



T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**25-65 YAŞ ARASI SAĞLIK ÇALIŞANI OLAN VE OLMAYAN
KİŞİLERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. SERHAT GEGEZ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DİYARBAKIR-2021



**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**25-65 YAŞ ARASI SAĞLIK ÇALIŞANI OLAN VE OLMAYAN
KİŞİLERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Dr. SERHAT GEGEZ
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi P. GAMZE ERTEN BUCAKTEPE**

DİYARBAKIR-2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım ve tez çalışmamın her aşamasında özel ilgi ve alaka gösteren değerli tez danışmanı hocam Dr. Öğr. Üyesi Pakize Gamze Erten Bucaktepe'ye saygı ve şükranlarımı sunarım. Uzmanlık eğitimimde katkıları olan; başta anabilim dalı başkanı Doç. Dr. Tahsin Çelepkolu'na ve bölümümüzün kıymetli hocaları Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Yılmaz'a, Dr. Öğr. Üyesi Vasfiye Demir Pervane'ye teşekkür ederim. Asistanlık süresince birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum değerli araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve birçok konuda emeğini gördüğüm bölüm sekreterimiz Veli Adıyaman'a çok teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemde büyük emekleri olan her koşulda desteğini arkamda hissettiğim anneme, babama ve kardeşlerime en içten sevgilerimle teşekkür ederim.

Dr.Serhat GEGEZ

ÖZET

Giriş ve Amaç: Sağlıklı olmak her insanın temel hakkıdır. İyi halinin sağlanması ve sürdürülmesi, sağlık çalışanlarının olduğu kadar tüm bireylerin de temel amacı olmalıdır. Bu çalışma ile sağlık çalışanı olan (uzman doktor, asistan doktor, hemşire, ebe vb) ve olmayan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve etkili faktörlerin ortaya konulması ve değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

Materyal ve Metod: Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte, vaka kontrol çalışması olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında 230 sağlık çalışanı olan ve 240 sağlık çalışanı olmayan kişiye ulaşılmıştır. Değerlendirmede toplam 52 maddeden oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II) kullanılmıştır. Bulguların değerlendirilmesinde sayı, yüzde, minimum ve maksimum, ortalama, standart sapma değerleri, ki-kare testi, t testi, Tek Yönlü ANOVA testi ve korelasyon analiz testleri kullanılmıştır. Analizler için SPSS 22 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan sağlık çalışanları arasında katılımcıların büyük kısmının doktor (%63,9) oldukları, sağlık çalışanı olmayan bireylerin en sık olarak öğretmen olarak görev yaptıkları (%74,2) saptanmıştır. Tüm SYBD-II alt boyutlarında sağlık çalışanı olmayanların puanları sağlık çalışanlarından daha yüksek tespit edilmiştir. Sağlık çalışanı olan ve olmayanlar arasında sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt gruplarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). İki grup arasında SYBDÖ Toplam Puan da anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($p<0,001$). Sağlık çalışanı olan ve olmayan grupta toplam SYBD-II Ölçeği puanı, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişimi, kişiler arası ilişkileri ve stres yönetimi arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). Sağlık çalışanlarında yaş ve meslek gruplarına göre SYBD-II puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Sağlık çalışanı olmayanlarda yaş ile SYBD'nin ruhsal gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların SYBD-II ölçek puanları ile kendilerini sağlıklı hissetmeleri arasında anlamlı pozitif korelasyon tespit edilmiştir. sağlık çalışanlarında, SYBD puanları ile kendilerini strese hissetmeleri arasında anlamlı negatif korelasyon tespit edilmiştir.

Sonuç: Sağlık alışanı olmayanların sağlık çalışanlarına göre SYBDÖ puanları daha yüksek olsa da sağlık çalışanı olmayanların SYBDÖ puanları da ortalama düzeyde kalmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre sağlık çalışanı olan bireylerin olmayanlara göre sağlık sorumluluğu daha düşük olduğu, fiziksel aktivitede daha az bulundukları, sağlıklı beslenmeye daha az gayret ettikleri, stres yönetiminde daha az başarılı oldukları ve sağlıklı yaşam davranışlarında bulunma durumlarının daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık alışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmeleri için hizmet içi eğitim, sigara bıraktırma kursu gibi planlamalar yapılmalıdır. Sağlıklı yaşam konusunda toplum bilincini artırmada medyanın önemli bir rolünün olduğu düşünülmektedir. Sağlığı geliştirmeye yönelik eğitim programlarının artırılması, beslenme, fiziksel aktivite, sigara bıraktırma ve stres yönetimi gibi konulara medyada yaygın bir şekilde yer verilmesi gerekmektedir.

Anahtar Szckler: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık alışanı, sağlık alışanı olmayan bireyler

ABSTRACT

Introduction and Aim: Being healthy is the fundamental right of every human being, and ensuring and maintaining well-being should be the primary goal of all individuals as well as healthcare professionals. The aim of this study was to reveal and evaluate the healthy lifestyle behaviors and effective factors of health workers (specialist doctors, assistant doctors, nurses, midwives, etc.) and non-health workers.

Material and Methods: The research was conducted as a cross-sectional, case-control study. Within the scope of the research, 230 health workers and 240 non-health workers were reached. The Healthy Lifestyle Behaviors Scale-II (HLBQ-II) consisting of 52 items in total was used in the evaluation. Number, percentage, minimum and maximum, mean, standard deviation values, chi-square test, t test, One-Way ANOVA test, and correlation analysis tests were used to evaluate the findings. The data were analysed with the SPSS 22 software.

Results: It was determined that the majority of the participants among the health workers participating in the study were doctors (63,9%), and individuals who were not health workers were most frequently employed as teachers (74,2%). All sub factors of HLBQ-II scores of the non-health workers were higher than the health workers. It was determined that there was a statistically significant difference in health responsibility, physical activity, nutrition and stress management subgroups between health workers and non-health workers (respectively $p=0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). The HLBQ-II Total Score was also found to be significantly different between the two groups ($p<0,001$). A positive correlation was found between the total HLBQ-II Scale score, health responsibility, physical activity, nutrition, spiritual development, interpersonal relationships and stress management in health workers and non-health workers groups (respectively $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). No significant difference was found between the HLBQ-II scores of health workers according to age and occupational groups. In the non-health workers group, positive significant relationship was found between age and spiritual growth, interpersonal relations, stress management of subdimensions of HLBQ-II. A significant positive correlation was found between the participants' HLBQ-II scale scores and their sense of health. In healthcare workers, a

significant negative correlation was found between their HLBQ scores and their feeling of stress.

Conclusion: Although non-healthcare workers had higher HLBQ scores than non-health workers, the HLBQ scores of non-health workers were also at an average level. According to the results of this study, it has been revealed that individuals who are health workers have lower health responsibility, less physical activity, less effort to eat healthy, less successful in stress management, and lower levels of healthy living behaviors compared to non-health workers. Plans such as in-service training and smoking cessation courses should be made in order for healthcare professionals to develop healthy lifestyle behaviors. It is thought that the media has an important role in raising public awareness about healthy living. It is necessary to increase the education programs for health promotion, to include topics such as nutrition, physical activity, smoking cessation and stress management widely in the media.

Keywords: Healthy lifestyle behaviors, health workers, non-health workers

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
KISALTMA DİZİNİ.....	vi
TABLO DİZİNİ.....	ix
ŞEKİL DİZİNİ.....	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sağlık	4
2.2. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı	4
2.2.1. Fiziksel tehlikeler	5
2.2.2. Biyolojik tehlikeler.....	5
2.2.3. Kimyasal tehlikeler	6
2.2.4. Radyasyon	6
2.2.5. Şiddete maruz kalma	7
2.2.6. Üreme sağlığı	7
2.2.7. Stres bozuklukları ve psikolojik sorunlar.....	8
2.2.8. Sağlık sektörü çalışanlarının hastalık durumu	8
2.3. Sağlığın Geliştirilmesi.....	11
2.3.1. Sağlığın geliştirilmesine yönelik yaklaşımlar	12
2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	13
2.4.1. Beslenme	14
2.4.2. Fiziksel aktivite	16
2.4.3. Kişiler arası ilişkiler	18
2.4.4. Manevi gelişim (Tinsellik).....	18
2.4.5. Sağlık sorumluluğu	18
2.4.6. Stres yönetimi	18
3.GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	20
3.1. Araştırmanın Tipi, Yapıldığı Yer ve Evreni ve Örneklem.....	20
3.2. Verilerin Toplanması	20
3.2.1. Anket formlarının düzenlenmesi.....	21

3.3. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri.....	22
3.4. İstatiksel analiz.....	22
4. BULGULAR.....	24
4.2. Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanının kişisel ve mesleki özelliklerine göre değerlendirilmesi	26
4.2.1. Cinsiyete göre SYBD.....	27
4.2.2. Yaş gruplarına göre SYBD	29
4.2.3. Medeni duruma göre SYBD.....	30
4.2.4. Meslek gruplarına göre SYBD.....	31
4.2.5. Meslekteki çalışma süresine göre SYBD.....	32
4.2.6. Sağlık çalışanlarının çalıştığı hastane birimine göre SYBD	34
4.2.7. Çocuk varlığına göre SYBD	34
4.2.8. Eğitim durumuna göre SYBD	36
4.2.9. Sağlık çalışanların nöbet tutma durumlarına göre SYBD.....	37
4.2.10. Vücut kitle indeksine göre SYBD.....	37
4.2.11. Sigara kullanım durumuna göre SYBD	39
4.2.12. Alkol kullanım durumlarına göre SYBD	40
4.2.13. Kronik hastalık varlığına göre durumlarına göre SYBD	41
4.2.14. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutları arasındaki ilişkiler	43
4.2.15. Aynı cinsiyetteki sağlık çalışanı olan ve sağlık çalışanı olmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırılması	50
4.2.16. Aynı yaş grubundaki sağlık çalışanı olan ve sağlık çalışanı olmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırılması	51
5. TARTIŞMA	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	64
7. KAYNAKLAR	65
8. EKLER.....	79

KISALTMA DİZİNİ

CDC	: Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HIV	: İnsan immün yetmezlik virüsü
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
P	: İstatistiksel anlamlılık düzeyi (probability)
ANOVA	: Tek yönlü varyans analizi
χ^2	: Chi-Square (ki-kare)
df	: Serbestlik derecesi
COVID-19	: Korona virüs hastalığı

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Sık görülen hastalıklar için fiziksel aktivite önerileri	17
Tablo 2. Katılımcıların kişisel-mesleki özellikleri	25
Tablo 3. Çalışmaya katılan sağlık çalışanı olan ve olmayanların SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması	27
Tablo 4. Çalışmaya katılan sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların cinsiyete göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması	28
Tablo 5. Çalışmaya katılan sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların yaş gruplarına göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması	29
Tablo 6. Çalışmaya katılan sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların medeni durumuna göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması	30
Tablo 7a. Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması	31
Tablo 7b. Sağlık çalışanı olmayanların meslek gruplarına göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması	32
Tablo 8. Çalışmaya katılan sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların çalışma süresine göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması	33
Tablo 9. Çalışmaya katılan sağlık çalışanı olanların çalıştığı birime göre SYBD-II Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	34
Tablo 10. Çalışmaya katılan sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların çocuk varlığı durumuna göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması	35
Tablo 11. Çalışmaya katılan sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların eğitim durumuna göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması	36
Tablo 12. Çalışmaya katılan sağlık çalışanı olanların nöbet tutma durumuna göre SYBD-II Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 13. Çalışmaya katılan sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların vücut kitle indeksine göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması	38

Tablo 14. Sağlık çalışanı olan ve olmayanların sigara kullanımına göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	39
Tablo 15. Sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların alkol kullanımına göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 16. Çalışmaya katılan gruplarda kronik hastalık varlığı durumuna göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması	42
Tablo 17. Sağlık çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları arasındaki ilişki analizi	45
Tablo 18. Sağlık çalışanı olmayan katılımcılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları arasındaki ilişki analizi.....	48
Tablo 19. Katılımcıların yaş, vücut kitle indeksi ve hizmet yılı değişkenleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki analizi	48
Tablo 20. Katılımcıların kendinlerini sağlıklı hissetme / streste hissetme durumunları ile SYBD puanları arasındaki ilişkiler	49
Tablo 21. Aynı cinsiyetteki sağlık çalışanı olan ve sağlık çalışanı olmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırılması	50
Tablo 22a. 20-30 yaş grubunda yer alan sağlık çalışanı olan ve sağlık çalışanı olmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırılması	51
Tablo 22b. 31-40 yaş grubunda yer alan sağlık çalışanı olan ve sağlık çalışanı olmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırılması	52
Tablo 22c. 41-50 yaş grubunda yer alan sağlık çalışanı olan ve sağlık çalışanı olmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırılması	52
Tablo 22d. 50 üstü yaş grubunda yer alan sağlık çalışanı olan ve sağlık çalışanı olmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırılması	53

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Yaşam biçimiyle ilişkili sorunların bulaşıcı olmayan hastalıkların artışına katkılarını gösteren mekanizmalar	11
Şekil 2. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için kavramsal	13
Şekil 3. Sağlıklı Yemek ve Fiziksel Aktivite Piramidi	16



1-GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık çalışanları, dünya çapında bulaşıcı olmayan hastalık yükünün azaltılması için sağlıklı yaşam biçimini teşvik etmede çok önemli roller oynamaktadırlar (1,2). Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanserler, ruhsal bozukluklar ve solunum hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar tüm dünyada önde gelen ölüm nedenleri haline gelmiştir. 2012 yılında tüm dünyada toplam 38 milyon ölümden bulaşıcı olmayan hastalıkların sorumlu olduğu tespit edilmiş olup 2030 yılında bu rakamın 52 milyona çıkması beklenmektedir (3). Bu ölümlerin altında yatan davranışsal sağlık risklerinin başında yüksek kan basıncı, sigara kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, aşırı kilo alımı ve obezite ve alkol kullanımı gelmekte olup küresel ölümlerin sırasıyla %13, %9, %6, %5 ve %5,9'undan sorumludurlar (4-6). İnsanlar arasında sağlıklı yaşam biçimini teşvik etmenin, benimsenmenin ve tüm bu risklerin azaltılmasının ölümleri ve engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yılı kaybını dörtte üç oranında azaltacağı ayrıca küresel yaşam beklentisini yaklaşık 10 yıl uzatacağı öngörülmektedir (4,6-8).

Sağlığın geliştirilmesinin temeli, sağlığın korunmasına ve sürdürülmesine dayanır. Sağlığı geliştirme, kişilerin temel tutkuları ile optimal sağlıkları arasındaki sinerjiyi keşfetmelerine yardımcı olma, optimal sağlık için çaba gösterme motivasyonlarını artırma ve optimal sağlık durumuna geçmeleri için yaşam tarzlarını değiştirmede bireyleri destekleme sanatı ve bilimidir (9). Optimal sağlık; fiziksel, duygusal, sosyal, ruhsal ve entelektüel sağlığın dinamik bir dengesidir. Yaşam biçimi değişikliği; farkındalığı-motivasyonu artıran ve beceriler geliştiren öğrenme deneyimleri yoluyla ve en önemlisi olumlu sağlık uygulamalarını en kolay seçim haline getiren ortamlara erişimi açan fırsatlar yaratılarak kolaylaştırılabilir (9).

Bireyler, sağlıklı davranışlar geliştirmeye yönelik sorumluluk almalı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını günlük yaşam alışkanlıkları haline getirmelidirler (10,11). Sağlıklı yaşam biçimi, bireylerin sağlığını etkileyebilecek davranışları kontrol etme ve günlük aktivitelerini planlarken kendi sağlık koşullarına uygun davranışları seçme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Sağlığın korunması ve iyileştirilmesi uzun zamandır sağlık mesleğinin sorumluluğu olarak görülmüştür, ancak daha sonra insan sağlığının sadece fiziksel sağlığı değil, aynı zamanda sağlığın

bileşenleri olarak bilinen ve yaşam biçimi ile yakın ilişkili olan duygusal ve sosyal sağlığı da kapsadığına dair farkındalık artmıştır (9).

Bireyin en az haftada 5 gün düzenli olarak yarım saatlik orta şiddette fiziksel aktivitede bulunması, meyve, sebze, balık, kuruyemiş ve tahıl açısından zenginbesinler ile beslenmesi, günde en az 8 saat uyuması, stres düzeyini düşük tutması, sigara kullanmaması, alkol tüketimini sınırlaması dahil olmak üzere sağlıklı davranışlarda bulunması, bu davranışların kardiyovasküler hastalıklar, diyabetes mellitus, obezite gibi kronik /bulaşıcı olmayan hastalık riskini azaltması nedeniyle, kritik önem taşır (12).

Düzenli fiziksel aktivite, meyve ve sebze yemenin ve sağlıklı kiloyu korumanın belgelenmiş faydalarına rağmen, Türkiye'nin yetişkin nüfusunun %30'u obez olup %20,32'sinin hareketsiz yaşadığı ve %15,99'unun yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmadığı bildirilmiştir (13,14). Ayrıca ülkemizde sebze ve meyve tüketiminin yeterli olmadığı görülmüştür (15).

Doktorlar ve hemşireler dahil olmak üzere sağlık çalışanları, sağlık üzerine olumlu etkisi olan öneriler sunarak çok sayıda hastanın sağlık durumunu yönetmekten sorumludurlar. Sağlık çalışanları, yaşam biçimi ile ilişkili önemli hastalıkların önlenmesi için hastalara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yararları ile ilgili tavsiyelerde bulunma ve onları eğitme konusunda anahtar rol oynarlar (1,2,16). Sağlık çalışanlarının hastalarına sağlıklı yaşam biçimi ve bunun yaşam kalitesi üzerindeki etkisini etkili bir şekilde teşvik etmeleri için, sağlık çalışanlarının sağlıklı davranışlar ile ilgili olumlu tutumlara sahip olmaları ve bu sağlıklı davranışları uygulamaları çok önemlidir (17). Sağlık çalışanlarının sağlıklı davranışlar sergilediklerinde, hastalarına kronik/bulaşıcı olmayan hastalıklar ile ilgili önleyici danışmanlık sağlama oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (17,18). Sağlıklı davranışlarda bulunan sağlık çalışanları, hastalara sağlıkla ilgili riskli davranışlardan kaçınmayı önerirken daha yüksek öz yeterlik ve özgüvene sahiptirler (17,19,20). Bununla birlikte, araştırmalar, sağlık çalışanlarının kendi sağlık davranışlarıyla ilgili olduğunda sağlığı geliştirme kılavuzlarına yeterince uymadıklarını göstermektedir (1,21).

Bu çalışma ile sağlık çalışanı olan (uzman doktor, asistan doktor, hemşire, ebe vb) ve olmayan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve buna etkili

faktörlerin ortaya konulması ve değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçların kişilerde farkındalığı artıracak ve sağlık çalışanlarının kendi yaşam biçimini ve sağlıklı geliştirici davranışlarını iyileştirmek için müdahalelerin geliştirilmesine yardımcı olacağı umulmaktadır. Bununla birlikte, çalışmanın sonuçları sağlık çalışanları ile paylaşıldığında, sağlık çalışanlarının hastalarına sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırmaları yönünde daha fazla öneride bulunacakları ön görülmektedir.



2-GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlığın tanımı hastalık veya sakatlığın olmaması hali ile birlikte tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik halidir (22). Günümüzde sağlığın tanımlanmasının çok daha karmaşık olduğu, birçok yönden değerlendirilmesi gerektiği ve ayrıca tanımlamayı yaparken bilimsel ve teknolojik ilerlemelerin de göz önünde bulundurulması gerektiği öne sürülmektedir (23). Bununla birlikte, günümüzde sağlığın tanımı yapılırken mevcut statik tanımlamadan, kişinin bütünlüğünü, dengesini ve iyi olma halini sürdürme ve düzeltme kapasitesine dayalı daha dinamik bir tanımlamaya geçiş yapılması gerektiği savunulmaktadır (24).

Bir toplumun sağlık seviyesini belirleyen ana etmen sağlıklı bireylerin çoğunlukta olmasıdır. Sağlıklı olma durumu tüm insanların temel hakkı olup, sağlığın korunması devam ettirilmesi ve sağlığın geliştirilmesi sağlıklı olma durumunun temelini oluşturur. Bir kişi sağlıklı davranışlar geliştirme amacına yönelik kendi sorumluluğunu üzerine almalı ve günlük hayatında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını alışkanlık haline getirmelidir (25). DSÖ'ye göre tıbbi, psikolojik ve diğer sağlıkla ilişkili bilginin faydalarının tüm insanlara yayılması, sağlığın tam anlamıyla elde edilmesi için gereklidir (22).

2.2. Sağlık Çalışanları ve Sağlık

Sağlık çalışanları, hastalara ve/veya sıvı ve doku örnekleri ile kontamine tıbbi malzemelere, kontamine çevre yüzeyleriyle hava dahil olmak üzere bulaşıcı materyale maruz kalma riskine sahip kişilerdir. Sağlık çalışanı, sağlık bakım alanlarında çalışan, hasta kişilere doktor ve hemşire gibi doğrudan veya teknisyen, hasta bakıcı, hastane temizlik personeli ve hatta tıbbi atık işleyicileri gibi dolaylı olarak bakım ve hizmet sunan kişidir (26). Dünya çapında yaklaşık 59 milyon sağlık çalışanı bulunmaktadır (27). Sağlık çalışanlarının hayati rolü nedeniyle DSÖ sağlık çalışanlarını "sağlık için en değerli kaynak" olarak tanımlamıştır (27).

Literatürde hastaların sağlığı ile ilgili çok fazla sayıda çalışma yapılmış mevcut olmakla birlikte sağlık çalışanlarının sağlığına çok az dikkat çekilmiştir. Antik çağlarda yaşamış olan ve hekimlerin babası olarak bilinen Galen, “Doktor, kendi sağlığını ihmal ederse, hastalarının sağlığına pek dikkat etmez” diye

belirtmiştir (28). Aslında birçok doktor ve diğer sağlık çalışanları, artan iş yükü, resmi işlemler, hızlı bir şekilde artış gösteren bilgi yükü ve malpraktis davalarının stresiyle yüzleşirken ve kişisel ve mesleki yaşamlarını nasıl dengeleyecekleri ile ilgili sorun yaşarken kendi kişisel sağlıklarını ihmal edebilmektedirler (28,29).

Sağlık sektörü, çalışmak için en tehlikeli ortamlardan biridir. Bu sektördeki çalışanlar, çalışmalarını sırasında sürekli olarak sağlık ve güvenlik ile ilgili risklere maruz kalmaktadırlar. Bu riskler; tüberküloz ve insan immün yetmezlik virüsü (HIV) hastalığına neden olan mikroorganizmalara biyolojik maruziyet ile glutaraldehit ve etilen dioksit gibi kimyasallara maruziyet arasında geniş bir yelpazede yer almaktadır. Radyasyona maruz kalma ve gürültü gibi fiziksel tehlikelerin yanı sıra ağır kaldırma ve uzun süre ayakta durma gibi ergonomik sorunlar da vardır. Uzun çalışma saatleri ve vardiyalı çalışma da iş stresini artırır (28).

2.2.1. Fiziksel tehlikeler

Sağlık çalışanlarında en sık görülen sorunlardan biri kas-iskelet bozukluklarıdır (30,31). Bu hastalıklar; hastayı tanı ve tedavi için kaldırma, taşıma, konumlandırma gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıkmakta ve diğer çalışma ortamlarından 7 kat daha fazla görülmektedir. Bu sorunlar, artan obez hasta sayısı ile birlikte daha da artmaktadır (32). Sağlık personeli arasında sırt, boyun, omuz ve diz sorunları en sık görülen problemlerdir (33,34).

Sağlık çalışanları arasında delici kesici alet yaralanmaları da sık görülmektedir (35,36). Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezinin (CDC) raporuna göre, gelişmiş ülkelerde bile delici kesici alet yaralanmalarının %40'ından fazlası hemşirelik personeli tarafından yaşanmaktadır (37).

2.2.2. Biyolojik tehlikeler

Sağlık çalışanları çok çeşitli bulaşıcı hastalıklara maruz kalmaktadırlar. Bulaş temas, damlacık ve hava yoluyla olmaktadır. Enfeksiyöz ajanlar içeren damlacıklar; öksürük, hapşırmaya, konuşma veya endotrakeal entübasyon gibi belli tıbbi girişimler yoluyla ortama yayılmaktadır (38).

En sık kan yoluyla bulaşan virüsler HBV, HCV ve HIV'dir. DSÖ, 2003 yılında delici kesici alet ile yaralanmalar sonucu dünya çapında sağlık çalışanları

arasında yaklaşık 16000 HCV enfeksiyonu, 66000 HBV enfeksiyonu ve 1000 HIV enfeksiyonunun meydana geldiğini tahmin etmektedir(39,40).

