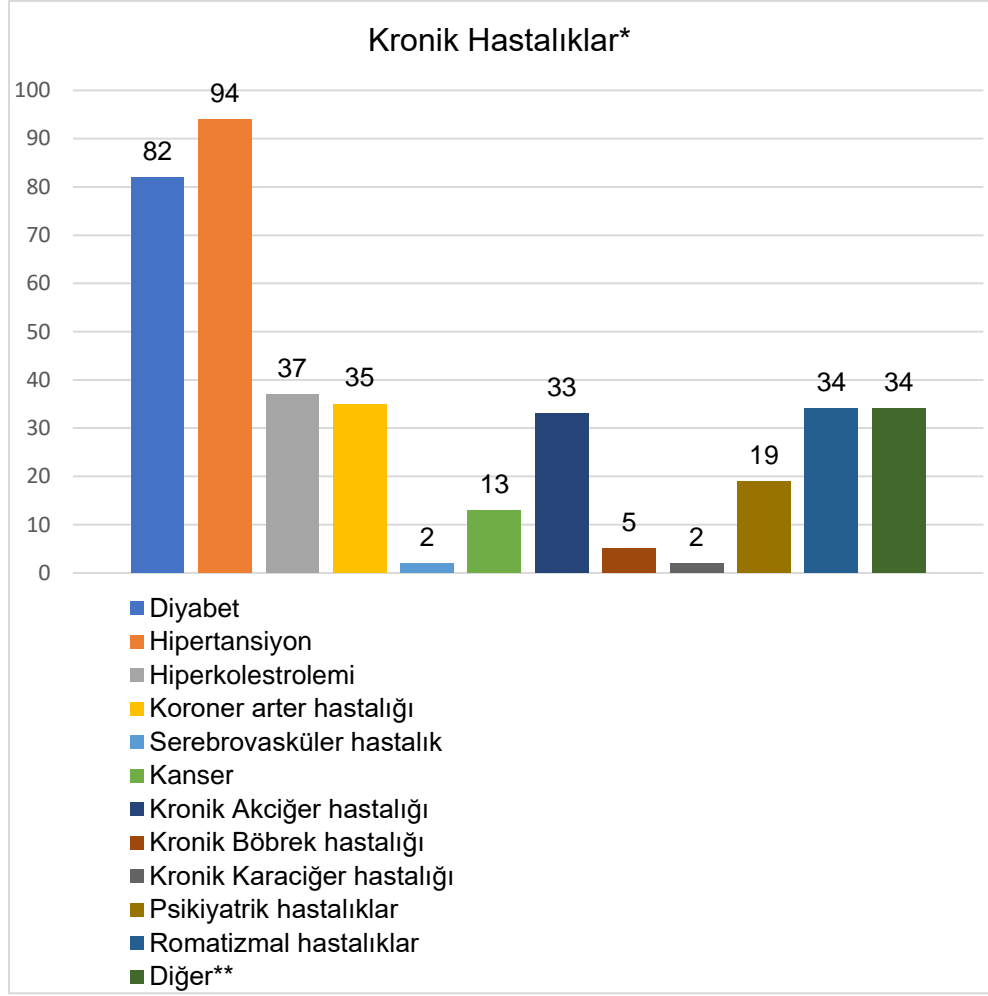
**Tablo-2:** Katılımcıların yaş ve evlilik süresi bilgileri

	n	Min	Max	Ort.	SS	Medyan
Yaş	342	40	84	54,36	9,114	53
Evlilik süresi	342	3	61	30,37	10,381	30

#### 4.2. Çalışmaya Katılan Kişilerin Biyolojik Risk Faktörleri

Çalışmamıza katılanların BKİ'leri incelendiğinde 90'ının (%26,3) normal, 169'unun (%49,4) fazla kilolu, 83'ünün (%24,3) obez olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan kişilerin %6,4'ü (n=22) çocukluk çağında şişman olduğunu, 93,6'sı (n=320) çocukluk çağında şişman olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların 246'sının (%71,9) kronik hastalığı bulunmaktayken, 96'sının (%28,1) kronik hastalığı bulunmamaktadır. Kronik hastalığı olan kişilerde en sık hipertansiyon ve diyabet bulunmakta; hipertansiyon %27,5 (n=94) diyabet ise %24 (n=82) sıklıkla görülmektedir. Bunu %10,8 (n=37) ile hiperkolestrolemi ve %10,2 (n=35) ile koroner arter hastalığı izlemektedir. Serebrovasküler hastalık ve kronik karaciğer hastalığı %0,6 ile eşit oranda en az (n=2) görülen kronik hastalık olarak tespit edilmiştir (Şekil-1).



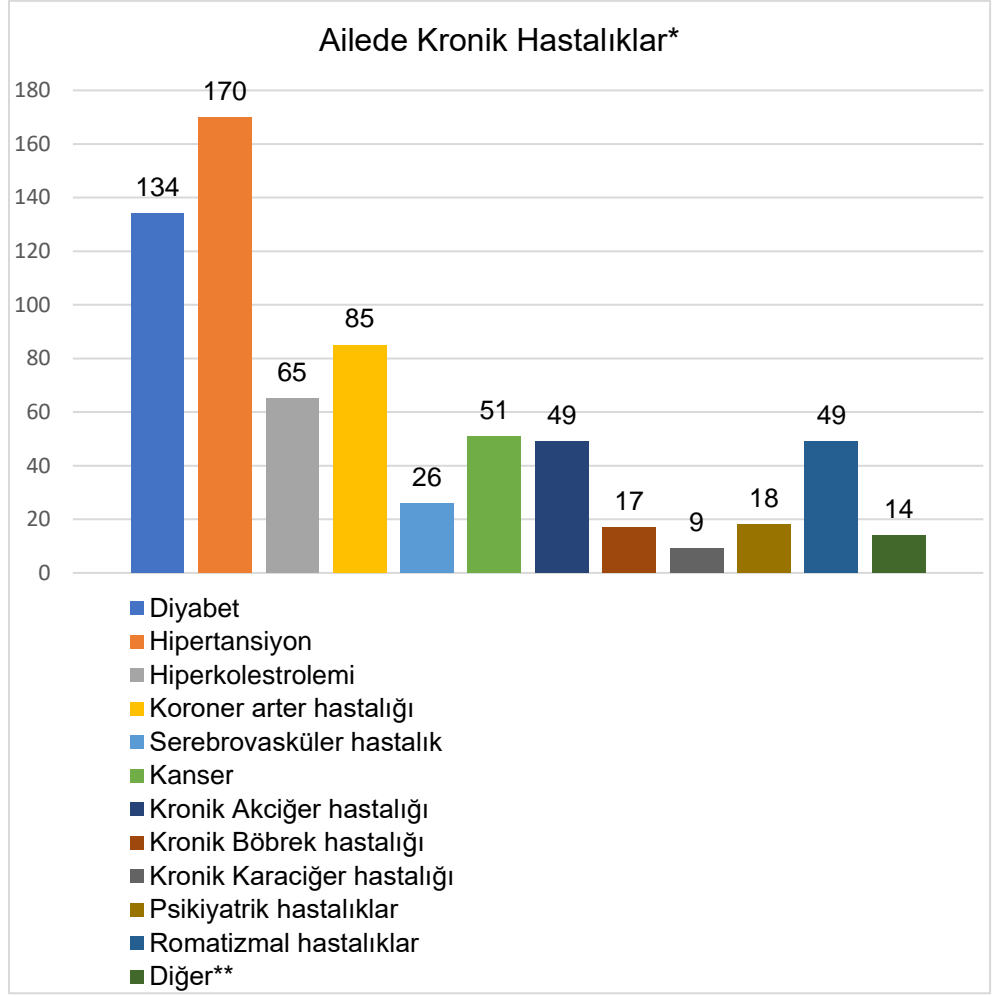


**Şekil-1:** Çalışmaya katılan kişilerin kronik hastalıklara göre dağılımı

\*: İlgili soruya birden fazla yanıt verilmiştir. Sayılar ve yüzdeler verilen cevaplar üzerinden hesaplanmıştır.

\*\* : Hipotiroidi, Hipertiroidi, Hashimoto, Gastrit, Barret Özofagus, Reflü, Alerji, Migren, Kalp kapağı hastalığı, MS, Talasemi taşıyıcılığı, Kronik Hepatit B, Vertigo, FMF

Çalışmamıza katılanların ailede kronik hastalığı olanların oranı %83,9 (n=287) iken, ailede kronik hastalık öyküsünde en sık hipertansiyon ve diyabet bulunmakta; hipertansiyon %49,7 (n=170) diyabet ise %39,2 (n=134) sıklıkla görülmektedir. Bunu %24,9 (n=85) ile koroner arter hastalığı izlemektedir ve ailede koroner hastalığı öyküsü olanların içinde 80 kişi erken yaşta (erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşından önce) kalp krizi öyküsüne sahiptir. Kronik karaciğer hastalığı %2,6 ile en az (n=9) görülen kronik hastalık olarak tespit edilmiştir (Şekil-2).



**Şekil-2:** Çalışmaya katılan kişilerin ailede kronik hastalık öyküsüne göre dağılımı

\*: İlgili soruya birden fazla yanıt verilmiştir. Sayılar ve yüzdeler verilen cevaplar üzerinden hesaplanmıştır.

\*\* : Guatr, Hipotiroidi, Benign prostat hiperplazisi, Tüberküloz, Epilepsi, Mide ülseri

Ailede aşırı kilo/obezite öyküsü olanlar %24 (n=82) ve ailede aşırı kilo/obezite öyküsü olmayanlar %76 (n=260) oranındadır. Araştırmaya katılanlardan 80 (%23,4) kişi sigara kullanmakta, 215 (%62,9) kişi hiç sigara kullanmamış ve 47 kişi (%13,7) sigarayı bırakmıştır. Çalışmaya katılanların %10,5'i (n=36) alkol kullandığını belirtirken, %86,5'i (n=215) hiç alkol kullanmadığını ve %2,9'u (n=10) alkolü bıraktığını ifade etmiştir. Çalışmaya katılanların genel özellikleri ve biyolojik risk faktörlerine ait veriler Tablo-1'de verilmiştir.

### 4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) II Ölçeğine ait Bilgiler

Çalışmaya katılanların SYBD II ölçeğinin alt boyutundan aldıkları puanlar açısından üç alt boyutun puanları 8 ile 36 arasında değişmekte olup, “**Beslenme**” alt boyutu için erkeklerin ortalaması 21,57; kadınların ortalaması 22,26; “**Fiziksel aktivite**” alt boyutu için erkeklerin ortalaması 13,50; kadınların ortalaması 13,34 ve “**Sağlık sorumluluğu**” alt boyutu için erkeklerin ortalaması 19,70; kadınların ortalaması 20,45 idi. Ölçek toplamından aldıkları puanlar 29 ile 100 arasında değişmekte olup, erkeklerde ortalama 54,77; kadınlarda ortalama 56,05 olarak tespit edilmiştir. SYBD II ölçeğine ait veriler Tablo-3’te verilmiştir.

**Tablo-3:** SYBD II ölçeği toplam ve alt faktörlere ait bulgular

n=342	Erkek				Kadın			
	Min	Max	Ort.	SS	Min	Max	Ort.	SS
Beslenme	9	34	21,57	4,639	9	36	22,26	4,371
Fiziksel aktivite	8	32	13,50	4,852	8	29	13,34	4,633
Sağlık sorumluluğu	9	36	19,70	5,418	10	34	20,45	4,332
Toplam	31	100	54,77	11,841	29	83	56,05	10,039

Çalışmamıza katılanlarda kayıtlı olunan ASM'lere göre *beslenme*, *fiziksel aktivite*, *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı, *SYBD II* ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür. (sırasıyla  $p=0,062$ ;  $p=0,248$ ;  $p=0,057$ ;  $p=0,153$ )

Evli çiftlerde kronik hastalık varlığına göre *beslenme* alt boyut puanı açısından erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken; kadınlarda anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erkeklerde ve kadınlarda kronik hastalığı olanların *beslenme* alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları görülmüştür (erkekler için  $p=0,072$  kadınlar için  $p<0,05$ ) (Tablo-4).

Çalışmamıza katılan evli çiftlerin sigara kullanım durumlarına göre *beslenme* alt boyut puanı açısından yalnızca erkeklerde istatistiksel olarak

anlamli farklilik bulunmuştur. Sigarayı hiç kullanmamış ve bırakmış olan erkeklerin *beslenme* alt boyut puanının sigara kullananlara göre anlamli düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (erkekler için  $p<0,05$ , kadınlar için  $p=0,076$ ).

Alkol kullanım durumlarına göre *beslenme* alt boyut puanı açısından erkeklerde ve kadınlarda istatistiksel olarak anlamli farklilik bulunmuştur. Çiftlerin her ikisinde de alkol kullanmayanların *beslenme* alt boyut puanı alkol kullananlara göre anlamli düzeyde yüksek olarak saptanmıştır [erkekler için  $p<0,05$ ; kadınlar için  $p<0,001$ ]. Demografik veriler, özgeçmiş ve soygeçmişteki risk faktörleri ile ilgili soruların *beslenme* alt boyut puanlarına göre karşılaştırılması Tablo-4'te verilmiştir.

Çiftlerin demografik verileri ile *beslenme* alt boyut puanları kıyaslandığında cinsiyet ve eğitim düzeyine göre *beslenme* alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmamıştır.

Çalışmamıza katılan evli çiftlerin her ikisinde çocukluk çağında şişman olma, ailede kronik hastalık öyküsü, ailede erken yaşta kalp krizi öyküsü, ailede aşırı kilo/obezite varlığına göre *beslenme* alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamli ilişki olmadığı görülmüştür (Tablo-4).

Tablo-5'te çiftlerin evlilik süreleri ile *beslenme* alt boyut puanı arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Buna göre katılımcıların evlilik süreleri ile *beslenme* alt boyut puanı arasındaki ilişki incelendiğinde yalnızca erkeklerde iki değişken arasında anlamli düzeyde doğrusal, pozitif yönde çok zayıf ilişki olduğu saptanmıştır. (erkekler için  $r=0,185$ ;  $p<0,05$ ; kadınlar için  $r=0,077$ ;  $p=0,317$ ).

Araştırmaya evli çiftlerde yaş ve BKİ ile *beslenme* alt boyut puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; her iki cinsiyet için *beslenme* alt boyut puan ortalamaları ile yaş ve BKİ arasında anlamli düzeyde ilişki saptanmamıştır (erkekler için yaş  $r=0,143$ ;  $p=0,062$ , kadınlar için yaş  $r=0,004$ ;  $p=0,962$ ), (erkekler için BKİ  $r=0,048$ ;  $p=0,534$ , kadınlar için BKİ  $r=0,089$ ;  $p=0,246$ ).

**Tablo-4:** Katılımcıların *beslenme* alt boyut puanları ile sosyodemografik özellikleri ve risk faktörleri arasındaki ilişki-1

n=342	Beslenme				p değeri
			n	Ort. ± SS	
Cinsiyet	Erkek		171	21,44 ± 4,711	0,051
	Kadın		171	22,39 ± 4,268	
Eğitim düzeyi	Erkek	İlköğretim ve altı	58	21,79 ± 4,452	0,410 <sup>a</sup>
		Lise	48	21,15 ± 4,753	
		Üniversite ve üzeri	65	21,69 ± 4,766	
	Kadın	İlköğretim ve altı	83	22,47 ± 4,440	0,750 <sup>a</sup>
		Lise	36	22,72 ± 3,940	
		Üniversite ve üzeri	52	21,60 ± 4,547	
Çocukluk çağında şişman olma	Erkek	Evet	8	19,25 ± 2,659	0,147
		Hayır	163	21,69 ± 4,690	
	Kadın	Evet	14	22,43 ± 4,815	0,879
		Hayır	157	22,24 ± 4,346	
Kronik Hastalık	Erkek	Evet	102	22,10 ± 4,473	0,072
		Hayır	69	20,80 ± 4,801	
	Kadın	Evet	144	22,54 ± 4,360	<b>0,049</b>
		Hayır	27	20,74 ± 4,193	
Ailede Kronik Hastalık Varlığı	Erkek	Evet	137	21,60 ± 4,649	0,886
		Hayır	34	21,47 ± 4,666	
	Kadın	Evet	150	22,17 ± 4,518	0,504
		Hayır	21	22,86 ± 3,151	

a: ANOVA testi

n=342	Beslenme				p değeri
			n	Ort. ± SS	
Ailede Erken Yaşta Kalp Krizi Öyküsü Varlığı	Erkek	Evet	37	21,19 ± 4,909	0,571
		Hayır	134	21,68 ± 4,575	
	Kadın	Evet	43	21,56 ± 4,866	0,226
		Hayır	128	22,49 ± 4,187	
Ailede Aşırı Kilo/Obezite Varlığı	Erkek	Evet	33	20,85 ± 3,572	0,319
		Hayır	138	21,75 ± 4,854	
	Kadın	Evet	49	21,67 ± 3,567	0,270
		Hayır	122	22,49 ± 4,648	
Sigara	Erkek	Kullanmıyorum	86	22,12 ± 4,426	<b>0,001<sup>a</sup></b>
		Kullanıyorum	56	19,80 ± 4,908	
		Bıaktım	29	23,38 ± 3,649	
	Kadın	Kullanmıyorum	129	22,65 ± 3,886	0,076 <sup>a</sup>
		Kullanıyorum	24	20,50 ± 6,108	
		Bıaktım	18	21,78 ± 4,596	
Alkol	Erkek	Kullanmıyorum	145	21,90 ± 4,483	<b>0,031</b>
		Kullanıyorum	26	19,77 ± 5,156	
	Kadın	Kullanmıyorum	161	22,59 ± 4,159	<b>&lt;0,001</b>
		Kullanıyorum	10	16,90 ± 4,433	

a: ANOVA testi

**Tablo-5:** Katılımcıların *beslenme* alt boyut puanları ile sosyodemografik özellikleri ve risk faktörleri arasındaki ilişki-2

n=342	Beslenme			
	Erkek		Kadın	
	r	p değeri	r	p değeri
Yaş	0,143	0,062	0,048	0,534
Evlilik süresi	0,185	<b>0,015</b>	0,077	0,317
Beden Kitle İndeksi	0,004	0,962	0,089	0,246

Çalışmamıza katılan evli çiftlerin eğitim düzeyine göre *fiziksel aktivite* alt boyut puanı açısından farklılık her iki cinsiyette de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim seviyesi üniversite üzeri olan erkeklerin *fiziksel aktivite* alt boyut puanının eğitim seviyesi ilköğretim ve altı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Eğitim seviyesi üniversite üzeri olan kadınların *fiziksel aktivite* alt boyut puanının eğitim seviyesi lise ve ilköğretim ve altı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ) (Tablo-6).

Araştırmaya katılan çiftlerde ailede aşırı kilo/obezite varlığına göre *fiziksel aktivite* alt boyut puanı açısından yalnızca erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ailede aşırı kilo/obezite öyküsü olan erkeklerin *fiziksel aktivite* alt boyutundan daha düşük puan aldıkları görülmüştür (erkekler için  $p<0,05$ ; kadınlar için  $p=0,064$ ).

