T.C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Berihat KIZILGÖZ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Hülya ÇAKMUR

KARS
2023

T.C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Berihat KIZILGÖZ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Hülya ÇAKMUR

KARS
2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca tecrübe ve deneyimleri ile bana birçok katkısı olan ve tez çalışmamı gerçekleştirmemi destekleri ve yol göstericiliği ile mümkün kılan çok değerli tez danışmanım, saygıdeğer hocam Prof. Dr. Hülya ÇAKMUR'a,

Hayatımın her anında ve alanında sevgi ve anlayışı ile en büyük dayanağım olan, tez yazma sürecimin başından sonuna kadar benden desteğini esirgemeyen yol arkadaşım, sevgili eşim Volkan'a,

En içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Berihat KIZILGÖZ
Kars, Şubat 2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR……..……...…I
İÇİNDEKİLER……..……...……II
TABLOLAR LİSTESİ……...……...IV
RESİMLER VE ŞEKİLLER LİSTESİ……...…..…VIII
KISALTMALAR LİSTESİ……...…...…….IX
ÖZET ……..……...…….....….X
ABSTRACT ……..……..XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ…….……1
2. TANIMLAR VE GENEL BİLGİLER…….…...2
2.1 Sağlık Nedir? ……..…….....2
2.2 Sağlığın Korunması…….……..……...4
2.3 Sağlığın Geliştirilmesi…….……..……...6
2.4 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları……..…….…10
2.4.1Beslenme…….……..12
2.4.2 Fiziksel Aktivite…….…..15
2.4.3 Sağlık Sorumluluğu……..……17
2.4.4 Manevi Gelişim……...……19
2.4.5 Kişiler arası İlişkiler……..20
2.4.6 Stres Yönetimi……..……21
2.5 Salığın Geliştirilmesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü ……23
3. MATERYAL VE METOT……...……...…24
3.1 Araştırmanın Tipi……..……..24
3.2 Araştırmanın Yapıldığı yer……..……24
3.3 Araştırmanın Evreni……...…….24
3.4 Araştırmaya Katılım ve Dışlama Kriterleri…….25
3.5 Araştırmanın Yapılması İçin Alınan İzinler…….……25
3.6 Veri toplamada Araçları…….....……25
3.6.1 Anket Formu ……..……..……25
3.6.2 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II……...……26
3.7 Verilerin Toplanması……...……27

3.8 Verilerin değerlendirilmesi……..……..……...27
3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi……...……..……29
3.10 Araştırmanın süresi……...…….……29
4. BULGULAR…….……...…30
4.1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının SYBD II Ölçeği Puan Dağılımı…….....…...….30
4.2. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının SYBD II Ölçeği Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özellikleri İçeren Anket Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki……..……30
5. TARTIŞMA……..…..…….73
5.1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının SYBD II Ölçeğine Verdikleri Yanıtlar ile Toplam Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi……..……73
5.2. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının SYBD II Ölçeğine Verdikleri Yanıtlar ile Alt Faktör Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi……...…….74
5.3. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının SYBD II Ölçeği Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özellikleri İçeren Anket Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi…….…….75
6. SONUÇ VE ÖNERİLER…….……...……95
6.1. Sonuç……..…95
6.2. Öneriler……..….96
7. KAYNAKLAR…….……..……..98
8. EKLER……...…106
EK 1. Anket formu
EK 2. Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Ölçeği II