2.2.3. Kimyasal tehlikeler

Sağlık çalışanları, hastanede zeminler, pencereler, tuvaletler, halılar ve diğer yüzeylerde temizlik için kullanılan temizlik malzemeleri de dahil olmak üzere çeşitli kimyasal tehlikelere maruz kalmaktadırlar. Temizlik malzemelerine maruz kalmanın birincil yolları, aerosol damlacıklarının veya buharlarının solunması ve cilt, göz tahrişi riski taşıyan cilt maruziyetidir (41).

Etilen oksit plastik aletler ve cihazlar gibi ısı, nem ve aşındırıcı kimyasallara maruz kalmayan tıbbi ekipmanların sterilizasyonunda kullanılır (37). Gluteraldehit, başta endoskoplar olmak üzere ısıya duyarlı tıbbi cihazlar için soğuk yüksek düzey dezenfektanı olarak kullanılır. Cıva esas olarak termometrelerde ve kan basıncı cihazlarında kullanılır, ancak aynı zamanda diş kliniklerinde, sindirim sistemi hastalıklarının tanısında kullanılan tıbbi cihazlarda ve göz cerrahisinde, laboratuvar kimyasallarında, farmasötik ürünlerde vb. bulunur. Dünyadaki birçok yerde termometrelerde ve tansiyon aletlerinde cıva kullanımı kaldırılmıştır (31).

Tüm bu kimyasallar, gözlerde, solunum yollarında tahrişe neden olur ve uzun süreli maruziyet, pnömoni ve astıma yol açabilir. Deri ile doğrudan temas; kaşıntı, yanma, kızarıklık, şişlik ve çatlaklara neden olabilir. Metil metakrilata aşırı derecede maruz kalma baş ağrısı, uyuşukluk, mide bulantısı, halsizlik, yorgunluk, sinirlilik, baş dönmesi, iştahsızlık ve uykusuzluğa neden olabilir (31). Elektrokoter kullanımı veya lazer cerrahisi sırasında ortaya çıkan gazlı yan ürünler ("cerrahi duman"); çeşitli gazlar, karbon monoksit, akrilonitril, hidrojen siyanür ve benzen partiküllerinden oluşan canlı ve cansız hücresel materyal içeren biyo-aerosollerden oluşur. Bu aerosoller akciğerlere ve solunum sistemine zarar veren akut ve kronik iltihaplı değişikliklere yol açarak akciğerlerde hasara neden olur (37,42).Antineoplastik ve diğer ilaçlar da dahil olmak üzere birçok ilacın korunmasız olarak elle tutulması döküntüler ve kansere yol açması nedeniyle tehlikelidir (43).

2.2.4. Radyasyon

X-ışını cihazları, floroskoplar ve tanısal ve terapötik girişimler için kullanılan bilgisayarlı tomografi, görüntü kılavuzlu girişimler, kardiyak kateterizasyon ve anjiyografiden kaynaklanan iyonlaştırıcı radyasyon tehlikelidir. İyonlaşmayan

elektromanyetik radyasyon daha az enerjiye sahiptir ve bu nedenle moleküllerin iyonlaşmasına (veya elektronların uzaklaştırılmasına) neden olacak kadar güçlü olmadığından tehlikesi daha azdır (37).

2.2.5. Şiddete maruz kalma

Diğer bir tehlike, başta kadın sağlık çalışanları olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına farklı şekillerde şiddet uygulanmasıdır. DSÖ her ülkeyi, her işyerini ve her meslek grubunu etkileyen bir olgu olan işyerinde şiddetin bir salgın olarak nitelendirilebilecek kadar yaygın bir sorun olduğunu bildirmektedir (44). Tüm sağlık hizmetleri alanlarında, çalışanlar şiddet mağduru olma riskiyle karşı karşıyadır. İş sağlığı araştırmacılarına göre, işyerinde şiddet, asistan doktorlar/hemşireler ve hasta bakıcılarının daha fazla karşılaştığı tehlikelerden biridir (45).

Sağlık hizmetlerinde, özellikle alkol ve madde kullanım bozukluğu, metabolik bozukluklar, travma, psikoz veya kişilik bozuklukları gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak artan bir şiddet durumu vardır. Şiddet oranındaki artış ayrıca hasta ve yakınlarında artan stres düzeyleri, uzun bekleme saatleri, para ve ilaç bulunamaması, hasta yakınlarının çok fazla sayıda olması, aşırı kalabalığın varlığı gibi nedenlere bağlı olabilir. Sağlık hizmeti sunan birimdeki şiddet, hem sağlık çalışanları hem de hastalar üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olur ve mesleki özgüven kaybı, iş tatmini kaybı, travma, sakatlık, artan dava masrafları ve personelin iş kaybı gibi şiddetin olumsuz sonuçlarına yol açabilir (31).

2.2.6. Üreme sağlığı

Sağlık hizmeti sağlayan birimlerde üremesahlılığı ile ilgili tehlikelere maruz kalma, artan bir sağlık sorunudur. Daha önce yapılan çalışmalar, genel olarak üreme sağlığı ile ilgili olmayıp yalnızca fetüs üzerindeki olası etkiler ile ilgilidirler (46). Daha sonraki dönemde üreme toksinlerinin hormonal değişikliklere neden olabileceği ve menstrüasyon, ovülasyon, doğurganlık ve kaliteli yaşam gibi üreme sağlığının diğer yönlerini etkileyebileceği anlaşılmıştır. Günümüzde her iki cinsin üreme sistemindeki tüm sağlık tehlikeleri göz önünde bulundurularak araştırılmaları bu yönde yapılmaktadır (46). Üremeyle ilgili tehlikeler; infertilite, abortus ve doğumsal anomalilerdir. Potansiyel sağlık etkileri çocuklardaki gelişim bozukluklarını da içerir. Üreme sağlığı ile ilişkili tehlikelere neden olan ajanlar arasında kurşun (kimyasal), radyasyon (fiziksel) ve virüsler (biyolojik) bulunur. Sağlık çalışanları,

üreme sağlığı açısından tehlikelere inhalasyon, cilt ile temas ve yutma yoluyla maruz kalabilirler (31).

2.2.7. Stres bozuklukları ve psikolojik sorunlar

Gorman ve ark. (37) işyeri stresinin çözülmeden bırakılması durumunda çeşitli rahatsızlıklara ve hatta ölüme neden olabileceğini bildirmişlerdir. Sağlık sektöründe duygusal tükenme, hastalara karşı duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissini azalması gibi tükenmişlik sendromu nadir değildir (31). Tükenmişlik sendromu tanısının zamanında konulamaması, depresyon oranında artış, alkol ve madde kötüye kullanımı, boşanma, intihar, tıbbi hatalar, iş arkadaşlarıyla sorunlu ilişkiler ve hasta memnuniyetsizliği ile ilişkili olması nedeniyle, sağlık çalışanına ve sağlık sistemine maliyeti çok büyük olabilir (47). Bununla birlikte günümüz COVID-19 (Korona virüs hastalığı) pandemisi sırasında sağlık çalışanlarında anksiyete, tükenmişlik sendromu ve depresyon oranı artış göstermiştir (48,49).

2.2.8. Sağlık çalışanları ve hastalık

Sağlık çalışanları, sağlıklı bir toplumun sürdürülmesinde asıl sorumluluğu taşıyan meslek grubudur (50). Uzmanlık eğitimleri ile sağlık çalışanlarının diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar gibi yaşam biçimi değişikliklerinin sağlık sonuçlarına ilişkin yüksek bilgi ve farkındalık göstermeleri beklenmektedir (1,21,51). Sağlık çalışanları, sağlıklı bir yaşam için genel popülasyonayol gösterirler ayrıca bu hastalıkların önlenmesini etkileyen uygun yaşam biçimi değişikliklerini teşvik etmede ana sorumluluğa sahiptirler (50,52). Sağlık çalışanlarının seçimleri ile hastalarına yaptıkları tavsiyeler arasında güçlü ve tutarlı bir ilişki bulunmaktadır (53). Bu nedenle, sağlık çalışanları arasında kardiyovasküler hastalıkları ve diğer ilişkili metabolik risk faktörlerini önlemek, hem sağlık alanında hem de genel nüfusta sağlıklı bir işgücü elde etmek için önemli bir stratejidir. Sağlık çalışanlarının yeterli düzeyde yaşam tarzı değişikliklerini uygulamaması, metabolik sendrom ve obezite başta olmak üzere birçok kronik hastalığa yol açmaktadır (54).

2.2.8.1. Metabolik sendrom ve obezite

Metabolik sendrom ve obezite; tip 2 diabetes mellitus, kardiyovasküler hastalıklar ve birçok kanser gelişimi açısından risk faktörleridir (55). Sağlık çalışanlarında bu patolojilerin yüksek prevalansına dair dünya çapında kanıtlar

vardır. Sağlık çalışanları fazla kilolu olma ve obezitenin etiyolojisi ve riskleri hakkında iyi bilgilendirildiği düşünülen bir grup olmasına rağmen yapılan araştırmalarda fazla kilolu olma ve obezite prevalansının bu grupta yüksek olduğu saptanmıştır (31). İngiltere'de yapılan kesitsel bir çalışmada, obezite yaygınlığının hemşirelerde %25,1, diğer sağlık uzmanlarında %14,4 olduğu görülmüştür (37). Güney Afrika'da yapılan başka bir çalışmada, hastanedeki sağlık çalışanlarının %34'ünde metabolik sendrom bulunduğu, %28,7'sinin obez ve %27,3'ünün aşırı kilolu olduğu bildirilmiştir (56). Hindistan'da yapılan bir çalışmaya kentsel ve yarı kentsel bölgelerden 2499 doktor dahil edilmiş ve doktorların genel popülasyona göre daha yüksek kardiyovasküler risk faktörlerine (obezite, metabolik sendrom, hipertansiyon ve bozulmuş glukoz toleransı) sahip oldukları görülmüştür (57).

2.2.8.2. Hipertansiyon

Sağlık çalışanları, yüksek riskli çevre, vardiyalı çalışma ve zihinsel ve fiziksel stresi içeren işlerinin özelliği nedeniyle hipertansiyon açısından yüksek riskli bir meslek kategorisini oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarının sağlık durumlarını iyi tutmaları öncelik teşkil etmeli ve kardiyovasküler hastalıkları önlemeye yönelik önlemleri içermelidir (58).

Yaklaşık 2500 doktor üzerinde kardiyovasküler risk faktörlerinin araştırıldığı bir çalışmada genel popülasyonakıyasla daha yüksek risk faktörü oranları bildirilmiştir (57). Jardim ve arkadaşları (59) prospektif bir çalışmada sağlık çalışanlarını 15 yıl süre ile takip etmişler ve bu grupta hipertansiyon prevalansının %6,0'dan %16,7'ye yükseldiğini saptamışlardır. Sağlık sektöründe vardiyalı çalışma yaygın bir uygulamadır. Kardiyovasküler hastalıkların vardiyalı çalışmadan etkilendiği saptanmıştır (60). Jermendy ve ark. (61) vardiyalı çalışanlarda belirli kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinin (hipertansiyon, kilo, vücut kitle indeksi vb.) daha yüksek prevalansta görüldüğünü bildirmişlerdir. Sağlık yöneticileri, ciddi kardiyovasküler hastalıklar açısından çok yüksek risk altındadırlar (52).

2.2.8.3. Diyabetes Mellitus

Sağlık çalışanlarının, yaşadıkları yüksek psikososyal baskı nedeniyle ve iş devamsızlığı, işten erken ayrılmalar, kas-iskelet sorunları ve sağlıklı yaşam biçimi nedeniyle artmış risk altında olduklarından, diyabet gelişme riskleri artmıştır (63-65). Sağlık çalışanları arasında fazla kilolu olma ve fiziksel hareketsizlik yaygınlığı

yüksektir ve meslekleri nedeniyle fiziksel ağırlık ile fiziksel ve zihinsel yorgunluğun sık ortaya çıkması, boş zamanlarında aktif kalma kapasitelerini azaltabilir. Ayrıca, psikososyal gerginliğin kadınlarda Tip 2 diyabet, metabolik sendrom ve dislipidemi riskini artırdığına dair yayınlar vardır (66-68).

Hemşireler ve hemşire olmayan kadınlar arasında tip 2 diabetes mellitus insidansını ve riskini değerlendirmek için yapılan bir çalışmada toplam 111670 kişi (55,835 hemşire ve 55,835 hemşire olmayan kişi) değerlendirilmiştir (69). Bu çalışmada diyabet tanısı alma yaşının hemşirelerde daha erken olduğu görülmüştür. Ancak hemşirelerin, hemşire olmayanlara göre daha düşük diyabet geliştirme riski gösterdikleri saptanmıştır. Yazarlar hemşireler arasındaki daha düşük diyabet gelişim riskini, hemşirelerin sağlık bakımı ve sağlıklı davranışlar konusunda önemli bilgiye sahip olmalarına bağlamışlar ve bu çalışmanın sonuçlarının, diyabet gelişimini önlemek ve sağlık eğitimini teşvik etmek için bir referans olarak kullanılabileceğini öne sürmüşlerdir (69).

2.2.8.4. Sağlık çalışanları arasında ölüm oranları ve nedenleri

Doktorların ölüm yaşı veya ölüm nedenleri hakkında çok az şey bilinmesine rağmen bu gruba ait ölüm oranlarının, doktorların sağlıkla ilişkili eğitim düzeyleri ve sosyoekonomik düzeylerinin yüksek olması sebebiyle daha düşük olduğu ile ilgili varsayımlar bulunmaktadır (29).

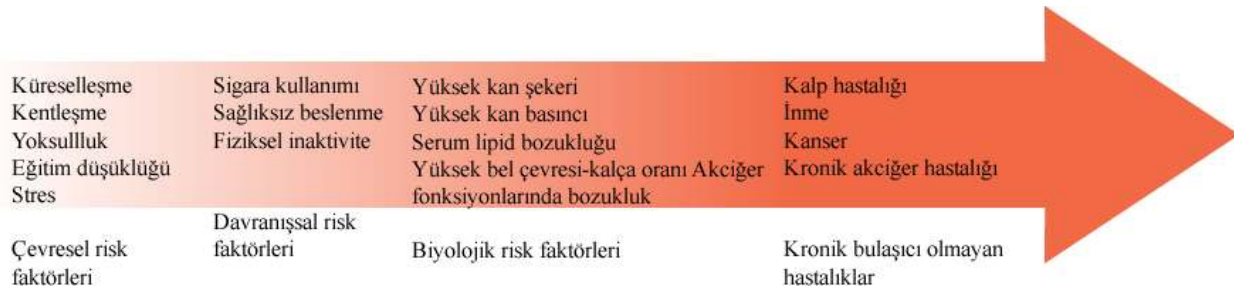
Frank (70) tarafından yapılan bir çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri'nde görev yapan doktorların ortalama ölüm yaşının aynı ırktan diğer meslek çalışanlarına göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Doktorlar için en önemli 10 ölüm nedeninin genel popülasyonunkilerle aynı olduğu belirlenmiştir, ancak beyin damar hastalıkları, kazalar ve intihar nedeniyle ölme olasılıklarının daha yüksek ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı, pnömoni/grip ve karaciğer hastalığından ölme olasılıklarının daha düşük olduğu görülmüştür. Araştırmacılar kronik karaciğer hastalığı ve siroz nedeniyle daha düşük ölüm oranları saptamışlar ve doktorların alkolden tamamen uzak durma olasılığının diğer meslek gruplarına göre daha düşük olduğunu, ancak alkol tüketimleri durumunda daha az miktarda tükettiklerini tespit etmişlerdir. Hekimlerde saptanan daha düşük akciğer kanseri oranlarının da doktorların sigarayı bırakma hareketini yönetmeleriyle de oldukça tutarlı olduğu saptanmıştır. Bu

çalışmada sigara içme oranlarının hem erkek hem de kadın doktorlar için %4'ün altında iken genel popülasyonda %25'in üzerinde olduğu görülmüştür (70).

Tüm dünyadan COVID-19 nedeniyle hemşire ve doktor ölümleri bildirilmiştir (71). Sağlık çalışanları arasında COVID-19 enfeksiyonuna bağlı ölüm oranları erkeklerde, 65 yaş ve üzeri kişilerde, Asyalılarda ve siyah ırkta daha yüksek saptanmıştır (72).

2.3. Sağlığın Geliştirilmesi

Ticaretin küreselleşmesi, kentleşme, dünyanın her yerine seyahat kolaylığı, ileri teknolojiler gibi günümüz dünyasında ilerlemeye ve gelişmeye yardımcı olan faktörler, bir yandan sağlık açısından olumlu sonuçlara yol açarken diğer yandan hareketsiz yaşam biçimi ve sağlıksız beslenmeye sebep olduğundan dolayı sağlığı kötü yönde etkileyen iki ucu keskin bıçak görevi görmektedir. Sigara kullanımı ve sağlıksız beslenme şekli artıkça fiziksel aktivite azalmaktadır. Bu durum biyolojik risk faktörlerinde ve dolayısıyla bulaşıcı olmayan hastalıklarda artışa neden olur (73,74). Şekil 1'de yaşam biçimi ile ilişkili sorunların bulaşıcı olmayan hastalıkların artışına nasıl katkıda bulunduğu gösterilmiştir (75). Küresel iklim değişikliğinin olumsuz etkileri, hareketsiz yaşam biçimi, artan doğal afet sıklığı, finansal krizler gibi faktörler halk sağlığının karşılaştığı sorunlara katkıda bulunmaktadır (75).



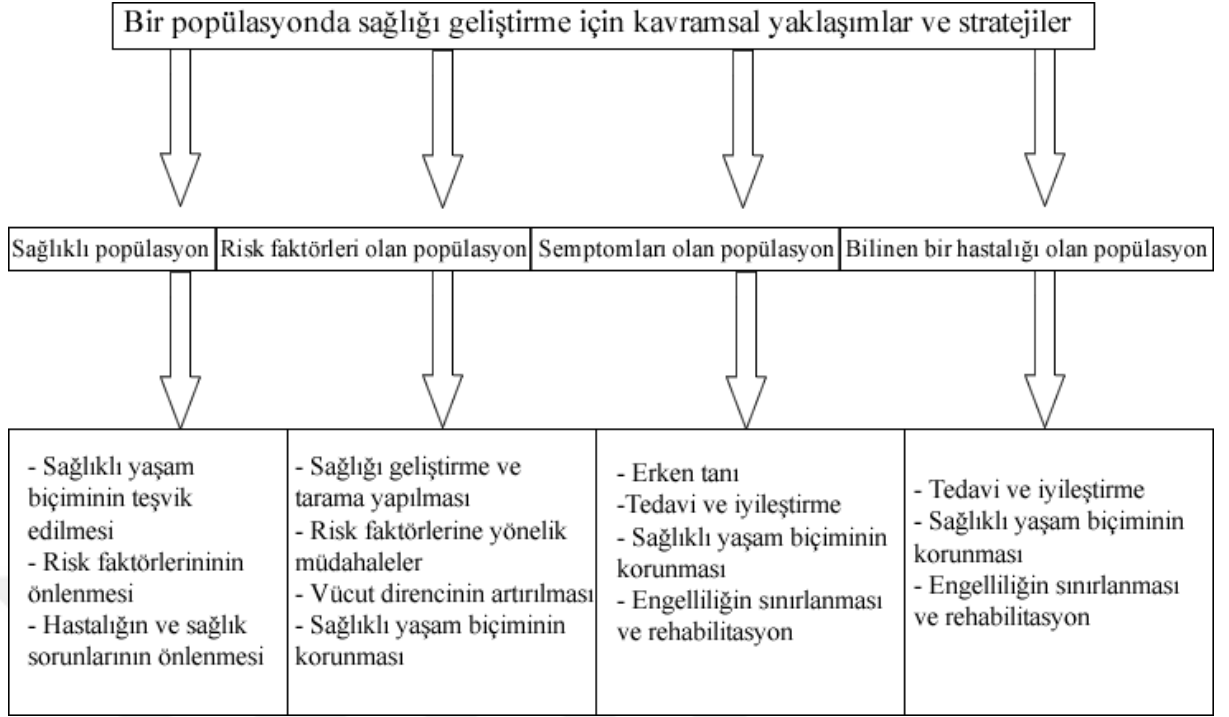
Şekil 1. Yaşam biçimiyle ilişkili sorunların bulaşıcı olmayan hastalıkların artışına katkılarını gösteren mekanizmalar (73)

Ulaşılabilir en yüksek sağlık standardından yararlanma, her insanın temel haklarından biri olarak kabul edilmektedir (22). Son yıllarda, biyomedikal girişimlerin tek başına daha iyi sağlığı garanti edemeyeceği konusunda artan bir kabul vardır. Sağlık, özellikle sosyal, ekonomik ve politik güçler olmak üzere, sağlık sektörünün alanı dışındaki faktörlerden büyük ölçüde etkilenir. Bu güçler, insanların

büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı koşulların yanı sıra ülkeler arası sağlıkta eşitsizliklere yol açan sağlık ihtiyaçlarıyla başa çıkmak için kurulan sistemleri büyük ölçüde şekillendirir (76). Bu nedenle, mümkün olan en yüksek sağlık standardına ulaşmak, toplumu, sağlık çalışanları ve diğer ilgili tarafları içeren geleneksel tedavi edici bakımın ötesine geçen kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşıma bağlıdır. Bu bütüncül yaklaşım, bireyleri ve toplulukları kendi sağlıkları için harekete geçme, halk sağlığı için liderliği teşvik etme, sağlıklı halk politikaları oluşturmak için sektörler arası eylemi teşvik etme ve toplumda sürdürülebilir sağlık sistemleri oluşturma konusunu kapsamalıdır (73). Bu unsurlar, insanların kendi sağlıkları ve sağlık belirleyicileri üzerinde kontrol sahibi olmalarını ve böylece sağlıklarını iyileştirmelerini sağlayan “sağlığı geliştirme”nin özünü içerir. Sağlığı geliştirme; sağlığı iyileştirmeye veya korumaya yardımcı olan adaptasyonları (yaşam biçimi, vb.) kolaylaştırmak için kişisel, organizasyonel, sosyal ve politik düzeylerde müdahaleleri içerir (73).

2.3.1. Sağlığın geliştirilmesine yönelik yaklaşımlar

Hastalık açısından toplum dört gruba ayrılabilir: a) sağlıklı popülasyon, b) risk faktörleri olan popülasyon, c) semptomları olan popülasyon ve d) hastalığı olan popülasyon. Bu dört grubun her birine yönelik, gruptaki popülasyonun tümünün ihtiyacını kapsamlı bir şekilde ele almak için, özel müdahaleler geliştirilmelidir. Kısaca, bu müdahaleler sağlıklı popülasyon için sağlığı koruma önlemlerini içerirken, hastalıklı popülasyon için iyileştirici tedaviyi kapsamaktadır. Risk faktörlerinin önlenmesi, sağlığa yönelik tehlikeleri en aza indirecek koşulları oluşturmayı ve sürdürmeyi amaçlamaktadır. Hastalık riskini artırdığı bilinen çevresel, ekonomik, sosyal ve davranışsal koşullar; kültürel yaşam kalıplarının ortaya çıkmasını ve yerleşmesini engelleyen eylemlerden oluşur (Şekil 2) (73,77).



Şekil 2. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için kavramsal çerçeve (73)

Sağlığı geliştirilme önlemleri genellikle hem bulaşıcı hem de bulaşıcı olmayan öncelikli hastalıkları hedef alır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar küresel hastalık yükü ve ölüm oranına en büyük katkıyı sağlamaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar, sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve alkol kötüye kullanımı gibi önemli değiştirilebilir risk faktörlerini ele alan etkili ve uygulanabilir halk sağlığı müdahaleleri ile büyük ölçüde önenebilir. Sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve sigara kullanımı gibi yaygın risk faktörleri ortadan kaldırılarak kalp hastalıkları ve inmelemlerin %80'i, diyabetin %80'i ve kanserlerin %40'ı önenebilir (16). "İnsanların optimal sağlık durumuna geçmeleri için yaşam biçimlerini değiştirmelerine yardım etme bilimi ve sanatı" olarak tanımlanan sağlığı geliştirme, bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolünde anahtar müdahaledir (73).

2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Bireyin sağlığı üzerine etkili tüm davranışları kontrol etmesi, günlük aktivitesini düzenlemede kendi sağlığını daha iyi düzeye getirmeye yönelik davranışları seçmesi, sağlıklı yaşam biçimi olarak tanımlanır (78).

Dengeli beslenme, düzenli fiziksel aktivitede bulunma, sigara ve madde kullanımından uzak durma, iletişim sorunlarıyla başarılı bir şekilde baş etme, sağlık

sorumluluğu ve stres yönetimini sağlama gibi davranışlar sağlık üzerine olumlu etkisi olan davranışlardır (79).