Çalışmamıza katılan evli çiftlerin alkol kullanım durumlarına göre *fiziksel aktivite* alt boyut puanı açısından farklılık yalnızca erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Alkol kullanmayan erkeklerin *fiziksel aktivite* alt boyut puanının alkol kullananlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (erkekler için  $p<0,05$ ; kadınlar için  $p=0,694$ ).

Çalışmamıza katılan çiftlerin her ikisinde çocukluk çağında şişman olma, kronik hastalık varlığı, ailede kronik hastalık öyküsü, ailede erken yaşta kalp krizi öyküsü, sigara kullanım durumlarına göre *fiziksel aktivite* alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür (Tablo-6)

**Tablo-6:** Katılımcıların *fiziksel aktivite* alt boyut puanları ile sosyodemografik özellikleri ve risk faktörleri arasındaki ilişki-1

n=342	Fiziksel Aktivite				p değeri
			n	Ort. ± SS	
Cinsiyet	Erkek		171	13,73 ± 4,851	0,231
	Kadın		171	13,11 ± 4,615	
Eğitim düzeyi	Erkek	İlköğretim ve altı	58	12,07 ± 4,705	<b>0,017<sup>a</sup></b>
		Lise	48	13,88 ± 4,588	
		Üniversite ve üzeri	65	14,49 ± 4,941	
	Kadın	İlköğretim ve altı	83	11,90 ± 4,394	<b>&lt;0,001<sup>a</sup></b>
		Lise	36	13,33 ± 3,665	
		Üniversite ve üzeri	52	15,63 ± 4,749	
Çocukluk çağında şişman olma	Erkek	Evet	8	11,63 ± 2,669	0,265
		Hayır	163	13,59 ± 4,921	
	Kadın	Evet	14	13,50 ± 5,095	0,893
		Hayır	157	13,32 ± 4,607	
Kronik Hastalık	Erkek	Evet	102	13,07 ± 4,388	0,161
		Hayır	69	14,13 ± 5,439	
	Kadın	Evet	144	13,26 ± 4,574	0,625
		Hayır	27	13,74 ± 5,005	
Ailede Kronik Hastalık Varlığı	Erkek	Evet	137	13,31 ± 4,733	0,304
		Hayır	34	14,26 ± 5,310	
	Kadın	Evet	150	13,35 ± 4,542	0,915
		Hayır	21	13,24 ± 5,356	

a: ANOVA testi



n=342	Fiziksel Aktivite				p değeri
			n	Ort. ± SS	
Ailede Erken Yaşta Kalp Krizi Öyküsü Varlığı	Erkek	Evet	37	12,68 ± 4,217	0,246
		Hayır	134	13,72 ± 5,004	
	Kadın	Evet	43	13,44 ± 4,452	0,867
		Hayır	128	13,30 ± 4,708	
Ailede Aşırı Kilo/Obezite Varlığı	Erkek	Evet	33	11,42 ± 3,588	<b>0,006</b>
		Hayır	138	13,99 ± 4,993	
	Kadın	Evet	49	12,31 ± 3,144	0,064
		Hayır	122	13,75 ± 5,062	
Sigara	Erkek	Kullanmıyorum	86	13,85 ± 5,315	0,140 <sup>a</sup>
		Kullanıyorum	56	12,48 ± 4,173	
		Bıraktım	29	14,41 ± 4,436	
	Kadın	Kullanmıyorum	129	13,50 ± 4,707	0,292 <sup>a</sup>
		Kullanıyorum	24	12,00 ± 3,845	
		Bıraktım	18	13,94 ± 4,964	
Alkol	Erkek	Kullanmıyorum	145	13,91 ± 5,028	<b>0,008</b>
		Kullanıyorum	26	11,19 ± 2,829	
	Kadın	Kullanmıyorum	161	13,30 ± 4,642	0,694
		Kullanıyorum	10	13,90 ± 4,677	

a: ANOVA testi

Tablo-7’de katılımcıların evlilik süresi ile *fiziksel aktivite* alt boyut puanı arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Buna göre katılımcılardan yalnızca kadınların evlilik süresi ile *fiziksel aktivite* alt boyut puanı arasında anlamlı düzeyde doğrusal, negatif yönde çok zayıf düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır (erkekler için  $r=0,096$ ;  $p=0,213$ , kadınlar için  $r=-0,151$ ;  $p<0,05$ ).

Evli çiftlerde BKİ ile *fiziksel aktivite* alt boyut puanı arasında her iki cinsiyet için anlamlı düzeyde doğrusal, negatif yönde zayıf düzeyde ilişki

olduğu saptanmıştır. (erkekler için  $r=-0,263$ ;  $p<0,001$ ) , kadınlar için  $r=-0,317$ ;  $p<0,001$ ).

Araştırmaya katılan çiftlerde yaş ile *fiziksel aktivite* alt boyut puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; *fiziksel aktivite* alt boyut puan ortalamaları ile yaş arasında her iki cinsiyet için anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır (erkekler için  $r=-0,061$ ;  $p<=0,430$ ), kadınlar için  $r=-0,148$ ;  $p=0,053$ ).

**Tablo-7:** Katılımcıların *fiziksel aktivite* alt boyut puanları ile sosyodemografik özellikleri ve risk faktörleri arasındaki ilişki-2

n=342	Fiziksel Aktivite			
	Erkek		Kadın	
	r	p değeri	r	p değeri
Yaş	0,061	0,430	-0,148	0,053
Evlilik süresi	0,096	0,213	-0,151	<b>0,048</b>
Beden Kitle İndeksi	-0,263	<b>0,001</b>	-0,317	<b>&lt;0,001</b>

Cinsiyete göre *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kadınların *sağlık sorumluluğu* alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları görülmüştür ( $p<0,05$ ) (Tablo-8).

Çalışmamıza katılan evli çiftlerden erkeklerde eğitim düzeyine göre *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı açısından farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim seviyesi üniversite ve üzeri olan erkek katılımcıların *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanının eğitim seviyesi ilköğretim ve altı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (erkekler için  $p<0,05$ ; kadınlar için  $p=0,394$ ).

Çalışmamıza katılan evli çiftlerden yalnızca kadınlarda çocukluk çağında şişman olma durumuna göre *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı açısından farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çocukluk çağında şişman olma öyküsü olan kadın katılımcıların *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı, çocukluk çağında şişman olma öyküsü olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır (erkekler için  $p=0,088$ ; kadınlar için  $p<0,05$ ).

Araştırmaya katılan evli çiftlerde ailede aşırı kilo/obezite varlığına göre *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı açısından yalnızca erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erkeklerden ailede aşırı kilo/obezite öyküsü olanların *sağlık sorumluluğu* alt boyutundan daha düşük puan aldıkları görülmüştür (erkekler için  $p<0,05$ ; kadınlar için  $p=0,242$ ).

Alkol kullanım durumlarına göre *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı açısından yalnızca erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Alkol kullanmayan erkeklerin *sağlık sorumluluğu alt* boyut puanı kullananlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (erkekler için  $p<0,05$ ; kadınlar için  $p=0,245$ ).

Çalışmamıza katılan hem erkek hem kadınlarda kronik hastalık varlığı, ailede kronik hastalık öyküsü, ailede erken yaşta kalp krizi öyküsü varlığı, sigara kullanım durumuna göre *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür (Tablo-8).

Tablo-9'da katılımcıların BKİ ile *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Buna göre katılımcılardan yalnızca erkeklerde BKİ ile *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı arasında anlamlı düzeyde doğrusal, negatif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır (erkekler için  $r=-0,228$ ;  $p<0,05$ ; kadınlar için  $r=-0,103$ ;  $p=0,178$ ).

Araştırmaya katılan kişilerde yaş ve evlilik süresi ile *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; her iki cinsiyet için *sağlık sorumluluğu* alt boyut puan ortalamaları ile yaş ve evlilik süresi arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır (erkekler için yaş  $r=0,018$ ;  $p=0,820$ , kadınlar için yaş  $r=-0,078$ ;  $p=0,313$ ), (erkekler için evlilik süresi  $r=0,074$ ;  $p=0,333$ , kadınlar için evlilik süresi  $r=-0,050$ ;  $p=0,515$ ).

**Tablo-8:** Katılımcıların *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanları ile sosyodemografik özellikleri ve risk faktörleri arasındaki ilişki-1

n=342	Sağlık Sorumluluğu				p değeri
			n	Ort. ± SS	
Cinsiyet	Erkek		171	19,32 ± 5,179	<b>0,004</b>
	Kadın		171	20,83 ± 4,521	
Eğitim düzeyi	Erkek	İlköğretim ve altı	58	18,29 ± 4,515	<b>0,035<sup>a</sup></b>
		Lise	48	19,90 ± 5,965	
		Üniversite ve üzeri	65	20,80 ± 5,535	
	Kadın	İlköğretim ve altı	83	19,99 ± 4,227	0,394 <sup>a</sup>
		Lise	36	20,78 ± 4,498	
		Üniversite ve üzeri	52	20,96 ± 4,388	
Çocukluk çağında şişman olma	Erkek	Evet	8	16,50 ± 3,891	0,088
		Hayır	163	19,85 ± 5,442	
	Kadın	Evet	14	22,79 ± 6,727	<b>0,035</b>
		Hayır	157	20,24 ± 4,018	
Kronik Hastalık	Erkek	Evet	102	20,16 ± 5,754	0,177
		Hayır	69	19,01 ± 4,840	
	Kadın	Evet	144	20,54 ± 4,274	0,526
		Hayır	27	19,96 ± 4,686	
Ailede Kronik Hastalık Varlığı	Erkek	Evet	137	19,73 ± 5,638	0,870
		Hayır	34	19,56 ± 4,494	
	Kadın	Evet	150	20,38 ± 4,344	0,572
		Hayır	21	20,95 ± 4,318	

a: ANOVA testi

n=342	Sağlık Sorumluluğu				p değeri
			n	Ort. ± SS	
Ailede Erken Yaşta Kalp Krizi Öyküsü Varlığı	Erkek	Evet	37	19,35 ± 5,779	0,663
		Hayır	134	19,79 ± 5,333	
	Kadın	Evet	43	20,12 ± 4,463	0,561
		Hayır	128	20,56 ± 4,299	
Ailede Aşırı Kilo/Obezite Varlığı	Erkek	Evet	33	17,27 ± 3,947	<b>0,004</b>
		Hayır	138	20,28 ± 5,571	
	Kadın	Evet	49	19,84 ± 4,849	0,242
		Hayır	122	20,70 ± 4,102	
Sigara	Erkek	Kullanmıyorum	86	20,29 ± 5,403	0,077 <sup>a</sup>
		Kullanıyorum	56	18,36 ± 5,086	
		Bıraktım	29	20,52 ± 5,779	
	Kadın	Kullanmıyorum	129	20,74 ± 4,487	0,210 <sup>a</sup>
		Kullanıyorum	24	19,04 ± 3,940	
		Bıraktım	18	20,28 ± 3,409	
Alkol	Erkek	Kullanmıyorum	145	20,05 ± 5,643	<b>0,044</b>
		Kullanıyorum	26	17,73 ± 3,389	
	Kadın	Kullanmıyorum	161	20,55 ± 4,357	0,245
		Kullanıyorum	10	18,90 ± 3,755	

a: ANOVA testi

**Tablo-9:** Katılımcıların *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanları ile sosyodemografik özellikleri ve risk faktörleri arasındaki ilişki-2

n=342	Sağlık Sorumluluğu			
	Erkek		Kadın	
	r	p değeri	r	p değeri
Yaş	0,018	0,820	-0,078	0,313
Evlilik süresi	0,074	0,333	-0,050	0,515
Beden Kitle İndeksi	-0,228	<b>0,003</b>	-0,103	0,178

Katılımcılar ailede aşırı kilo/obezite varlığına göre *SYBD II ölçeği* toplam puanı açısından değerlendirilmiş olup yalnızca erkeklerde farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ailede aşırı kilo/obezite öyküsü olan erkeklerin *SYBD II Ölçeği* toplam puanından daha düşük puan aldıkları görülmüştür (erkekler için  $p<0,05$ ; kadınlar için  $p=0,065$ ) (Tablo-10).

Çalışmamıza katılan evli çiftlerin sigara kullanım durumlarına göre *SYBD II Ölçeği* toplam puanı açısından yalnızca erkeklerde farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sigarayı hiç kullanmamış ve bırakmış olan erkeklerin *SYBD II Ölçeği* toplam puanının sigara kullananlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (erkekler için  $p<0,05$ , kadınlar için  $p=0,056$ ).

Alkol kullanım durumlarına göre *SYBD II Ölçeği* toplam puanı açısından her iki cinsiyette istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Alkol kullanmayanların *SYBD II Ölçeği* toplam puanı her iki cinsiyet için kullananlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Değişkenler arasındaki ilişki Tablo-10'da verilmiştir.

**Tablo-10:** Katılımcıların *SYBD II Ölçeği* toplam puanları ile sosyodemografik özellikleri ve risk faktörleri arasındaki ilişki-1

n=342	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Toplam Puan				p değeri
			n	Ort. ± SS	
Cinsiyet	Erkek		171	54,48 ± 11,471	0,119
	Kadın		171	56,33 ± 10,417	
Eğitim düzeyi	Erkek	İlköğretim ve altı	58	52,16 ± 10,458	0,077 <sup>a</sup>
		Lise	48	54,92 ± 12,430	
		Üniversite ve üzeri	65	56,98 ± 12,263	
	Kadın	İlköğretim ve altı	83	54,36 ± 10,190	0,084 <sup>a</sup>
		Lise	36	56,83 ± 9,063	
		Üniversite ve üzeri	52	58,19 ± 10,142	
Çocukluk çağında şişman olma	Erkek	Evet	8	47,38 ± 5,951	0,070
		Hayır	163	55,13 ± 11,949	
	Kadın	Evet	14	58,71 ± 14,312	0,301
		Hayır	157	55,81 ± 9,595	
Kronik Hastalık	Erkek	Evet	102	55,32 ± 11,523	0,456
		Hayır	69	53,94 ± 12,336	
	Kadın	Evet	144	56,35 ± 10,039	0,368
		Hayır	27	54,44 ± 10,078	
Ailede Kronik Hastalık Varlığı	Erkek	Evet	137	54,64 ± 11,689	0,772
		Hayır	34	55,29 ± 12,605	
	Kadın	Evet	150	55,91 ± 10,060	0,627
		Hayır	21	57,05 ± 10,077	

a: ANOVA testi

n=342	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği toplam puan			p değeri	
			n		Ort. ± SS
Ailede Erken Yaşta Kalp Krizi Öyküsü Varlığı	Erkek	Evet	37	53,22 ± 12,702	0,370
		Hayır	134	55,19 ± 11,606	
	Kadın	Evet	43	55,12 ± 10,538	0,484
		Hayır	128	56,36 ± 9,889	
Ailede Aşırı Kilo/Obezite Varlığı	Erkek	Evet	33	49,55 ± 8,220	<b>0,005</b>
		Hayır	138	56,01 ± 12,250	
	Kadın	Evet	49	53,82 ± 8,671	0,065
		Hayır	122	56,94 ± 10,438	
Sigara	Erkek	Kullanmıyorum	86	56,26 ± 12,563	<b>0,004<sup>a</sup></b>
		Kullanıyorum	56	50,64 ± 10,940	
		Bıaktım	29	58,31 ± 9,123	
	Kadın	Kullanmıyorum	129	56,89 ± 9,932	0,056 <sup>a</sup>
		Kullanıyorum	24	51,54 ± 11,337	
		Bıaktım	18	56,00 ± 7,562	
Alkol	Erkek	Kullanmıyorum	145	55,86 ± 12,054	<b>0,004</b>
		Kullanıyorum	26	48,69 ± 8,446	
	Kadın	Kullanmıyorum	161	56,44 ± 9,937	<b>0,039</b>
		Kullanıyorum	10	49,70 ± 10,045	

a: ANOVA testi

Tablo-11'de katılımcıların BKİ ile *SYBD II Ölçeği* toplam puanı arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Buna göre katılımcıların her ikisi için BKİ ile *SYBD II Ölçeği* toplam puanı arasında anlamlı düzeyde doğrusal, negatif yönde sırasıyla zayıf ve çok zayıf ilişki olduğu saptanmıştır. (erkekler için  $r=-0,210$ ;  $p<0,05$ , kadınlar için  $r=-0,152$ ;  $p<0,05$ ).

Araştırmaya katılan kişilerde yaş ve evlilik süresi ile *SYBD II Ölçeği* toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; her iki cinsiyette *SYBD II Ölçeği*



toplam puan ortalamaları ile yaş ve evlilik süresi arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır (erkekler için yaş  $r=0,089$ ;  $p=0,247$ ; kadınlar için yaş  $r=-0,081$ ;  $p=0,293$ ), (erkekler için evlilik süresi  $r=0,146$ ;  $p=0,057$ ; kadınlar için evlilik süresi  $r=-0,058$ ;  $p=0,451$ ).

**Tablo-11:** Katılımcıların *SYBD II Ölçeği* toplam puanları ile sosyodemografik özellikleri ve risk faktörleri arasındaki ilişki-2

n=342	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği toplam puan			
	Erkek		Kadın	
	r	p değeri	r	p değeri
Yaş	0,089	0,247	-0,081	0,293
Evlilik süresi	0,146	0,057	-0,058	0,451
Beden Kitle İndeksi	-0,210	<b>0,006</b>	-0,152	<b>0,047</b>

Araştırmamıza katılanların *beslenme* alt boyut puanı ve *toplam* ölçek puanı arasındaki ilişki incelendiğinde her iki cinsiyet için iki değişken arasında anlamlı düzeyde doğrusal, pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır (erkekler için  $r=0,781$ ;  $p<0,001$ ; kadınlar için  $r=0,766$ ;  $p<0,001$ ) (Tablo-12).

Katılımcıların *fiziksel aktivite* alt boyut puanı ve *toplam* ölçek puanı arasındaki ilişki incelendiğinde her iki cinsiyet için iki değişken arasında anlamlı düzeyde doğrusal, pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır (erkekler için  $r=0,769$ ;  $p<0,001$ ; kadınlar için  $r=0,723$ ;  $p<0,001$ ).

Çalışmamıza katılanların *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı ve *toplam* ölçek puanı arasındaki ilişki incelendiğinde her iki cinsiyet için iki değişken arasında anlamlı düzeyde doğrusal, pozitif yönde sırasıyla çok yüksek ve yüksek düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır (erkekler için  $r=0,828$ ;  $p<0,001$ ; kadınlar için  $r=0,771$ ;  $p<0,001$ ). Değişkenler arasındaki ilişki Tablo-12'de verilmiştir.

**Tablo-12:** Katılımcıların *Beslenme, fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu* alt boyut puanlarının *toplam* ölçek puanıyla ilişkisi

n=342	Toplam Ölçek Puanı			
	Erkek		Kadın	
	r	p değeri	r	p değeri
Beslenme	0,781	<0,001	0,766	<0,001
Fiziksel Aktivite	0,769	<0,001	0,723	<0,001
Sağlık Sorumluluğu	0,828	<0,001	0,771	<0,001

Katılımcıların *beslenme* ve *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı arasındaki ilişki incelendiğinde her iki cinsiyet için iki değişken arasında anlamlı düzeyde doğrusal, pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır (erkekler için  $r=0,488$ ;  $p<0,001$ ; kadınlar için  $r=0,452$ ;  $p<0,001$ ).

Araştırmamıza katılanların *fiziksel aktivite* ve *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı arasındaki ilişki incelendiğinde her iki cinsiyet için iki değişken arasında anlamlı düzeyde doğrusal, pozitif yönde sırasıyla orta ve zayıf düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır (erkekler için  $r=0,439$ ;  $p<0,001$ , kadınlar için  $r=0,330$ ;  $p<0,001$ ). Değişkenler arasındaki ilişki Tablo-13'te verilmiştir.

**Tablo-13:** Katılımcıların *Beslenme ve fiziksel aktivite* alt boyut puanlarının *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı ile ilişkisi

n=342	Sağlık Sorumluluğu			
	Erkek		Kadın	
	r	p değeri	r	p değeri
Beslenme	0,488	<0,001	0,452	<0,001
Fiziksel Aktivite	0,439	<0,001	0,330	<0,001

Araştırmamıza katılanların *beslenme* ve *fiziksel aktivite* alt boyut puanı arasındaki ilişki incelendiğinde her iki cinsiyet için iki değişken arasında anlamlı düzeyde doğrusal, pozitif yönde sırasıyla orta ve zayıf düzeyde ilişki

olduğu saptanmıştır (erkekler için  $r=0,405$ ;  $p<0,001$ ; kadınlar için  $r=0,294$ ;  $p<0,001$ ). Değişkenler arasındaki ilişki Tablo-14'te verilmiştir.

**Tablo-14:** Katılımcıların *Beslenme* ve *fiziksel aktivite* alt boyut puanları arasındaki ilişki

n=342	Fiziksel Aktivite			
	Erkek		Kadın	
	r	p değeri	r	p değeri
Beslenme	0,405	<0,001	0,294	<0,001

#### 4.4. Kronik Hastalıklar ve Yaşam Tarzı Faktörlerinde Eşlerin Uyumu

Çalışmamızda eşler arasında uyumu değerlendirmek amacı ile istatistiksel yöntem olarak McNemar testi kullanılmıştır. Bu teste göre ilgili bulgularda iki değişken arasında anlamlı ilişki bulunmadığında ( $p>0,05$ ), eşler arasında incelenen faktöre ait uyum varlığı şeklinde yorumlanmıştır.

Araştırmamıza katılan evli çiftler yaşları açısından karşılaştırıldığında eşlerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ( $p<0,001$ ). Çalışmamıza katılan evli çiftlerin çoğu 40 ile 59 yaşları arasındadır. Yaşları 40 ile 49 arasında olan erkeklerin sayısı 47 (%27,5) ile; kadınlardan daha azdır ( $n=65$ , %38). Çalışmamızdaki erkekler en sık 50-59 yaş aralığında yer alır ( $n=68$ , %39,8); 50-59 yaş arası kadın sayısı benzerdir ( $n=62$ , %36,3). Yaş aralığı 60 ile 69 arası olan erkek sayısı 39 (%22,8); kadın sayısı 36 ile birbirine yakındır (%21,1). Çalışmamıza katılan 70 yaş üzeri erkeklerin sayısı 17 (%9,9) ile kadınlardan daha fazladır (%4,7,  $n=8$ ) (Tablo-15).

Eşlerin eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında evli çiftlerin eğitim seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ( $p=0,001$ ). Erkeklerde en çok görülen eğitim seviyesinin üniversite ve üzeri olması %38 ( $n=65$ ) sıklıkla görülürken; kadınlarda bu oran %30,4'tür ( $n=52$ ). Lise mezunu erkeklerin oranı %28 ( $n=48$ ) iken; kadınlarda bu oran %21,1 ( $n=36$ ) ile daha düşük saptanmıştır. Çalışmamıza katılan kadınlarda %48,5

(n=83) ile ilköğretim ve altı eğitim seviyesi en sık görülürken; erkeklerde bu oran %33,9 (n=58) ile daha düşük saptanmıştır.

Çalışmamızdaki evli çiftlerin beden kitle indeksleri karşılaştırıldığında eşler arasında fazla kilolu ya da obez olma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ( $p=0,894$ ). Erkeklerde BKİ nin 25 ve üzeri olması %73,1 (n=125) ile; kadınlara benzerdir (%74,3; n=127). Beden kitle indeksi normal olan erkeklerin oranı %26,9 (n=46) iken kadınlarda bu oran %25,7 (n=44) ile birbirine yakındır. Erkeklerde fazla kilolu olma oranı %57,9 (n=99) iken; kadınların %40,9'u (n=70) fazla kiloludur. Erkeklerde obezite oranı %15,2 (n=26) ve kadınlarda %33,3 (n=57) olarak saptanmıştır.

Çocukluk çağında şişman olma açısından evli çiftler karşılaştırıldığında eşler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ( $p=0,263$ ). Kadınlarda çocukluk çağında şişman olma oranı %8,2 (n=14) ile erkekler ile benzerdir (%4,7; n=8).

Ailede kronik hastalık varlığı açısından eşler karşılaştırıldığında eşler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=0,053$ ). Kadınlarda ailede kronik hastalık öyküsü olan 150 kişi (%87,7) varken; erkeklerde ailede kronik hastalık öyküsü olan 137 kişi (%80,1) vardır.

Araştırmamıza katılan evli çiftler ailede erken yaşta kalp krizi öyküsü varlığı açısından karşılaştırıldığında eşler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p=0,504$ ). Ailede erken yaşta kalp krizi öyküsü olan kadın sayısı 43 (%25,1) ile erkek sayısı benzerdir (n=37; %21,6).

Çalışmamızdaki evli çiftler ailede aşırı kilo/obezite varlığı açısından karşılaştırıldığında eşler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu gösterilmiştir ( $p=0,033$ ). Ailede aşırı kilo/obezite öyküsü olan kadın oranı %28,7 (n=49); erkeklerden daha fazladır (%19,3; n=33).

Çalışmamıza katılan eşler sigara kullanımı açısından karşılaştırıldığında evli çiftler arasında sigara kullanımı arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Kadınlarda hiç sigara kullanmamış olanlar %75,4 ile (n=129) en fazla orandayken; erkeklerde bu oran %50,3 (n=86) ile daha düşüktür. Sigara kullanan erkeklerin oranı %32,7

(n=56) ile kadınlardan daha fazladır (%14, n=24). Erkeklerde sigara bırakanların oranı %17 (n=29) ile kadınlardan daha fazladır (%10; n=18).

Çalışmamızda alkol kullanmayan erkeklerin oranı %77,8, kadınların oranı %93,6; alkol kullanan erkeklerin oranı %32,7, kadınların oranı %5,8, alkolü bıraktığını ifade edenlerin oranı erkeklerde %5,3, kadınlarda %0,6 olarak hesaplanmış olup evli çiftler arasındaki alkol kullanımını farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Kronik hastalık varlığı açısından eşler karşılaştırıldığında evli çiftler arasında kronik hastalık varlığı istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Kadınlarda kronik hastalık oranı %84,2 (n=144) iken erkeklerde kronik hastalık oranı %59,6 (n=104) ile kadınlardan daha düşük bulunmuştur.

Hipertansiyon açısından eşler kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,030$ ). Hipertansiyonu olan kadın sayısı 56 (%32,7) ile erkek sayısından 38 (%22,2) daha fazladır.

Araştırmamıza katılan evli çiftler diyabet açısından karşılaştırıldığında eşler arasında diyabet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ( $p=0,044$ ). Diyabeti olan bireylerden kadın sayısı 49 (%28,7) erkeklerden daha fazladır (n=33; %19,3).

Hiperkolestrolemi açısından evli çiftler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ( $p=0,265$ ). Hiperkolestolemisi olan erkek sayısı 15 (%8,8) ve kadın sayısı birbirine yakındır (n=22; %12,9).

Çalışmamıza katılan evli çiftler koroner arter hastalığı açısından karşılaştırıldığında eşler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ( $p=0,090$ ). Koroner arter hastalığı olan erkek oranı %13,5 (n=23); kadın oranı %7'dir (n=12). Değişkenler arasındaki ilişki Tablo-15'te verilmiştir.

**Tablo-15: Evli çiftlerin temel özellikleri**

n=171		Erkek (n=171)		Kadın (n=171)		p değeri
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Yaş	≤49	47	27,5	65	38	<b>&lt;0,001</b>
	50-59	68	39,8	62	36,3	
	60-69	39	22,8	36	21,1	
	≥70	17	9,9	8	4,7	
Eğitim düzeyi	İlköğretim ve altı	58	33,9	83	48,5	<b>0,001</b>
	Lise	48	28,1	36	21,1	
	Üniversite ve üzeri	65	38	52	30,4	
Beden Kitle İndeksi	Normal	46	26,9	44	25,7	0,894
	Fazla kilolu	99	57,9	70	40,9	
	Obez	26	15,2	57	33,3	
Çocukluk çağında şişman olma	Evet	8	4,7	14	8,2	0,263
	Hayır	163	95,3	157	91,8	
Ailede kronik hastalık varlığı	Evet	137	80,1	150	87,7	0,053
	Hayır	34	19,9	21	12,3	
Ailede erken yaşta kalp krizi öyküsü varlığı	Evet	37	21,6	43	25,1	0,504
	Hayır	134	78,4	128	74,9	
Ailede aşırı kilo/obezite varlığı	Evet	33	19,3	49	28,7	<b>0,033</b>
	Hayır	138	80,7	122	71,3	
Sigara	Kullanmıyorum	86	50,3	129	75,4	<b>&lt;0,001</b>
	Kullanıyorum	56	32,7	24	14	
	Bıraktım	29	17	18	10,5	
Alkol	Kullanmıyorum	136	77,8	160	93,6	<b>&lt;0,001</b>
	Kullanıyorum	26	15,2	10	5,8	
	Bıraktım	9	5,3	1	0,6	
Kronik hastalık	Evet	102	59,6	144	84,2	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	69	40,4	27	15,8	
Hipertansiyon	Evet	38	22,2	56	32,7	<b>0,030</b>
	Hayır	133	77,8	115	67,3	
Diyabet	Evet	33	19,3	49	28,7	<b>0,044</b>
	Hayır	138	80,7	122	71,3	
Hiperkolesterolemi	Evet	15	8,8	22	12,9	0,265
	Hayır	156	91,2	149	87,1	
Koroner arter hastalığı	Evet	23	13,5	12	7	0,090
	Hayır	148	86,5	159	93	

\*Eşler arasında uyumu değerlendirmek için McNemar testi kullanılmıştır.

Çiftlerin her ikisinin de bir kronik hastalığa sahip olduğu çiftler %43,9 (n=75) oranındadır. Evli çiftlerden yalnızca kadının kronik hastalığının olduğu çift sayısı 69 (%40,9) iken; yalnızca erkekte kronik hastalığın olduğu çift sayısı 27'dir (%15,8). Kronik hastalık varlığı açısından eşler karşılaştırıldığında evli çiftler arasında kronik hastalık varlığı istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo-16).

Çalışmamıza katılan evli çiftlerin her ikisinde hipertansiyonun olduğu çift sayısı 16'dır (%7,6). Eşlerden yalnızca kadında hipertansiyonun olduğu 40 çift (%23,4) varken; yalnızca erkekte hipertansiyonun olduğu 22 çift (%12,9) vardır. Çiftlerin her ikisinde de hipertansiyonun olmadığı 93 çift vardır (%54,4). Hipertansiyon açısından eşler kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,030$ ).

Araştırmamızdaki çiftlerin her ikisinde diyabetin olduğu çift sayısı 13'tür (%7,6). Çiftlerden yalnızca kadında diyabet varlığı %21,1 (n=36) iken; yalnızca erkekte diyabet varlığı %11,7 oranındadır (n=20). Her iki çiftte diyabetin olmaması %59,6 oranındadır (n=102). Araştırmamıza katılan evli çiftler diyabet açısından karşılaştırıldığında eşler arasında diyabet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ( $p=0,044$ ).

Çiftlerden her ikisinde hiperkolestrolemi olan çift sayısı 4 (%2,3) iken çiftlerin her ikisinde de kolesterol yüksekliği olmayan çift sayısı 138'dir (%80,7). Çiftlerden yalnızca kadında hiperkolestrolemi olan 18 çift (%10,5) varken; yalnızca erkekte kolesterol yüksekliği olan 11 çift (%6,4) vardır. Hiperkolestrolemi açısından evli çiftler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ( $p=0,265$ ).

Çalışmamıza katılan evli çiftlerin her ikisinde koroner arter hastalığının olduğu çift sayısı 0'dır. Eşlerden yalnızca kadında koroner arter hastalığının olduğu 12 çift (%7) varken; yalnızca erkekte koroner arter hastalığının olduğu 23 çift (%13,5) vardır. Çiftlerin her ikisinde de koroner arter hastalığının olmadığı 136 çift vardır (%79,5). Çalışmamıza katılan evli çiftler koroner arter hastalığı açısından karşılaştırıldığında eşler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ( $p=0,090$ ).

Araştırmamızdaki çiftlerin her ikisinin de fazla kilolu ya da obez olduğu çift sayısı 98'dir (%57,3). Çiftlerden yalnızca kadında fazla kiloluluk ya da obezite varlığı %17 (n=29) iken; yalnızca erkekte fazla kilolu ya da obez olma %15,8 oranındadır (n=27). Her iki çiftin de fazla kilolu ya da obez olmadığı 17 çift (%9,9) vardır. Fazla kilolu ya da obez olma açısından evli çiftler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (p=0,894).

Araştırmamızdaki çiftlerin her ikisinde de güncel sigara içiminin olduğu çift sayısı 13'tür (%7,6). Çiftlerden yalnızca kadında güncel sigara içme oranı %6,4 (n=11) iken; yalnızca erkekte güncel sigara içme oranı %25,1 oranındadır (n=43). Her iki çiftin de güncel olarak sigara içiminin olmadığı çift sayısı 104'tür (%60,8). Çalışmamıza katılan eşler sigara kullanımı açısından karşılaştırıldığında evli çiftler arasında sigara kullanımı arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

Çiftlerden her ikisinde güncel alkol kullanımı olan çift sayısı 7 (%4,1) iken çiftlerin her ikisinde de güncel alkol kullanımı olmayan çift sayısı 142'dir (%83). Çiftlerden yalnızca kadında güncel olarak alkol kullanımı olan 3 çift (%1,8) varken; yalnızca erkekte güncel olarak alkol kullanımı olan 19 çift (%11,1) olarak hesaplanmış olup evli çiftler arasındaki alkol kullanımı farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001). Değişkenler arasındaki ilişki Tablo-16'da verilmiştir.



**Tablo-16:** Kronik hastalıklar ve yaşam tarzı faktörleri için eşlerin uyumu

n=171	E+ / K+ (%)	E- / K+ (%)	E+ / K- (%)	E- / K- (%)	p değeri
Kronik hastalık	75 (%43,9)	69 (%40,4)	27 (%15,8)	0	<b>&lt;0,001</b>
Hipertansiyon	16 (%9,4)	40 (%23,4)	22 (%12,9)	93 (%54,4)	<b>0,030</b>
Diyabet	13 (%7,6)	36 (%21,1)	20 (%11,7)	102 (%59,6)	<b>0,044</b>
Hiperkolesterolemi	4 (%2,3)	18 (%10,5)	11 (%6,4)	138 (%80,7)	0,265
Koroner arter hastalığı	0	12 (%7)	23 (%13,5)	136 (%79,5)	0,090
Fazla kilolu/ Obez	98 (%57,3)	29 (%17)	27 (%15,8)	17 (%9,9)	0,894
Güncel Sigara	13 (%7,6)	11 (%6,4)	43 (%25,1)	104 (%60,8)	<b>&lt;0,001</b>
Güncel Alkol	7 (%4,1)	3 (%1,8)	19 (%11,1)	142 (%83)	<b>0,001</b>

\*Eş uyumunu değerlendirmek için McNemar testi kullanılmıştır.

Araştırmamıza katılan evli çiftlerin yaşları kıyaslandığında eşlerin yaşları arasında anlamlı düzeyde doğrusal, pozitif yönde çok yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=0,892$ ;  $p<0,001$ ).

Eşlerin beden kitle indeksleri arasındaki ilişki incelendiğinde evli çiftlerin beden kitle indeksleri arasında anlamlı düzeyde doğrusal, pozitif yönde zayıf ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ( $r=0,208$ ;  $p<0,05$ ).

Çalışmamıza katılan çiftlerin *beslenme* alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde eşlerin *beslenme* alt boyut puanları arasında anlamlı düzeyde doğrusal, pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ( $r=0,577$ ;  $p<0,01$ ). Evli çiftlerin *fiziksel aktivite* alt boyut puanları karşılaştırıldığında eşlerin *fiziksel aktivite* alt boyut puanları arasında anlamlı düzeyde doğrusal, pozitif yönde orta düzeyde ilişkiye rastlanmıştır ( $r=0,456$ ;  $p<0,001$ ). Eşlerin *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde evli çiftlerde *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanları arasında anlamlı düzeyde doğrusal, pozitif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=0,524$ ;  $p<0,001$ ).

Araştırmamızdaki evli çiftlerin *toplam ölçek* puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında eşlerin *toplam ölçek* puanları arasında anlamlı düzeyde doğrusal, pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu hesaplanmıştır ( $r=0,598$ ,  $p<0,001$ ). Değişkenler arasındaki ilişki Tablo-17’de verilmiştir.

**Tablo-17:** Yaşam tarzı faktörleri için eşlerin uyumu

n=171	r	p değeri
Yaş	0,892	<b>&lt;0,001</b>
Beden Kitle İndeksi	0,208	<b>0,006</b>
Beslenme	0,577	<b>&lt;0,001</b>
Fiziksel aktivite	0,456	<b>&lt;0,001</b>
Sağlık sorumluluğu	0,524	<b>&lt;0,001</b>
Toplam ölçek	0,598	<b>&lt;0,001</b>

Araştırmamıza katılan evli çiftlerin BKİ’leri arasındaki fark ve evlilik süreleri arasındaki ilişki incelendiğinde iki değişken arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır ( $r=-0,143$ ;  $p=0,062$ ) (Tablo-18).

Çalışmaya katılan evli çiftlerin *beslenme* alt boyut puanları arasındaki fark ve evlilik süreleri arasındaki ilişki incelendiğinde iki değişken arasında anlamlı düzeyde doğrusal, negatif yönde çok zayıf ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=-0,156$ ;  $p<0,05$ ).