2.4.1. Beslenme

Beslenme, bireyin büyümesi, gelişimini sağlaması, uzun süre sağlıklı ve üretken bir şekilde yaşaması için ihtiyaç duyulan besin öğelerini ve enerji kaynaklarını yeterli ve dengeli düzeyde alıp bu öğeleri vücutta kullanmasıdır (80).

Kişinin ve toplumun sağlıklı yaşaması ve toplumun ekonomik yönden gelişmesi onu oluşturan kişilerin sağlıklı olmasına bağlıdır. Sağlığın temelini yeterli ve dengeli beslenme oluşturmaktadır. Yeterli ve dengeli beslenme sağlıklı beslenme ve optimal beslenme olarak da tanımlanmaktadır. Sağlıklı beslenme yaşamın idamesi, büyüme ve gelişme, üretkenlik, sağlık ve iyi hal için anne rahminde başlayan yaşamdan, bebeklik, çocukluk, adolesan ve yetişkin çağından yaşlılığa kadar tüm yaşam sürecinde elzemdir (81).

Besinlerin yapısında bulunan besin öğelerinin herhangi biri alınmadığında veya gereğinden az ya da çok alındığında, büyüme ve gelişmenin etkilendiği ve sağlığın bozulduğu bilinmektedir. İnsan yaşamında “Beslenme” sadece besinlerin tüketimi değildir. Beslenme aynı zamanda yemek yerken haz almayı, sosyalleşmeyi, gelenek ve göreneklere göre yapılan uygulamaları da içermektedir (81).

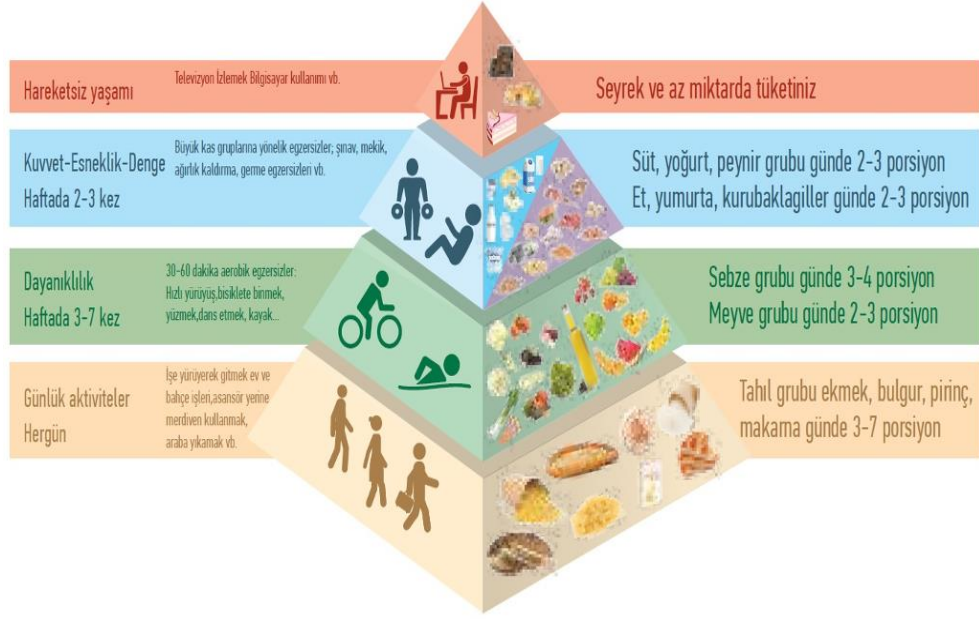
Besine dayalı beslenme rehberleri ile sağlığın iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi en etkin şekilde gerçekleştirilebilmektedir. Besine dayalı beslenme rehberlerinin oluşturulması, uygulanması ve olası olumlu etkilerinin izlenmesi 1992 yılında Roma’da gerçekleştirilen Uluslararası Beslenme Konferansı ile birlikte desteklenmiştir (81). Dünya’da 100 ülkenin Besine Dayalı Rehberlerinin bulunduğu ve birçoğu tarafından güncellemelerin de yapıldığı belirtilmiştir. Türkiye’de ilk beslenme rehberinin Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Gıda Bilimleri Enstitüsü tarafından “Sağlıklı Beslenme” adı ile 1975 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayın No: 437 olarak Sağlık Propagandaları ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü tarafından yayınlandığı bilinmektedir (81).

Beslenme alışkanlıkları kronik hastalık gelişme riski ile doğrudan ilişkilidir. Yeterli ve dengeli beslenme davranışlarına bağlı diyetle oluşturulan değişikliklerin sağlık üzerine pozitif veya negatif yönde etkilerinin yaşam boyunca devam edeceği bilinmektedir. Bireylerin beslenmeleri ile ilgili yaptıkları olumlu değişiklikler onların

sağlık durumlarını korumalarına ve hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz ve kanser gibi hastalıkların oluşmasını önlemektedir (78).

Günlük beslenmede, her gruptan besin bulunur ve bunların miktarları o kişinin gereksinimine uygun olursa, yeterli ve dengeli beslenilmiş olur (78). Sağlıklı beslenmede beş ana besin grubu olan tahıllar, meyveler, sebzeler, etler, süt ve süt ürünlerinden oluşan her bir gruptan önerilen porsiyon miktarı kadar tüketilmelidir. Alınacak besin; vitamin, mineral ve lif kaynağına göre tercih edilebilir. Her gün üç-dört porsiyon sebze, iki-dört porsiyon meyve tüketilmelidir. Etler ile süt ve süt ürünleri proteinden zengindir (82).

Türkiye beslenme ve fiziksel aktivite piramidi, beslenme önerileriyle birlikte fiziksel aktivite önerilerini de piramide eklemiştir. Piramit besin çeşitliliğine dayalı sağlıklı beslenme ilkesine dayanmakta, günlük tüketilmesi önerilen porsiyon miktarları sunulmakta ve ayrıca tüketiminin artırılması ve azaltılması gereken besin öğeleri ve besinleri irdelemektedir. Piramidin beslenmeye ilişkin bölümünün tabanında temel besin kaynağı olan ve enerji gereksinmesinin karşılanmasında önemli yer tutan, günlük alınması gereken tahıl grubu besinler (ekmek, bulgur, pirinç, makarna vs.) yer almaktadır. Yine beslenmede her gün yer alması gereken besinler; süt, yoğurt, peynir grubu ile et türleri (kırmızı et ve lagiller grubunda yer alan besinler önemli protein içerikleri nedeniyle aynı gruba alınmıştır. Akdeniz modeli beslenme örüntüsünde önemli yer tutan zeytinyağına da günlük beslenme örüntüsünde yer alması amacıyla sebze ve meyve gruplarında yer verilmiştir. Piramidin en tepesinde seyrek ve daha az tüketilmesi önerilen eklenmiş şeker ve aşırı yağ içeren besinler yer almaktadır. Piramidin fiziksel aktiviteye ilişkin bölümü Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi (2014) önerilerine göre geliştirilmiştir. Piramidin tabanında yetişkin bireyler tarafından her gün yapılması önerilen aktiviteler (günlük 30 dakikalık yürüyüş) yer almaktadır. Orta kısmında ise haftada en az 3 kez, tercihen her gün yapılması önerilen dayanıklılık (aerobik) egzersizleri ve haftada iki kez 5 ila 10 dakika olarak önerilen kuvvet ve denge egzersizleri yer almaktadır. Bu piramitte hareketsiz yaşam (televizyon izlemek, bilgisayar kullanımı vb.) tıpkı şekerli ve aşırı yağlı besinler gibi piramidin en tepesinde yer almakta ve azaltılması gereken alışkanlıklar olarak belirtilmektedir (Şekil 3) (81).



Şekil 3. Sağlıklı Yemek ve Fiziksel Aktivite Piramidi: Besin gruplarına göre sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite piramidi (81).

2.4.2. Fiziksel aktivite

Enerji tüketimi ile sonuçlanan herhangi bir vücut hareketi fiziksel aktivite olarak tanımlanır (83). Yürümek, koşmak, yüzmek, bisiklete binmek, dans etmek ve gün içerisindeki aktiviteler dahil olmak üzere baş, kol, bacak, gövde gibi temel vücut hareketleri fiziksel aktivite olarak tanımlanır (84).

Fiziksel aktivite ile ilgili bilgiler çok eski çağlardaki mezar kalıntılarından bile görülmektedir. Bugünkü anlamıyla fiziksel aktivite ilk kez yaklaşık M.Ö. 2500 yıllarında Çin’de görülmektedir (85). Fiziksel aktivitenin kişilerin sağlığına olan etkileri İtalyan doktorlar tarafından 1500’lü yıllarda hem çocukların büyüme ve gelişimleri için, hem de yaşlı sağlığının korunması için egzersiz programları geliştirilerek gösterilmiştir (85). Aktivite ve kronik kalp hastalıkları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar özellikle II. Dünya Savaşı’ndan sonra artmıştır. Bu çalışmalardan biri olan Morris ve arkadaşları tarafından Londra’daki posta çalışanları ve otobüs şoförlerinde ölümleri incelenmiş, yapılan işin fiziksel olarak aktif olmasının kalp hastalıklarından kaynaklı ani ölümleri azalttığı belirtilmiştir (86).

Düzenli fiziksel aktivite ile kaslar kuvvetlenir, kas gerginliği ve anksiyete düzeyinde azalma olur, akciğer kapasitesi artar, kemik kalitesinde iyileşme olur ve

kırıkların meydana gelmesi engellenir, postürün korunması ile duruş bozuklukları engellenir, normal kilonun sürdürülmesi sağlanır. Ayrıca kalp hastalıkları, hipertansiyon, diabetes mellitus, osteoporoz, depresyon gelişimine karşı korunma sağlanır (87). Tablo 1’de sık görülen hastalıklar için fiziksel aktivite önerileri mevcuttur.

Tablo 1. Sık görülen hastalıklar için fiziksel aktivite önerileri (88).

Hastalık	Fiziksel Aktivite Önerileri			
	Tip	Sıklık	Süre	Şiddet
Kalp ve damar hastalıkları, Koroner arter hastalıkları	Aerobik aktiviteler	En az 3 gün	En az 30 dak/gün	Aerobik % 40-60 & %60- 85 KAH _{max} Kuvvet en az 8-10 hareket, 8-15 tekrar, 1 set
Tip 2 diyabet	Aerobik aktiviteler ve kuvvet egzersizleri (kombine)	Aerobik 3-7 gün/hafta Kuvvet 2-3 gün/hafta	Haftada toplam 150-300 dak veya 20-60 dak/gün	Aerobik % 50-80 KAH _{maks} Kuvvet 1 MT %60-80 En az 8-10 hareket, 8-12 tekrar, 2-3 set
Hipertansiyon	Aerobik aktiviteler ve kuvvet egzersizleri	Aerobik 3-7 gün/hafta Kuvvet 2-3 gün/hafta	30-60 dak/gün sürekli veya aralıklı	Aerobik % 40-60 KAH _{maks} Kuvvet 1 MT %60-80 En az 8-10 hareket, 8-12 tekrar, 2-3 set
Obezite	Aerobik aktiviteler ve kuvvet egzersizleri (kombine)	Aerobik 5-7 gün/hafta Kuvvet 2-3 gün/hafta	Haftada toplam 150-300 dak veya 30-60 dak/gün	Aerobik % 40-75 KAH _{maks} Kuvvet 1 MT %60-80 En az 8-10 hareket, 8-12 tekrar, 2-3 set
Osteoporoz	Aerobik aktiviteler ve kuvvet egzersizleri (kombine)	Aerobik 3-5 gün/hafta Kuvvet 2-3 gün/hafta	30-60 dak/gün aerobik ve kuvvet egzersizleri kombinasyonu	Aerobik % 40-80 KAH _{maks} Kuvvet 1 MT %60-90; 6-12 tekrar, 2-3 set
Kanser	Aerobik aktiviteler ve kuvvet egzersizleri	Aerobik 3-5 gün/hafta Kuvvet 2-3 gün/hafta	20-60 dak/gün	Aerobik % 40-60 KAH _{maks} Kuvvet 1 MT % 40-60; 8-12 tekrar, 1-3 set

KAH_{max}: Maksimal kalp atım hızı MT: Maksimal tekrar

Fiziksel aktivitenin artırılması veya yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmak her yaş grubu için önemlidir. Her kişinin fiziksel aktivite düzeyi farklıdır. Kişiye özel fiziksel aktivite düzeyinin doğru bilinmesi, o bireyin ne kadar ve ne çeşit fiziksel aktivite yapması gerektiği sorusuna da yanıt olmaktadır. Kişiye özel olarak da

fiziksel aktivite düzeyleri günden güne, haftadan haftaya, hafta sonları gibi periyotlarla düzenlenebilmektedir (89).

Fiziksel aktivite düzeyini ölçmek için günümüze kadar pek çok yöntem geliştirilmiştir. Bu yöntemler fiziksel aktivite düzeyini belirlemek amaçlı anketler, testler, günlükler, doğrudan gözlemleme yöntemleri, dijital ölçüm cihazları ve enerji tüketim miktarının belirlenmesi gibi yöntemlerdir (90, 91).

2.4.3. Kişiler arası ilişkiler

Bireylerin birbirleriyle ikili ya da grup halinde ilişkileri kişilerarası ilişkiler olup, sağlığın geliştirilmesinde önemli rol oynar. Kişilerarası destek düzeyi; kişilerarası ilişki seviyesi, ilişki kalitesi ve süresi tarafından belirlenir. Kişilerarası ilişkide en önemli faktör etkin bir iletişimin meydana gelmesidir (92).

Kişilerin hastalık, iş kaybı, sevdiklerini kaybetme gibi karşılaştıkları olumsuz durumlarda yaşam biçimlerinde değişiklikler meydana gelmekte ve aile üyelerinden veya çevrelerinden sağlanan destek mevcuttur. Durumun daha kolay atlatılmasına ve sorunlar ile baş edilmesine yardımcı olur (93).

2.4.4. Manevi gelişim (Tinsellik)

Sağlık geniş kapsamlı bir kavram olup bireyin; ruhsal, duygusal, fiziksel ve sosyal iyilik hali gibi yaşamın tüm boyutlarıyla ilişkilidir (94). Bireyin tinsel inançlarının; sağlıklı yaşama ve fiziksel hastalıklarının iyileşmesi üzerine olumlu etkisi vardır (95).

2.4.5. Sağlık sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, kişinin kendi sağlığı ile ilgili koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışlarda ve davranış değişikliklerinde bulunmasıdır. Bu kavram, kişinin sağlığına ne ölçüde katıldığını tanımlar (96). Kişinin kendini ve vücudunu tanıması, düzenli aralıklarla tıbbi kontrollerini yaptırması, sağlığı ile ilgili değişiklik meydana geldiğinde bir sağlık kuruluşuna başvurması ve gerekli önlemleri alması, sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi, tartışması, yayınları takip etmesi, sağlığını takip etmesi kişisel sağlığına önem verdiğine işaret eder (97).

2.4.6. Stres yönetimi

Stres, iç ya da dış ortamdan kaynaklanan, homeostazisi bozan durumlara organizmanın verdiği yanıttır (98). Stres; travma, soğuk, sıcak gibi fizyolojik, iç ve

dış çatışmalar gibi psikolojik olaylara veya çevresel faktörlere bağı olarak meydana gelebilmektedir. Stres içinde olan birey kendisine yeterli özeni göstermez ve sağığı için tehlike oluşturacak davranışlar sergileyebilir. Bu davranışlar vücudun genel işlevinde bozulmaya neden olarak, hastalıklarla mücadele etkinliğinde kırılmaya ve hastalığın meydana gelmesine yol açabilir (99).

Stres ile baş etme yöntemlerinin amacı; stres düzeyini azaltmak ve stresi kontrol altına almaktır. Strese verilen tepkiler uzun vadede fiziksel veya psikolojik rahatsızlıklara yol açabilir (100).



3-GEREÇ ve YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi ve Evreni

Araştırma kesitsel tipte, vaka kontrol çalışması olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışmakta olan uzman doktor, asistan doktor, hemşire ve ebe meslek gruplarına sahip kişiler ile Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne herhangi bir nedenle başvurmuş olan, sağlık çalışanı olmayan üniversite mezunu kişiler oluşturmuştur. Gönüllülük esasına göre araştırmaya katılmayı kabul edenler çalışmanın örneklem grubunu oluşturmuştur. Araştırmaya katılmak istemeyenler çalışmaya alınmamıştır. Etik kurul onayı alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır.

Çalışmada örnek hacmi hesaplaması sınırsız evren varsayımı altından $n = \frac{z^2 s^2}{e^2}$ formülü ile yapılmıştır (101). Tahmini standart sapma 0,5; 0,05 anlamlılık düzeyinde ($z=1,96$) ve hata payı $e=0,05$ için gerekli minimum örnek hacmi 384 olarak hesaplanmaktadır.

Çalışmada biri sağlık çalışanı diğeri kontrol olmak üzere iki grup olduğundan güç analizi de yapılmıştır (URL: <https://clincalc.com/stats/samplesize.aspx>). Grup ortalamaları arasındaki fark 0,10, standart sapma 0,55, birinci tip hata oranı 0,05, iken istatistiksel gücün Beta=%80 olması için gereken minimum örnek hacmi her bir grup için 211 olarak hesaplanmıştır. Çalışmada, örneklem sayısı sağlık çalışanları ($n=230$) ve sağlık çalışanı olmayan bireyler ($n=240$) olmak üzere toplam 470 olarak belirlenmiştir. Her bir sağlık çalışanına karşılık aynı cinsiyet ve yaşta yine üniversite mezunu ancak sağlık çalışanı olmayan bir kişi kontrol olarak alınmıştır.

3.2. Verilerin Toplanması

Sağlık çalışanlarının yoğun çalıştıkları ve sosyal mesafenin korunması gerektiği göz önüne alınarak anketin katılımcılara online olarak akıllı telefonları üzerinden gönderilmiş, bunun için Google Forms programı kullanılmıştır. Sosyodemografik veri formu ve anketler Google Forms'a yüklenmiş ancak bunun elektronik bir anket olduğu göz önüne alınarak bilgilendirilmiş gönüllü olur formu da Google Forms'da oluşturulmuş ve katılımcılardan çevrimiçi ankete başlamadan önce bir onay kutusu

özellığı aracılığıyla bilgilendirilmiş onam vermeleri istenmiş, onam verildikten sonra anket doldurulmaya başlanmıştır. Veriler toplama süreci Şubat 2021'den Mayıs ayına kadar devam etmiştir.

3.2.1. Anket formlarının düzenlenmesi

Çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler, sosyo-demografik özelliklerin vemesleki bazı bilgilerinsorgulandığı bir veri formu doldurmuşlardır. Daha sonra sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek içintoplam 52 maddeden oluşan 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğı' kullanılmıştır.

3.2.1.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Sağlık çalışanları 17, sağlık çalışanı olmayanlar 13 sorudan oluşan sosyo-demografik özelliklerin ve mesleki bazı bilgilerin sorgulandığı bir veri formu doldurmuşlardır (Ek 3).

3.2.1.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğı

Çalışmada Bahar ve arkadaşları (102) tarafından Türkçeye uyarlanan ve güvenilirlik geçerliğı yapılan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğı II kullanılmıştır. Orjinali İngilizce olan ölçek Walker ve ark. (103) tarafından ilk olarak 1987 yılında geliştirilmiş, daha sonra ölçek 1996 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğı II olarak adlandırılmıştır. Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; sağlık sorumluluğı, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. İçerik geçerliliğı için literatür gözden geçirilmiş ve uzman değerlendirmesine başvurulmuştur. Yapı geçerliliğı için faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğın zamana göre değişmezlik kanıtı için üç hafta ara ile test tekrar test yapılmış ve 0,89 değerinde bir ilişki saptanmıştır. Ölçeğın güvenilirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri, toplam ölçek için 0,94; alt faktörler için 0,79-0,87 arasında rapor edilmiş, ölçeğın sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesinde ve bu amaca yönelik planlanacak programların etkinliğini değerlendirilmesinde kullanılabileceğı belirtilmiştir. Ölçek maddelerinin alt boyutlara dğılımı şu şekildedir: Sağlık sorumluluğı (3,9,15,21,27,33,39,45 ve 51.maddeler), fiziksel aktivite (4,10,16,22,28,34,40 ve 46.maddeler), beslenme (2,8,14,20,26,32,38,44 ve 50.maddeler), manevi gelişim (6,12,18,24,30,36,42,48,52.maddeler), kişilerarası ilişkiler (1,7,13,19,25,31,37,43 ve 49.maddeler) ve stres yönetimi (5,11,17,23,29,35,41 ve 47.maddeler). Ölçek, hiçbir

zaman = 1, bazen = 2, sık sık = 3, düzenli olarak = 4 olarak derecelendirilerek puanlanmaktadır. Puanın yüksek olması görece olumlu sağlıklı yaşam davranışını işaret etmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Bu tez çalışmasında toplam puanlar madde sayısına bölünerek 1,00-4,00 aralığında puanlar kullanılmıştır. Bu uzmanlık tezi çalışması kapsamında toplanan veriler ile ölçek toplamı ve altboyutlarının Cronbach alfa güvenirlikleri tekrar hesaplanmıştır. Hesaplama sonucunda Cronbach alfa güvenirlik katsayısı; SYBD-II için sağlık çalışanı olan grupta 0,95; sağlık çalışanı olmayan grupta 0,96 olarak bulunmuştur. SYBD-II'nin alt boyutları için sağlık çalışanı olan/olmayan gruplarda Cronbach alfa güvenirlik katsayıları; sağlık sorumluluğu için 0,81/0,84, fiziksel aktivite için 0,88/0,86, beslenme için 0,76/0,75; manevi gelişim için 0,84/0,86; kişilerarası ilişkiler için 0,83/0,84 ve stres yönetimi için 0,81/0,82 bulunmuştur. Ölçek ekte sunulmuştur (Ek 3).

3.3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmada Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ve alt boyutları bağımlı değişkendir. Bağımlı değişkenler nümerik olup 1.00-4.00 aralığında değer alabilmektedir. Yüksek değer görece olarak daha olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışını göstermektedir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise şunlardır: Sağlık çalışanı olup olmama, yaş (20-30 yaş, 31-40 yaş, 41-50 yaş, 51 veya üstü yaş), cinsiyet, medeni durum (evli, evli değil), beden kitle indeks düzeyi (düşük kilolu, normal, fazla kilolu, obez), meslek, çocuk sahibi olup olmama, sigara-alkol kullanıp kullanmama, kronik hastalık varlığı, meslek, mesleki kıdem, eğitim düzeyi, kendini sağlıklı hissetme (1-10 arası) ve kendini strese hissetme (1-10 arası) durumları.

3.4. İstatistiksel analiz

Araştırma verilerimizin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS 18.0 for windows istatistik paket programı kullanılmıştır. Ölçümsel değişkenler ortalama±standart sapma (SD) ile, kategorik değişkenler sayı ve yüzde (%) ile sunulmuştur. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığına Kolmogorov-Smirnov testi, çarpıklık, basıklık ve histogram ile bakılmıştır. Dağılımlar incelendiğinde her ne kadar Kolmogorov-Smirnov testine göre $p < 0,05$ elde edilmişse de gerek ortalama-

medyan yakınlığı gerekse çarpıklık-basıklık değerleri ve histogramlar normalden önemli bir sapmanın olmadığını göstermiştir. Bütün altboyut puanlarında çarpıklık basıklık değerleri (-1,+1) aralığındadır ve histogramlar çan eğrisi şeklindedir. Bu nedenle puan dağılımlarının normal olduğuna karar verilmiş ve parametrik istatistik teknikleri uygulanmıştır. Dağılıma ilişkin istatistikler Ek-3 kısmında verilmiştir.

SYBD-II ve altboyut puanlarının dağılımı sağlık çalışanı olan ve olmayan gruplara göre incelenmiştir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ve alt boyut puan ortalamalarının bağımsız değişken kategorilerine göre farklılık gösterip göstermediği, iki seçenekli gruplamaların karşılaştırılmasında Studentttesti, bağımsız değişkenin ikiden fazla kategorili olması durumunda tek yönlü varyan analizi (ANOVA) ile değerlendirilmiştir. ANOVA sonucunda anlamlı fark bulunması halinde farkın kaynağı için Tukey HSD post-hoc testi sonucuna bakılmıştır. Nitel değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılması için Chi-kare (χ^2) testi analizi yapılmıştır. Nicel değişkenler arasında ilişki olup olmadığı Pearson korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir. İstatistiklerin anlamlılığı için önemlilik düzeyi %95 güven aralığında ve $p<0,05$ olarak alınmıştır.