Araştırmamızda yer alan eşlerin *fiziksel aktivite* alt boyut puanları arasındaki fark ve evlilik süreleri arasındaki ilişki incelendiğinde iki değişken arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır ( $r=-0,006$ ;  $p=0,942$ ).

Çalışmamızda yer alan eşlerin *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanları arasındaki fark ve evlilik süreleri arasındaki ilişki incelendiğinde iki değişken arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır ( $r=-0,141$ ;  $p=0,066$ ).

Araştırmamıza katılan evli çiftlerin *toplam ölçek* puanları arasındaki fark ve evlilik süreleri arasındaki ilişki incelendiğinde iki değişken arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır ( $r=-0,078$ ;  $p=0,311$ ). Değişkenler arasındaki ilişki Tablo-18’de verilmiştir.

**Tablo-18:** Evlilik süresinin eşler arasında risk faktörlerindeki uyuma etkisi

n=171	Evlilik süresi	
	r	p değeri
Eşlerin BKİ'leri arasındaki fark	-0,143	0,062
Eşlerin beslenmeleri arasındaki fark	-0,156	<b>0,042</b>
Eşlerin fiziksel aktiviteleri arasındaki fark	-0,006	0,942
Eşlerin sağlık sorumlulukları arasındaki fark	-0,141	0,066
Eşlerin toplam ölçek puanları arasındaki fark	-0,078	0,311

## 5. TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre yaşam tarzı ile ilişkili olarak ortaya çıkan hastalıklar az gelişmiş ülkelerin ölüm nedenlerinin %40-50'sini ve gelişmiş ülkelerin ölüm nedenlerinin %70-80'ini oluşturmaktadır (115). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları mortalite ve morbiditenin yanı sıra, yaşam kalitesi üzerine de olumlu etki etmektedir. DSÖ davranış ve yaşam tarzının bireylerin sağlık kalitelerinin %60'ını oluşturduğuna işaret etmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları hem hastayı hem de ailesini etkileyen bir durumdur (116).

Evli çiftler birbirlerinin sağlıklarını ve sağlıkla ilgili yaşam tarzlarını etkilemektedir. Eşlerin genellikle benzer risk faktörlerine sahip olduğu ve evlilik süresi arttıkça benzerliklerinin artma eğiliminde olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle kronik hastalık riskini azaltmaya yönelik müdahalelerin bireylere yönelik olması yerine çiftleri birlikte hedeflemenin daha etkili olabileceği öngörülmektedir (117).

Çalışmamızda evli çiftler arasında kronik hastalıklara ve bu hastalıklara neden olduğu bilinen *değiştirilebilen davranışsal risk faktörlerinden* sigara içme, egzersiz ve beslenme alışkanlıkları gibi ortak yaşam tarzı faktörlerine ilişkin eşler arasındaki uyumun belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmamızda evli çiftler arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme, fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu ile beden kitle indeksi açısından uyum tespit edilmiştir. Eşler hiperkolestrolemi ve koroner arter hastalığı açısından uyumluyken; eşler arasında kronik hastalık varlığı, hipertansiyon ve diyabet açısından uyum tespit edilememiştir.

### 5.1. Çalışmaya Katılanların Genel Özellikleri

Evli çiftler arasında kronik hastalıklara ve yaşam tarzı faktörlerine ilişkin eşler arasındaki uyumu araştıran Jun ve ark. tarafından yapılan, aile hekimlerini ziyaret eden 40 ile 80 yaşları arasındaki bireylerden oluşan bir çalışmada, katılımcıların çoğunun (%69) 50 ile 70 yaşları arasında olduğu

bildirilmiştir (97). Bizim çalışmamıza katılan evli çiftlerin çoğu (%70,8) 40 ile 59 yaşları arasında olmakla birlikte ortalama yaş değeri 54,4 olarak saptanmıştır. Çalışmamızın yürütüldüğü dönemde Covid-19 pandemisi ve ülke genelinde 65 yaş üstüne yönelik alınan önlemler benzer çalışmalara göre olan yaş grubu farklılığının önemli bir sebebidir.

Knuiman ve ark.'nın kardiyovasküler risk faktörlerinde eşlerin uyumu ve evlilik süresinin etkisini araştırdıkları çalışmayı evlilik süreleri 1 yıl ile 63 yıl arasında değişen katılımcılar oluşturmakta iken evlilik süresinin medyan değeri 21 olarak bildirilmiştir (100). Benzer şekilde araştırmamızda katılımcıların evlilik süreleri 3 yıl ile 61 yıl arasında değişmekte olup; ortalama evlilik süresi değeri 30,37 ve evlilik süresinin medyan değeri 30 olarak saptanmıştır.

Alır ve Özkan'ın dâhiliye polikliniğine başvuran hastalara SYBD-II ölçeğini uyguladıkları bir çalışmada katılımcıların %46,1'inin ilköğretim ve altı, %34,2'sinin lise, %19,7'sinin üniversite ve üzeri eğitim seviyesinde olduğu tespit edilmiştir (118). Koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının araştırıldığı başka bir çalışmada katılımcıların %37,2'sinin eğitim seviyesinin ilköğretim ve altı, %26,3'ünün lise ve %36,6'sının üniversite ve üzeri olduğu bildirilmiştir (119). Araştırmamıza katılanların eğitim durumları incelendiğinde katılımcıların %44,7'sinin eğitim düzeyinin ilköğretim ve altı olduğu, %24,6'sının lise mezunu olduğu, %34,2'sinin eğitim düzeyinin üniversite ve üzeri olduğu ve belirlenmiştir.

TURDEP-II çalışmasında Türk yetişkin nüfusunda %31,2 olarak saptanan obezite prevalansı, Türkiye 2017 STEPS çalışmasına göre %29 olarak tespit edilmiş olup, fazla kiloluluk oranı %36 olarak bildirilmiştir (5, 72). Çalışmamıza katılanların BKİ'leri incelendiğinde obezite oranının %24,3 ve fazla kiloluluk oranının %49,4 olduğu görülmüştür. Araştırmamızda obez olma oranı Türkiye genelindeki çalışmalardan daha düşük; fazla kiloluluk oranı ise daha yüksek bulunmuştur.

TURDEP-II'de erkeklerde obezite prevalansı %27, kadınlarda ise %44 olarak tespit edilmiştir (73). Türkiye 2017 STEPS çalışmasına göre erkeklerin %22'si ve kadınların %36'sı obez iken; erkeklerin %41'i ve kadınların %30'u fazla kilolu olarak saptanmıştır (5). Araştırmamızda erkeklerde obezite oranı

%15,2 ve kadınlarda %33,3 olarak saptanmıştır. Erkeklerde fazla kiloluluk oranı %57,9 iken; kadınların %40,9'u fazla kiloludur. Çalışmamızda erkeklerde ve kadınlarda obezite oranları, ilgili çalışmalardan daha düşüktür; fazla kiloluluk oranları daha yüksek bulunmuştur.

Elde edilen verilere göre 2010 yılında dünya genelinde hastalık yükünün (DALY) %7'sinden hipertansiyonun sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (62). Dünya genelinde diyabet prevalansı 2014 yılında yaklaşık %9'dur (48). Türk Hipertansiyon Prevalansı Çalışması 2 (Patent2) sonuçlarına göre Türkiye'de hipertansiyon sıklığı %30 olarak saptanmıştır. Diyabet prevalansı ise 2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasında %13,7 bulunmuştur (70). Çalışmamızdaki katılımcıların %71,9'unun kronik hastalığı bulunmakta olup kronik hastalığı olan kişilerde en sık hipertansiyon ve diyabet bulunmakta; hipertansiyon %27,5; diyabet ise %24 sıklıkla görülmektedir. Çalışmaya dâhil etme kriterlerimizden birinin 'evli çiftlerden en az birinde kronik hastalık olması' sebebiyle, bizim çalışmamızda diyabet sıklığı TURDEP-II çalışmasından daha yüksektir.

Kronik hastalıklar için değiştirilemeyen risk faktörleri arasında aile öyküsü yer alır. STEPS 2017 çalışmasına göre katılımcıların yaklaşık yarısının (%45,8), ebeveynlerinde ya da kardeşlerinde tanı konulmuş, tedavi gerektiren kronik bir hastalık olduğu bulunmuştur. Ailede kronik hastalık olanlar arasında en sık hipertansiyon (%51), tip 2 diyabet (%46,4) ve kalp krizi görülmektedir (5). Çalışmamıza katılanların ebeveynlerinde ya da kardeşlerinde tanı konulmuş, tedavi gerektiren kronik bir hastalık olanların oranı %83,9 iken ailede kronik hastalık öyküsünde en sık hipertansiyon (%49,7) diyabet (%39,2) ve koroner arter hastalığı (%24,9) saptanmıştır. Aile öyküsünde kronik hastalık sıklığının bizim çalışmamızda genel topluma göre daha fazla görülmesi, araştırma grubumuzu oluşturma kriterleri arasında yer alan "eşlerden en az birinde kronik hastalık öyküsü olma" koşulu ile uyumludur.

Savaşan ve ark.'nın koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelediği bir çalışmada ailede koroner arter hastası olma oranı %45,7 olarak bildirilmiştir (120). Diyabetik koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği Özarslan ve ark.'nın yaptığı

araştırmada katılımcıların %43,1'inin KAH soy geçmişi bulunmaktadır (121). Bizim çalışmamızda %24,9 oranında ailede koroner arter hastalığı izlemektedir ve ailede koroner hastalığı öyküsü olanların %94.1'i erken yaşta kalp krizi öyküsüne sahiptir.

Çocukluk çağındaki şişmanlığın ve ailede obez birey bulunmasının obezite için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Çayır ve ark.'nın fazla kiloluluk ve obezite açısından çalışmamıza benzer örnekleme sahip olan araştırmasında katılımcıların %33.6'sı çocukluk çağında şişman olup, %32.5'inin ailesinde obez bir kişi bulunduğu bildirilmiştir (122). Bizim çalışmamıza katılan kişilerin %6,4'ü çocukluk çağında şişman olduğunu ve %24'ü ailede aşırı kilo/obezite öyküsü olduğunu ifade etmiştir. Çalışmamıza katılanların güncel BKİ'lerinin %73,7 oranında normalden yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızda çocukluk çağında şişman olan ve ailede aşırı kilo/obezite öyküsü olanların düşük oranda olup, yaşamın ilerleyen yıllarında BKİ'lerinin normalden yüksek saptanması; katılımcılarda kilo alımının yaşamın ilerleyen yıllarında ortaya çıktığını ve bunun ilerleyen yıllarda eşlerinden edinilen beslenme alışkanlıkları ve yaşam biçiminden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Kang ve ark.'nın koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada katılımcıların %43.3'ü hiç sigara kullanmamış, %43.3'ü sigarayı bırakmış ve sigara kullananların oranı %13,4 olarak bildirilmiştir (119). Araştırmamıza katılanların %62,9'u hiç sigara kullanmamış ve %13,7'si sigarayı bırakmıştır. Bizim araştırmamızda sigara kullanmayanların oranı daha yüksek ve sigara bırakma oranı daha düşük bulunmuştur. Araştırmamızda sigara kullanım sıklığı %23,4'tür. Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması 2011'de bu sıklık %33 olarak açıklanmıştır (123). Çalışmamızdaki tütün tüketim sıklığı Türkiye genelinin altında saptanmıştır.

Araştırmamızda alkol kullanım sıklığı %10,5'tir. Katılımcıların %86,5'i hiç alkol kullanmadığını ve %2,9'u alkolü bıraktığını ifade etmiştir. STEPS 2017 çalışmasında katılımcıların %83,6'sı ömür boyu alkol tüketmemişken, %4,3'ü alkolü bıraktıklarını ifade etmiş, alkol tüketim sıklığı %8 olarak

bildirilmiştir (5). Çalışmamızdaki alkol tüketim sıklığı Türkiye geneli ile benzer saptanmıştır.

## **5.2. Çalışmaya Katılanların SYBD II Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları**

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ölçmenin, sağlığın geliştirilmesi için uygulanması gereken davranışların belirlenmesi ve bu amaca yönelik olarak planlanacak programların etkinliğinin değerlendirilmesi için yol gösterici olduğu bilinmektedir (114). Bireylerin davranışlarını değerlendirmenin yanı sıra, bireylerde sağlıklı yaşam alışkanlıklarının süreklilik sağlayacak şekilde kazandırılması açısından da önemlidir (124).

Evli çiftlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelediğimiz SYBD II ölçeğinin 3 alt boyutunda genel olarak toplam puan ortalaması erkeklerde 54,77; kadınlarda 56,05 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda evli çiftlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında genel olarak nispeten düşük tutumlara sahip olduğu gösterilmiştir. Ölçek alt boyutları arasında en yüksek puan “*beslenme*”, en düşük puan ise “*fiziksel aktivite*” alt boyutunda görülmüştür. Kılınç ve ark.’nın kalp yetersizliği hastalarında yaptıkları bir araştırmada da en düşük puan “*fiziksel aktivite*” alt boyutunda görülmüş ve bu açıdan çalışmamızla benzer sonuçlar gösterdiği saptanmıştır (125). Tayvan’da Chiou ve ark.’nın koroner arter hastalarıyla yaptığı bir çalışmada benzer şekilde fiziksel aktivite puanının en düşük olduğu saptanmıştır (126). Bizim çalışmamızda da fiziksel aktivite alışkanlığı, Türkiye geneline benzer şekilde düşük saptanmıştır ve tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ciddi sağlık sorunlarını beraberinde getirmektedir.

## **5.3. Katılımcıların *Beslenme* Alt Boyut Puanları ile Sosyodemografik Özellikleri ve Risk Faktörleri Arasındaki İlişki**

Yeterli ve dengeli beslenme, sağlıklı yaşamın ve hastalıklardan korunmanın ön koşullarından biridir. Yapılan araştırmalarla, beslenme



alışkanlıklarının değiştirilmesi ve fiziksel aktivitenin artırılmasıyla Tip 2 diyabetin %30 ile 50 oranlarında önlenebileceği bilinmektedir (36).

Çalışmamıza katılan evli çiftlerin *beslenme* alt boyut puanı erkeklerde 21,57 ve kadınlarda 22,26 olup, bu açıdan evli çiftlerin ortalama tutumlara sahip oldukları söylenebilir. Alır ve Özkan bu alt boyut için ortalama puanı dâhiliye polikliniğine başvuran hastalardan erkeklerde 22,86 ve kadınlarda 24,04 bulmuştur (118). İzmir'de Şimşek ve ark.'nın tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada *beslenme* alt boyut puanı erkeklerde 22,7; kadınlarda 22,2 olarak saptanmıştır (127). Başarır ve Pakyüz'ün hemodiyaliz hastalarında yaptığı bir çalışmada *beslenme* alt boyut puanı erkeklerde 25,97; kadınlarda 24,96 olarak saptanmıştır (116). Çalışmamızdaki bu alt boyut için elde edilen bulgular diğer çalışmalarla benzerdir.

Çalışmamıza katılan evli çiftlerde cinsiyete göre *beslenme* alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Şimşek ve ark.'nın çalışmasında da *beslenme* alt boyut puanı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunamamışken, pek çok çalışmada *beslenme* alt boyut puanı erkeklerde daha yüksek bulunmuştur (116,125,127). Kültürümüzde evde yemek hazırlayanın genelde kadın olması, beslenme alışkanlıklarında daha çok kadınları söz sahibi kılmakta, eşleri de onlara uyum sağlamaktadır. Çalışmamızda değerlendirilen evli çiftlerin *beslenme* alt boyut puanları arasında benzerlik görülmesi, beklenen bir sonuçtur.

Yüksek eğitim seviyesine sahip kişiler sağlıklı yaşam biçimini kazanmak, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için daha iyi bir bilgi seviyesine sahiptir (128). Özkaraman ve ark.'nın çalışmasında araştırmaya katılan hastaların eğitim düzeyi arttıkça *beslenme* alt boyut puanlarının arttığı bildirilmiştir (129). Kang ve ark.'nın yaptığı çalışmanın sonucunda da benzer şekilde yüksek eğitim seviyesine sahip olan hastaların daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışı gösterdiği belirtilmiştir (119). Ancak literatürün aksine çalışmamızdaki çiftlerde eğitim düzeyine göre *beslenme* alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Koruma motivasyonu teorisi ve sağlık inanç modeli gibi sağlık davranışı teorileri, bireylerin sağlığına yönelik tehditlerin olumlu sağlık davranışlarında bulunma motivasyonunu tetikleyebileceğini öne sürmektedir (21,130). Bizim çalışmamızda kronik hastalık varlığına göre *beslenme* alt boyut puanı açısından erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken; kadınlarda anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Erkeklerde ve kadınlarda kronik hastalığı olanların *beslenme* alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları görölmüştür. Sonuçlarımız bu teoriyle uyumludur.

Çalışmamıza katılan evli çiftlerden kadınlarda sigara kullanım durumuna göre *beslenme* alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken; sigarayı hiç kullanmamış ve bırakmış olan erkeklerin *beslenme* alt boyut puanının sigara kullananlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Katılımcılarının %75'inin erkek olduğu koroner arter hastalarında yapılan bir çalışmada ise sigara içmeyenlerin; sigara içenler ve sigarayı bırakanlara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından daha yüksek puanlar aldığı bildirilmiştir (119). Bu sonuç, sigara içmeyenlerin olumlu sağlık davranışlarını sergileme olasılıkları daha yüksek olduğu için, beklenen bir sonuçtur.

Belirli bir düzeyin üzerindeki alkol kullanım miktarları “zararlı/riskli kullanım, fiziksel ve/veya ruhsal zarara yol açabilecek düzeyde alkol kullanımı” olarak tanımlanır (131). Her ne kadar çalışmamızda tüketilen alkol miktarıyla ilgili katılımcılara soru sorulmadıysa da, zararlı alkol tüketimi alışkanlığı olmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha yaygın olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak evli çiftlerin her ikisinde de alkol kullanmayanların *beslenme* alt boyut puanı alkol kullananlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (sırasıyla  $p<0,05$ ,  $p<0,001$ ). Çalışmamızdan farklı olarak hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği bir çalışmada alkol kullanan ve kullanmayan hastalar arasında, *beslenme* alt boyut puanları açısından anlamlı fark saptanmadığı bildirilmiştir (116).

Erkeklerde evlilik süreleri ile *beslenme* alt boyut puanı arasında anlamlı ilişkinin saptandığı çalışmalarda; evliliğin, özellikle erkekler için sağlıklı

yaşam biçimi tercihlerini etkilediği gösterilmiştir (86,88). Bizim çalışmamızda katılımcıların evlilik süreleri ile *beslenme* alt boyut puanı arasındaki ilişki incelendiğinde yalnızca erkeklerde iki değişken arasında anlamlı düzeyde pozitif yönde zayıf ilişki olduğu saptanmıştır. Sonuçlarımız literatürle uyumlu bulunmuştur.

#### **5.4. Katılımcıların *Fiziksel Aktivite* Alt Boyut Puanları ile Sosyodemografik Özellikleri ve Risk Faktörleri Arasındaki İlişki**

Çalışmamıza katılan evli çiftlerin *fiziksel aktivite* alt boyut puanı erkeklerde 13,50 ve kadınlarda 13,34 olup, bu açıdan evli çiftlerin düşük tutumlara sahip oldukları söylenebilir. Alır ve Özkan bu alt boyut için ortalama puanı dâhiliye polikliniğine başvuran hastalardan erkeklerde 17,43 ve kadınlarda 17,89 bulmuştur (118). İzmir’de tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada *fiziksel aktivite* alt boyut puanı erkeklerde 21,3; kadınlarda 21 olarak saptanmıştır (127). Hemodiyaliz hastalarında yapılan bir çalışmada *fiziksel aktivite* alt boyut puanı erkeklerde 14,42; kadınlarda 12,20 olarak saptanmıştır (116). Fiziksel aktivite belirleyicileri arasında yaş, sosyoekonomik durum, kültürel yapı, sağlık düzeyi ve motivasyonu gibi pek çok faktör yer almaktadır (47) Çalışmalarda bu alt boyut için elde edilen bulguların farklı olmasının, çalışmalardaki fiziksel aktivite belirleyicilerinden sosyodemografik ve biyolojik risk faktörlerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan evli çiftlerde cinsiyete göre *fiziksel aktivite* alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Şimşek ve ark.’nın çalışmasında da *fiziksel aktivite* alt boyut puanı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunamamışken, pek çok çalışmada *fiziksel aktivite* alt boyut puanı erkeklerde daha yüksek bulunmuştur (116,127,129,132). Bizim çalışmamızda değerlendirilen evli çiftlerin *fiziksel aktivite* alt boyut puanları arasında farklılık görülmemesi literatürdeki evli çiftlerin fiziksel aktivitelerinin benzer olduğunu gösteren çalışmalarla benzerdir (99,133).

Yaptığımız çalışmada her iki cinsiyet için eğitim düzeyi arttıkça *fiziksel aktivite* alt boyut puanında da artma olduğu görülmüştür. Başarır ve Pakyüz’ün

çalışmasında da benzer şekilde üniversite mezunlarının *fiziksel aktivite* alt boyut puanları diğer eğitim gruplarından daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir (116). Literatürdeki bulgular da, eğitimin egzersiz alışkanlıkları üzerine olumlu etkisi olduğunu göstermektedir (134,135).

Fiziksel aktivitenin sağlık ve iyilik hali üzerine etkileri bilinmesine rağmen, kronik hastalığı olan çoğu yetişkinin fiziksel olarak inaktif bir yaşam sürmekte olduğu bilinmektedir (136). Çalışmamıza katılan çiftlerin her ikisinde kronik hastalık varlığına göre *fiziksel aktivite* alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür. Araştırmamızdan farklı sonuç bildiren kolorektal kanser için kür sağlanmış olan kişilerle yapılan çalışmada, ilk tedavilerinden 1-14 yıl sonra görüşüldüğünde katılımcılarda ve ailelerinde tedavi sonrası olumlu egzersiz davranış değişikliği olduğu bildirilmiştir (137). Yani bu durum kolorektal kanser gibi mortalitesi yüksek kronik hastalığı olanların, hastalıklarından etkilenip fiziksel aktivitelerine daha fazla önem verdiğini ve fiziksel aktivitede eşler arasında uyum olduğunu göstermiştir.

Araştırmamıza katılan çiftlerde ailede aşırı kilo/obezite varlığına göre *fiziksel aktivite* alt boyut puanı açısından yalnızca erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ailede aşırı kilo/obezite öyküsü olan erkeklerin *fiziksel aktivite* alt boyutundan daha düşük puan alması, ailelerinde edindikleri yaşam biçimi alışkanlıklarını devam ettirme konusunda çalışmamıza katılan erkeklerin daha yatkın olmasından kaynaklanmış olabilir.

Fiziksel aktivite ile riskli davranışlardan sigara içmenin ters ilişkili olduğu bilinmektedir (47). Çalışmamıza katılan çiftlerin her ikisinde sigara kullanım durumlarına göre *fiziksel aktivite* alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı, ancak sigara kullananların *fiziksel aktivite* alt boyut puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Sigara içmeyenlerin olumlu sağlık davranışlarını sergileme olasılıkları daha yüksek olduğundan, bu beklenen bir sonuçtur (47). Benzer şekilde koroner arter hastalarında ve kronik böbrek hastalarında yapılan çalışmalarda; sigara kullanan katılımcıların fiziksel aktivitelerinin, sigara kullanmayanlara göre daha az olduğu saptanmıştır (116,119). Sonuçlarımız literatürle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan evli çiftlerin alkol kullanım durumlarına göre *fiziksel aktivite* alt boyut puanı açısından farklılık yalnızca erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızda alkol kullanmayan erkeklerin *fiziksel aktivite* alt boyut puanının alkol kullananlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Benzer şekilde Başarır ve Pakyüz'ün yaptığı çalışmada alkol kullanan hastaların *fiziksel aktivite* alt boyut puanlarının, alkol kullanmayanlardan daha düşük olduğu bildirilmiştir (116). Bu sonuç, zararlı alkol tüketimi alışkanlığı olmayanların olumlu sağlık davranışlarını sergileme olasılıkları daha yüksek olduğu için, beklenen bir sonuçtur.

Bizim çalışmamızda katılımcıların evlilik süresi ile *fiziksel aktivite* alt boyut puanı arasındaki ilişki incelendiğinde katılımcılardan yalnızca kadınlarda iki değişken arasında anlamlı düzeyde negatif yönde zayıf ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmamız, evlilik süresi daha uzun olan çiftlerin, düşük düzeyde fiziksel aktivite alışkanlığı davranışlarında uyum gösterme olasılığının daha yüksek bulunduğu literatürdeki çalışmayla uyumlu sonuçlanmıştır (138).

Evli çiftlerde beden kitle indeksi ile *fiziksel aktivite* alt boyut puanı arasında her iki cinsiyet için anlamlı düzeyde negatif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde bir çalışmada *fiziksel aktivite* alt boyut puanı ile BKİ arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur(116). Bu bulgular normal kilodaki bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından fiziksel aktiviteyi daha çok uyguladığını ve uygulayanların kilo kontrolünde daha başarılı olduğunu düşündürmektedir.

##### **5.5. Katılımcıların Sağlık Sorumluluğu Alt Boyut Puanları ile Sosyodemografik Özellikleri ve Risk Faktörleri Arasındaki İlişki**

Toplum içinde oranı gittikçe artan yaşlı nüfusun hayatını aktif, üretken ve başarılı bir şekilde sürdürebilmesi için sağlıklı yaşlanma konusunda bireysel ve toplumsal bilincin geliştirilmesi, her bireyin kendi sağlığına yönelik koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışları gösterebilmesi, üzerine düşen *sağlık sorumluluğunu* yerine getirmesi gerekmektedir (3). Çalışmamıza katılan evli

çiftlerin *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı erkeklerde 19,70 ve kadınlarda 20,45 olup, bu açıdan ortalama tutumlara sahip olduğu söylenebilir. Dâhiliye polikliniğine başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada bu alt boyut için ortalama puan erkeklerde 22,63 ve kadınlarda 24,16 bulunmuştur (118). Kronik böbrek hastalarında yapılan bir çalışmada *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı erkeklerde 27,19; kadınlarda 27,16 olarak saptanmıştır (116). Çalışmalar arası farklılığın, son dönem böbrek hastalığı gibi ileri evre kronik hastalığı olanların sağlık sorumluluğunun daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Cinsiyete göre *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kadınların *sağlık sorumluluğu* alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları görülmüştür ( $p<0,05$ ). Bozhüyük ve ark.'nın yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (139). Sonuçlar literatürdeki kadınların sağlıkla ilgili konuları daha fazla önemsedikleri ve sağlıkla ilgili konularda daha çok sorumluluk aldıkları bilgisiyile uyumludur (86,88).

Çalışmamıza katılan evli çiftlerden erkeklerde eğitim düzeyine göre *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı açısından farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim seviyesi üniversite ve üzeri olan erkek katılımcıların *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanınının eğitim seviyesi ilköğretim ve altı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Özkaraman ve ark.'nın araştırmasında eğitim düzeyi yüksek hastalar, daha fazla sağlık sorumluluğu taşıdıklarını ifade etmişlerdir (129). Literatürdeki benzer sonuçlara ve araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara göre olumlu sosyokültürel değişkenlerin sağlık sorumluluğunu pozitif yönde etkilediği düşünülmüştür.

Sağlığı Geliştirme Modeli'nde, bireyin kronik hastalığa sahip olmasının sağlık sorumluluğunu arttırdığı belirtilmiştir (35). Çalışmamızdaki hem erkek hem kadın katılımcılarda kronik hastalık varlığına göre *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görülse de; literatürle uygun olarak kronik hastalığı olan katılımcıların, *sağlık sorumluluğu*

alt boyutu puanının, kronik hastalığı olmayan gruba göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan evli çiftlerden erkeklerin ailede aşırı kilo/obezite öyküsü olanların *sağlık sorumluluğu* alt boyutundan daha düşük puan aldıkları görülmüştür ( $p<0,05$ ). Çalışmamızdan farklı olarak Kasar ve Akyol'un çalışmasında ailede aşırı kilo/obezite öyküsü ile *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (140). Çalışmamızdaki katılımcılardan erkeklerde ailede obezite gibi kronik hastalık risk faktörleri fazla olanların, ailelerinin alışkanlıklarından etkisinde kalarak sağlık sorumluluklarının daha düşük olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan evli çiftlerin her ikisinde sigara kullanım durumuna göre *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı, ancak sigara kullananların *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı, sigara kullanmayanlardan daha düşük bulunmuştur. Benzer şekilde literatürde sigara kullanmayanların *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanından daha yüksek puan aldığı görüldüğü çalışmalar mevcuttur (139,141). Bu sonuç, sigara içmeyenlerin sağlık sorumlulukları daha yüksek olduğu için, beklenen bir sonuçtur.

Araştırmamızda alkol kullanmayan erkeklerin *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı kullananlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Kadınlarda ve erkeklerde alkol kullananların *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı, alkol kullanmayanlardan daha düşük bulunmuştur. Çalışmamızdan elde edilen bulgular Tuğut ve ark.'nın alkol kullanmayanların *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanlarının anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu çalışmasıyla benzerlik göstermektedir (142).

Katılımcılardan yalnızca erkeklerde beden kitle indeksi ile *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanı arasında anlamlı düzeyde negatif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=-0,228$ ,  $p<0,05$ ). Benzer şekilde Bozhüyük ve ark.'nın yaptığı çalışmada BKİ'ne göre normal kilolu olan grubun *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanının daha yüksek olduğu görülmüştür (139). Bu da obezitenin kronik bir hastalık olduğu ve kanıksandığı, yaşam tarzı değişikliklerinin etkisinin bilincinde olunmadığı, kronik hastalıklarda olduğu gibi

ancak hayatı tehdit edecek derecede kritik safhaya gelince sağlık sorumluluğunun arttığını gösteren çalışmalarla uyumludur.

### **5.6. Katılımcıların SYBD II Ölçeği Toplam Puanları ile Sosyodemografik Özellikleri ve Risk Faktörleri Arasındaki İlişki**

Evli çiftlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını SYBD II ölçeğinin 3 alt boyutunu kullanarak incelediğimiz araştırmamızda genel olarak toplam puan ortalaması erkeklerde 54,77; kadınlarda 56,05 olarak tespit edilmiştir. SYBD II ölçeği puanı %25'lik dilimlere ayrıldığında çalışmamızda kullandığımız 3 alt boyutun toplamı için evli çiftlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları için bulunan sonucun düşük düzeyde olduğu görülmüştür.

Çalışmamıza katılan evli çiftlerde cinsiyete göre SYBD II ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. SYBD, hem hastayı hem de ailesini etkileyen bir durumdur. Bu sonucu elde etmemizin nedeninin çalışmamızda değerlendirilen katılımcıların evlilik uyumlarının düzeyinin yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan evli çiftlerin sigara kullanım durumlarına göre SYBD II ölçeği toplam puanı açısından yalnızca erkeklerde farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sigara kullanan erkeklerin SYBD II ölçeği toplam puanının diğer gruplara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Çalışmamıza benzer şekilde Martinelli ve ark.'nın yaptığı çalışmada sigara içmeyen öğrencilerin SYBD ölçeği toplam puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bulunmuştur (141).

Çalışmamızda alkol kullanmayanların SYBD II ölçeği toplam puanı her iki cinsiyet için kullananlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Başarır ve Pakyüz'ün çalışmasında da çalışmamıza benzer şekilde alkol kullananların toplam SYBDÖ-II puanları alkol kullanmayanlardan daha düşük olarak saptanmıştır (116).

Sağlığı Geliştirme Modeli'nde, bireyin kronik hastalığa sahip olmasının sağlıklı bir yaşam biçimini benimsemeye etkili olduğu belirtilmiştir (35). Çalışmamızdaki hem erkek hem kadın katılımcılarda kronik hastalık varlığına



göre SYBD II ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görülse de; literatürle uygun olarak kronik hastalığı olan katılımcıların, SYBD II ölçeği toplam puanının, kronik hastalığı olmayan gruba göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızdaki sonuçlar bu modelle uyumludur.

Çalışmamızda katılımcıların her ikisi için beden kitle indeksi ile *sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği* toplam puanı arasında anlamlı düzeyde negatif yönde sırasıyla zayıf ve çok zayıf ilişki olduğu saptanmıştır. (erkekler için  $r=-0,210$ , kadınlar için  $r=-0,152$ ). Yine benzer şekilde Arslan ve Ceviz'in yaptıkları bir çalışmada, obezite ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında negatif yönde ilişki olduğu gözlemlenmiştir (143).

### **5.7. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Toplam Puanları ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki**

Araştırmamıza katılanların alt boyut puanlarının kendi arasında ve *toplam* ölçek puanı ile ilişkisi incelendiğinde her iki cinsiyet için değişkenler arasında anlamlı düzeyde pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdaki katılımcıların sağlık sorumluluğu, beslenme ve fiziksel aktivite düzeylerinin birbirleriyle uyumlu bulunması beklenen bir sonuçtur. Sağlık sorumluluğu yüksek bir bireyin sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlıklarına sahip olması yüksek bir olasılıktır. Yine sağlıklı beslenmeyi alışkanlık haline getirmiş birisi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını alışkanlık haline getirmekte zorlanmayan, fiziksel aktivite konusunda farkındalığı yüksek bir bireydir. Fiziksel aktivitenin belirleyicilerinden birinin sağlıklı yaşam konusunda bilinçli ve istekli olması olduğu gösterilmiştir (47).

### **5.8. Kronik Hastalıklar ve Yaşam Tarzı Faktörlerinde Eşlerin Uyumunu**

İnsanlar, kendilerine benzer özelliklere sahip bir partner seçme eğilimindedir. Çalışmamıza katılan evli çiftlerin çoğu (%70,8) 40 ile 59 yaşları arasında olmakla birlikte ortalama yaş değeri erkeklerde 55,6; kadınlarda 53,2

olarak saptanmıştır ve araştırmamıza katılan evli çiftlerin yaşları arasında anlamlı düzeyde çok yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=0,892$ ). Yaşları 45-65 arasında olan evli çiftlerin incelendiği bir çalışmada ortalama yaş erkeklerde 55, kadınlarda 53 olarak hesaplanmış ve eşlerin yaşları arasında çok yüksek düzeyde ilişki olduğu bildirilmiştir ( $r =0.80$ ) (111).

Eşler arasında uyumun araştırıldığı Jun ve ark.'nın yaptığı çalışmada fazla kiloluluk veya obezite erkeklerde %48,5; kadınlarda %33 oranında bulunmuştur. Çalışmaya göre her iki partnerde fazla kilolu veya obez olma prevalansı %18,3 olarak saptanmış olup; fazla kilolu eşlerle yaşayan katılımcıların fazla kilolu olma olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (97). Bizim araştırmamızda fazla kiloluluk veya obezite oranı erkeklerde %73,1 ve kadınlarda %74,3 sıklıkta görülmüştür. Çiftlerin %57,3'ünde eşlerden her ikisi de fazla kilolu ya da obezdir. Çalışmamızda fazla kilolu ya da obez olma açısından evli çiftler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiş ( $p=0,894$ ), evli çiftler arasında BKİ açısından uyum saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalara göre, eşlerin BKİ'lerinin pozitif korelasyon gösterdiği ve obez bireylerin obez eşlere sahip olma olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (15,106). Bu konuda yapılan ilk çalışmalar kesitsel nitelikte olup; çiftler arasındaki BKİ uyumunun, kişilerin özellikle benzer özellikteki insanlarla evlenme eğiliminden kaynaklandığı düşünülmekte idi (144,145). Eşlerdeki beden kitle indeksi değişikliklerini inceleyen kohort çalışmaları da, eşler arasında pozitif korelasyon olduğunu göstermiştir (146,147). Böylece, eşler arasındaki benzerliklerin, eşlerin birbirinin yaşam tarzını etkilemesi ve evlilikte obezogenik çevrenin paylaşılmasından kaynaklandığı düşünülmüştür (111). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak evli çiftlerden birinde BKİ arttıkça diğerinin BKİ'nin de arttığı ortaya çıkmıştır.

Çocukluk çağında şişman olma, ailede kronik hastalık varlığı, ailede erken yaşta kalp krizi öyküsü varlığı açısından eşler karşılaştırıldığında eşler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=0,053$ ). Bu sonucun, çalışmamızdaki evli çiftlerin pozitif eşleşme teorisine göre benzer sosyokültürel yapıda insanlarla evlenme eğiliminden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörlerinde eşlerin uyumunun değerlendirildiği bir meta-analizde, eşler arasında en güçlü korelasyona sahip risk faktörünün sigara içmek olduğu ortaya çıkmıştır (15). Literatürden farklı olarak çalışmamızda sigara kullanımı açısından eşler arasında uyum saptanmamıştır. Çalışmamızda sigara kullanan erkeklerin oranı %32,7 ile kadınlardan daha fazladır (%14). Araştırmamızdaki çiftlerin her ikisinin de sigara kullandığı çiftlerin oranı %7,6'dır.