4-BULGULAR

4.1. Katılımcıların Kişisel-Mesleki Özellikleri

Bu çalışmaya 230 sağlık çalışanı ve 240 sağlık çalışanı olmayan kişi olmak üzere toplam 470 kişi katılmıştır. Kişisel-mesleki özellikler katılımcıların sağlık çalışanı olup olmamasına göre incelendiğinde her iki grubun denk olduğu Ki-kare uygunluk analizi ile belirlenmiştir ve Tablo 2’de sunulmuştur. Eğitim durumu dışında tüm özellikler bakımından gruplar denktir ($p>0,05$). Katılımcıların yaşları ortalaması sağlık çalışanları grubunda $33,5\pm 7,2$ ve sağlık çalışanı olmayan grupta $34,3\pm 7,1$ dir. İki grubun yaş ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,215$). Yaş kategorilerine göre bakıldığında yine iki grubun dağılımının benzer olduğu görülmektedir. Buna göre sağlık çalışanlarının %50,4’ünün ($n=116$) 31-40 yaş aralığında, benzer şekilde sağlık çalışanı olmayan katılımcılarında %50,4’ünün ($n=121$) 31-40 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının %45,7’si ($n=105$) kadın, %54,3’ü ($n=125$) erkek iken sağlık çalışanı olmayan katılımcıların %45,4’ünün ($n=109$) kadın, %54,6’sının ($n=131$) erkek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada yer alan sağlık çalışanlarının %53,7’sinin ($n=123$) evli olduğu, sağlık çalışanı olmayan katılımcılarda ise bu oranın %52,9 ($n=127$) olduğu gözlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının %53’ünün, sağlık çalışanı olmayan katılımcıların %50,8’inin çocuklarının olmadığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %90,9’unun lisans ve üstü mezunu oldukları belirlenmiştir. Sağlık çalışanı olmayan katılımcıların ise (%86,2) lisans mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının % 38,3’ünün hizmet süresinin 6-10 yıl arasında olduğu, sağlık çalışanı olmayanların ise %37,9’unun 1-5 yıl arasında olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının %84,3’ünün dahili bölümlerde görev yaptığı ve %61,7’sinin nöbet tuttıkları tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanları arasında katılımcıların büyük kısmının doktor (%63,9) oldukları, sağlık çalışanı olmayan bireylerin en sık öğretmen olarak görev yaptıkları (%74,2) saptanmıştır.

Tablo 2. Katılımcıların kişisel-mesleki özellikleri

Sosyodemografik özellikler	Kategori	Sağlık çalışanları frekans (%)	Sağlık çalışanı olmayanlar frekans (%)	Ki-Kare testi $\chi^2(df)$
Cinsiyet	Kadın Erkek	105 (45,7) 125 (54,3)	109(45,4) 131(54,6)	$\chi^2(1)=0,003$ p=0,959
Yaş	30 ve altı 31-40 yıl 41-50 yıl 50 yıl üzeri	86 (37,4) 116 (50,4) 21 (9,1) 7 (3,0)	81(33,8) 121 (50,4) 31(12,9) 7(2,9)	$\chi^2(3)=1,966$ p=0,579
Medeni Durum	Evli Bekar	123(53,5) 107(46,5)	127(52,9) 113(47,1)	$\chi^2(1)=0,015$ p=0,903
Çocuk	Yok Var	122 (53,0) 108(47,0)	122(50,8) 118(49,2)	$\chi^2(1)=0,325$ p=0,569
Eğitim Durumu	Lise-Önlisans Lisans Lisansüstü	21 (9,1) 104 (45,2) 105 (45,7)	14 (5,8) 207 (86,2) 19 (7,9)	$\chi^2(2)=94,98$ p<0,001
Çalışma Süresi	1-5 yıl 6-10 yıl 11 yıl ve üzeri	71 (30,9) 88 (38,3) 71 (30,9)	91 (37,9) 77 (32,1) 72 (30,0)	$\chi^2(2)=2,998$ p=0,223
Çalıştığı Birim	Dahili branş Cerrahi branş	194 (84,3) 36 (15,7)		
Nöbet tutma d.	Evet Hayır	142 (61,7) 88 (38,3)		
Meslek	Doktor Hemşire / ebe Diş hekimi Eczacı Diğer sağlık çalışanı	147 (63,9) 58 (25,2) 10 (4,3) 6 (2,6) 9 (3,9)		
	Öğretmen Mühendis-mimar Avukat Veteriner Diğer meslekler		178 (74,2) 14 (5,8) 13 (5,4) 11 (4,6) 24 (10,0)	
Sigara kullanma	Evet Hayır veya bırakmış	67 (29,1) 163 (70,9)	71 (29,6) 169 (70,4)	$\chi^2(1)=0,012$ p=0,914
Alkol kullanma	Evet Hayır veya bırakmış	55 (23,9) 175 (76,1)	60 (25,0) 180 (75,0)	$\chi^2(1)=0,075$ p=0,784
Kronik hastalık	Var Yok	25 (10,9) 205(89,1)	23 (9,6) 217 (90,4)	$\chi^2(1)=0,212$ p=0,645
BMI (kg/m²)	Düşük kilolu (<18.5) Normal (18.5-24.9) Fazla kilolu (25.0- 29.9) Obez (30.00 ve +)	11 (4,8) 124 (53,9) 83 (35,7) 12 (5,7)	6 (2,5) 148 (61,7) 76 (31,7) 10 (4,2)	$\chi^2(3)=3,259$ p=0,353
Kendini sağlıklı hissetme durumu (10 üzerinden)		6,86±1,80	6,66±1,95	p*=0,264
Kendini streste hissetme durumu (10 üzerinden)		6,56±2,480	6,44±2,29	p*=0,569

n: Sayı; %: Yüzde, χ^2 : Ki-kare, *: Student t testi kullanılmıştır.

Sağlık çalışanlarının %29,1'i sigara, %23,9'u alkol kullanmakta iken sağlık çalışanı olmayan katılımcıların %29,6'sının sigara, %25'inin alkol kullandığı tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının kendilerini sağlıklı hissetme durumlarının daha yüksek düzeyde olduğu ancak arada istatistiksel fark olmadığı ($p=0,264$), stresli hissetme açısından ise yine sağlık çalışanı olmayan katılımcılarla aralarında anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p=0,569$).

Sağlık çalışanlarının %10,9'u ve sağlık çalışanı olmayanların %9,6'sı kronik hastalığa sahip olduklarını beyan etmiştir. Vücut kitle indekslerinde göre sağlık çalışanlarının %5,7'sinin ve sağlık çalışanı olmayanların ise %4,2'sinin obez oldukları gözlenmiştir. Sağlık çalışanlarının 10'unda depresyon, 7'sinde hipertansiyon, 5'inde diyabet, 4'ünde kalp hastalığı ve 1'inde böbrek yetmezliği saptanmıştır. Sağlık çalışanı olmayan katılımcıların 17'sinde bir kronik hastalık, 4'ünde iki kronik hastalık ve birinde üç kronik hastalık varlığı tespit edilmiştir. Sağlık çalışanı olmayan katılımcıların 16'sında hipertansiyon, 11'inde diyabet, 3'ünde kalp hastalığı ve 2'sinde böbrek yetmezliği saptanmıştır.

4.2. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanının Kişisel ve Mesleki özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Tablo 3'te çalışmaya katılan sağlık çalışanı olan ve olmayan gruplara ait SYBD-II ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Sağlık çalışanı grupta ölçekten alınan puanların en yüksekten en düşüğe sırasıyla; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite olduğu tespit edilmiştir. SYBD-II ölçeği toplam puan ortalamasının ise $2,22\pm0,41$ olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanı olmayan grupta ise ölçekten alınan puanların en yüksekten en düşüğe sırasıyla; manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite olduğu belirlenmiştir. SYBD-II ölçeği toplam puan ortalamasının ise $2,38\pm0,44$ olduğu tespit edilmiştir. Sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların SYBD-II puanları arasında görülen farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla her bir alt boyutta Student t testi ile analiz yapılmıştır. Sağlık çalışanı olan ve olmayanlar arasında sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt gruplarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,001$, $p<0,001$,

p<0,001, p<0,001). Ayrıca iki grup arasında SYBDÖ-II Toplam Puan da anlamlı olarak farklı bulunmuştur (p<0,001); Sağlık çalışanı olmayan grubun puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 3.Sağlık çalışanı olan ve olmayanların SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması

SYBD-II ölçeği ve alt grupları	Çalışma grubu	n	Ort ± SS	p*
Sağlık Sorumluluğu	Sağlık çalışanı olan	230	2,13±0,48	0,001
	Sağlık çalışanı olmayan	240	2,29±0,50	
Fiziksel Aktivite	Sağlık çalışanı olan	230	1,96±0,59	<0,001
	Sağlık çalışanı olmayan	240	2,23±0,58	
Beslenme	Sağlık çalışanı olan	230	2,10±0,45	<0,001
	Sağlık çalışanı olmayan	240	2,27±0,44	
Manevi Gelişim	Sağlık çalışanı olan	230	2,49±0,53	0,155
	Sağlık çalışanı olmayan	240	2,56±0,55	
Kişiler Arası İlişkiler	Sağlık çalışanı olan	230	2,48±0,48	0,078
	Sağlık çalışanı olmayan	240	2,56±0,51	
Stres Yönetimi	Sağlık çalışanı olan	230	2,18±0,49	<0,001
	Sağlık çalışanı olmayan	240	2,38±0,52	
SYBDÖ-II Toplam	Sağlık çalışanı olan	230	2,22±0,41	<0,001
	Sağlık çalışanı olmayan	240	2,38±0,44	

*: Student t test kullanılmıştır, SYBDÖ-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

4.2. 1. Cinsiyete Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Tablo 4’te sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların cinsiyete göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Sağlık çalışanları grubunda kadın ve erkekler arasında beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt gruplarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla p=0,047, p=0,049). Sağlık çalışanı olmayan grupta ise kadın ve erkekler arasında manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt gruplarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu

belirlenmiştir (sırasıyla $p=0,037$, $p=0,002$, $p=0,020$). Ayrıca SYBDÖ-II Toplam Puan da anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($p=0,033$). Kadınların SYBDÖ-II puanlarının erkeklerinkinden daha fazla olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4. Çalışmaya katılan sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların cinsiyete göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması

Katılımcı grupları	SYBD-II Ölçeği ve alt grupları	Cinsiyet	n	Ort $\pm$ SS	p*
Sağlık çalışanı olan	Sağlık Sorumluluğu	Erkek	125	2,11 $\pm$ 0,50	0,340
		Kadın	105	2,17 $\pm$ 0,46	
	Fiziksel Aktivite	Erkek	125	2,02 $\pm$ 0,60	0,108
		Kadın	105	1,89 $\pm$ 0,59	
	Beslenme	Erkek	125	2,05 $\pm$ 0,45	0,047
		Kadın	105	2,17 $\pm$ 0,45	
	Manevi Gelişim	Erkek	125	2,45 $\pm$ 0,54	0,188
		Kadın	105	2,55 $\pm$ 0,54	
	Kişiler Arası İlişkiler	Erkek	125	2,43 $\pm$ 0,48	0,049
		Kadın	105	2,56 $\pm$ 0,49	
Sağlık çalışanı olmayan	Stres Yönetimi	Erkek	125	2,18 $\pm$ 0,49	0,875
		Kadın	105	2,19 $\pm$ 0,51	
	SYBDÖ-II Toplam Puan	Erkek	125	2,21 $\pm$ 0,42	0,392
		Kadın	105	2,25 $\pm$ 0,41	
	Sağlık Sorumluluğu	Erkek	131	2,26 $\pm$ 0,53	0,186
		Kadın	109	2,34 $\pm$ 0,47	
	Fiziksel Aktivite	Erkek	131	2,22 $\pm$ 0,58	0,509
		Kadın	109	2,27 $\pm$ 0,60	
	Beslenme	Erkek	131	2,24 $\pm$ 0,49	0,181
		Kadın	109	2,32 $\pm$ 0,39	
	Manevi Gelişim	Erkek	131	2,49 $\pm$ 0,59	0,037
		Kadın	109	2,65 $\pm$ 0,50	
	Kişiler Arası İlişkiler	Erkek	131	2,48 $\pm$ 0,53	0,002
		Kadın	109	2,68 $\pm$ 0,46	
	Stres Yönetimi	Erkek	131	2,31 $\pm$ 0,50	0,020
		Kadın	109	2,47 $\pm$ 0,54	
	SYBDÖ-II Toplam Puan	Erkek	131	2,33 $\pm$ 0,47	0,033
		Kadın	109	2,45 $\pm$ 0,39	

*: Student t test kullanılmıştır, SYBDÖ-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği; n: Sayı

4.2. 2. Yaş Gruplarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Tablo 5'te çalışmaya katılan sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların yaş gruplarına göre SYBD-II Ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 5. Çalışmaya katılan sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların yaş gruplarına göre SYBD-II Ölçeği ve ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Sağlık çalışanı olanların Yaş Grubu				
SYBD-II Ölçeği ve alt grupları	20-30 yaş n=86	31-40 yaş n=116	41-49 yaş n=21	50 ve üstü n=7	p**
Sağlık Sorumluluğu	2,11±0,45	2,18±0,51	1,98±0,48	2,21±0,37	0,341
Fiziksel Aktivite	1,86±0,57	2,05±0,62	1,81±0,58	2,23±0,27	0,054
Beslenme	2,09±0,42	2,13±0,47	1,93±0,5	2,33±0,44	0,155
Manevi Gelişim	2,49±0,55	2,55±0,53	2,28±0,55	2,27±0,38	0,122
Kişiler Arası İlişkiler	2,50±0,48	2,53±0,48	2,30±0,54	2,29±0,35	0,172
Stres Yönetimi	2,17±0,48	2,22±0,51	1,98±0,51	2,43±0,44	0,109
SYBDÖ-II Toplam	2,2±0,40	2,28±0,42	2,05±0,45	2,29±0,35	0,116
	Sağlık Çalışanı Olmayanların Yaş Grubu				
	20-30 yaş n=81	31-40 yaş n=121	41-50 yaş n=31	50+ üstü n=7	p**
Sağlık Sorumluluğu	2,34 ^{ab} ±0,47	2,28 ^b ±0,54	2,12 ^b ±0,33	2,73 ^a ±0,79	0,022
Fiziksel Aktivite	2,19±0,52	2,20±0,59	2,45±0,71	2,52±0,74	0,084
Beslenme	2,27±0,39	2,27±0,50	2,29±0,34	2,44±0,46	0,786
Manevi Gelişim	2,49±0,50	2,57±0,58	2,65±0,58	3,02±0,62	0,076
Kişiler Arası İlişkiler	2,52 ^b ±0,47	2,58 ^b ±0,54	2,54 ^b ±0,39	3,11 ^a ±0,64	0,030
Stres Yönetimi	2,35 ^b ±0,40	2,31 ^b ±0,50	2,65 ^{ab} ±0,74	2,79 ^a ±0,55	0,001
SYBDÖ-II Toplam	2,36±0,39	2,37±0,46	2,45±0,43	2,77±0,57	0,093

SYBDÖ-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği; n: Sayı, **:One Way ANOVA testi yapılmıştır. Aynı satırda farklı harf ile gösterilen ortalamalar arasındaki fark Tukey HSD testine göre p<0,05 önemlidir

Sağlık çalışanları grubunda yaş grupları arasında SYBD puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (SYBD toplam ve bütün alt gruplarda $p>0,05$). Sağlık çalışanı olmayan grupta ise yaş grupları arasında sağlık sorumluluğu ($p=0,022$), kişiler arası ilişkiler ($p=0,030$) ve stres yönetimi ($p=0,001$) alt boyutlarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Yapılan post hoc analizler sonucunda sağlık çalışanı olmayan grupta; sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutunda 50 yaş üstü kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının diğerlerine göre daha olumlu olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 5).

4.2. 3. Medeni Duruma Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Tablo 6. Çalışmaya katılan sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların medeni durumuna göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması

Katılımcı grup	SYBD-II Ölçeği ve alt grupları	Medeni durum		p*
		Evli	Bekar	
Sağlık çalışanı olan	Sağlık Sorumluluğu	2,14±0,50	2,14±0,47	0,952
	Fiziksel Aktivite	1,92±0,64	2,01±0,55	0,300
	Beslenme	2,09±0,47	2,12±0,44	0,545
	Manevi Gelişim	2,48±0,52	2,51±0,56	0,656
	Kişiler Arası İlişkiler	2,47±0,49	2,50±0,49	0,640
	Stres Yönetimi	2,12±0,51	2,26±0,48	0,037
	SYBDÖ-II Toplam Puan	2,20±0,44	2,26±0,40	0,346
Sağlık çalışanı olmayan	Sağlık Sorumluluğu	2,25±0,52	2,34±0,50	0,157
	Fiziksel Aktivite	2,26±0,66	2,21±0,50	0,537
	Beslenme	2,27±0,45	2,29±0,45	0,760
	Manevi Gelişim	2,61±0,60	2,51±0,51	0,146
	Kişiler Arası İlişkiler	2,59±0,54	2,54±0,47	0,490
	Stres Yönetimi	2,39±0,61	2,37±0,41	0,708
	SYBDÖ-II Toplam Puan	2,40±0,48	2,38±0,39	0,742

SYBDÖ-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği; n: Sayı *: Student t test kullanılmıştır.

Tablo 6’da çalışmaya katılan sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların medeni durumlarına göre SYBD-II Ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Sağlık çalışanları grubunda medeni duruma göre SYBD toplam puana göre anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,346$). Sağlık çalışanları grubunda evli ve bekarlar arasında sadece stres yönetimi alt boyutunda farkın bekar sağlık çalışanları lehine istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0,037$). Sağlık çalışanı olmayan grupta ise evli ve bekarlar arasında SYBD toplam ve tüm alt boyutlarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tüm gruplarda $p>0,05$).

4.2.4. Meslek Gruplarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Tablo 7a’da çalışmaya katılan sağlık çalışanı olanların ve Tablo 7b’de sağlık çalışanı olmayanların meslek gruplarına göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 7-a. Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Sağlık çalışanı olan					
SYBD-II Ölçeği ve alt grupları	Doktor n=147	Hemşire/ Ebe n=10	Diş Hekimi n=58	Eczacı n=6	Diğer n=9	p**
Sağlık Sorumluluğu	2,13±0,49	1,83±0,19	2,24±0,49	1,89±0,55	2,22±0,32	0,075
Fiziksel Aktivite	1,97±0,61	1,52±0,55	2,06±0,55	1,62±0,71	1,93±0,43	0,066
Beslenme	2,12±0,46	1,78±0,34	2,15±0,48	1,98±0,41	2,04±0,27	0,177
Manevi Gelişim	2,53±0,56	2,11±0,28	2,48±0,49	2,35±0,71	2,49±0,52	0,191
Kişiler Arası İlişkiler	2,53±0,50	2,20±0,29	2,46±0,47	2,19±0,37	2,49±0,49	0,132
Stres Yönetimi	2,19±0,49	1,85±0,23	2,25±0,53	2,02±0,71	2,07±0,38	0,147
SYBDÖ-II Toplam	2,24±0,42	1,88±0,23	2,27±0,42	2,01±0,44	2,21±0,33	0,053

SYBDÖ-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği; n: Sayı, **: One Way ANOVA testi kullanılmıştır.

Sağlık çalışanları grubunda meslek grupları arasında alt gruplarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Sağlık çalışanı olmayan grupta ise meslek grupları arasında sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi alt gruplarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $p=0,004$, $p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,001$). Ayrıca SYBDÖ-II Toplam Puan da anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($p=0,001$).

Tablo 7-b.Sağlık çalışanı olmayanların meslek gruplarına göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Sağlık çalışanı olmayan					
SYBD-II Ölçeği ve alt grupları	Öğretmen n=178	Mühendis mimar n=13	Avukat n=11	Veteriner n=14	Diğer n=24	p**
Sağlık Sorumluluğu	2,32 ^{ab} ±0,47	2,69 ^b ±0,47	2,00 ^a ±0,01	2,20 ^b ±0,70	2,12 ^b ±0,66	0,004
Fiziksel Aktivite	2,22 ^b ±0,52	2,39 ^b ±0,56	3,25 ^b ±0,01	2,15 ^a ±0,76	1,92 ^b ±0,60	0,001
Beslenme	2,27 ± 0,42	2,50 ± 0,52	2,44 ± 0,01	2,29 ± 0,58	2,10 ± 0,52	0,064
Manevi Gelişim	2,49 ^b ±0,55	2,71 ^b ±0,39	3,33 ^b ±0,01	2,60 ^a ±0,60	2,62 ^b ±0,54	0,001
Kişiler Arası İlişkiler	2,54 ± 0,52	2,56 ± 0,38	2,89 ± 0,01	2,54 ± 0,62	2,69 ± 0,49	0,176
Stres Yönetimi	2,31 ^b ±0,45	2,56 ^b ±0,39	3,50 ^b ±0,01	2,35 ^a ±0,70	2,28 ^b ±0,51	0,001
SYBDÖ-II Toplam	2,36 ^b ±0,42	2,57 ^b ±0,36	2,90 ^{ab} ±0,01	2,35 ^a ±0,61	2,29 ^b ±0,49	0,001

SYBDÖ-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği; n: Sayı, **: One Way ANOVA testi kullanılmıştır. Aynı satırda farklı harf ile gösterilen ortalamalar arasındaki fark Tukey HSD testine göre $p<0,05$ önemlidir

4.2.5. Meslekteki Çalışma Süresine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Tablo 8’de çalışmaya katılan sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların meslekteki çalışma sürelerine göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Sağlık çalışanlarında meslekteki çalışma süresi grupları arasında ölçekte ve alt gruplarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Sağlık çalışanı olmayanlarda ise meslekte çalışma süresi

grupları arasında manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt gruplarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $p=0,003$, $p=0,004$, $p=0,005$). Ayrıca SYBDÖ-II Toplam Puan da anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($p=0,039$). Farkın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığı Tukey HSD post-hoc testine göre değerlendirilmiş, sonuçlar ilgili satırda birbirinden farklı harfler ile ($a>b$) gösterilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Çalışmaya katılan sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların çalışma süresine göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Sağlık çalışanı olanların çalışma süresi			
SYBD-II Ölçeği ve alt grupları	1-5 yıl n=71	6-10 yıl n=88	11 yıl ve üstü n=71	p**
Sağlık Sorumluluğu	2,15±0,43	2,15±0,57	2,12±0,42	0,938
Fiziksel Aktivite	1,9±0,58	1,99±0,63	1,99±0,57	0,572
Beslenme	2,05±0,44	2,15±0,49	2,09±0,44	0,402
Manevi Gelişim	2,45±0,58	2,56±0,53	2,45±0,50	0,329
Kişiler Arası İlişkiler	2,48±0,51	2,55±0,50	2,42±0,44	0,262
Stres Yönetimi	2,23±0,49	2,22±0,52	2,09±0,48	0,179
SYBDÖ-II Toplam	2,21±0,41	2,27±0,44	2,19±0,40	0,470
	Sağlık çalışanı olmayanların çalışma süresi			
	1-5 yıl n=91	6-10 yıl n=77	11 yıl ve üstü n=72	
Sağlık Sorumluluğu	2,37±0,52	2,22±0,43	2,29±0,56	0,167
Fiziksel Aktivite	2,23±0,52	2,20±0,53	2,29±0,71	0,602
Beslenme	2,30±0,47	2,22±0,37	2,31±0,49	0,417
Manevi Gelişim	2,57 ^{ab} ±0,49	2,41 ^b ±0,55	2,72 ^a ±0,61	0,003
Kişiler Arası İlişkiler	2,52 ^b ±0,47	2,47 ^b ±0,54	2,73 ^a ±0,50	0,004
Stres Yönetimi	2,38 ^{ab} ±0,45	2,25 ^b ±0,42	2,53 ^a ±0,66	0,005
SYBDÖ-II Toplam	2,39 ^{ab} ±0,40	2,29 ^b ±0,42	2,48 ^a ±0,49	0,039

SYBDÖ-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği; n: Sayı, **: One Way ANOVA testi kullanılmıştır. Aynı satırda farklı harf ile gösterilen ortalamalar arasındaki fark Tukey HSD testine göre $p<0,05$ önemlidir

4.2.6. Sağlık Çalışanlarının Çalıştığı Hastane Birimine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Tablo 9’da çalışmaya katılan sağlık çalışanların çalıştıkları birime göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Birimler arasında alt gruplarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 9. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının çalıştığı birime göre SYBD-II Ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması

SYBD-II Ölçeği ve alt grupları	Hastane Birimi Ort±SS		p*
	Dahili Birim n=194	Cerrahi Birim n=36	
Sağlık Sorumluluğu	2,14±0,46	2,16±0,61	0,806
Fiziksel Aktivite	1,96±0,57	1,96±0,72	0,968
Beslenme	2,11±0,44	2,07±0,56	0,618
Manevi Gelişim	2,5±0,55	2,42±0,48	0,369
Kişiler Arası İlişkiler	2,5±0,5	2,44±0,4	0,566
Stres Yönetimi	2,18±0,47	2,22±0,64	0,691
SYBDÖ-II Toplam	2,23±0,4	2,21±0,53	0,782

SYBDÖ-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği; n: Sayı, *: Student t test kullanılmıştır.