Literatüre göre evli çiftlerde riskli alkol tüketiminin incelendiği bir meta-analizde eşler zararlı alkol tüketimi açısından uyumlu bulunmuş ancak korelasyonun gücü düşük olarak saptanmıştır (15). Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran evli çiftlerde kronik hastalıklar için yaşam tarzı risk faktörlerinin uyumunun değerlendirildiği bir çalışmada alkol tüketimi açısından eşler arasında uyum bildirilmiş; erkeklerin %60,1'inin ve kadınların %40,9'unun riskli alkol tükettikleri saptanmış, her iki çiftin de riskli alkol tüketim alışkanlığının olduğu çiftlerin oranı %28,8 olarak hesaplanmıştır (97). Bizim çalışmamızda literatürden farklı olarak alkol tüketimi açısından eşler arasında uyum saptanmamış olup; alkol kullanan erkeklerin oranı %32,7, kadınların oranı %5,8 olarak hesaplanmış olup, çiftlerden her ikisinde güncel alkol kullanımı olan çiftlerin oranı %4,1 olarak bulunmuştur. Alkol tüketimi ve buna ilişkin davranışlar yaş, cinsiyet, kültürel kalıp ve değerler tarafından belirlenmektedir. Türkiye'de alkol bildirimini de bu faktörlerden etkilenerek hatalı olduğu için eşler arasında alkol tüketiminin farklı olduğu düşünülmüştür.

Yapılan çalışmalar çiftlerin benzer kronik hastalıklara yakalanma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir (12,14–17). Ancak literatürden farklı olarak çalışmamızda kronik hastalık varlığı, hipertansiyon ve diyabet açısından eşler arasında uyum saptanmamıştır. Kadınlarda kronik hastalık oranı %84,2 iken erkeklerde kronik hastalık oranı %59,6 ile kadınlardan daha düşük bulunmuştur. Hipertansiyonu olan kadın oranı (%32,7), erkeklerden (%22,2) daha fazladır. Çalışmamıza katılan evli çiftlerin her ikisinde hipertansiyonun olduğu çiftlerin oranı %7,6'dır. Diyabeti olanlardan kadınlar (%28,7), erkeklerden daha fazladır (%19,3). Çalışmamıza dâhil edilenler arasında ASM'lere başvuranların %60,8'i kadındı. Katılımcıları çalışmaya dâhil

etme kriterlerimizden birinin 'evli çiftlerden en az birinde kronik hastalık olması' sebebiyle; eşler ASM'lere başvuran partneri aracılığıyla çalışmaya dahil edildiği için kadınlarda kronik hastalığın yüksek saptandığı ve bunun da eşler arasında kronik hastalıklara uyumu etkilediği düşünülmüştür.

Hiperlipidemi, güçlü bir genetik bileşene sahip olmasına rağmen, birlikte yaşama ve paylaşılan ortam tarafından etkilendiği bulunmuştur (148). Literatüre uygun olarak çalışmamızda hiperkolestrolemisi olan erkek (%8,8) ve kadın oranı birbirine yakın (%12,9) olarak saptanmış; hiperkolestrolemi açısından evli çiftler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiş olup, eşler arasında hiperkolestrolemi açısından uyum saptanmıştır ( $p=0,265$ ).

Kronik hastalık risk faktörlerinde eşlerin uyumunun araştırıldığı bir çalışmada düzensiz beslenme ve kahvaltıyı atlama alışkanlıkları için eşler arasında yüksek düzeyde uyum saptanmıştır (97). Literatürle uyumlu olarak çalışmamıza katılan çiftlerin *beslenme* alt boyut puanları arasında anlamlı düzeyde pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Kültürümüzde yemek hazırlamaktan kadınlar sorumludur. O nedenle beslenmenin eşler arasında benzer olması, beklenen bir sonuçtur.

ARIC (Topluluklarda Ateroskleroz Riski) çalışmasında bir eşin fiziksel aktivite düzeyi arttığında diğer eşin fiziksel aktivite düzeyinin de arttığı tespit edilmiştir (112). Çalışmamıza katılan evli çiftlerin *fiziksel aktivite* alt boyut puanları arasında anlamlı düzeyde pozitif yönde orta düzeyde ilişkiye rastlanmıştır. Eşlerden biri olumlu yönde fiziksel aktivite alışkanlığı geliştirdiğinde diğer eşin de olumlu yönde fiziksel aktivite alışkanlığına sahip olduğu görülmüştür.

Araştırmalar, eşlerin hem sağlık davranışlarının, hem de sağlık düzeylerinin birbirini etkilediğini göstermiştir (149,150). Çalışmamızda literatüre uyumlu olarak evli çiftlerde *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanları ve *toplam ölçek* alt boyut puanları arasında anlamlı düzeyde pozitif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır.

Araştırmamıza katılan evli çiftlerin *beslenme* alt boyut puanları arasındaki fark ve evlilik süreleri arasındaki ilişki incelendiğinde iki değişken

arasında anlamlı düzeyde doğrusal, negatif yönde önemsenmeyecek düzeyde zayıf ilişki olduğu saptanmıştır. Yani evlilik süresi arttıkça, eşlerin *beslenme* alt boyut puanları arasındaki farkın azaldığı görülmüştür. Literatürde daha uzun süre birlikte yaşayan çiftlerin beslenme alışkanlıkları gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha uyumlu olduğu bulunmuştur (138). Sonuçlarımız literatürle uyumlu bulunmuştur.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Evli çiftler arasında kronik hastalıklara ve bu hastalıklara neden olduğu bilinen *değiştirilebilen davranışsal risk faktörlerinden* sigara içme, egzersiz ve beslenme alışkanlıkları gibi ortak yaşam tarzı faktörlerine ilişkin eşler arasındaki uyumun incelenmesini amaçladığımız çalışmada; evli çiftlerde sosyodemografik özelliklerden yaşlarının uyumlu olduğu, eğitim düzeylerinin uyumlu olmadığı görüldü.

Eşlerin, kronik hastalık risk faktörlerinden; değiştirilemeyen biyolojik özellikler olan çocukluk çağında şişman olma, ailede kronik hastalık varlığı, ailede erken yaşta kalp krizi öyküsü varlığı açısından uyumlu olduğu, ailede aşırı kilo/obezite varlığı açısından uyumlu olmadığı belirlendi. Çalışmamıza katılan çiftlerin 'pozitif eşleşme teorisi'ne göre benzer sosyokültürel yapıda insanlarla evlenme eğilimi olduğu düşünüldü.

Evli çiftler arasında kronik hastalıklar için değiştirilebilir biyolojik risk faktörlerinden BKİ'nin uyumlu olduğu belirlendi.

Çalışmamızdaki evli çiftlerin kronik hastalıklar için davranışsal risk faktörlerinden sigara ve alkol kullanımı açısından uyumlu olmadığı saptandı.

Evli çiftlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında nispeten düşük tutumlara sahip olduğu bulundu. Alt faktörler arasında "*beslenme*" ve "*sağlık sorumluluğu*" alt boyutlarında daha yüksek tutumlar görülmesine rağmen "*fiziksel aktivite*" alt boyutunda Türkiye geneline benzer şekilde düşük tutum saptandı.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme, fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu, SYBD II ölçeği toplamı açısından eşlerin uyumlu olduğu ve evlilik süresi arttıkça eşlerin beslenme alışkanlıklarındaki uyumun önemsenmeyecek derecede arttığı belirlendi. Kültürümüzde bu durumu açıklayan 'üzüm üzümüne baka baka kararır' atasözümüz bulunmaktadır.

Yapılan birçok araştırmada evlilik, olumlu sağlık davranışları ve olumlu fiziksel sağlıkla ilişkili bulunmuştur. Çalışmamızda literatürle uyumlu şekilde kadınların *sağlık sorumluluğu* alt boyut puanının daha fazla saptanması;

kadının sağlıkla ilgili konuları daha fazla önemseydiği ve sağlıkla ilgili davranışlarda sorumluluğu daha çok üstlendiğini göstermektedir. Kültürümüzde evde yemek hazırlayanın da genellikle kadın olması nedeniyle; çalışmamız, evliliklerde erkeklerin beslenme ve sağlık sorumluluğu gibi sağlık davranışlarında eşlerinden daha fazla etkilendikleri literatür bilgisine uygun şekilde sonuçlandı. Erkeklerin ailelerinde edindikleri yaşam biçimi alışkanlıklarını devam ettirme konusunda daha yatkın olmasını destekleyen bir başka bulgumuz, erkeklerden ailede aşırı kilo/obezite öyküsü olanların, ailelerinin etkisinde kalarak *sağlık sorumluluğu* ve *fiziksel aktivite* alt boyutlarından daha düşük puan almalarıydı.

Çiftlerin benzer kronik hastalıklara yakalanma olasılıklarının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda eşler hiperkolestrolemi ve koroner arter hastalığı açısından uyumlu bulunurken; literatürden farklı olarak eşler arasında kronik hastalık varlığı, hipertansiyon ve diyabet açısından uyum saptanmadı. Bir kişide kronik hastalık ya da obezite varlığında; eşi de benzer yaşam tarzına sahip olduğu için; eşinin kronik hastalık riski de göz önünde bulundurulmalı ve kronik hastalıklar açısından düzenli aralıklarla taraması yapılmalıdır.

Sağlığı Geliştirme Modeli'nde, bireyin kronik hastalığa sahip olmasının sağlıklı bir yaşam biçimini benimsemeye etkili olduğu belirtilmiştir. Çalışmamıza katılanların kronik hastalık varlığına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür. Bireylerin kronik hastalıklarını kanıksadığı, yaşam tarzı değişikliklerinin etkisinin yeterince bilincinde olmadıkları, ancak hastalıkları hayatı tehdit edecek dereceye ulaştığında yaşam tarzlarını değiştirdikleri bilinmektedir. Bu açıdan kronik hastalıklarda yaşam tarzı değişikliklerinin ne kadar önemli olduğu konusunda hastaların eğitimi çok önemlidir.

Bireylere aile, toplum, kültür bağlamında ve yaşam süreleri boyunca sürekli, koordine ve kapsamlı bakım sunan aile hekimleri, sağlığın korunma ve geliştirilmesinde en etkili hekim grubudur. Koruyucu hekimlik kimliğiyle; yaşam tarzı değişikliğinin uygulanabilmesi için hem hasta eğitiminde, hem de hastaların motivasyon stratejilerinin geliştirilmesinde insanlarla en sık, en

yakın ve en uzun süreli ilişki kuran sağlık çalışanları olan aile hekimlerinin rolü büyüktür. Kronik hastalığı olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamada karşılaştığı engelleri saptayarak çözüm bulmak; hastaların yaşam tarzı değişikliklerine olumlu etki eder. Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında öneriler, bireyler eşleriyle birlikte verildiğinde uygulanması açısından daha etkili olacağı öngörülmektedir.



## 7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization (2002). Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action, Geneva, WHO. 2002.
2. Burden SS. Noncommunicable Diseases in Emergencies WHO/NMH/NVI/16.2 WHO Global Health Observatory Data Repository, 2014 survey data. Geneva: World Health Organization; 2014. Vol. 383, Lancet. 2014.
3. Kahveci R, Dilmaç E, Özсарı H, et al. Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Farkındalık Projesi. 2013.
4. World Health Organization (2006) Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. A framework to monitor and evaluate implementation. World Health Organization. Geneva 2006.
5. Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara, 2018.
6. Smith KP, Christakis NA. Social Networks and Health. *Annu Rev Sociol.* 2008;34(1):405–29.
7. Tobin T, S. C, Robinson N. M, Stanifer K. Does marriage matter? Racial differences in allostatic load among women. *Prev Med Reports.* 2019;15:100948.
8. Brenn T. Adult family members and their resemblance of coronary heart disease risk factors: The Cardiovascular Disease Study in Finnmark. *Eur J Epidemiol.* 1997;13(6):623–30.
9. Ross CE, Mirowsky J, Goldstein K. The Impact of the Family on Health: The Decade in Review. Vol. 52, Source: *Journal of Marriage and the Family*; 1990.
10. Harrap SB. Familial Patterns of Covariation for Cardiovascular Risk Factors in Adults: The Victorian Family Heart Study. *Am J Epidemiol.* 2000;152(8):704–15.
11. Pyke S, Wood D, Kinmouth A. Change in coronary risk and coronary risk factor levels in couples following lifestyle intervention: The British family heart study *Archives of Family Medicine*, 6 (4) (1997), 354-360. 1997.
12. Hippisley-Cox J, Coupland C, Pringle M, Crown N, Hammersley V. Married couples' risk of same disease: Cross sectional study. *Br Med J.* 2002;325(7365):636–8.
13. Chow CK, Dominiczak AF, Pell JP, et al. Families of patients with premature coronary heart disease: An obvious but neglected target for primary prevention. *Br Med J.* 2007;335(7618):481–5.
14. Inoue K, Sawada T, Suge H, Nao Y, Igarashi M. Spouse concordance of obesity, blood pressures and serum risk factors for atherosclerosis. *J Hum Hypertens.* 1996;10(7):455–9.
15. Di Castelnuovo A, Quacquarello G, Donati MB, de Gaetano G, Iacoviello L. Spousal Concordance for Major Coronary Risk Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Epidemiol.*

- 2008;169(1):1–8.
16. Leong A, Rahme E, Dasgupta K. Spousal diabetes as a diabetes risk factor: A systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2014;12(1):12.
  17. Cunningham SA, Adams SR, Schmittiel JA, Ali MK. Incidence of diabetes after a partner's diagnosis. *Prev Med*. 2017;105:52–7.
  18. Kim H, Kang D, Choi K, et al. Spousal Concordance of Metabolic Syndrome in 3141 Korean Couples: A Nationwide Survey. *Ann Epidemiol*. 2006;16(4):292–8.
  19. Mitchell BD, Rainwater DL, Hsueh WC, et al. Familial aggregation of nutrient intake and physical activity: Results from the San Antonio Family Heart Study. *Ann Epidemiol*. 2003;13(2):128–35.
  20. Pachucki MA, Jacques PF, Christakis NA. Social network concordance in food choice among spouses, friends, and siblings. *Am J Public Health*. 2011;101(11):2170–7.
  21. Li K-K, Cardinal BJ, Acock AC. Concordance of Physical Activity Trajectories Among Middle-Aged and Older Married Couples: Impact of Diseases and Functional Difficulties. *Journals Gerontol Ser B*. 2013;68(5):794–806.
  22. Cobb LK, Godino JG, Selvin E, et al. Spousal Influence on Physical Activity in Middle-Aged and Older Adults. *Am J Epidemiol*. 2016;183(5):444–51.
  23. Perry B, Ciciurkaite G, Brady CF, Garcia J. Partner influence in diet and exercise behaviors: Testing behavior modeling, social control, and normative body size. *PLoS One*. 2016;11(12).
  24. Jee SH, Suh I, Won SY, Kim MY. Familial Correlation and Heritability for Cardiovascular Risk Factors. *Yonsei Med J*. 2002;43(2):160.
  25. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October, 2006.
  26. TC Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. World Health Organization 1998, Bakanlık Yayın No: 814. ISBN: 978-975- 590-361-3. 1. Baskı Nisan 2011, Ankara. 2011.
  27. Özvarış ŞB. Sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 30. 2011.
  28. Pender N. Health promotion in nursing practice (2nd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange. 1987.
  29. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN, İbrikçi S. Sağlığı Sürdürme, Sağlığı Geliştirme ve Hemşirelik. *Hemşirelik Bülteni*, 1994; 32: 28-36.
  30. Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson ET. Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. *Nurs Outlook*. 1992;40(3):106–12; 120.
  31. Saneei P, Esmailzadeh A, Hassanzadeh Keshteli A, et al. Combined healthy lifestyle is inversely associated with

- psychological disorders among adults. 2016;11(1).
32. Wallace R, Kohatsu N. Health behaviour. *Public Health and Preventive Medicine*, 14, 811-816. 1998.
  33. Stenholm S, Head J, Kivimaki M, et al. Smoking, physical inactivity and obesity as predictors of healthy and disease-free life expectancy between ages 50 and 75: A multicohort study. *Int J Epidemiol*. 2016;45(4):1260–70.
  34. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center. 1996;
  35. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The Effects of Cognitive-Perceptual Factors on Health Promotion Behavior Maintenance. *Nurs Res*. 1996;45(1):30–6.
  36. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, et al. Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. *TJFMPC*; 6:13-21. 2012.
  37. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Beslenme Rehberi TÜBER 2015 , T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031 , Ankara. . T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031 , Ankara. 2016.
  38. Bushman BA. Exercise for Prevention of Chronic Diseases. *ACSM's Heal Fit J*. 2020;24(1):5–10.
  39. Nystoriak MA, Bhatnagar A. Cardiovascular Effects and Benefits of Exercise . Vol. 5, *Frontiers in Cardiovascular Medicine*. Frontiers Media S.A.; 2018; 135.
  40. Pinckard K, Baskin KK, Stanford KI. Effects of Exercise to Improve Cardiovascular Health. Vol. 6, *Frontiers in Cardiovascular Medicine*. Frontiers Media S.A.; 2019; 69.
  41. Çeçen S, Bulur Ş. Egzersiz Reçetesi Düzenlemenin Genel Prensipleri, General Principles for Prescribing Exercise. *Turkish Family Physician Cilt: 6 Sayı: 1 / e-ISSN 2148-550X* . 2015.
  42. HHS. Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services (HHS); 2018. 2018.
  43. Haskell WL, Nelson ME, Dishman RK, et al. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. [www.health.gov/paguidelines](http://www.health.gov/paguidelines). 2008.
  44. Imboden MT, Harber MP, Whaley MH, et al. The Association between the Change in Directly Measured Cardiorespiratory Fitness across Time and Mortality Risk . *Health Sciences Commons*; 2019.
  45. Mok A, Khaw KT, Luben R, Wareham N, Brage S. Physical activity trajectories and mortality: Population based cohort study. *BMJ*. 2019;365.
  46. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012;380(9838):219–29.
  47. Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, et al. Correlates of physical activity: Why are some people physically active and others not? . Vol. 380, *The Lancet*. Elsevier B.V.; 2012; 258–71.

48. World Health Organization (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: 2014 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-statusreport-2014/en>).
49. Horton R. Non-communicable diseases: 2015 to 2025 . Vol. 381, The Lancet. Elsevier B.V.; 2013; 509–10.
50. Sagner M, Katz D, Egger G, et al. Lifestyle medicine potential for reversing a world of chronic disease epidemics: from cell to community. *Int J Clin Pract.* 2014;68(11):1289–92.
51. Ford ES, Bergmann MM, Kröger J, et al. Healthy living is the best revenge: Findings from the European prospective investigation into cancer and nutrition-potsdam study. *Arch Intern Med.* 2009;169(15):1355–62.
52. World Health Organization (2009). Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO. 2009.
53. Sarandöl A. Nikotin Bağımlılığı ve Tedavi Yaklaşımı. *Türkiye Klin Akciğer Arşivi.* 2002;3(3):129–39.
54. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. Ankara: Sağlık Bakanlığı, E-Kütüphane Sistemi <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/yayin/166> . 2004.
55. Öberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: A retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet.* 2011;377(9760):139–46.
56. Rehm J, Baliunas D, Borges GLG, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: An overview. *Addiction.* 2010;105(5):817–43.
57. World Health Organization.(2014). Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_2014/en](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_2014/en)). WHO. 2014.
58. WHO. World Health Organization( 2004). Global Status Report on Alcohol. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004.
59. TEMD. Dislipidemi Tanı ve Tedavi Kılavuzu Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. 2018.
60. WHO. Reducing salt intake in populations : report of a WHO forum and technical meeting, 5-7 October 2006, Paris, France. 2006.
61. TEMD. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. 2018.
62. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2012;380(9859):2224–60.
63. Klein S, Burke LE, Bray GA, et al. Clinical implications of obesity with specific focus on cardiovascular disease: A statement for professionals from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism . Vol. 110, *Circulation.*

- Circulation; 2004; 2952–67.
64. World Health Organization (2016). Report of the commission on ending childhood obesity | Health and Education Resource Centre . 2016.
  65. Alper Z, Ercan İ, Uncu Y. A meta-analysis and an evaluation of trends in obesity prevalence among children and adolescents in Turkey: 1990 through 2015 . Vol. 10, JCRPE Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology. Galenos Yayıncılık, 2018. 59–67.
  66. Erkurun H, Karadeniz H. Çocukluk Çağında Obezite. Sağlık ve Toplum Yıl29 , Sayı 3 Eylül-Aralık 2019. 2019;29.
  67. Deleş B. Çocukluk Çağı Obezitesi. HÜ Sağlık Bilim Fakültesi Derg Cilt6, Sayı1, 2019 Doi 1021020/Husbfd483107. 2019.
  68. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. N Engl J Med. 1997;337(13):204.
  69. World Health Organization (2017) Noncommunicable diseases progress monitor 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2017/en>). 2017.
  70. TC Sağlık Bakanlığı. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025) Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1056, Ankara. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Engelliler Daire Başkanlığı, 2017.
  71. Buzrul S. Türkiye’de Alkollü İçki Tüketimi. Journal of Food and Health Science. 2016; 2(3):112–22. 2016.
  72. Erdem Y, Arıcı M, Altun B, et al. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. Blood Press. 2010;19(5):313–8.
  73. Satman I, Ömer B, Tütüncü Y, et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. Eur J Epidemiol. 2013;28:169–80.
  74. Onat A, Yazıcı M, Eryonucu B, et al. TEKHARF 2002 Yılı Taramasının Ölüm ve Koroner Olaylara İlişkin Sonuçları. Vol. 30, Türk Kardiyol Dem Arş. 2002.
  75. Yüksel H. Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışlarına Etki Eden Sosyal Faktörler. Vol. 34, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi-Sayı. 2012.
  76. Öner C. Sağlığın sosyal belirleyicileri ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2014; 5(3): 15-18.
  77. Kurttaş MÇ, Aytaç Ö. Sağlık - Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi. Fırat Üniversitesi Sos Bilim Derg Cilt 25, Sayı 1, Sayfa 231-250, ELAZIĞ. 2015.
  78. George LK, Durham NC. The Health-Promoting Effects of Social Bonds. 2016.
  79. Broadhead WE, Kaplan BH, James SA, et al. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. Am

- J Epidemiol. 1983;117(5):521–37.
80. Johnson RL. Gender differences in health-promoting lifestyles of African Americans. *Public Health Nurs.* 2005;22(2):130–7.
  81. Seeman TE. Social ties and health: the benefits of social integration. *Ann Epidemiol.* 1996;6(5):442–51.
  82. Goodman CR, Shippy RA. Is it contagious? Affect similarity among spouses. *Aging Ment Heal.* 2002;6(3):266–74.
  83. Schone BS, Weinick RM. Health-Related Behaviors and the Benefits of Marriage for Elderly Persons. *Gerontologist.* 1998;38(5):618–27.
  84. Johnson CL. The Impact of Illness on Late-Life Marriages. *J Marriage Fam.* 1985;47(1):165.
  85. Melton MA, Hersen M, Van Sickle TD, Van Hasselt VB. Parameters of marriage in older adults: A review of the literature. *Clin Psychol Rev.* 1995;15(8):891–904.
  86. Umberson D. Family status and health behaviors: social control as a dimension of social integration. *J Health Soc Behav.* 1987;28(3):306–19.
  87. Anson O. Marital Status and Women’s Health Revisited: The Importance of a Proximate Adult. *J Marriage Fam.* 1989;51(1):185.
  88. Umberson D. Gender, marital status and the social control of health behavior. *Soc Sci Med.* 1992;34(8):907–17.
  89. Meyler D, Stimpson JP, Peek MK. Health concordance within couples: A systematic review. *Soc Sci Med.* 2007;64(11):2297–310.
  90. Smith KR, Zick CD. Linked lives, dependent demise? Survival analysis of husbands and wives. *Demography.* 1994;31(1):81–93.
  91. Ross CE, Mirowsky J, Goldstein K. The Impact of the Family on Health: The Decade in Review. *J Marriage Fam.* 1990;52(4):1059.
  92. Lillard LA, Panis CWA. Marital status and mortality: The role of health. *Demography.* 1996;33(3):313–27.
  93. Knuiman MW, Divitini ML, Welborn TA, Bartholomew HC. Familial correlations, cohabitation effects, and heritability for cardiovascular risk factors. *Ann Epidemiol.* 1996;6(3):188–94.
  94. Knuiman M, Divitini M, *Epidemiology HB-A of E*, 2005. Spouse selection and environmental effects on spouse correlation in lung function measures. Elsevier. 2005;
  95. Longini IM Jr, Higgins MW, Hinton PC, Moll PP, Keller JB. Environmental and genetic sources of familial aggregation of blood pressure in Tecumseh, Michigan. *Am J Epidemiol.* 1984;120(1):131–44.
  96. Kim H, Kang D, Choi K, et al. Spousal Concordance of Metabolic Syndrome in 3141 Korean Couples: A Nationwide Survey. *Ann Epidemiol.* 2006;16(4):292–8.
  97. Jun SY, Kang M, Kang SY, Lee JA, Kim YS. Spousal concordance regarding lifestyle factors and chronic diseases among couples visiting primary care providers in Korea. *Korean J Fam Med.* 2020;41(3):183–8.

98. Stimpson J, Masel MC, Rudkin L, Peek MK. A journal of epidemiology. Shared health behaviors among older Mexican American spouses. 2006.
99. Jurj A, Wen W, Li H, et al. Spousal correlations for lifestyle factors and selected diseases in Chinese couples. Elsevier. 2006.
100. Knuiman MW, Divitini ML, Bartholomew HC, Welborn TA. Spouse correlations in cardiovascular risk factors and the effect of marriage duration. *Am J Epidemiol.* 1996;143(1):48–53.
101. Falba TA, Sindelar JL. Spousal concordance in health behavior change. *Health Serv Res.* 2008;43(1 P1):96–116.
102. Robards J, Evandrou M, Falkingham J, Vlachantoni A. Marital status, health and mortality . Vol. 73, *Maturitas.* Elsevier; 2012. 295–9.
103. Litwak E, Messeri P, Wolfe S, et al. Organizational Theory, Social Supports, and Mortality Rates: A Theoretical Convergence. *Am Sociol Rev.* 1989;54(1):49.
104. İbrahim MA, Berkman LF, Breslow L. Health and Ways of Living: The Alameda County Study. *J Public Health Policy.* 1985;6(3):413.
105. Katzmarzyk PT, Perusse L, Rao DC, Bouchard C, Katzmanyk P. Spousal Resemblance and Risk of 7-Year Increases in Obesity and Central Adiposity in the Canadian Population . Vol. 7, *Obezite.* North American Assoc. for the Study of Obesity; 1999.
106. Bloch K, Klein C, de Souza e Silva N, Nogueira Ada R, Salis L. Socioeconomic aspects of spousal concordance for hypertension, obesity, and smoking in a community of Rio de Janeiro, Brazil. *Arq Bras Cardiol.* 2003 Feb;80(2):179-86, 171-8. doi: 10.1590/s0066-782x2003000200006. Epub 2003 Feb 25. PMID: 12640511. *SciELO Bras.* 2003;
107. Macario E, Sorensen G. Spousal similarities in fruit and vegetable consumption. *Am J Heal Promot.* 1998;12(6):369–77.
108. Barrett-Connor E, Suarez L. Spouse concordance for fasting plasma glucose in non-diabetics. *Am J Am J Epidemiol* Vol 116, Issue 3, Sept 1982, Pages 475–481academicOupCom. 1982.
109. Van Haeften TW, De Vries J, Sixma JJ. Concordance of phenprocoumon dosage in married couples. *Br Med J.* 1997;314(7091):1386.
110. Simonen RL, Perusse L, Rankinen T, Rice T, Rao DC, Bouchard C. Familial aggregation of physical activity levels in the Québec Family Study. *Med Sci Sports Exerc.* 2002;34(7):1137–42.
111. Cobb LK, McAdams-DeMarco MA, Gudzone KA, et al. Changes in Body Mass Index and Obesity Risk in Married Couples Over 25 Years. *Am J Epidemiol.* 2016;183(5):435–43.
112. Cobb LK, Godino JG, Selvin E, Kucharska-Newton A, Coresh J KS. Spousal influence on physical activity in middle-aged and older adults: the ARIC study. *Am J Epidemiol.* 2016;183(444):51.
113. Esin Özabacı MN. Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi . <https://tez.yok.gov.tr> İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim

- Dalı. 1997.
114. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. . Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1), 1-13. 2008.
  115. Dickey RA, Janick JJ. Lifestyle modifications in the prevention and treatment of hypertension. *Endocr Pract.* 2001;7(5):392–9.
  116. Başarır UHS, Sezgi D, Pakyüz Ç. Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. 2015.
  117. Silverman-Retana O, Brinkhues S, Hulman A, et al. Spousal concordance in pathophysiological markers and risk factors for type 2 diabetes: A cross-sectional analysis of the Maastricht Study. *BMJ Open Diabetes Res Care.* 2021;9(1):1879.
  118. Alır İ, Özkan S. Ankara Sincan Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi (Docentlik Tezi). Ankara, 2018.
  119. Kang Y, Yang I-S, Kim N. Correlates of Health Behaviors in Patients With Coronary Artery Disease. Vol. ❖, *Asian Nursing Research.* 2010.
  120. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. 2013.
  121. Özarslan BB. Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı. 2013.
  122. Çayır A, Atak N, Köse SK. Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. Vol. 64, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası.* 2011.
  123. Başaran BB, Güler C, Eryılmaz Z, Yentür GK, Pulgat E. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara. 978-975-590-425-2 SB-SAG-2012/01. 2012.
  124. Sousa P, Gaspar P, Vaz DC, Gonzaga S, Dixe MA. Measuring health-promoting behaviors: Cross-cultural validation of the health-promoting lifestyle Profile-II. *Int J Nurs Knowl.* 2015;26(2):54–61.
  125. Kılınç G, Yıldız E, Kavak F. The relationship between healthy life style behaviors and hopelessness in patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2016;7(13):114–26.
  126. Chiou AF, Hsu SP, Hung HF. Predictors of health-promoting behaviors in Taiwanese patients with coronary artery disease. *Appl Nurs Res.* 2016;30:1–6.
  127. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, et al. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve İlişkili Etmenler. Vol. 26, *CİLT.* 2012.
  128. Grossman M. The Correlation between Health and Schooling. [Http://www.NberOrg/Chapters/C3962Pdf](http://www.NberOrg/Chapters/C3962Pdf), (Erişim: 05032017). 1976.
  129. Özkaraman A, Alparslan GB, Babadağ B, et al. Hemodiyaliz Yapılan Kronik Böbrek Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi



- Davranışlarının Değerlendirilmesi. Osmangazi J Med. 2016;38(0).
130. Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In Cacioppo J. Petty R. (Eds.), *Social Psychophysiology*. New York, NY: Guilford Press. 1983.
  131. Yenigün M. Alkol Tüketimi ve Tıp, Doç Dr, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hast Kliniği.
  132. Can G, Ozdilli K, Erol O, et al. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. *Nurs Heal Sci*. 2008;10(4):273–80.
  133. Wilson SE. The health capital of families: An investigation of the inter-spousal correlation in health status. *Soc Sci Med*. 2002;55(7):1157–72.
  134. King AC, Castro C, Wilcox S, et al. Personal and environmental factors associated with physical inactivity among different racial - Ethnic groups of U.S. middle-aged and older-aged women. *Heal Psychol*. 2000;19(4):354–64.
  135. Gençoğlu P, Kuşkaya S. Türkiye’de Sağlıkın Eğitim Üzerindeki Etkileri: ARDL Sınır Testi Yöntemi ile Bir Değerlendirilme. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi Cilt 5, Sayı 4, 2017, ss1-11 ISSN:2147-804X* <http://www.isletmeiktisat.com>. 2017.
  136. Conn VS, Hafdahl AR, Brown SA, Brown LM. Meta-analysis of patient education interventions to increase physical activity among chronically ill adults . Vol. 70, *Patient Education and Counseling*. Patient Educ Couns; 2008. p. 157–72.
  137. Mullens AB, McCaul KD, Erickson SC, Sandgren AK. Coping after cancer: Risk perceptions, worry, and health behaviors among colorectal cancer survivors. *Psychooncology*. 2004;13(6):367–76.
  138. The NS, Gordon-Larsen P. Entry into romantic partnership is associated with obesity. *Obesity*. 2009;17(7):1441–7.
  139. Bozhüyük A. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi (Docentlik Tezi). Adana, 2010.
  140. Kasar SK, Akyol A. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Obezite Önyargı Düzeyine Etkisi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2019;16 79-86. doi105222/HEAD2019079. 2019;16(2):79–86.
  141. Martinelli AM. An explanatory model of variables influencing health promotion behaviors in smoking and nonsmoking college students. *Public Health Nurs*. 1999;16(4):263–9.
  142. Tuğut N, Bekar M. Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg*. 2010;11(3):17–26.
  143. Arslan C, Ceviz D. Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Fırat Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Elazığ, Türkiye. 2007: 21 (5): 211 - 220 <http://www.fusabil.org> . 2007.

144. Cobb LK, McAdams-Demarco MA, Gudzone KA, et al. Changes in body mass index and obesity risk in married couples over 25 years. *Am J Epidemiol.* 2016;183(5):435–43.
145. Ajslev TA, Angquist L, Silventoinen K, Gamborg M, Allison DB, Baker JL, Sorensen TI. . Assortative marriages by body mass index have increased simultaneously with the obesity epidemic. *Front Genet.* 2012;3(Jul).
146. Jeffery RW, Rick AM. Cross-sectional and longitudinal associations between body mass index and marriage-related factors. *Obes Res.* 2002;10(8):809–15.
147. Rice T, Perusse L, Bouchard C DR. Familial aggregation of body mass index and subcutaneous fat measures in the longitudinal Quebec family study . 1999.
148. Lin HF, Boden-Albala B, Juo SH, Park N, Rundek T, Sacco RL. Heritabilities of the metabolic syndrome and its components in the Northern Manhattan Family Study. *Diabetologia.* 2005;48(10):2006–12.
149. DeMarco MM, Coresh J, Woodward M, et al. Hypertension Status, Treatment, and Control Among Spousal Pairs in a Middle-aged Adult Cohort. *Am J Epidemiol.* 2011;174(7):790.
150. Sutton GC. Do men grow to resemble their wives, or vice versa? *J Biosoc Sci.* 1993;25(1):25–9.

## 7. EKLER

### EK-1: Etik Kurul Onayı

#### ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Evli Çiftler Arasında Kronik Hastalıklara ve Yaşam Tarzı Faktörlerine İlişkin Eş Uyumu
-----------------------	--

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2011-KAEK-26
	AÇIK ADRESİ	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası Kat. I Görükle Kampüsü Nilüfer/ Bursa
	TELEFON	0.224. 295 00 20
	FAKS	0.224. 295 00 29
	E-POSTA	uukaek@uludag.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Züleyha Alper
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI	Araş.Gör.Dr.Ayşen Gökbel Aslankaya, Prof.Dr.Yeşim Uncu, Prof.Dr.Aliş Özçakır
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
	DESTEKLEYİCİ	-
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışması
	ARAŞTIRMANIN YAPILIŞ AMACI	Uzmanlık tez çalışması
	ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA TARİHİ/ SÜRESİ	02.11.2020 / 3 ay
	GÖNÜLLÜ/DOSYA SAYISI	340
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Dili
	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	08.10.2020	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	08.10.2020	Türkçe
	ANKET FORMU	-	Türkçe

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 08.10.2020
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 08.10.2020
	PROSPEKTİF ÖZELLİKLİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA TAAHHÜTNAMESİ	<input type="checkbox"/>
	İKU klavuzunun okunduğuna dair taahhütname	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 08.10.2020
	SONUÇ ÖZET RAPORU	<input type="checkbox"/>
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/> Araştırma ilk başvuru ön yazısı (Tarih: 08.10.2020), sorumlu araştırmacı özgeçmişi, araştırmacılar tarafından imzalanmış Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, literatür	

**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

<b>ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI</b>	Evli Çiftler Arasında Kronik Hastalıklara ve Yaşam Tarzı Faktörlerine İlişkin Eş Uyumu
------------------------------	--

<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	<b>Karar No: 2020-18/12</b>	<b>Tarih: 14 Ekim 2020</b>
	<p>Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildi.</p> <p>1-Araştırmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde yapılmasının uygun olduğuna, ilgili kurumlardan alınacak izin yazılarının kurulumuza iletilmesine,</p> <p>2-Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına,</p> <p>3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine,</p> <p>4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.</p>	

<b>ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>	
<b>ÇALIŞMA ESASI</b>	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
<b>BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI</b>	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

<b>ÜYELER</b>									
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr. Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. E.H.BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.M.Sertac YILMAZ Üye	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAĞDİLER Üye	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	U.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Selen MİĞAL Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* Toplantıda Bulunma

## EK-2: Bursa İl Sağlık Müdürlüğü Onayı



T.C.  
BURSA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 72873149-806.02.02  
Konu : Araştırma İzin Talebi (Ayşen  
GÖKBEL ASLANKAYA) Hk.

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
(Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına)

İlgi : AYŞEN GÖKBEL ASLANKAYA'ın 27/10/2020 tarihli dilekçesi.

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda görevli Prof.Dr. Züleyha ALPER'in koordinatörlüğünde, söz konusu üniversitenin aynı bölümde araştırma görevlisi olan Dr. Ayşen GÖKBEL ASLANKA'nın ilgi dilekçesiyle; **“Evliler Arasında Kronik Hastalıklara ve Yaşam Tarzı Faktörlerine İlişkin Eş Uyumu”** konulu çalışmayı Müdürlüğümüze bağlı Bursa Nilüfer 36 Nolu Ertuğrul Eğitim Aile Sağlığı Merkezi, Bursa Osmangazi Yunuseli Aile Sağlığı Merkezi, Bursa Orhangazi Toki Aile Sağlığı Merkezi, Bursa Yıldırım Erikli Aile Sağlığı Merkezi ve Bursa Gemlik 8 Nolu Ömer Halisdemir Aile Sağlığı Merkezlerinde anket uygulaması olarak yapmak için izin istediği anlaşılmıştır.