4.2.7. Çocuk Varlığına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Tablo 10’da sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların çocuk varlığı durumuna göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Sağlık çalışanları olan ve olmayanlarda çocuk sahibi olan ve olmayanlar arasında alt gruplarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 10. Çalışmaya katılan sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların çocuk varlığı durumuna göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması

Katılımcı grupları	SYBD-II Ölçeği ve alt grupları	Çocuk	n	Ort±SS	p*
Sağlık çalışanı olan	Sağlık Sorumluluğu	Var	108	2,16±0,49	0,492
		Yok	122	2,12±0,48	
	Fiziksel Aktivite	Var	108	1,96±0,60	0,931
		Yok	122	1,97±0,60	
	Beslenme	Var	108	2,10±0,47	0,975
		Yok	122	2,10±0,45	
	Manevi Gelişim	Var	108	2,47±0,52	0,642
		Yok	122	2,51±0,55	
	Kişiler Arası İlişkiler	Var	108	2,48±0,49	0,769
		Yok	122	2,50±0,49	
	Stres Yönetimi	Var	108	2,14±0,51	0,202
		Yok	122	2,22±0,49	
	SYBDÖ-II Toplam	Var	108	2,22±0,43	0,771
		Yok	122	2,24±0,41	
Sağlık çalışanı olmayan	Sağlık Sorumluluğu	Var	119	2,27±0,57	0,502
		Yok	121	2,32±0,44	
	Fiziksel Aktivite	Var	119	2,22±0,66	0,528
		Yok	121	2,26±0,51	
	Beslenme	Var	119	2,27±0,46	0,689
		Yok	121	2,29±0,43	
	Manevi Gelişim	Var	119	2,61±0,59	0,199
		Yok	121	2,52±0,53	
	Kişiler Arası İlişkiler	Var	119	2,59±0,54	0,456
		Yok	121	2,54±0,48	
	Stres Yönetimi	Var	119	2,39±0,61	0,769
		Yok	121	2,37±0,42	
	SYBDÖ-II Toplam	Var	119	2,39±0,48	0,892
		Yok	121	2,38±0,40	

SYBDÖ-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği; n: Sayı, *: Student t testi kullanılmıştır.

4.2.8. Eğitim Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Tablo 11’de çalışmaya katılan sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların eğitim durumlarına göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 11. Çalışmaya katılan sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların eğitim durumuna göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Sağlık çalışanı olanlar				
SYBD-II Ölçeği ve alt grupları	Lise n=8	Önlisans n=13	Lisans n=104	L. üstü n=105	p**
Sağlık Sorumluluğu	2,01±0,35	2,29±0,42	2,12±0,49	2,14±0,50	0,592
Fiziksel Aktivite	1,95±0,52	1,89±0,62	1,95±0,64	1,98±0,57	0,960
Beslenme	1,99±0,22	2,09±0,34	2,12±0,47	2,10±0,47	0,877
Manevi Gelişim	2,44±0,52	2,64±0,45	2,42±0,55	2,54±0,54	0,274
Kişiler Arası İlişkiler	2,47±0,36	2,52±0,46	2,45±0,5	2,52±0,49	0,785
Stres Yönetimi	2,23±0,24	2,25±0,66	2,20±0,51	2,18±0,48	0,953
SYBDÖ-II Toplam	2,18±0,26	2,26±0,43	2,21±0,44	2,24±0,410	0,920
	Sağlık çalışanı olmayanlar				
	Lise n=9	Önlisans n=5	Lisans n=207	L. üstü n=19	p**
Sağlık Sorumluluğu	2,40 ^a ±0,75	1,76 ^b ±0,81	2,27 ^{ab} ±0,47	2,69 ^a ±0,44	<0,001
Fiziksel Aktivite	2,25 ^a ±0,79	1,37 ^b ±0,22	2,26 ^a ±0,57	2,28 ^a ±0,66	0,011
Beslenme	2,22 ^{ab} ±0,62	1,78 ^b ±0,27	2,26 ^a ±0,43	2,64 ^a ±0,38	<0,001
Manevi Gelişim	2,84 ^{ab} ±0,70	2,42 ^b ±0,83	2,52 ^{ab} ±0,54	2,95 ^a ±0,45	0,004
Kişiler Arası İlişkiler	2,85 ^a ±0,68	2,13 ^b ±0,82	2,54 ^{ab} ±0,49	2,90 ^a ±0,41	0,001
Stres Yönetimi	2,54 ^a ±0,62	1,82 ^b ±0,58	2,37 ^{ab} ±0,51	2,60 ^a ±0,49	0,018
SYBDÖ-II Toplam	2,52 ^a ±0,65	1,88 ^b ±0,05	2,37 ^a ±0,42	2,68 ^a ±0,38	0,001

SYBDÖ-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği; n: Sayı, **:One Way ANOVA testi kullanılmıştır. Aynı satırda farklı harf ile gösterilen ortalamalar arasındaki fark Tukey HSD testine göre p<0,05 önemlidir.

Tablo 11’de görüldüğü gibi sağlık çalışanları grubunda eğitim durumları arasında ölçek ve alt gruplarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Sağlık çalışanı olmayan grupta ise eğitim grupları arasında sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt gruplarında ve ölçek toplam puanında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,011$, $p=0,001$, $p=0,004$, $p=0,001$, $p=0,018$).

4.2.9. Sağlık Çalışanların Nöbet Tutma Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Tablo 12’de çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının nöbet tutma durumlarına göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarından oldukları puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Nöbet tutma durumuna göre ölçek ve alt gruplarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (Tüm p ’ler $>0,05$).

Tablo 12. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının nöbet tutma durumuna göre SYBD-II Ölçeği ve alt boyutlarında puan ortalamalarının karşılaştırılması

SYBD-II Ölçeği ve alt grupları	Nöbet Tutma Durumu Ort±SS		p*
	Evet n=142	Hayır n=88	
Sağlık Sorumluluğu	2,12±0,49	2,17±0,48	0,499
Fiziksel Aktivite	1,98±0,58	1,93±0,63	0,567
Beslenme	2,11±0,43	2,09±0,49	0,755
Manevi Gelişim	2,47±0,52	2,52±0,57	0,571
Kişiler Arası İlişkiler	2,44±0,46	2,56±0,53	0,064
Stres Yönetimi	2,19±0,49	2,18±0,52	0,917
SYBDÖ-II Toplam	2,22±0,41	2,24±0,43	0,692

SYBDÖ-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği; n: Sayı, *: Student t testi kullanılmıştır.

4.2.10. Vücut Kitle İndeksine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Tablo 13’te sağlık çalışanı olan ve olmayanların vücut kitle indeksine göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarından aldıkları puanların ortalamalarının

karşılaştırılması verilmiştir. Sağlık çalışanlarında vücut kitle indeksi grupları arasında manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler ölçek ve alt gruplarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,009$, $p=0,002$). Sağlık çalışanı olmayanlarda ise vücut kitle indeksi grupları arasında kişiler arası ilişkiler alt grubunda farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0,007$).

Tablo 13. Çalışmaya katılan sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların vücut kitle indeksine göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması

SYBD-II Ölçeği ve alt grupları	Sağlık çalışanı olanlar				
	Düşük kilolu n=11	Normal kilolu n=124	Fazla kilolu n=83	Obez n=12	p**
Sağlık Sorumluluğu	2,32±0,78	2,12±0,44	2,13±0,52	2,22±0,38	0,546
Fiziksel Aktivite	2,10±0,83	1,93±0,58	1,98±0,60	2,03±0,63	0,780
Beslenme	2,47±0,66	2,08±0,43	2,10±0,47	2,08±0,39	0,051
Manevi Gelişim	2,88 ^a ±0,59	2,41 ^b ±0,51	2,53 ^{ab} ±0,53	2,73 ^{ab} ±0,63	0,009
Kişiler Arası İlişkiler	2,85 ^a ±0,54	2,43 ^b ±0,46	2,47 ^b ±0,46	2,85 ^a ±0,66	0,002
Stres Yönetimi	2,41±0,62	2,16±0,49	2,17±0,50	2,32±0,49	0,327
SYBDÖ-II Toplam	2,51±0,61	2,19±0,39	2,23±0,42	2,37±0,45	0,061
	Sağlık çalışanı olmayanlar				
	Düşük kilolu n=6	Normal kilolu n=148	Fazla kilolu n=76	Obez n=10	p**
Sağlık Sorumluluğu	2,8±0,64	2,30±0,48	2,23±0,49	2,37±0,77	0,066
Fiziksel Aktivite	2,08±0,46	2,28±0,60	2,15±0,56	2,41±0,67	0,312
Beslenme	2,37±0,57	2,31±0,44	2,2±0,45	2,33±0,47	0,309
Manevi Gelişim	2,94±0,57	2,58±0,56	2,46±0,53	2,82±0,65	0,051
Kişiler Arası İlişkiler	3,20 ^a ±0,66	2,58 ^b ±0,48	2,48 ^b ±0,48	2,68 ^b ±0,76	0,007
Stres Yönetimi	2,56±0,49	2,42±0,54	2,28±0,45	2,36±0,70	0,218
SYBDÖ-II Toplam	2,66 ± 0,50	2,41±0,43	2,30±0,42	2,50±0,60	0,099

SYBDÖ-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği; n: Sayı, **:One Way ANOVA testi kullanılmıştır. Aynı satırda farklı harf ile gösterilen ortalamalar arasındaki fark Tukey HSD testine göre $p<0,05$ önemlidir

4.2.11. Sigara Kullanım Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Tablo 14. sağlık çalışanı olan ve olmayanların sigara kullanımına göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması

Katılımcı gruplar	SYBD-II Ölçeği ve alt grupları	Sigara kullanımı	n	Ort.±SS	p*
Sağlık çalışanı olanlar	Sağlık Sorumluluğu	Evet	67	2,06±0,45	0,111
		Hayır	163	2,17±0,50	
	Fiziksel Aktivite	Evet	67	1,87±0,56	0,117
		Hayır	163	2,00±0,61	
	Beslenme	Evet	67	1,92±0,40	0,001
		Hayır	163	2,18±0,46	
	Manevi Gelişim	Evet	67	2,30±0,46	0,001
		Hayır	163	2,57±0,55	
	Kişiler Arası İlişkiler	Evet	67	2,36±0,44	0,010
		Hayır	163	2,54±0,50	
	Stres Yönetimi	Evet	67	2,04±0,42	0,003
		Hayır	163	2,25±0,52	
	SYBDÖ-II Toplam Puan	Evet	67	2,09±0,36	0,001
		Hayır	163	2,28±0,43	
Sağlık çalışanı olmayanlar	Sağlık Sorumluluğu	Evet	71	2,28±0,56	0,794
		Hayır	169	2,30±0,49	
	Fiziksel Aktivite	Evet	71	2,08±0,62	0,007
		Hayır	158	2,31±0,56	
	Beslenme	Evet	71	2,17±0,47	0,017
		Hayır	158	2,32±0,43	
	Manevi Gelişim	Evet	71	2,55±0,61	0,763
		Hayır	158	2,57±0,54	
	Kişiler Arası İlişkiler	Evet	71	2,63±0,58	0,215
		Hayır	158	2,54±0,48	
	Stres Yönetimi	Evet	71	2,35±0,49	0,561
		Hayır	158	2,39±0,54	
	SYBDÖ-II Toplam Puan	Evet	71	2,34±0,47	0,322
		Hayır	11	2,41±0,43	

SYBDÖ-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği; n: Sayı, *: Student t testi kullanılmıştır.

Tablo 14'te sağlık çalışanı olan ve olmayanların sigara kullanım durumlarına göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarından aldıkları puanların karşılaştırılması gösterilmektedir. Sağlık çalışanlarında sigara kullananların beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi ve kişiler arası ilişkiler alt grup puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiştir (sırasıyla p=0,001, p=0,001, p=0,010, p=0,003).

Ayrıca SYBDÖ-II Toplam Puanı da sigara kullanmayanlarda yüksek anlamlı olarak bulunmuştur ($p=0,001$). Sağlık çalışanı olmayan grupta ise sigara kullanım grupları arasında fiziksel aktivite ve beslenme alt gruplarında fark istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $p=0,007$, $p=0,017$).

4.2.12. Alkol Kullanım Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Tablo 15. Sağlık çalışanı olan ve olmayan grupların alkol kullanımı durumlarına göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması

Katılımcı grubu	SYBD-II Ölçeği ve alt grupları	Alkol kullanımı	n	Ort.±SS	p*
Sağlık çalışanı olan	Sağlık Sorumluluğu	Evet	55	2,07±0,42	0,260
		Hayır	175	2,16±0,50	
	Fiziksel Aktivite	Evet	55	1,98±0,52	0,803
		Hayır	175	1,96±0,62	
	Beslenme	Evet	55	2,04±0,40	0,217
		Hayır	175	2,12±0,47	
	Manevi Gelişim	Evet	55	2,25±0,43	0,001
		Hayır	175	2,57±0,55	
	Kişiler Arası İlişkiler	Evet	55	2,29±0,37	0,001
		Hayır	175	2,55±0,51	
	Stres Yönetimi	Evet	55	2,08±0,43	0,080
		Hayır	175	2,22±0,52	
	SYBDÖ-II Toplam Puan	Evet	55	2,12±0,34	0,027
		Hayır	175	2,26±0,44	
Sağlık çalışanı olmayan	Sağlık Sorumluluğu	Evet	60	2,22±0,47	0,201
		Hayır	180	2,32±0,52	
	Fiziksel Aktivite	Evet	60	2,09±0,55	0,027
		Hayır	180	2,29±0,59	
	Beslenme	Evet	60	2,22±0,44	0,236
		Hayır	180	2,30±0,45	
	Manevi Gelişim	Evet	60	2,49±0,56	0,213
		Hayır	180	2,59±0,56	
	Kişiler Arası İlişkiler	Evet	60	2,54±0,50	0,669
		Hayır	180	2,58±0,52	
	Stres Yönetimi	Evet	60	2,31±0,47	0,244
		Hayır	180	2,40±0,54	
	SYBDÖ-II Toplam Puan	Evet	60	2,31±0,41	0,129
		Hayır	180	2,41±0,45	

SYBDÖ-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği; n: Sayı, *: Student t testi kullanılmıştır.

Tablo 15'te çalışmaya katılan sağlık çalışanı olan ve olmayanların alkol kullanım durumlarına göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının

karşılaştırılması verilmiştir. Sağlık çalışanları grubunda alkol kullanan ve kullanmayanlarda manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt grupları puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,001$). Ayrıca aynı grupta SYBDÖ-II toplam puanın da anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,027$). Sağlık çalışanı olmayan grupta ise sadece fiziksel aktivite alt boyutu puanları alkol kullanan ve kullanmayanlarda anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur ($p=0,027$). Diğer tüm alt boyutlarda SYBD toplamda farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tüm gruplarda $p>0,05$).

4.2.13. Kronik Hastalık Varlığına Göre Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Tablo 16’da çalışmaya katılan grupların kronik hastalık varlığı durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Sağlık çalışanları grubunda kronik hastalık varlığı durumları arasında tüm ölçek gruplarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (Tüm gruplarda $p>0,05$). Sağlık çalışanı olmayan grupta ise kişiler arası ilişkiler alt boyutunda farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0,029$). Kronik hastalığı olmayanların kişilerarası ilişki alt boyutundan aldıkları puanlar daha yüksektir.

Tablo 16. Çalışmaya katılan gruplarda kronik hastalık varlığı durumuna göre SYBD-II Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması

Katılımcı grubu	SYBD-II Ölçeği ve alt grupları	Kronik hastalık	n	Ortalama±SS	p*
Sağlık çalışanı olan	Sağlık Sorumluluğu	Var	25	2,22±0,57	0,365
		Yok	205	2,13±0,47	
	Fiziksel Aktivite	Var	25	2,02±0,63	0,608
		Yok	205	1,95±0,59	
	Beslenme	Var	25	2,25±0,45	0,081
		Yok	205	2,08±0,46	
	Manevi Gelişim	Var	25	2,45±0,62	0,713
		Yok	205	2,50±0,53	
	Kişiler Arası İlişkiler	Var	25	2,60±0,57	0,205
		Yok	205	2,47±0,48	
	Stres Yönetimi	Var	25	2,19±0,59	0,914
		Yok	205	2,18±0,49	
Sağlık çalışanı olmayan	SYBDÖ-II Toplam Puan	Var	25	2,29±0,50	0,423
		Yok	205	2,22±0,41	
	Sağlık Sorumluluğu	Var	23	2,18±0,45	0,294
		Yok	217	2,31±0,51	
	Fiziksel Aktivite	Var	23	2,11±0,53	0,284
		Yok	217	2,25±0,59	
	Beslenme	Var	23	2,26±0,46	0,806
		Yok	217	2,28±0,45	
	Manevi Gelişim	Var	23	2,36±0,45	0,063
		Yok	217	2,58±0,56	
	Kişiler Arası İlişkiler	Var	23	2,35±0,44	0,029
		Yok	217	2,59±0,51	
	Stres Yönetimi	Var	23	2,24±0,39	0,190
		Yok	217	2,40±0,53	
	SYBDÖ-II Toplam Puan	Var	23	2,25±0,39	0,115
		Yok	217	2,40±0,44	

SYBDÖ-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği; n: Sayı, *: Student t testi kullanılmıştır.

4.2.14. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler

Tablo 17’de çalışmaya katılan sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Sağlık sorumluluğu ile fiziksel aktivite arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,594$; $p<0,001$). Buna göre sağlık sorumluluğu yüksek olan kişilerin fiziksel aktivite puanları da yüksektir.

Sağlık sorumluluğu ile beslenme arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,653$; $p<0,001$). Buna göre sağlık sorumluluğu yüksek olan kişilerin beslenme puanları da yüksektir.

Sağlık sorumluluğu ile manevi gelişim arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,589$; $p<0,001$). Buna göre sağlık sorumluluğu yüksek olan kişilerin manevi gelişim puanları da yüksektir.

Sağlık sorumluluğu ile kişiler arası ilişkiler arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,614$; $p<0,001$). Buna göre sağlık sorumluluğu yüksek olan kişilerin kişiler arası ilişkiler puanları da yüksektir.

Sağlık sorumluluğu ile stres yönetimi arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,697$; $p<0,001$). Buna göre sağlık sorumluluğu yüksek olan kişilerin stres yönetimi puanları da yüksektir.

Sağlık sorumluluğu ile SYBD-II ölçeği toplam puan arasında pozitif yönlü çok kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,836$; $p<0,001$). Buna göre sağlık sorumluluğu yüksek olan kişilerin SYBD-II ölçeği toplam puanları da yüksektir.

Fiziksel aktivite ile beslenme arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,595$; $p<0,001$). Buna göre fiziksel aktivite puanları yüksek olan kişilerin beslenme puanları da yüksektir.

Fiziksel aktivite ile manevi gelişim arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,470$; $p<0,001$). Buna göre fiziksel aktivite puanları yüksek olan kişilerin manevi gelişim puanları da yüksektir.

Fiziksel aktivite ile kişiler arası ilişkiler arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,417$; $p<0,001$). Buna göre fiziksel aktivite puanları yüksek olan kişilerin kişiler arası ilişkiler puanları da yüksektir.

Fiziksel aktivite ile stres yönetimi arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,727$; $p<0,001$). Buna göre fiziksel aktivite puanları yüksek olan kişilerin stres yönetimi puanları da yüksektir.

Fiziksel aktivite ile SYBD-II ölçeği toplam puan arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,786$; $p<0,001$). Buna göre fiziksel aktivite puanları yüksek olan kişilerin SYBD-II ölçeği toplam puanları da yüksektir.

Beslenme ile manevi gelişim arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,521$; $p<0,001$). Buna göre beslenme puanları yüksek olan kişilerin manevi gelişim puanları da yüksektir.

Beslenme ile kişiler arası ilişkiler arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,510$; $p<0,001$). Buna göre beslenme puanları yüksek olan kişilerin kişiler arası ilişkiler puanları da yüksektir.

Beslenme ile stres yönetimi arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,619$; $p<0,001$). Buna göre beslenme puanları yüksek olan kişilerin stres yönetimi puanları da yüksektir.

Beslenme ile SYBD-II ölçeği toplam puan arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,782$; $p<0,001$). Buna göre beslenme puanları yüksek olan kişilerin SYBD-II ölçeği toplam puanları da yüksektir.

Manevi gelişim ile kişiler arası ilişkiler arasında pozitif yönlü çok kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,833$; $p<0,001$). Buna göre manevi gelişim puanları yüksek olan kişilerin kişiler arası ilişkiler puanları da yüksektir.

Manevi gelişim ile stres yönetimi arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,665$; $p<0,001$). Buna göre manevi gelişim puanları yüksek olan kişilerin stres yönetimi puanları da yüksektir.

Manevi gelişim ile SYBD-II ölçeği toplam puan arasında pozitif yönlü çok kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,827$; $p<0,001$). Buna göre manevi gelişim puanları yüksek olan kişilerin SYBD-II ölçeği toplam puanları da yüksektir.

Kişiler arası ilişkiler ile stres yönetimi arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,650$; $p<0,001$). Buna göre kişiler arası ilişkiler puanları yüksek olan kişilerin stres yönetimi puanları da yüksektir.

Kişiler arası ilişkiler ile SYBD-II ölçeği toplam puan arasında pozitif yönlü çok kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,811$; $p<0,001$). Buna göre kişiler arası ilişkiler puanları yüksek olan kişilerin SYBD-II ölçeği toplam puanları da yüksektir.

Stres yönetimi ile SYBD-II ölçeği toplam puan arasında pozitif yönlü çok kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,886$; $p<0,001$). Buna göre stres yönetimi puanları yüksek olan kişilerin SYBD-II ölçeği toplam puanları da yüksektir.

Analiz sonucuna göre SYBD-II alt ölçekler arasında yapılan değerlendirmede; en yüksek ilişki kişiler arası ilişkiler ve manevi gelişim arasındadır. Benzer şekilde SYBDÖ-II ile en yüksek ilişki stres yönetimi arasındadır (Tablo 17).

Tablo 17. Sağlık çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçek ve alt grupları arasındaki ilişki analizi.

	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişiler arası ilişkiler	Stres yönetimi	SYBD-II ölçeği
Sağlık sorumluluğu	0,594**	0,653**	0,589**	0,614**	0,697**	0,836**
Fiziksel aktivite		0,595**	0,470**	0,417**	0,727**	0,786**
Beslenme			0,521**	0,510**	0,619**	0,782**
Manevi gelişim				0,833**	0,665**	0,827**
Kişiler arası ilişkiler					0,650**	0,811**
Stres yönetimi						0,886**

**; $p<0,001$; $n=230$; değerler Pearson korelasyonudur; SYBDÖ-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği düzeyinde anlamlı

Tablo 18’de sağlık çalışanı olmayan katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve alt grupları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Sağlık sorumluluğu ile fiziksel aktivite arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,598$; $p<0,001$). Buna göre sağlık sorumluluğu yüksek olan kişilerin fiziksel aktivite puanları da yüksektir.

Sağlık sorumluluğu ile beslenme arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,753$; $p<0,001$). Buna göre sağlık sorumluluğu yüksek olan kişilerin beslenme puanları da yüksektir.

Sağlık sorumluluğu ile manevi gelişim arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,586$; $p<0,001$). Buna göre sağlık sorumluluğu yüksek olan kişilerin manevi gelişim puanları da yüksektir.

Sağlık sorumluluğu ile kişiler arası ilişkiler arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,639$; $p<0,001$). Buna göre sağlık sorumluluğu yüksek olan kişilerin kişiler arası ilişkiler puanları da yüksektir.

Sağlık sorumluluğu ile stres yönetimi arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,602$; $p<0,001$). Buna göre sağlık sorumluluğu yüksek olan kişilerin stres yönetimi puanları da yüksektir.

Sağlık sorumluluğu ile SYBD-II ölçeği toplam puan arasında pozitif yönlü çok kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,820$; $p<0,001$). Buna göre sağlık sorumluluğu yüksek olan kişilerin SYBD-II ölçeği toplam puanları da yüksektir.

Fiziksel aktivite ile beslenme arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,676$; $p<0,001$). Buna göre fiziksel aktivite puanları yüksek olan kişilerin beslenme puanları da yüksektir.

Fiziksel aktivite ile manevi gelişim arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,604$; $p<0,001$). Buna göre fiziksel aktivite puanları yüksek olan kişilerin manevi gelişim puanları da yüksektir.

Fiziksel aktivite ile kişiler arası ilişkiler arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,676$; $p<0,001$). Buna göre fiziksel aktivite puanları yüksek olan kişilerin kişiler arası ilişkiler puanları da yüksektir.

Fiziksel aktivite ile stres yönetimi arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,777$; $p<0,001$). Buna göre fiziksel aktivite puanları yüksek olan kişilerin stres yönetimi puanları da yüksektir.

Fiziksel aktivite ile SYBD-II ölçeği toplam puan arasında pozitif yönlü çok kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,826$; $p<0,001$). Buna göre fiziksel aktivite puanları yüksek olan kişilerin SYBD-II ölçeği toplam puanları da yüksektir.

Beslenme ile manevi gelişim arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,607$; $p<0,001$). Buna göre beslenme puanları yüksek olan kişilerin manevi gelişim puanları da yüksektir.

Beslenme ile kişiler arası ilişkiler arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,561$; $p<0,001$). Buna göre beslenme puanları yüksek olan kişilerin kişiler arası ilişkiler puanları da yüksektir.

Beslenme ile stres yönetimi arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,708$; $p<0,001$). Buna göre beslenme puanları yüksek olan kişilerin stres yönetimi puanları da yüksektir.

Beslenme ile SYBD-II ölçeği toplam puan arasında pozitif yönlü çok kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,841$; $p<0,001$). Buna göre beslenme puanları yüksek olan kişilerin SYBD ölçeği toplam puanları da yüksektir.

Manevi gelişim ile kişiler arası ilişkiler arasında pozitif yönlü çok kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,822$; $p<0,001$). Buna göre manevi gelişim puanları yüksek olan kişilerin kişiler arası ilişkiler puanları da yüksektir.

Manevi gelişim ile stres yönetimi arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,730$; $p<0,001$). Buna göre manevi gelişim puanları yüksek olan kişilerin stres yönetimi puanları da yüksektir.

Manevi gelişim ile SYBD-II ölçeği toplam puan arasında pozitif yönlü çok kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,865$; $p<0,001$). Buna göre manevi gelişim puanları yüksek olan kişilerin SYBD-II ölçeği toplam puanları da yüksektir.

Kişiler arası ilişkiler ile stres yönetimi arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,640$; $p<0,001$). Buna göre kişiler arası ilişkiler puanları yüksek olan kişilerin stres yönetimi puanları da yüksektir.

Kişiler arası ilişkiler ile SYBD-II ölçeği toplam puan arasında pozitif yönlü çok kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,818$; $p<0,001$). Buna göre kişiler arası ilişkiler puanları yüksek olan kişilerin SYBD-II ölçeği toplam puanları da yüksektir.

Stres yönetimi ile SYBD-II ölçeği toplam puan arasında pozitif yönlü çok kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,885$; $p<0,001$). Buna göre stres yönetimi puanları yüksek olan kişilerin SYBD-II ölçeği toplam puanları da yüksektir.

Analiz sonuçlarına göre SYBD-II ile alt ölçekleri arasında yapılan değerlendirmede; en yüksek ilişki, kişiler arası ilişkiler ve manevi gelişim arasındadır. SYBD-II ile en yüksek ilişki stres yönetimi arasındadır (Tablo 18).

Tablo 18. Sağlık çalışanı olmayan katılımcılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları arasındaki ilişki analizi

	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişiler arası ilişkiler	Stres yönetimi	SYBD-II ölçeği
Sağlık sorumluluğu	0,598**	0,753**	0,586**	0,639**	0,602**	0,820**
Fiziksel aktivite		0,676**	0,604**	0,676**	0,777**	0,826**
Beslenme			0,607**	0,561**	0,708**	0,841**
Manevi gelişim				0,822**	0,730**	0,865**
Kişiler arası ilişkiler					0,640**	0,818**
Stres yönetimi						0,885**

** :p<0.001; n=240; değerler Pearson korelasyonudur; SYBDÖ-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarıölçeği

SBYD-II ölçek ve alt boyut puanlarının yaş, vücut kitle indeksi ve meslekteki hizmet yılı ile ilişkileri Perason korelasyon analizi ile incelenmiş olup sonuçlar Tablo 19’ da sunulmuştur.

Tablo 19. Katılımcıların yaş, vücut kitle indeksi ve hizmet yılı değişkenleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki analizi

SYBD-II ve Alt Grupları							
	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişiler Arası ilişkiler	Stres Yönetimi	SYBD ölçeği
Sağlık çalışanı olanlar (n=230)							
Yaş	r=0,018 p=0,784	r=0,113 p=0,086	r=0,055 p=0,409	r=-0,084 p=0,204	r=-0,100 p=0,130	r=-0,006 p=0,926	r=0,002 p=0,979
BMI	r=-0,047 p=0,475	r=0,011 p=0,863	r=-0,101 p=0,127	r=0,031 p=0,636	r=0,052 p=0,432	r=-0,011 p=0,863	r=-0,010 p=0,878
Hizmet	r=-0,019 p=0,774	r=0,057 p=0,391	r=0,031 p=0,640	r=-0,005 p=0,945	r=-0,050 p=0,446	r=-0,105 p=0,111	r=-0,016 p=0,806
Sağlık çalışanı olmayanlar(n=240)							
Yaş	r=-0,009 p=0,891	r=0,078 p=0,227	r=0,037 p=0,571	r=0,174 p=0,007	r=0,158 p=0,015	r=0,161 p=0,012	r=0,121 p=0,061
BMI	r=-0,062 p=0,341	r=-0,083 p=0,199	r=-0,120 p=0,062	r=-0,044 p=0,494	r=-0,092 p=0,154	r=-0,202 p=0,002	r=-0,118 p=0,068
Hizmet	r=-0,067 p=0,298	r=0,037 p=0,567	r=-0,003 p=0,961	r=0,100 p=0,124	r=0,165 p=0,010	r=0,104 p=0,107	r=0,068 p=0,291

Değerler Pearson korelasyon katsayısıdır, BMI: Vücut Kitle İndeksi (kg/m²). H.Yılı: Hizmet yılı

Sağlık çalışanlarında yaş ile SYBD-II arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır, buna karşılık sağlık çalışanı olmayan grupta yaş ile manevi gelişim ($r=,174$; $p=0,007$), kişiler arası ilişkiler ($r=,158$; $p=0,015$) ve stres yönetimi ($r=,161$; $p=0,012$) arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. Sağlık çalışanlarında vücut kitle indeksi ile SYBD-II arasında ve hizmet yılı ile SYBD-II arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır, sağlık çalışanı olmayan grupta ise sadece vücut kitle indeksi ile stres yönetimi ($r=-,202$; $p=0,002$) arasında anlamlı negatif ilişki ve hizmet yılı ile kişiler arası ilişkiler arasında ($r=,165$; $p=0,010$) anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur.

Katılımcılar anket formunda yer alan iki soru ile kendilerini sağlıklı hissetme, kendilerini streste hissetme durumlarını 1-10 arası birer puan ile değerlendirmişlerdir. Söz konusu bu puanlar ile SYBD-II puanları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Katılımcıların kendinlerini sağlıklı hissetme durumları ve kendilerini streste hissetme durumları ile sağlıklı yaşam biçimleri davranışları arasındaki ilişki Tablo 20’ de özetlenmiştir.

Tablo 20. Katılımcıların kendinlerini sağlıklı hissetme / streste hissetme durumları ile SYBD puanları arasındaki ilişkiler

	SYBD-II ve alt boyutları						
	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişiler Arası ilişkiler	Stres yönetimi	SYBD ölçeği
Sağlık çalışanı n=230							
KSAĞ	$r=0,044$ $p=0,502$	$r=0,083$ $p=0,211$	$r=0,089$ $p=0,180$	$r=0,254$ $p<0,001$	$r=0,208$ $p<0,001$	$r=0,150$ $p=0,023$	$r=0,169$ $p=0,010$
KSTR	$r=-0,075$ $p=0,255$	$r=-0,124$ $p=0,061$	$r=-0,058$ $p=0,378$	$r=-0,220$ $p=0,001$	$r=-0,170$ $p=0,010$	$r=-0,105$ $p=0,111$	$r=-0,155$ $p=0,018$
Sağlık çalışanı olmayan n=240							
KSAĞ	$r=0,178$ $p=0,006$	$r=0,199$ $p=0,002$	$r=0,203$ $p=0,002$	$r=0,375$ $p<0,001$	$r=0,395$ $p<0,001$	$r=0,325$ $p<0,001$	$r=0,333$ $p<0,001$
KSTR	$r=0,056$ $p=0,387$	$r=-0,258$ $p<0,001$	$r=-0,111$ $p=0,087$	$r=0,001$ $p=0,987$	$r=0,010$ $p=0,879$	$r=-0,171$ $p=0,008$	$r=-0,097$ $p=0,133$

Değerler Pearson korelasyonudur. KSAĞ: Kendini sağlıklı hissetme puanı, KSTR: Kendini stresli hissetme puanı

4.2.15. Aynı Cinsiyetteki Sağlık Çalışanı Olan ve Sağlık Çalışanı Olmayanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılması

Cinsiyete göre sağlık çalışanı olan ve olmayan katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek ve alt boyutlarında aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 21’de sunulmuştur.

Tablo 21’de görüldüğü gibi sağlık çalışanı olmayan kadınların sağlık sorumluluğu ($p=0,008$), fiziksel aktivite ($p<0,001$), beslenme ($p=0,009$) ve stres yönetimi ($p<0,001$) altboyutlarında Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sağlık çalışanı olan kadın katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$). SYBD toplamında hem kadınlarda hem de erkeklerde sağlık çalışanı olmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları sağlık çalışanı olanlardan anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır ($p<0,001$).

Erkek katılımcılarda sağlık çalışanı olmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ile alt boyutlarından sağlık sorumluluğu ($p=0,027$), fiziksel aktivite ($p=0,008$), beslenme ($p=0,001$) ve stres yönetimi ($p=0,039$) puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 21).

Tablo 21. Aynı cinsiyetteki sağlık çalışanı olan ve sağlık çalışanı olmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırılması

	Kadın			Erkek		
	Sağlık Çalışanı n=105	Sağlık Çalışanı Olmayan n=109	p*	Sağlık Çalışanı n=125	Sağlık Çalışanı Olmayan n=131	p *
Sağlık sorumluluğu	2,17±0,46	2,34±0,47	0,008	2,11±0,50	2,25±0,53	0,027
Fiziksel aktivite	1,89±0,59	2,27±0,60	<0,001	2,02±0,59	2,22±0,58	0,008
Beslenme	2,17±0,45	2,32±0,39	0,009	2,05±0,45	2,24±0,49	0,001
Manevi gelişim	2,54±0,53	2,65±0,50	0,147	2,45±0,54	2,49±0,59	0,512
Kişilerarası ilişkiler	2,56±0,49	2,68±0,46	0,058	2,43±0,48	2,47±0,53	0,465
Stres yönetimi	2,19±0,51	2,47±0,53	<0,001	2,18±0,49	2,31±0,50	0,039
SYBD toplam	2,25±0,41	2,45±0,39	<0,001	2,21±0,42	2,33±0,47	0,026

Değerler ortalama±Standart sapma olara verilmiştir. *: Student t test kullanılmıştır.

4.2.16. Aynı Yaş Grubundaki Sağlık Çalışanı Olan ve Sağlık Çalışanı Olmayan Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Aynı yaş grubundaki sağlık çalışanı olan ve sağlık çalışanı olmayan katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları 20-30, 31-40, 41-50 ve 50 üstü yaş grupları için ayrı ayrı karşılaştırılmış, sonuçlar Tablo 22a, 22b, 22c, 22d’de sunulmuştur.

Tablo 22a. 20-30 yaş grubunda yer alan sağlık çalışanı olan ve sağlık çalışanı olmayan katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanlarının karşılaştırılması

20-30 yaş	Sağlık Çalışanları n=86	Sağlık çalışanı Olmayanlar n=81	p*
Sağlık sorumluluğu	2,11±0,45	2,34±0,47	0,002
Fiziksel aktivite	1,86±0,57	2,19±0,51	0,000
Beslenme	2,09±0,42	2,27±0,39	0,004
Manevi gelişim	2,49±0,55	2,48±0,50	0,985
Kişilerarası ilişkiler	2,50±0,48	2,52±0,47	0,790
Stres yönetimi	2,17±0,48	2,35±0,40	0,008
SYBDÖ-II Toplam	2,20±0,40	2,36±0,39	0,011

*: Student t testi kullanılmıştır.

Tablo 22a’da 20-30yaş grubundaki sağlık çalışanı olan ve sağlık çalışanı olmayan katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanları karşılaştırılmıştır. SYBDÖ-II toplam puanına göre sağlık çalışanı olmayan grubun sağlıklı yaşam biçimi davranışları sağlık çalışanı grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksektir (p=0,011).Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt boyutlarında da sağlık çalışanı olmayan grubun puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 22b. 31-40 yaş grubunda yer alan sağlık çalışanı olan ve sağlık çalışanı olmayan katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanlarının karşılaştırılması

31-40 yaş	Sağlık Çalışanları n=116	Sağlık çalışanı Olmayan n=121	p*
Sağlık sorumluluğu	2,18±0,51	2,28±0,53	0,141
Fiziksel aktivite	2,05±0,62	2,20±0,58	0,051
Beslenme	2,13±0,47	2,27±0,50	0,032
Manevi gelişim	2,55±0,53	2,57±0,58	0,766
Kişilerarası ilişkiler	2,53±0,48	2,58±0,54	0,416
Stres yönetimi	2,22±0,51	2,31±0,50	0,191
SYBDÖ-II Toplam	2,27±0,42	2,37±0,46	0,111

*: Student t testi kullanılmıştır.

30-40yaş grubundaki sağlık çalışanı olan ve sağlık çalışanı olmayan katılımcılarınsağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanları karşılaştırma sonuçları Tablo 22b’de sunulmuştur. Beslenme alt boyutunda sağlık çalışanı olmayan grup ile sağlık çalışanı olan grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,032).Buna göre 30-40 yaş grubunda sağlık çalışanı olmayanların sağlıklı yaşam biçimi beslenme davranışları ölçek ve alt boyut puanlarının, sağlık çalışanı olanlardan daha yüksek tespit edilmiştir.

Tablo 22c. 41-50 yaş grubunda yer alan sağlık çalışanı olan ve sağlık çalışanı olmayan katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanlarının karşılaştırılması

41-50 yaş	Sağlık Çalışanları n=21	Sağlık çalışanı Olmayanlar n=31	p*
Sağlık sorumluluğu	1,98±0,47	2,12±0,33	0,225
Fiziksel aktivite	1,81±0,58	2,45±0,71	0,001
Beslenme	1,93±0,49	2,29±0,34	0,003
Manevi gelişim	2,27±0,55	2,64±0,58	0,025
Kişilerarası ilişkiler	2,30±0,54	2,54±0,39	0,072
Stres yönetimi	1,98±0,51	2,65±0,74	0,001
SYBDÖ-II Toplam	2,05±0,45	2,45±0,43	0,002

*: Student t testi kullanılmıştır.

41-50yaş grubundaki sağlık çalışanı olan ve sağlık çalışanı olmayan katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanları karşılaştırma sonuçları Tablo 20c’de sunulmuştur. SYBD toplam puanına göre sağlık çalışanı olmayan grup ile sağlık çalışanı grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek toplam puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$). Bu bulguya göre 41-50 yaş grubunda sağlık çalışanı olmayanların genel sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının, sağlık çalışanı olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer bulguya SYBD’nin fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi altboyutlarında da ulaşılmıştır. Fiziksel aktivite ($p=0,001$), beslenme ($p=0,003$), manevi gelişim ($p=0,025$) ve stres yönetimi ($p=0,001$) alt boyutunda sağlık çalışanı olmayan grup ile sağlık çalışanı olan grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 22d. 50 yaş üstü grupta yer alan sağlık çalışanı olan ve sağlık çalışanı olmayan katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanlarının karşılaştırılması

50+ üstü yaş	Sağlık Çalışanları n=7	Sağlık çalışanı Olmayan n=7	p*
Sağlık sorumluluğu	2,21±0,37	2,73±0,79	0,138
Fiziksel aktivite	2,23±0,27	2,52±0,74	0,366
Beslenme	2,33±0,44	2,44±0,46	0,652
Manevi gelişim	2,27±0,38	3,01±0,62	0,019
Kişilerarası ilişkiler	2,29±0,35	3,11±0,65	0,012
Stres yönetimi	2,43±0,44	2,79±0,55	0,207
SYBDÖ-II Toplam	2,29±0,35	2,77±0,57	0,086

*: Student t testi kullanılmıştır.

Tablo 22d’de 50 yaş üstü gruptaki sağlık çalışanı olan ve sağlık çalışanı olmayan katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanları karşılaştırma sonuçları verilmiştir. SYBDÖ-II toplam puanına göre sağlık çalışanı olmayan grup ile sağlık çalışanı grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,086$). SYBD’nin manevi gelişim ve kişilerarası ilişki altboyutlarında sağlık çalışanı olanlar ile sağlık çalışanı

olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır(sırasıyla $p=0,019$, $p=0,012$). Hem manevi gelişim hem de kişiler arası ilişki altboyutlarında sağlık çalışanı olmayanların puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,019$, $p=0,012$).



5-TARTIŞMA

Bu araştırma sağlık çalışanı olan ve olmayan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırılması ve etkili faktörlerinin ortaya konulması ve değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma kapsamında 230 sağlık çalışanı olan ve 240 sağlık çalışanı olmayan kişiye ulaşılmıştır.

Ülkemizde sağlık çalışanı olan ve olmayan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kıyaslayan çalışmalar son derece nadirdir. Sağlık çalışanları arasındaki yaşam tarzı davranışlarının araştırılması, sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmelerine ve benimsemelerine yardımcı olma amacına yönelik kanıta dayalı müdahalelerin geliştirilmelerine temel sağlamak için esastır. Sağlıklı olmak her insanın temel hakkıdır ve iyilik halinin sağlanması ve sürdürülmesi, sağlık çalışanlarının olduğu kadar tüm bireylerin de temel amacı olmalıdır (4,5).

Sağlık sadece hastalığın olmaması değil, zihinsel, sosyal, fiziksel ve ruhsal olarak iyi olma durumudur (104). Sağlık, bireyin yaşam tarzı alışkanlıklarından önemli ölçüde etkilenen, sürekli gelişen ve karmaşık bir süreçtir (105, 106). 'Bireylerin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için uyguladıkları eylemler ve inançlar bütünü' olarak tanımlanan sağlığı geliştirici yaşam tarzı davranışlarını benimsemek, kişinin yaşamında istenilen ve uzun süreli olan değişiklikleri beraberinde getirebilir (105, 107). Sağlıklı davranışlar, fiziksel uygulamalar, sağlık sorumlulukları, ruhsal gelişim, beslenme, stres yönetimi ve kişilerarası ilişkiler gibi çeşitli alanları kapsar (108). Literatür ile uyumlu olarak, bu çalışmanın sonuçlarına göre hem sağlık çalışanı olan hem olmayan grupta toplam SYBD-II Ölçeği puanı, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişimi, kişiler arası ilişkileri ve stres yönetimi arasında pozitif korelasyon saptanmış olup bireylerin sağlıklarının devamlılığını sağlamak için sağlıklı yaşam davranışlarının tüm komponentlerine ihtiyaç duyulduğu görülmektedir (109,110).

Sağlık çalışanlarının, sağlık çalışanı olmayan bireylere göre sağlıklı davranışlara yönelik daha fazla bilgiye ve olumlu tutuma sahip olmaları beklenmektedir (1,2). Ayrıca sigara içmenin, alkol almanın, yetersiz beslenmenin ve diğer sağlıksız alışkanlıkların uzun vadeli sağlık sonuçlarını daha iyi bildikleri ve uygulamaları gerektiği kanısı hakimdir (10). Toplumun diğer üyelerine göre daha

fazla bilgiye sahip olmalarına rağmen sağlıklı alışkanlıkları daha iyi uyguladıklarını gösteren bir kanıt yoktur (16).

Yaşam tarzı, kişinin hayata karşı genel inançlarını, değerlerini ve tutumlarını yansıtan bir dizi seçim ve eylem olarak tanımlanabilir (111). Bireylerin toplum içinde farklı koşullarda yaşamaları nedeniyle sağlık algıları ve sağlık davranışları birbirinden farklılık gösterebilmektedir (112, 113).

Bu çalışmada sağlık çalışanı olanların olmayanlara göre sağlık sorumluluğu daha düşük saptanmış olup, fiziksel aktivitede daha az bulundukları, sağlıklı beslenmeye daha az gayret ettikleri, stres yönetiminde daha az başarılı oldukları ve sağlıklı yaşam davranışlarında bulunma durumlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanlarının kendilerini daha stresli hissetmeleri de bu bulguları desteklemektedir.

Kıbrıs'ta tıp öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada öğrencilerin yaklaşık %59'unun "sağlıksız yaşam tarzına" sahip oldukları görülmüştür (114). Benzer şekilde İran'da manevi iyi oluş ve boyutları (varoluşsal iyilik ve dini iyi oluş) sağlık alanı dışındaki öğrencilerde sağlık alanındaki öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek olarak saptanmıştır (115). Üniversite dönemi, bireyleşme ve aileden ayrılma, yeni sosyal bağlantıların gelişimi, artan özerklik ve sorumluluk ile karakterize kritik bir dönemdir (116). Bu dönemdeki insanlar eğitim, sosyal ilişkiler ve diğer alanlarda yeni zorluklarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu değişiklikler, sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilecek artan stres düzeylerine ve uyumsal ve davranışsal sorunlara yol açabilir (117, 118). Sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin yoğun bir ders çalışma temposu ile tanışmaları sosyal ilişkilerini olumsuz etkileyebilir ve stres düzeylerinde artışa neden olabilir. Bu dönemdeki olumsuzlukların sağlıkçıların sağlıklı yaşam biçimi geliştirme yetilerini olumsuz etkileyerek hayatlarının ileri evrelerindeki davranışlarına da yansıyabileceği kanısına varılmıştır.

Özçelik'in (119) toplum öncüsü bazı meslek üyeleri arasında yapmış olduğu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirdiği çalışmada çalışmamıza benzer şekilde sağlık çalışanlarının SYBDÖ-II toplam ölçek ve tüm alt grup puanlarının sınıf öğretmenleri ve imamlardan daha düşük olduğu saptanmıştır.

Çalışmalar arasında mevcut olan sağlıkçıları aleyhine bulunan bu farkın nedeni; sağlık çalışanı olan ve olmayan katılımcıların farklı sosyal geleneklere,

yaşam deneyimlerine ve başa çıkma stratejilere sahip olmaları sonuçları ve böylece kişileri beklenenden farklı etkilemiş olma olasılığı olabilir kanısındayız.

Kadınların erkeklere göre görünüşlerine daha çok dikkat ettikleri, şişman olma endişesini taşıdıkları, diyet yapma olasılıklarının daha yüksek olduğu ve sağlık davranışlarda bulunmak için daha çok çaba gösterdikleri gösterilmiştir (120,121).

Bu çalışmada sağlık çalışanları grubunda kadınların sağlıklı beslenmeye daha çok uydukları ve bu grupta kişiler arası ilişkilerin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde sağlık çalışanı olmayan grupta da kadınlarda kişiler arası ilişkiler daha iyi iken aynı zamanda kadınların manevi gelişimin daha iyi olduğu ve stres yönetiminde daha başarılı oldukları saptanmıştır. Ayrıca sağlık çalışanı olmayan kadınların aynı gruptaki erkeklere göre daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergiledikleri gözlenmiştir. Benzer şekilde, Pakistan'dan yapılan bir araştırma ile kızların erkeklere kıyasla daha fazla sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarına ve beslenme uygulamalarına sahip olma eğiliminde olduğu tespit edilmiştir (122). Bir başka çalışmada Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde, Tokuç ve arkadaşları (123), kadınlarda SYBDÖ-II toplam puanının ve fiziksel aktivite haricinde diğer alt boyut puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğunu saptamıştır.