Buna göre; Bursa İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından söz konusu çalışmanın yapılmasına ilişkin verilen karar yazısı ekte olup çalışma yapıldıktan sonra hazırlanan araştırma sonuç raporunun iki nüshasının Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne iletilmek üzere Başkanlığımıza gönderilmesi ve konu hakkında çalışmacıya bilgi verilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.  
Uzm.Dr. Mustafa ÇETİN  
Halk Sağlığı Hizmetleri  
Başkanı

Ek: Araştırma İzin talebi (Ayşen GÖKBEL ASLANKAYA)



T.C.  
BURSA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 72873149-806.02.02  
Konu : Araştırma İzin talebi (Ayşen  
GÖKBEL ASLANKAYA)

**BURSA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**  
**HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI**  
**ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU**  
**TOPLANTI TUTANAĞI**

Başkanlığımız Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu, sunulan dosyanın Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün **“Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin / Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler”**e uygunluğunu değerlendirmek üzere 30.10.2020 tarihinde saat 14.00’da toplanmıştır.

Başvuru evrakları incelendiğinde, Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda Araştırma Görevlisi olarak görev yapan Ayşen GÖKBEL ASLANKAYA’nın 27/10/020 tarihli dilekçesiyle, Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda görevli Prof. Dr. Züleyha ALPER danışmanlığında yürütülen **“Evli Çiftler Arasında Kronik Hastalıklara ve Yaşam Tarzı Faktörlerine İlişkin Eş Uyumu”** başlıklı akademik tez çalışmasını 02.11.2020-02.02.2021 tarihleri arasında Bursa Nilüfer 36 Nolu Ertuğrul Eğitim Aile Sağlığı Merkezi, Bursa Osmangazi Yunuseli Aile Sağlığı Merkezi, Bursa Orhangazi Toki Aile Sağlığı Merkezi, Bursa Yıldırım Erikli Aile Sağlığı Merkezi ve Bursa Gemlik 8 Nolu Ömer Halisdemir Aile Sağlığı Merkezi’nde yapabilmek için izin talep ettiği anlaşılmaktadır.

Komisyon tarafından yapılan değerlendirme sonucunda:

1. Yapılması planlanan çalışmanın Hasta Hakları Yönetmeliğine uygun bir şekilde yürütülmesi ve özellikle bu yönetmelikte bahsi geçen “Mahremiyete Saygı Gösterilmesi” ile “Bilgilerin Gizli Tutulması” hususlarına azami dikkat gösterilmesi kaydıyla yapılmasının komisyonumuzca kabul edilmesine,
2. Komisyonun çalışmasının yapılmasına ilişkin onayına, yapılan çalışmanın sonuç raporunun bir nüshasının Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’ne iletilmek üzere iki nüsha olarak Başkanlığımıza gönderilmesi hususunda kuruma bilgi verilerek tebliğine;

Oy birliği ile karar verilmiştir

Ahmedpaşa mah.Fevziçakmak cad.No:53 Osmangazi BURSA  
Telefon: Faks No: 2242201371  
e-Posta: elif.cetiner2@saglik.gov.tr İnternet Adresi: elif.cetiner2@saglik.gov.tr

Bilgi için: Elif ÇETİNER  
Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.  
Telefon No: (0 224) 808 30 82

Dr. İrfan OĞUZ  
Halk Sağ. Hizm. Başk. Müdür. Yrd.  
(Komisyon Başkanı)

Dr. Betül Fatma AKAÇ  
Toplum Sağlığı Birim Uzmanı (Üye)

Dr. Raif ÖZDEMİR  
Aile Hekimliği Birim Uzmanı (Üye)

Dr. Gaye CANTEKİN AKPINAR  
Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağ.  
Brim Uzmanı (Üye)

Dr. Tülay KÖSE  
Bulaşıcı Hastalıklar Brm Uzmanı(Üye)

İbrahim ALPTEKİN  
Diğer Personel Atama Birimi Uzmanı (Üye)

Ek:  
1- Dilekçe  
2- Başvuru Formu  
3- Özgeçmiş  
4- Etik Kurul Kararı ve Ekleri

## EK-3: Anket Formu

### Evli Çiftler Arasında Kronik Hastalıklara ve Yaşam Tarzı Faktörlerine İlişkin Eş Uyumu

Sevgili katılımcılar, bu anket Bursa Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği AD asistanları tarafından tamamen bilimsel çalışmalarda kullanılmak amacıyla yapılmaktadır. Çalışmamız için düzenlenen ankette kimliğinizi belli edecek hiç bir soru bulunmamaktadır. Anketimize katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederiz.

#### I. KİŞİSEL BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz : 1.  Kadın 2.  Erkek
2. Yaşınız :
3. Kaç yıldır evlisiniz?.....
4. Eğitim düzeyiniz: 1.  Okuyamaz değil 2.  Okuyamaz 3.  İlköğretim (ilkokul-ortaokul)  
4.  Lise 5.  Üniversite- Yüksekokul 6.  (Yüksek lisans/doktora)

#### II. BİYOLOJİK RİSK FAKTÖRLERİ

5. Boy uzunluğu : ..... cm  
Vücut ağırlığı : ..... kg  
BKİ : ..... kg/m<sup>2</sup>
6. Çocukluk çağında şişman olma durumunuz var mıydı? 1.  Evet 2.  Hayır
7. Sizde bilinen/tanı konmuş ilaç kullanımını gerektiren süreğen/ kronik bir hastalık var mı?  
1.  Evet 2.  Hayır
8. Sizde bilinen/tanı konmuş ilaç kullanımını gerektiren aşağıda belirtilen süreğen/ kronik hastalıklardan biri veya birkaçı var mı?  
1.  Tip 2 Diyabet (Şeker hastalığı) 2.  Hipertansiyon (Yüksek tansiyon)  
3.  Hiperkolesterolemi (Yüksek kolesterol) 4.  Koroner arter hastalığı (Kalp krizi,göğüs ağrısı)  
5.  Serebrovasküler hastalık (inme/felç) 6.  Kanser.....  
7.  Kronik akciğer hastalığı (Astım,KOAH) 8.  Kronik böbrek hastalığı  
9.  Kronik karaciğer hastalığı 10.  Psikiyatrik hastalıklar (depresyon, şizofreni vb)  
11.  Romatizmal hastalıklar 12.  Diğer.....
9. Anne-Baba ve kardeşlerinizde bilinen/tanı konmuş ilaç kullanımını gerektiren süreğen/ kronik bir hastalık var mı? 1.  Evet 2.  Hayır
10. Anne-Baba ve kardeşlerinizde bilinen/tanı konmuş ilaç kullanımını gerektiren aşağıda belirtilen süreğen/ kronik hastalıklardan biri veya birkaçı var mı?  
1.  Tip 2 Diyabet (Şeker hastalığı) 2.  Hipertansiyon (Yüksek tansiyon)  
3.  Hiperkolesterolemi (Yüksek kolesterol) 4.  Koroner arter hastalığı (Kalp krizi,göğüs ağrısı)  
5.  Serebrovasküler hastalık (inme/felç) 6.  Kanser.....  
7.  Kronik akciğer hastalığı (Astım,KOAH) 8.  Kronik böbrek hastalığı  
9.  Kronik karaciğer hastalığı 10.  Psikiyatrik hastalıklar (depresyon, şizofreni vb)  
11.  Romatizmal hastalıklar 12.  Diğer.....
11. Anne-Baba veya kardeşleriniz erken yaşta kalp krizi veya kalp hastalığı nedeni ile göğüs ağrısı (anjina) geçirdi mi ? (erken yaş erkek ise 55, kadın ise 65 yaşından önce)  
1.  Evet 2.  Hayır

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır.  
Tarih : 14.10.2020  
Karar No : 2020.18/12



12. Anne-Baba ve kardeşlerinizde aşırı kilo/obezite var mı?  
1.  Evet 2.  Hayır

13. Eşinizde bilinen/tanı konmuş ilaç kullanımını gerektiren süreğen/ kronik bir hastalık var mı?  
1.  Evet 2.  Hayır

14. Eşinizde bilinen/tanı konmuş ilaç kullanımını gerektiren aşağıda belirtilen süreğen/ kronik hastalıklardan biri veya birkaçı var mı?  
1.  Tip 2 Diyabet (Şeker hastalığı) 2.  Hipertansiyon (Yüksek tansiyon)  
3.  Hiperkolesterolemi (Yüksek kolesterol) 4.  Koroner arter hastalığı (Kalp krizi,göğüs ağrısı)  
5.  Serebrovasküler hastalık (inme/felç) 6.  Kanser.....  
7.  Kronik akciğer hastalığı (Astım,KOAH) 8.  Kronik böbrek hastalığı  
9.  Kronik karaciğer hastalığı 10.  Psikiyatrik hastalıklar (depresyon, şizofreni vb)  
11.  Romatizmal hastalıklar 12.  Diğer.....

### III. TÜTÜN VE ALKOL KULLANIMI

15. Sigara/ tütün kullanıyor musunuz?  
1.  Evet: Kaç yıldır?.....Günde kaç paket?.....  
2.  Hayır  
3.  Bıraktım: Ne zaman?.....

16. Alkol kullanıyor musunuz?  
1.  Evet  
2.  Hayır  
3.  Bıraktım

### Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.


BESLENMEYLE İLGİLİ SORULAR		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Kahvaltı yapar mısınız?	1	2	3	4
2	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yer misiniz?	1	2	3	4
3	Her gün 6-11 öğün ekme, tahıl, pirinç ve makarna yer misiniz?	1	2	3	4
4	Her gün 2-4 öğün meyve yer misiniz?	1	2	3	4
5	Her gün 3-5 öğün sebze yer misiniz?	1	2	3	4
6	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yer misiniz?	1	2	3	4
7	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih eder misiniz?	1	2	3	4

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır  
Tarih : 14.10.2020  
Karar No : 2020-18/12

8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlar mısınız?	1	2	3	4
9	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okur musunuz?	1	2	3	4
FİZİKSEL AKTİVİTE İLE İLGİLİ SORULAR					
10	Günlük işler sırasında egzersiz yapar mısınız? (örneğin, yerneğe yürüyerek gitmek, asansör yerine merdiven kullanmak, arabanızı uzağa park etmek gibi)	1	2	3	4
11	Boş zamanlarınızda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yapar mısınız?	1	2	3	4
12	Düzenli bir egzersiz programı yapar mısınız?	1	2	3	4
13	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yapar mısınız? (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürümek gibi)	1	2	3	4
14	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yapar mısınız? (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)	1	2	3	4
15	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yapar mısınız?	1	2	3	4
16	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarınızı kontrol eder misiniz?	1	2	3	4
17	Kalp atımınız hızlanana kadar egzersiz yapar mısınız?	1	2	3	4
SAĞLIK SORUMLULUĞU HAKKINDA SORULAR					
18	Kendinize nasıl daha iyi bakabileceğiniz konusunda sağlık personeline danışır mısınız?	1	2	3	4
19	Televizyonda sağlıklı geliştirici programları izler misiniz ve bu konularla ilgili kitapları okur musunuz?	1	2	3	4
20	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılır mısınız?	1	2	3	4
21	Gereksinim duyduğunuzda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alar mısınız?	1	2	3	4
22	Vücudunuzu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol eder misiniz?	1	2	3	4
23	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudunuzdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatır mısınız?	1	2	3	4
24	Sağlık sorunlarınızı sağlık personeline danışır mısınız?	1	2	3	4
25	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorar mısınız?	1	2	3	4
26	Her zaman gittiğiniz sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularınız olduğunda başka bir sağlık personeline danışır mısınız?	1	2	3	4

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
İzmir'den onaylanmıştır  
Tarih : 14.10.2020  
Karar No : 2020-18/12

## EK-4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

	<b>ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU</b>		
	Dok.Kodu : FR-IAP-03	İlk Yay.Tarihi : 26 Ocak 2015	Sayfa : 1 / 2
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :		

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Prof. Dr. Züleyha ALPER tarafından yürütülen "Evli Çiftler Arasında Kronik Hastalıklara ve Yaşam Tarzı Faktörlerine İlişkin Eş Uyumu" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahiptir. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmacı  
(Adı-Soyadı)  
Prof. Dr. Z

### Araştırmanın Amacı:

Planlanan bu araştırma ile ortak yaşam tarzını ve çevreyi paylaşan evli çiftlerdeki kronik hastalıklara ve yaşam tarzı faktörlerine ilişkin eş uyumunun belirlenmesi amaçlanmaktadır.

### İzlenecek Olan Yöntem Ve Yapılacak İşlemler:

Çalışma kesitsel/tanımlayıcı tipte ve bir anket çalışmasıdır. Çalışma grubu olarak Bursa ili 36 nolu Ertuğrul Eğitim Aile Sağlığı Merkezi, Bursa Osmangazi Yunuseli Aile Sağlığı Merkezi, Bursa Orhangazi Toki Aile Sağlığı Merkezi, Bursa Yıldırım Erikli Aile Sağlığı Merkezi, Bursa Gemlik 8 Nolu Şehit Ömer Halisdemir Aile Sağlığı Merkezine başvuran kayıtlı hastalar alınacaktır. Güvenli veriye ulaşmak için araştırmanın yürütüleceği merkezler üniversitemize bağlı Ertuğrul Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve üniversite kadromuzda yer alan Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi (SAHU) alan araştırma görevlilerinin sahada çalıştıkları Bursa ilinin farklı bölgelerindeki Aile Sağlığı Merkezleri olarak belirlenmiştir. Çalışma 'Sosyo-Demografik Bilgi Formu', 'Biyolojik Risk Faktörleri Bilgi Formu', 'Tütün ve Alkol Kullanımı Bilgi Formu' ve 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' formunun 'Beslenme, Fiziksel aktivite ve Sağlık sorumluluğu' alt boyutları kullanılarak hazırlanan anket formu ile yürütülecek ve çalışmaya, gerekli ön bilgilendirmenin yapılmasını takiben, anketi doldurmayı kabul eden (onamları alınan) ve anketi tam dolduran 40 yaş üzeri, çiftlerden en az birinde bir kronik hastalık olan evli çiftler dahil edilecektir. Anket soruları mesai saatleri içinde doldurulmak üzere çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalara dağıtılacak ve anketi doldurma işlemi bittikten sonra toplanacaktır. İşleri ile birlikte başvurmamayan hastaların eşlerine telefon yoluyla ulaşılarak veriler toplanacaktır. SARS-CoV-2/COVID-19 Pandemisi önlemleri kapsamında kronik hastalık ilaç raporu olan hastaların ilaç raporları uzatılmış, ilaçlarını ASM' lere başvurmadan eczaneden temin edilmesi sağlanmıştır. Bu nedenle ASM' lere başvuran

Çalışmanın adı:  
Tarih: 08.10.2020

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır  
Tarih : 16.10.2020  
Karar No : 2020-13/12



ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Dok.Kodu : FR-İAP-03	İlk Yay.Tarihi : 26 Ocak 2015	Sayfa
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :	2 / 2

kronik hastalığı olan kişi sayısı daha da azalmıştır. Aile Sağlığı Merkezi Polikliniği' ne 1 ayda başvuran kronik hastalığı olan 40 yaş üstü hasta sayısı ortalama 10 ile 30 hasta arasında olmaktadır. Literatürde yer alan benzer çalışmalardan hareketle; çalışmamızı 3 ayda yapacağımız için çalışmaya alınacak gönüllü sayısı minimum 340 olarak belirlenmiştir. Anketin doldurulma süresi yaklaşık 10 dakikadır. Anketimiz başlıca 4 bölümden ve 42 sorudan oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların genel sosyo-demografik bilgileri ile ilgili 4 soru ikinci bölümde biyolojik risk faktörleri ile ilgili 10 soru, üçüncü bölümde tütün ve alkol kullanımıyla ilgili 2 soru, dördüncü bölümde ise sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili 26 soru yer almaktadır. Elde edilecek verilerin analizinde SPSS 23 programı kullanılacaktır.

**Araştırmanın Süresi:** 3 ay

**Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:** 340

**Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):** Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

**Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:**

Prof. Dr. Züleyha ALPER / Araş.Gör. Ayşen GÖKBEL ASLANKAYA / Prof. Dr. Yeşim UNCU /  
Prof. Dr. Alis ÖZÇAKIR

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır  
Tarih : 14.10.2020  
Karar No : 2020-18/12

Çalışmanın adı:  
Tarih: 08.10.2020

## 9. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalışmamı yürütürken her konuda bana anlayışla yardımcı olan, değerli bilgi ve deneyimleriyle çalışmamın her aşamasına destek veren, karşılaştığım zorlukları aşmada engin tecrübeleriyle beni aydınlatan ve tüm yakınlığıyla yol gösteren, her zaman örnek aldığım çok değerli tez danışmanım ve hocam Prof. Dr. Züleyha ALPER'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca, bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, tüm samimiyeti ile desteğini esirgemeyen, her yönleriyle örnek aldığım saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Yeşim UNCU, Prof. Dr. Alis ÖZÇAKIR ve Uzm. Dr. Gaye ÇELİKCAN'a,

Tez verilerimin istatistik yorumlamasında desteğini esirgemeyen, beni sabır ve anlayışla yönlendiren Doç. Dr. Güven ÖZKAYA hocama,

Çalışma dönemim boyunca ve hayatta her zaman yanımda olan, en büyük destekçim ve yol arkadaşım sevgili eşim Emrullah ASLANKAYA'ya,

Çalışmam sırasında benimle birlikte heyecanlanan, yardımlarını esirgemedi yakınlığını ve desteğini hissettiren sevgili Kemal SAVRAN'a,

Çalışmamın başlangıcından sonuna kadar her aşamasında bana karşılıksız şekilde ve sabırla yardımcı olan çalışma arkadaşım Dr. Fatih KARACİF'e,

Yakınlığını ve desteğini asistanlığımın ilk gününden itibaren her zaman hissettiren, tez sürecimin en zor zamanlarında yardımcı olan canım arkadaşım Dr. Rabia RUŞEN TEKİNSOY'a,

Dostluğuyla kendimi çok şanslı hissettiğim, bana evini açan ve birlikte vakit geçirmekten mutluluk duyduğum Dr. M. Betül ERDAL'a,

Her koşulda işlerini en güzel şekilde yaparak bana ilham olan tüm hocalarıma ve asistanlık sürecinde beraber uzmanlık eğitimi aldığım değerli asistan arkadaşlarıma,

Hayatta her zaman yanımda olan, varlıklarıyla mutluluk duyduğum çok değerli annem, babam, kardeşim ve dedeme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## 10. ÖZGEÇMİŞ

■■■■■■■■■■ tarihinde ■■■■■■■■■■ da doğdum. İlköğretim eğitimimi TED Ege Koleji'nde, lise eğitimimi ise Adnan Menderes Anadolu Lisesinde tamamladıktan sonra 2011 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimime başladım.

2017 yılında mezuniyetimin ardından Tokat Devlet Hastanesi Acil Servisi'nde yaklaşık 4 ay mecburi hizmet görevimi yaptım. 2018'de Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak göreve başladım. 2019 senesinde yatay geçiş ile Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda asistan hekimlik görevime devam ettim.