İsveçli üniversite öğrencileri üzerinde yapılan benzer bir araştırmada, çalışmamızdan farklı olarak kadınların strese daha yatkın oldukları saptanmasına rağmen çalışmamızı destekler şekilde daha sağlıklı alışkanlıklara sahip oldukları gösterilmiştir (124). Aynı çalışmada erkek öğrencilerin ise yüksek düzeyde obeziteye sahip olup, beslenme tavsiyelerine, sağlığı geliştirici faaliyetlere daha az ilgi duydukları, ayrıca fiziksel olarak hareketsiz ve alkol tüketimine düşkün oldukları saptanmıştır.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının yaşının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır. Diğer taraftan sağlık çalışanı olmayan katılımcıların ise sağlık sorumluluklarının en yüksek 50 yaşın üzerindekilerde olduğu, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetiminin ise en iyi 41-49 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Ayaz ve arkadaşlarının (125) gerçekleştirdiği çalışmanın sonuçlarına göre hemşirelerde yaşın ilerlemesi ile sağlık sorumluluğunun arttığı, diğer taraftan stresin azaldığı belirtilmiştir (125). Araştırmamızdan elde edilen

sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir. Çalışmamızın sonuçlarına göre yaşın ilerlemesi ile bireylerin kendi sağlıklarına daha fazla dikkat ettikleri, yılların verdiği deneyim ile kişiler arası ilişkilerini geliştirdikleri saptanmıştır. Yaşla beraber artan kronik hastalık oranları sebebiyle mevcut sağlıklarını koruma çabası, stres kontrolünü başarabilmeleri, sağlık davranışları kazanımlarının artmasını sağlayabilir. Diğer taraftan sağlık çalışanlarının yaşlarının ilerlemesi ile birlikte sağlık davranışları kazanımlarının değişmemiş olarak saptanması, sağlık çalışanlarının sağlık imkanlarına kolay ulaşabilmelerinin yıllar içinde sağlıklı davranışlar geliştirmelerini olumsuz etkilediği ileri sürülebilir.

Bu çalışmada bek r sağlık çalışanlarının stresle daha iyi başa çıktıkları saptanmıştır. Çalışmamızla uyumlu olarak, C rcanil ve arkadaşlarının (126) hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen faktörler üzerindeki çalışmasında, bekarların stres yönetimi puan ortalamasının evlilerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde,  zkan ve arkadaşlarının (127) hemşirelerde yapmış olduğu çalışmada, bekarların stres yönetimi puan ortalamasının evlilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bekar sağlık çalışanlarının kendi uğraşları için daha fazla zaman ayırma imkanlarının bulunmasının olasılığının stresle baş etmede yardımcı bir unsur olduğu ileri sürülebilir.

ocuk sahibi olma durumunun bu çalışmaya katılan sağlık çalışanı olan ve olmayan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine herhangi bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Benzer şekilde etin'in (110) toplum sağlığı merkezinde çalışan sağlık çalışanlarının yaşam biçimi davranışlarını araştırdığı çalışmasında ocuk varlığı ile SYBD-II  leği puanı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Diğer taraftan çalışmamızdan farklı olarak  zelik ve arkadaşları (119) alışmalarında ocuk sahibi olanların sağlıklı beslenmeye daha fazla dikkat ettiklerini tespit etmişlerdir. alışmalar arasındaki fark katılımcıların sosyo-demografik özelliklerindeki farktan kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının sergiledikleri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının eğitim durumlarından etkilenmediği görülmüştür. Benzer sonuç sağlık çalışanlarının meslekleri ve çalıştıkları birimler değerlendirildiğinde de belirlenmiştir. Bu durumun olası açıklamasının sağlık çalışanlarının aynı ortamda çalışmalarının ve gün içinde çok fazla beraber zaman geçiriyor olmaları ve beraber

aldıkları hizmet içi eğitimler olduğu öne sürülebilir. Çalışmamızdan farklı olarak Çetin (110) sağlık çalışanları arasında SYBDÖ-II toplam puanın ve alt gruplara ait puanların lise mezunlarında en düşük olduğunu, eğitim seviyesinin yükselmesi ile ölçek puanının arttığını tespit etmiştir. Çalışmalar arasındaki fark katılımcıların eğitim durumları dağılımındaki fark nedeniyle gerçekleşmiş olabilir. Çalışmamızda sağlık çalışanı olmayan katılımcılar arasında lisansüstü eğitime sahip olanların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt grup puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum sağlık çalışanı olmayan bireylerin eğitim seviyesinin artması ile daha sağlıklı yaşam biçimi davranışları gösterdiklerini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmaya katılan sağlık çalışanları arasında en fazla yer alan gruplar doktorlar (%63,9) ve hemşireler/ebeler (%25,2) iken, sağlık çalışanı olmayan grupta en fazla öğretmenler (%74,2) ve mühendis/mimarlar (%5,8) yer almışlardır. Bu çalışmada öğretmenlerin ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde, en yüksek puan ortalamasının kişiler arası ilişkiler; en düşük puan ortalamasının ise fiziksel aktivite alt boyutundan alındığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Tokgöz'ün (128) kadın öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenler adlı çalışmasında, çalışmamızla benzer şekilde en düşük alt boyut puanının fiziksel aktiviteden, en yüksek alt boyut puanının ise kişilerarası ilişkilerden elde edildiği belirlenmiştir. Koçak ve arkadaşlarının (129) sınıf öğretmenleri ile yaptıkları çalışmalarında en düşük alt boyut puanı fiziksel aktiviteden elde edilirken en yüksek alt boyut puanı manevi gelişimden elde edilmiştir. Bunun sebebi; sınıf öğretmenlerinin meslek yaşamına erken atılmaları ve iş hayatlarında yoğun iş yükü ve eğitim verdikleri kitlenin yaşlarının küçük olmasından ötürü aşırı yorgunluk sonrası dinlenme ihtiyaçlarının ortaya çıkması ve bunun da sedanter yaşama zemin hazırlaması olabilir.

Bu çalışmanın bulgularına göre sağlık çalışanlarının sergiledikleri sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile meslekte çalışma süresi arasında fark bulunmazken, sağlık çalışanı olmayan bireylerde yılların ilerlemesi ile manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma yılı ile yaş da ilerlediği için manevi gelişim, kişiler arası ilişkilere daha çok dikkat edildiği ve stres yönetiminin daha başarılı gerçekleştirildiği düşünülmektedir.

Tekin'in (109) hekimler arasında yapmış olduğu çalışmada, hizmet yılının daha az olduğu, dolayısıyla daha genç olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç sağlık çalışanı olmayan grupta elde ettiğimiz bulgu ile uyumlu iken, sağlık çalışanı grubu ile farklılık göstermektedir.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarından, fark anlamlılık düzeyinde olmamasına rağmen, nöbet tutanlarda toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanının daha düşük olduğu görülmüştür. Bunun sebebi nöbet tutanlarda tükenmişliğin fazla olması, buna bağlı olarak stres faktörlerinin yoğun olması, meslekteki hizmet yılının az olmasından kaynaklı olabilir.

Hasta bakımı normal çalışma saatleriyle (09.00-17.00) sınırlandırılmayacağından, sağlık çalışanları geleneksel olmayan saatler veya vardiyalarda çalışmaktadırlar (130,131). Vardiyalı çalışma, çalışan üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilir ve artan madde kullanımına, işle ilgili strese, düşük iş performansına, uykusuzluğa ve kesintiye uğramış sosyal ve aile yaşamına neden olabilir (132-134). Vardiyalı ve dönüşümlü gece vardiyasında çalışanlar arasında obezite, aşırı kilo, fiziksel hareketsizlik ve kötü beslenme alışkanlıkları gibi sağlıkla ilgili olumsuz durumların ve risk faktörlerinin yüksek prevalansı bildirilmiştir (135,136).

Bu çalışmada sağlık çalışanları arasında fazla kilolu ve obez kişileri kapsayacak şekilde "sağlıksız" VKİ'ne sahip olma oranının %41,4 ile sağlık çalışanı olmayanlara göre (%35,7) daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, sağlık çalışanlarında artan obezite sebeplerinin ortaya konulmasına ve iyileştirilmesine yönelik çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte bu sonuçlara göre fazla kilolu ve obez olan sağlık çalışanı olan ve olmayanların sıklığı, Türkiye Diyabet Epidemiyoloji (TURDEP-II) Çalışması'nın sonuçlarına göre daha düşüktür (137). Bu sonuçlar katılımcılarda başta diyabet ve hipertansiyon olmak üzere gözlenmiş olan kronik hastalık sıklığının genel popülasyona göre daha düşük saptanmış olması ile de uyumludur (137).

Ayrıca çalışmamızda düşük kilolu sağlık çalışanlarında kişiler arası ilişkiler ve manevi gelişimin daha iyi olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde sağlık çalışanı olmayan katılımcılarda da kişiler arası ilişkiler düzeyinin kilolu olmayan bireylerde

daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun olası açıklaması sosyal ilişkileri daha iyi olan kişilerin dış görünüşlerine daha fazla önem vermeleri ve zayıf kalmaya gayret etmeleri ile açıklanabilir.

Araştırmamızda sağlık çalışanlarının %29,1'inin, sağlık çalışanı olmayanların %29,6'sının sigara kullandığı ortaya çıkmıştır. Verilerimiz; (100) toplum sağlığı merkezinde çalışan sağlık çalışanlarının yaşam biçimi davranışlarının araştırıldığı bir çalışmada sigara kullanım oranını %29 olarak bulunduğu çalışmayla ve TÜİK verileriyle (%28) uyumludur (138).

Yalçinkaya ve arkadaşlarının (2) sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmasında ise sigara içen sağlık çalışanlarının kişiler arası ilişkiler dışında tüm alt gruplarda ve ölçek toplamında sigara içmeyenlere göre daha düşük puan aldıkları saptanmıştır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre sigara kullanımının zararlarını topluma göre daha iyi bildikleri varsayılan sağlık çalışanlarının konu ile ilgili rol model olmaları gerekirken sigara kullanımı konusunda genel popülasyona benzer yaklaşım sergiledikleri görülmüştür. Ayrıca sigara kullanan sağlık çalışanlarının sağlıklı beslenmeye dikkat etmedikleri, manevi gelişim ve stres yönetimi konusunda içmeyenlere göre daha başarısız oldukları ve kişiler arası ilişkilerinin daha kötü olduğu saptanmış olup sağlıklı yaşam biçimi davranışları göstermede de geri kaldıkları belirlenmiştir. Sigara kullanan sağlık çalışanı olmayan bireylerin de daha az fiziksel aktivitede bulundukları ve beslenmelerine daha az dikkat ettikleri görülmüştür.

Bu çalışmada alkol kullanım sıklığı sağlık çalışanlarında %23,9, sağlık çalışanı olmayan bireylerde %25 olarak saptanmıştır. Çetin'in (110) çalışmasında bu oran %15 olarak tespit edilmiştir. TÜİK verilerine göre ise bu oran 25,6 olarak tespit edilmiştir (138). Çalışmalarda alkol kullanım sıklığı hakkında kullanım oranları ile ilgili bilgiyi yüzyüze çalışmalarda katılımcıların kendilerinin vermeleri nedeniyle damgalanma endişeleri yüzünden yanlış verme olasılıkları olduğu düşünülmektedir. Bu durum diğer çalışmalardaki oranların çalışmamızdan daha düşük çıkmasına neden olduğu kanısındayız.

Çalışmamızda alkol kullanan sağlık çalışanlarının toplam SYBDÖ-II puanı ve manevi gelişim ile kişiler arası ilişkiler puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Çetin (110), alkol kullanan sağlık çalışanlarında toplam SYBD puanı

ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ile stres yönetimi puanlarının daha düşük olduğunu saptamıştır. Sağlık alışanlarında alkol kullanımının zararları ile ilgili farkındalık çalışmalarının artırılmasına ve hizmet içi eğitimlerinin verilmesine ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda sağlık çalışanı olmayan bireylerde toplam SYBD puanı ve alt grup puanlarının alkol kullanımından etkilenmediği saptanmıştır. Çalışmamızla uyumlu şekilde, Kaya ve arkadaşlarının (139) ğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörleri değerlendirildikleri araştırmalarında ölçek toplam ve alt grup puanları arasında fark saptanmamıştır. Bundan yola çıkarak sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının stresli yaşam tarzları ve yoğun çalışma temposundan alkol kullanımlarından daha fazla etkilendiği ileri sürülebilir.

etin'in (110) alışmasında kronik hastalık sıklığı %31 olarak saptanmış olup, 30 yaş altında olan kişilerde en düşük olduğu, yaşla birlikte artığı ve 50 yaş üzerinde %50'ye çıktığı belirlenmiştir. Karadeniz ve arkadaşlarının (140) Manisa'da yaptığı bir araştırmada sağlık çalışanlarının %13'nde kronik hastalık tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan bireylerin çoğunun 40 yaş ve altında olması kronik hastalık sıklığının daha düşük saptanmasının nedeni olabilir.

Bu çalışmada sağlık çalışanları arasında sağlık çalışanı olmayanlara göre kronik hastalık varlığı daha yüksek saptanmıştır. Bununla birlikte metabolik hastalık komponentleri sağlık çalışanı olmayan katılımcılarda daha fazla saptanmıştır. Bunun sebebi sağlık çalışanlarının sağlık imkanlarına daha kolay ulaşabilmeleri olabilir. Ayrıca bu çalışmadan sağlık çalışanlarının sağlık çalışanı olmayanlara göre kendilerini daha sağlıklı hissettikleri belirlenmiştir.

Sağlık alışanı olmayan grupta kronik hastalığı bulunmayan bireylerin kişiler arası ilişkilerinin daha iyi olduğu, sağlık alışanlarında böyle bir farkın olmadığı saptanmıştır. Bunun olası nedeni sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine daha yakın olmaları, hastalığın sağlık camiasında daha az korku ve anksiyete yaratması olabilir. Çalışmamızdan farklı olarak, Toku ve Berberoğlu'nun (141) ğretmenler arasında gerçekleştirdikleri araştırmada kronik hastalık varlığı durumu sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanında herhangi bir farka neden olmamıştır. alışmalar

arasındaki fark katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden kaynaklanabiliyor olabilir.

Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, en az dört sağlıklı yaşam tarzı faktörünün kombinasyonunun tüm nedenlere bağlı ölüm riskini %66 oranında azalttığı gösterilmiştir (142). Bu çalışmanın konu ile ilgili farkındalığı artırıp sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi ile ilgili ikincil kazancı da olabilir.



6-SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık çalışanı olmayanların sağlık çalışanlarına göre SYBDÖ puanları daha yüksek olmasına rağmen sağlık çalışanı olmayanların SYBDÖ puanları da ortalama düzeydedir.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre sağlık çalışanı olan bireylerin olmayanlara göre sağlık sorumluluğu daha düşük, fiziksel aktivitede daha az bulundukları, sağlıklı beslenmeye daha az gayret ettikleri, stres yönetiminde daha az başarılı oldukları ve sağlıklı yaşam davranışlarında bulunma durumlarının daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmeleri için mezuniyet öncesi fiziksel aktivite ve beslenme gibi konuları içeren sağlığı koruyucu ve geliştirici derslerin müfredata eklenmesi, öğrencilik yıllarında bu konularla ilgili eğitim verilip sağlık sorumluluklarının gelişmesinin sağlanması, görev yaptıkları kurumlarda hizmet içi eğitimin ve sigara bıraktırma kurslarının yapılması, boş zamanlarında fiziksel aktivitede bulunabilecekleri alanlar oluşturulması ve bu yönde teşvik edilmeleri, işyerindeki nöbet sayılarının azaltılması, çalışma koşullarının düzeltilmesi, olası mobbinge ve sağlıkta şiddete karşı önlem alınması gibi uygulamalarla stressiz bir iş ortamının sağlanması gerekmektedir.

Sağlıklı yaşam konusunda toplum bilincini artırmada medyanın önemli bir rolünün olduğu düşünülmektedir. Sağlığı geliştirmeye yönelik eğitim programlarının artırılması, beslenme, fiziksel aktivite, sigara bıraktırma ve stres yönetimi gibi konulara medyada yaygın bir şekilde yer verilmesi gerekmektedir.

Her iki grupta da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını tutum haline dönüştürmeyen kişilerde ileride başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere diyabet, hipertansiyon, metabolik sendrom, dislipidemi, obezite ve kas-eklem hastalıkları gibi kronik hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Bu hastalıkların morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde arttırdığı bilinmektedir.

Bu çalışmanın en önemli katkılarından biri, bulgularımızın yeni olması ve ülkemizdeki sağlık çalışanlarının davranışları hakkında güncel ve benzersiz bilgiler sağlamasıdır. Tıp ve hemşire öğrenci davranışları hakkında daha çok çalışma varken, sağlık çalışanı olan ve olmayan bireyleri karşılaştıran çok az çalışma vardır.

KAYNAKLAR

1. Hidalgo KD, Mielke GI, Parra DC, et al. Health promoting practices and personal life style behaviors of Brazilian health professionals. BMC Public Health. 2016;16:1114. doi: 10.1186/s12889-016-3778-2.
2. Yalçinkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Kor Hek. 2007;6(6):409-420.
3. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=77832C88122D7CB5DD7073747B61A3AC?sequence=1 (Erişim Tarihi: 04.05.2021).
4. World Health Organization. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789241563871_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Erişim Tarihi: 04.05.2021).
5. World Health Organization. . World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Erişim Tarihi: 04.05.2021).
6. Gore FM, Bloem PJN, Patton GC, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. Lancet.2011;377(9783):2093-102.
7. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. Lancet. 2009;374(9693):881-92.
8. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet. 2006;367(9524):1747-57.
9. O'Donnell MP. Definition of Health Promotion 2.0: Embracing Passion, Enhancing Motivation, Recognizing Dynamic Balance, and Creating Opportunities. American Journal of Health Promotion. 2009;24(1):iv-iv.

10. Zaybak A, Fadiloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004;20(1):77-95.
11. Şen MA, Ceylan A, Kurt ME, Palancı Y, Adın C. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Dicle Tıp Dergisi. 2017;44(1):1-12.
12. Ockene JK, Sorensen G, Kabat-Zinn J, Ockene IS, Donnelly G. Benefits and costs of lifestyle change to reduce risk of chronic disease. Preventive Medicine. 1988;17(2):224-234.
13. Jakicic JM, Davis KK. Obesity and physical activity. Psychiatric Clinics of North America. 2011;34(4):829-840.
14. Lavie CJ, Ozemek C, Carbone S, Katzmarzyk PT, Blair SN. Sedentary behavior, exercise and cardiovascular health. Circulation Research. 2019;124(5):799-815.
15. Ünüsan N. Fruit and vegetable consumption among Turkish university students. International Journal for Vitamin and Nutrition Research. 2004;74(5):341-348.
16. Duperly J, Lobelo F, Segura C, et al. The association between Colombian medical students' healthy personal habits and a positive attitude toward preventive counseling: cross-sectional analyses. BMC Public Health. 2009;9:218. doi: 10.1186/1471-2458-9-218.
17. Lobelo F, Duperly J, Frank E. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. Br J Sports Med. 2009;43(2):89-92.
18. Frank E, Dresner Y, Shani M, Vinker S. The association between physicians' and patients' preventive health practices. CMAJ. 2013;185(8):649-53.
19. Frank E, Wright EH, Serdula MK, Elon LK, Baldwin G. Personal and professional nutrition-related practices of US female physicians. Am J Clin Nutr. 2002;75(2):326-32.
20. Frank E, Breyan J, Elon L. Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. Arch Fam Med. 2000;9(3):287-90.

- 21.** Tanrıverdi H, Işık S. Sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile iş yaşam kaliteleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Dergisi. 2014;(7):125-134.
- 22.** World Health Organization. Constitution of the World healthorganization. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. (Erişim Tarihi: 09.05.2021).
- 23.** Huber M, Knottnerus JA, Green L,et al. How should we define health? BMJ. 2011;343(2):d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163.
- 24.** Leonardi F. The definition of health: towards new perspectives. International Journal of Health Services. 2018;48(4):735-748.
- 25.** Komduur RH, Korthals M, Molder H. The good life: livingforhealthand a life without risks? on a prominent script of nutrigenomics. Br J Nutr. 2009;101(3):307-16.
- 26.** Olaniran A, Smith H, Unkels R, Bar-Zeev S, van den Broek N. Who is a community health worker? – a systematic review of definitions. Global Health Action. 2017;10(1):1272223. doi: 10.1080/16549716.2017.1272223
- 27.** The World healthreport: Workingtogetherfor health (2006). World Health Organization. https://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf. (Erişim Tarihi: 11.05.2021)
- 28.** Mohanty A, Kabi A, Mohanty AP. Health problems in healthcare workers: a review. J Family Med Prim Care. 2019;8(8):2568-2572.
- 29.** Meydanlıoğlu A. Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;2(3):192-199.
- 30.** Yasobant S, Rajkumar P. Work-related musculoskeletal disorders among health care professionals: a cross-sectional assessment of risk factors in a tertiary hospital, India. Indian J Occup Environ Med. 2014;18(2):75-81.
- 31.** ChhabraSA. Health hazards among health care personnel. J Mahatma Gandhi Inst Med Sci. 2016;21(1):19-24.
- 32.** CDC. Workbook for Designing, Implementing, and Evaluating a Sharps Injury Prevention Program.

https://www.cdc.gov/sharpsafety/pdf/sharpsworkbook_2008.pdf (Erişim tarihi: 15.05.2021).

33. Picavet HS, Schouten JS. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC (3)-study. *Pain*. 2003;102(1-2):167-78.

34. Tinubu BM, Mbada CE, Oyeyemi AL, Fabunmi AA. Work-related musculoskeletal disorders among nurses in Ibadan, South-west Nigeria: a cross-sectional survey. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2010;11(1):12. doi:10.1186/1471-2474-11-12.

35. Ayraancı U, Kosgeroğlu N. Needlestick and sharps injuries among nurses in the healthcare sector in a city of western Turkey. *Journal of Hospital Infection*. 2004;58(3):216-23.

36. Wang C, Huang L, Li J, Dai J. Relationship between psychosocial working conditions, stress perception, and needle-stick injury among healthcare workers in Shanghai. *BMC Public Health*. 2019;19:874. doi: 10.1186/s12889-019-7181-7

37. Gorman T, Dropkin J, Kamen J, et al. Controlling health hazards to hospital workers. *New Solut*. 2013;23:1-167.

38. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/scientific-review.html> (Erişim Tarihi: 20.05.2021).

39. Prüss-Üstün A, Rapiti E, Hutin Y. Sharps injuries: global burden of disease from sharps Injuries to health-care workers. *Environmental Burden of Disease Series*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42743> (Erişim Tarihi: 20.05.2021).

40. Prüss-Ustün A, Rapiti E, Hutin Y. Estimation of the global burden of disease attributable to contaminated sharps injuries among health-care workers. *Am J Ind Med*. 2005;48(6):482-90.

41. Zock JP. World at work: cleaners. *Occup Environ Med*. 2005;62(8):581-4.

42. Alp E, Bijl D, Bleichrodt RP, Hansson B, Voss A. Surgical smoke and infection control. *J Hosp Infect*. 2006;62:1-5.

- 43.** CentersforDisease Control and Prevention (CDC). The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Hazardous drug exposures in healthcare. <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hazdrug/default.html>. (Erişim Tarihi: 22.05.2021)
- 44.** Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002;360(9339):1083-8.
- 45.** McPhaul KM, Lipscomb JA. Workplace violence in health care: recognized but not regulated. *Online J Issues Nurs*. 2004;9(3):7-8.
- 46.** Figà-Talamancal. Occupational risk factors and reproductive health of women. *Occup Med (Lond)*. 2006;56(8):521-31.
- 47.** Lacy BE, Chan JL. Physician burnout: The hidden health care crisis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2018;16(3):311-317.
- 48.** Chen J, Liu X, Wang D, et al. Risk factors for depression and anxiety in healthcare workers deployed during the COVID-19 outbreak in China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020;56(1):47-55.
- 49.** Aiyer A, Surani S, Ratnani I, Surani S. Mental health Impact of COVID-19 on healthcare workers in the USA: a cross-sectional web-based survey. *Journal of Depression and Anxiety*. 2020;9(4):1-8.
- 50.** Sharma S, Anand T, Kishore J, Dey BK, Ingle GK. Prevalence of modifiable and non-modifiable risk factors and lifestyle disorders among health care professionals. *Astrocyte*. 2014;1(3):178-185.
- 51.** Ramachandran A, Snehalatha C, Yamuna A, Murugesan N. High prevalence of cardiometabolic risk factors among young physicians in India. *Journal of the Association of Physicians of India*. 2008;56:17-20.
- 52.** Nobahar M, Razavi MR. Lifestyle and the most important risk factors of cardiovascular disease in physicians, nurses and faculty members. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health*. 2015;2(2). doi:10.17795/mejrh-28882.
- 53.** Hegde SKB, Sathiyarayanan S, Venkateshwaran S, Sasankh A, Ganeshkumar P, Balaji R. Prevalence of diabetes, hypertension and obesity among doctors and nurses in a medica college hospital in Tamil Nadu, India. *National Journal of Research in Community Medicine*. 2015;4(3):235-239.

- 54.** Akintunde AA, Salawu AA, Opadijo OG. Prevalence of traditional cardiovascular risk factors among staff of Ladoke Akintola University of Technology, Ogbomoso, Nigeria, Nigerian Journal of Clinical Practice. 2014;17(6):750-5.
- 55.** O'Neill S, O'Driscoll L. Metabolic syndrome: a closer look at the growing epidemic and its associated pathologies. *Obes Rev.* 2015;16(1):1-12.
- 56.** Garrido RA, Semeraro MB, Temesgen SM, Simi MR. Metabolic syndrome and obesity among workers at Kanye seventh-day adventist hospital, Botswana. *S Afr Med J.* 2009;99(5):331-4.
- 57.** Ramachandran A, Snehalatha C, Yamuna A, Murugesan N. High prevalence of cardiometabolic risk factors among young physicians in India. *J Assoc Physicians India.* 2008;56:17-20.
- 58.** Ghosh AK, Joshi SR. Physician's health: time to take care. *JAPI.* 2008;56:13-4.
- 59.** Jardim TD, Jardim PC, Araújo WE, Jardim LM, Salgado CM. Cardiovascular risk factors in a cohort of health care professionals: 15 years of evolution. *Arg Bras Cardio.* 2010;95(3):332-8.
- 60.** Esquirol Y, Perret B, Ruidavets JB, et al. Shift work and cardiovascular risk factors: new knowledge from the past decade. *Arch Cardiovasc Dis.* 2011;104(12):636-68.
- 61.** Jermendy G, Nádas J, Hegyi I, Vasas I, Hidvégi T. Assessment of cardiometabolic risk among shift workers in Hungary. *Health Quality Life Outcomes.* 2012;10:18. doi:10.1186/1477-7525-10-18.
- 62.** Sovova E, Nakladalová M, Kaletova M, Sovova M, Radova L, Kribska M. Which health Professionals are most at risk for cardiovascular disease? or do not be a manager. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health.* 2014;27(1):71-7.
- 63.** Jensen JN, Holtermann A, Clausen T, Mortensen OS, Carneiro IG, Andersen LL. The greatest risk for low-back pain among newly educated female health care workers: body weight or physical workload? *BMC Musculoskelet Disord.* 2012;13:87. doi:10.1186/1471-2474-13-87.

- 64.** Clausen T, Nielsen K, Carneiro IG, Borg V. Job demands, job resources and long-term sickness absence in the Danish eldercare service: a prospective analysis of register-based outcomes. *J Adv Nurs*. 2012;68(1):127-36.
- 65.** Clausen T, Andersen LL, Holtermann A, Jorgensen AF, Aust B, Rugulies R. Do self-reported psychosocial working conditions predict lowback pain after adjustment for both physical workload and depressive symptoms? a prospective study among female eldercareworkers. *Occup Environ Med* . 2013;70(8):538-44.
- 66.** Heraclides A, Chandola T, Witte DR, Brunner EJ. Psychosocial stress at work doubles the risk of type 2 diabetes in middle-aged women: evidence from the whitehall II study. *Diabetes Care*. 2009;32(12):2230-5.
- 67.** Chandola T, Brunner E, Marmot M. Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. *BMJ*. 2006;332(7540):521-5.
- 68.** Catalina-Romero C, Calvo E, Sanchez-Chaparro MA, et al. The relationship between job stress and dyslipidemia. *Scand J Of Public Health*. 2013;41:142-149.
- 69.** Ramsey S, Summers SK, Leong SA, Birnbaum HG, Kemner JE, Greenberg P. Productivity and medical costs of diabetes in a large employer population. *Diabetes Care*. 2002;25(1):23-9.
- 70.** Frank E, Biola H, Burnett CA. Mortality rates and causes among U.S. physicians. *Am J Prev Med*. 2000;19(3):155-9.
- 71.** Papoutsis E, Giannakoulis VG, Ntella V, Pappa S, Katsaounou P. Global burden of COVID-19 pandemic on healthcare workers. *ERJ Open Res*. 2020;6(2):00195-2020. doi: 10.1183/23120541.00195-2020.
- 72.** Burer SL, de Perio MA, Hughes MM, et al. Characteristics of health care personnel with covid-19 —United States, february 12–april 9, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69(15):477-481.
- 73.** Kumar S, Preetha G. Health promotion: an effective tool for global health. *Indian J Community Med*. 2012;37(1):5-12.
- 74.** World Health Organization. The urgency of health promotion. Overview: 7th Global Conference on Health Promotion, Nairobi, 2009. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference>. (Erişim tarihi: 02.06.2021).

- 75.** Dans A, Ng N, Varghese C, Tai ES, Firestone R, Bonita R. The rise of chronic non-communicable diseases in southeast Asia: time for action. *Lancet*. 2011;377(9376):680-9.
- 76.** World Health Organization. Commission of Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health-Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>. (Erişim Tarihi: 03.06.2021)
- 77.** Batras D, Duff C, Smith BJ. Organizational change theory: implications for health promotion practice. *Health Promot Int*. 2016;31(1):231-41
- 78.** Trovato GM. Behavior, nutrition and lifestyle in a comprehensive health and disease paradigm: skills and knowledge for a predictive, preventive and personalized medicine. *EPMA Journal*. 2012;3(1):8. doi:10.1007/s13167-012-0141-2.
- 79.** Pekmezovic T, Popovic A, Tepavcevic DK, Gazibara T, Paunic M. Factors associated with health-related quality of life among Belgrade University students. *Qual Life Res*. 2011;20(3):391-7.
- 80.** Levertson RM. Nutrition and public health. *J Egypt Med Assoc*. 1950;33(12):1001-4
- 81.** Türkiye Beslenme Rehberi TÜBER 2015. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031, Ankara 2019. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/10915,tuber-turkiye-beslenme-rehberipdf.pdf> (Erişim Tarihi: 03.06.2021)
- 82.** Mete R, Shield A, Murray K, Bacon R, Kellett J. What is healthy eating? a qualitative exploration. *Public Health Nutrition*. 2019;22(13):2408-2418.
- 83.** Speck BJ. From exercise to physical activity. *Holistic Nursing Practice*. 2002;17(1):24-31.
- 84.** Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity. *Current Opinion in Cardiology*. 2017;32(5):541-556.
- 85.** MacAuley D. A history of physical activity, health and medicine. *J R Soc Med*. 1994;87:32-35.

- 86.** Paffenbarger RS, Blair SN, Lee IM. A history of physical activity, cardiovascular health and longevity: the scientific contributions of Jeremy N Morris. *Int J Epidemiol.* 2001;30:1184-92.
- 87.** Lane JM, Russell L, Khan SN. Osteoporosis. *Clinical Orthopaedics and Related Research.* 2000;372:139-150.
- 88.** Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American college of sports medicine and the American heart association. *Med Sci Sports Exerc.* 2007;39(8):1435-45
- 89.** Kalling VL. Physical activity on prescription, studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors. Karolinska Institutet Thesis For Doctoral Degree, Solna 2008.
- 90.** Karaca A, Ergen E, Konuç Z. Fiziksel aktivite değerlendirme anketi (FADA) geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Spor Bilimler Dergisi.* 2000;11(1-4):17-28.
- 91.** Pitta F, Troosters T, Probst VS, Spruit MA, Decramer M, Gosselink R. Quantifying physical activity in daily life with questionnaires and motion sensors in COPD. *Eur Respir J.* 2006;27: 1040-55.
- 92.** Vertino KA. Effective interpersonal communication: a practical guide to improve your life. *Online J Issues Nurs.* 2014;19(3):1. doi:10.3912/OJIN.Vol19No03Man01.
- 93.** Hovardaoğlu S. Kişiler arası ilişkiler ve davranış bozuklukları. *Kriz Dergisi.* 1995;3(1):7-12.
- 94.** Nobile M. The who definition of health: a critical reading. *Med Law.* 2014;33(2):33-40.
- 95.** Younas A, Quennell S. Usefulness of nursing theory-guided practice: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 2019;33(3):540-555.
- 96.** Tuncay T. Spirituality in coping with HIV/AIDS. *HIV & AIDS Review.* 2007;6(3):10-15.
- 97.** 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.

- 98.** Dewe P. Stress: finding ways to cope. The New Zealand Nursing Journal Kai tiaki. 2021;79(9):14-6.
- 99.** Carlson LE, Toivonen K, Subnis U. Integrative approaches to stress management. The Cancer Journal. 2019;25(5):329-336.
- 100.** Güçlü N. Stres yönetimi. G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2001;1(21):91-109.
- 101.** Çelik MY. Biyoistatistik araştırma ilkeleri, yeni bir yaklaşım. Dicle Üniversitesi Rektörlüğü Basımevi, Diyarbakır, 1999.
- 102.** Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. C.Ü. Hemşirelik Dergisi. 2008;12:1-13.
- 103.** Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the health promoting lifestyle profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, 1996, https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP_II-Dimensions.pdf?sequen-ce=2 (Erişim tarihi: 10.05.2021).
- 104.** Dhar N, Chaturvedi S, Nandan D. Spiritual health, the fourth dimension: a public health perspective. WHO South-East Asia Journal of Public Health. 2013;2(1):3-5.
- 105.** Chouhan S. Analysing health promoting life styles of medical students in Bhopal, Madhya Pradesh, India by hplp-II. Int J Commun Med Public Health. 2017;4(1):195-9.
- 106.** Al-Khawaldeh OA. Health promoting lifestyles of Jordanian university students. Int J Adv Nurs Stud. 2014;3:27-31.
- 107.** Nacar M, Baykan Z, Cetinkaya F, et al. Health promoting lifestyle behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(20): 8969-74.
- 108.** Whitehead D. Evaluating health promotion: a model for nursing practice. Journal of Advanced Nursing. 2003;41(5):490-498.
- 109.** Tekin M. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kamu hastanelerinde çalışan hekimler açısından incelenmesi: Denizli il merkezi örneği. Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2015.

- 110.** Çetin FE. Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Merkez ilçelerin toplum sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2015.
- 111.** Mantyselka P, Kautiainen H, Miettola J. Beliefs and attitudes towards lifestyle change and risks in primary care – a community-based study. BMC Public Health. 2019;19:1049. doi: 10.1186/s12889-019-7377-x.
- 112.** Alkan SA, Özdelikara, A, Boğa NM. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algılarının belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(2):11-21.
- 113.** Deasy C, Coughlan B, Pironom J, Jourdan D, Mcnamara PM. Psychological distress and lifestyle of students: implications for health promotion. Health Promotion International. 2015;30(1):77-87.
- 114.** Abuduxike G, Aşut Ö. Assessment of the healthy lifestyle behaviors and associated factors among first -year medical students in Northern Cyprus. Cyprus J Med Sci 2020; 10.5152/.2020.1090. doi: 10.5152/cjms.2020.1090.
- 115.** Maazallahi M, Ghonchepour A, Sohrabi M, et al. Spiritual well-being among medical and nonmedical science students. Scientifica. 2021;2021:1-6.
- 116.** Duffy A, Saunders KEA, Malhi GS, et al. Mental health care for university students: a way forward. Lancet Psychiatry. 2019;6(11):885-887.
- 117.** Asadi M, Rezaie NS, Mirnader M. The relationship between religiosity and demography factors with violence and high-risk sexual behavior among university students. Women and Study of Family. 2011;3(12):15-25.
- 118.** Al-Qahtani MF. Comparison of health-promoting lifestyle behaviours between female students majoring in healthcare and non-healthcare fields in KSA. Journal of Taibah University Medical Sciences. 2019;14(6):508-514.
- 119.** Özçelik H. Isparta il merkezinde görev yapan toplum öncüsü bazı meslek üyelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Isparta 2012.
- 120.** Cluskey M, Grobe D. College weight gain and behavior transitions: male and female differences. J Am Diet Assoc. 2009;109(2):325-9.

- 121.** Li KK, Concepcion RY, Lee H, et al. An examination of sex differences in relation to the eating habits and nutrient intakes of university students. *J Nutr Educ Behav.* 2012;44(3):246-50.
- 122.** Sajwani RA, Shoukat S, Raza R, et al. Knowledge and practice of healthy lifestyle and dietary habits in medical and non-medical students of Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc.* 2009;59(9):650-5.
- 123.** Tokuç B, Berberoğlu U. Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar. *TAF Prev Med Bull.* 2007;6(6):421-426.
- 124.** von Bothmer MI, Fridlund B. Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students. *Nurs Health Sci.* 2005;7(2):107-18.
- 125.** Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Univ Hemsirelik YO Dergisi.* 2005;9(2):26-34.
- 126.** Cürcanil M, Tan M, Özdelikara A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull.* 2010;9(5):487-492.
- 127.** Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.* 2008;3(7):89-105.
- 128.** Tokgöz E. Kadın öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir 2002.*
- 129.** Koçak HS, Öncel S, Zincir H, Seviş EÜ. Sınıf öğretmenlerinde tip 2 diyabet riski ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Turk J Public Health.* 2017;15(2)70-83.
- 130.** Beers TM. Flexible schedules and shift work: replacing the 9-to-5 workday. *Monthly Lab Rev.* 2000;123(6):33-40.
- 131.** Phiri PL, Draper CE, Lambert EV, Kolbe-Alexander TL. Nurses' lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle: a qualitative descriptive study. *BMC Nurs.* 2014;13(1):38. doi:10.1186/s12912-014-0038-6.
- 132.** Shields M. Shift work and health. *Health Rep.* 2002;13(4):11-33.

- 133.** Shen J, Botly LC, Chung SA, Gibbs AL, Sabanadzovic S, Shapiro CM. Fatigue and shift work. *J Sleep Res.* 2006;15(1):1-5.
- 134.** Abdalkader RH, Hayajneh FA. Effect of night shift on nurses working in intensive care units at Jordan university hospital. *Eur J Sci Res.* 2008;23:70-86.
- 135.** De Bacquer D, Van Risseghem M, Clays E, Kittel F, De Backer G, Braeckman L. Rotating shift work and the metabolic syndrome: a prospective study. *Int J Epidemiol.* 2009;38(3):848-54.
- 136.** LdCAo A, Jornada MN, Ramalho L, Hidalgo MP. Correlation of shift work and waist circumference, body mass index, chronotype and depressive symptoms. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2010;54(7):652-6.
- 137.** Satman I, Omer B, Tutuncu Y, et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European Journal Of Epidemiology.* 2013;28(2):169-80.
- 138.** Türkiye Sağlık Araştırması 2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661> (Erişim Tarihi: 10.09.2021).
- 139.** Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, Yorgancı E, Öz F, Kankaya CF. Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.* 2008;7(1):59-64.
- 140.** Karadeniz G, Yanikkerem E, Sarıcan ES, et al. Manisa İli sağlık çalışanlarında metabolik sendrom riski. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.* 2007;2(6):13-24.
- 141.** Tokuç B, Berberoğlu U. Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.* 2007;6(6):421-426.
- 142.** Loefer M, Walach H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med.* 2012;55(3):163-70.

8. EKLER

8.1.Etik Kurul Onayı (Ek-1)

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU DİCLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY ETHICS COMMITTEE FOR NONINTERVENTIONAL STUDIES					
KARAR					
Dr. Öğretim Üyesi P. Gamze ERTEN BUCAKTEPE, Asist. Dr. Serhat GEGEZ isimli araştırmacılar tarafından planlanan "25-65 yaş arası sağlık çalışanı olan ve olmayan kişilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırılması" başlıklı araştırmaya <i>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u</i> tarafından toplantıda hazır bulunan üyeler tarafından oy birliği ile onay verilmiştir. Ancak çalışmaya başlanabilmesi için çalışmanın yapılacağı Kurumdan Resmi çalışma izninin alınması ve alınan iznin bir örneğinin Etik Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir. Klinik araştırma tamamlanıp yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makalenin bir örneğinin Etik Kurul'a verilmesi zorunludur.					
DECISION					
The project titled as "Comparison of healthy life style behaviors between 25-65 years old health care and non-health care workers" planned by P. Gamze ERTEN BUCAKTEPE, Serhat GEGEZ has been approved by Ethics Committee of Dicle University Faculty of Medicine.					
Oturum No (Meeting number):		Tarih (Date): 07.01.2021		Saat (Hour): 14:00-15:00	
KURUL BAŞKANI (CHIEF)		Prof. Dr. Meral ERDİNÇ			
KURUL ÜYELERİ / MEMBERS					
	ÜNVANI	ADI-SOYADI	KURUMU	BRANŞI	İMZA
1	Prof. Dr.	Meral ERDİNÇ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Farmakoloji	
2	Prof. Dr.	Aziz KARABULUT	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Kardiyoloji	
3	Prof. Dr.	Zeynep BAYSAL YILDIRIM	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	
4	Prof. Dr.	Zülfükar YILMAZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları	
5	Doç. Dr.	M. Veysi BAHADIR	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Genel Cerrahi	
6	Doç. Dr.	İbrahim KAPLAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya	
7	Dr. Öğretim Üyesi	İsmail YILDIZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyoistatistik	
8	Dr. Öğretim Üyesi	Diclehan ORAL	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyoloji	
9	Dr. Öğretim Üyesi	Gülşay AYDOĞDU	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Patoloji	
10	Dr. Öğretim Üyesi	Muhammed Akif DENİZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Radyoloji	
11	Avukat	Ronay TEKALP	Dicle Üniversitesi Hastaneleri	Hukuk İşleri Birimi	

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Zemin Kat 21280 Kampüs/DİYARBAKIR
Telefon:+90.412 . 248 80 01-16/4631 Faks:+90.412. 248 84 40 kuruletikdiyar@gmail.com

8.2. Tez Çalışma İzni (Ek-2)

Evrak Tarih ve Sayısı: 27/01/2021-12287



T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Dicle Üniversitesi Hastaneleri Başhekimliği



Sayı : E-97640934-100-12287
Konu : Tez Çalışma İzni (Dr. Serhat GEGEZ)

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALINA

İlgi : 19/01/2021 tarihli, 9662 sayılı ve Tez Çalışma İzni (Dr. Serhat GEGEZ) konulu yazı

İlgi yazınız ve eki Başhekimliğimizce incelenmiş olup, Anabilim Dalınızda görevli Dr. Serhat GEGEZ' in dilekçesinde belirtilen çalışmayı hastanemizde yapması uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi rica ederim.

Doç. Dr. İbrahim KAPLAN
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu *BEA56ZDNK* Pin Kodu :17622

Belge Takip Adresi : https://ebelge.dicle.edu.tr/en/Vision/Validate_Doc.aspx

Adres:Dicle Üniversitesi Rektörlüğü, 21280-Diyarbakır
Telefon: +90 412 248 80 01-16 (16 Hat) Faks: +90 412 248 8523
e-Posta: hastane@dicle.edu.tr Elektronik Ağ: <http://hastane.dicle.edu.tr>
Kep Adresi: dicleuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Mühüratı Dolu
Unvanı: Birim Sorumlusu



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

8.3. Veri Formu (Ek-3)

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Lütfen durumunuza uyan seçeneği (X) ile işaretleyiniz,

1. Sağlık çalışanı mısınız? () Sağlık çalışanı () Sağlık çalışanı değil
2. Cinsiyet; ()Kadın ()Erkek
3. Yaş;
4. Boy;..... Cm
5. Kilo;kg
6. Medeni durum; ()Evli ()Evli değil
7. Çocuk varlığı;()Var ()Yok
8. Eğitim Durumu; ()Lise ()Önlisans ()Lisans ()Lisansüstü
9. Çalışma Süresi (hizmet yılı); ()1-5 yıl ()6-10 yıl ()11 yıl veya üzeri
10. Meslek; ()Doktor ()Hemşire/Ebe ()Diş Hekimi ()Eczacı ()Öğretmen
()Mühendis/Mimar ()Avukat ()Veteriner ()Diğer
11. Eğer sağlık çalışanı iseniz çalıştığınız birim; ()Dahili branş ()Cerrahi branş
12. Eğer sağlık çalışanı iseniz nöbet tutma durumu; ()Evet ()Hayır
13. Sigara kullanma durumu; ()Evet ()Hayır ()Bıaktım
14. Alkol kullanma durumu; ()Evet ()Hayır ()Bıaktım
15. Kronik hastalık var mı?; ()Evet var Hastalığı ()Hayır yok
16. Kendinizi sağlıklı hissetme durumunuzu 1-10 arası bir puan ile değerlendirin
(1=çok kötü, 10=çok iyi) ; -----
17. Kendinizi streste hissetme durumunuzu 1-10 arası bir puan ile değerlendirin
(1=stres hiç yok, 10=çok stresli) ; -----

SYBD-II ÖLÇEĞİ

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ölçekte şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları samimiyetle doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği işaretleyiniz.

	Hiç birza man	Baze n	Sık sık	Düzenli olarak
1 Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2 Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3 Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4 Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5 Yeterince uyurum				
6 Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7 İnsanları başarıları için takdir ederim				
8 Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9 Televizyonda sağlıklı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10 Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11 Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12 Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13 İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14 Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15 Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16 Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17 Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18 Geleceğe umutla bakarım				
19 Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20 Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21 Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22 Boş zamanlarımda yüzmeye, dans etmeye, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23 Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24 Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim				
25 Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26 Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27 Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım 28 Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29 Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				

30 Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım 31 Sevdığım kişilerle kucaklaşıyorum				
32 Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33 Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34 Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35 İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36 Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37 Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38 Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39 Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40 Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41 Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42 Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43 Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44 Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45 Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46 Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47 Yorulmaktan kendimi korurum				
48 İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49 Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50 Kahvaltı yaparım				
51 Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52 Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

8.4. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (Ek-4)

Bu çalışma ile sağlık çalışanı olan (uzman doktor, asistan doktor, hemşire, ebe vb) ve olmayan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve etkili faktörlerinin ortaya konulması ve değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçların kişilerde farkındalığı artıracak ve sağlık çalışanlarının kendi yaşam biçimini ve sağlığı geliştirici davranışlarını iyileştirmek için müdahalelerin geliştirilmesine yardımcı olacağı umulmaktadır. Bununla birlikte, çalışmanın sonuçları sağlık çalışanları ile paylaşıldığında, sağlık çalışanlarının hastalarına sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırmaları yönünde daha fazla öneride bulunacakları ön görülmektedir.

Bu çalışmada sizden, önce çalışmaya katılmayı kabul ettiğinizi gösteren butonu onaylamanız sonra da yedi bölümden oluşan anketi tamamlamanız istenmektedir. Soruların doğru cevaplarının olmadığını, size en uygun olan seçeneği işaretlemenizin ve her soruya eksiksiz yanıt vermenizin yeterli olacağını bildirmek isteriz.

Eğer bu araştırmaya katılırsanız vereceğiniz tüm bilgiler gizli kalacak, sadece araştırmacılar tarafından bilimsel amaçla değerlendirilecek, ihtimamla korunacak ve bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır.

Katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

Yukarıdaki açıklamayı okudum.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.



8.5. Turnitin orjinallik raporu (Ek-5)

[Tahsin Celepkolu](#) | [Kullanıcı Bilgisi](#) | [Mesajlar\(4 yeni\)](#) | [Öğretmen](#) ▼ | [Türkçe](#) ▼ | [Topluluk](#) | [Yardım](#) | [Çıkış](#)



[Ödevler](#) | [Öğrenciler](#) | [Not Defteri](#) | [Kütüphaneler](#) | [Takvim](#) | [Tartışma](#) | [Tercihler](#)

GÖRÜNTÜLENİYOR: ANASAYFA > AİLE HEKİMLİĞİ 2021-5 > SERHAT GEGEZ TEZ

Bu sayfa hakkında
Bu sizin ödev kutunuzdur. Bir yazılı ödevi görüntülemek için yazılı ödevin başlığını seçin. Bir Benzerlik Raporunu görüntülemek için yazılı ödevin benzerlik sütunundaki Benzerlik Raporu ikonunu seçin. Tıklanabilir durumda olmayan bir ikon Benzerlik Raporunun henüz oluşturulmadığını gösterir.

Serhat Gegez Tez
GELEN KUTUSU | GÖRÜNTÜLENİYOR: YENİ ÖDEVLER ▼

Dosyayı Gönder

Çevrimiçi Derecelendirme Raporu | Ödev ayarlarını düzenle | E-posta bildirmeyenler

☐	YAZAR	BAŞLIK	BENZERLİK	PUANLA	CEVAP	DOSYA	ÖDEV NUMARASI	TARİH
☐	Serhat Gegez	Serhat Gegez Tez	%17 	--	--		1636800864	27-Ağu-2021

Telif Hakkı © 1998 – 2021 Turnitin, LLC. Tüm Hakları Saklıdır.
[Gizlilik Politikası](#) | [Gizlilik Sözleşmesi](#) | [Hizmet Koşulları](#) | [AB Veri Koruma Uyumluluğu](#) | [Telif Hakkı Koruması](#) | [Yasal SSS'ler](#) | [Yardım Masası](#)