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımı…...30
Tablo 2: Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı……..31
Tablo 3: Katılımcıların Cinsiyeti ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi……31
Tablo 4: Katılımcıların Yaşa Göre Dağılımı…….32
Tablo 5: Katılımcıların Yaş, VKİ, Ortalama Uyku Süresi, Günlük Öğün Sayısı, Sigara Kullanım miktarı, Sigara ve Alkol Kullanım Yılları İçin Verdikleri Yanıtlara Dağılımı……...32
Tablo 6: Katılımcıların Yaşları ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puanları Arasındaki Korelasyon……..32
Tablo 7: Katılımcıların Yaşının 20-29, 30-39, 40-49, 50 ve Üzerinde Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi……...33
Tablo 8: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı……34
Tablo 9: Katılımcıların Medeni Durumu ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi……...34
Tablo 10: Katılımcıların Medeni Durumunun Evli Olanlar ve Evli Olmayanlar Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi……35
Tablo 11: Katılımcıların VKİ'ne Göre Dağılımı……36
Tablo 12: VKİ ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puanları Arasındaki Korelasyon……36
Tablo 13: VKİ ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi……37
Tablo 14: Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı…….……38
Tablo 15: Meslek Grupları ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi……38
Tablo 16: Katılımcıların Meslekte Geçirdikleri Süreye Göre Dağılımı……39
Tablo 17: Katılımcıların Meslekte Geçirdiği Süre ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi…….40
Tablo 18: Katılımcıların Meslekte Geçirdikleri Sürenin 10 yıl ve altı, 10 yıl üzerinde Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi……...41

Tablo 19: Katılımcıların Haftalık Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı……...41
Tablo 20: Katılımcıların Haftalık Çalışma Saati ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi…….42
Tablo 21: Katılımcıların Haftalık Çalışma Süresinin 40 saat ve 40 saat üzerinde Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi……42
Tablo 22: Katılımcıların Çalışma Biçimlerine Göre Dağılımı……..43
Tablo 23: Katılımcıların Çalışma Biçimi ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi……...44
Tablo 24: Katılımcıların Çalışma Biçiminin Sürekli Gündüz ve Diğeri Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi……...44
Tablo 25: Katılımcıların Sosyoekonomik Düzey Algısına Göre Dağılımı……45
Tablo 26: Katılımcıların Sosyoekonomik Düzey Algısı ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi…….46
Tablo 27: Katılımcıların Evde Kiminle Beraber Yaşadığına Göre Dağılımı…….47
Tablo 28: Katılımcıların Evde Kiminle Beraber Yaşadığı ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi……...47
Tablo 29: Katılımcıların Evde Kiminle Beraber Yaşadığının Yalnız Yaşayan ve Yalnız Yaşamayan Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi……48
Tablo 30: Katılımcıların Sağlık Durumuna Göre Dağılımı……...49
Tablo 31: Katılımcıların Sağlık Durumu ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi……...49
Tablo 32: Katılımcıların Sağlık Durumunun İyi, Orta ve Zayıf Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi……50
Tablo 33: Katılımcıların Kronik Hastalığının Olup Olmaması Durumuna Göre Dağılımı……51
Tablo 34: Katılımcıların Kronik Hastalığının Olup Olmaması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi…….51
Tablo 35: Katılımcıların Rutin Bir Kontrol İçin En Son Ne Zaman Doktora Gittiğine Göre Dağılımı……52
Tablo 36: Katılımcıların Rutin Bir Kontrol İçin En Son Ne Zaman Doktora Gittiği ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi……...53

Tablo 37: Katılımcıların Rutin Bir Kontrol İçin En Son Doktora Gidişinin Son 1 yıl içinde, 1 Yıldan Daha Uzun Sürede ve Hiç Gitmemiş Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi…….54
Tablo 38: Katılımcıların Günlük Ortalama Uyku Süresine Göre Dağılımı……...55
Tablo 39: Katılımcıların Günlük Ortalama Uyku Süresi ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puanları Arasındaki Korelasyon……..……56
Tablo 40: Katılımcıların Günlük Ortalama Uyku Süresinin 7 saatten az, 7 saat ve üzerinde Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi……...56
Tablo 41: Katılımcıların Uyku Kalitesine Göre Dağılımı…….58
Tablo 42: Katılımcıların Uyku Kalitesi ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi……...……58
Tablo 43: Katılımcıların Uyku Kalitesinin İyi, Orta ve Kötü Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi…….59
Tablo 44: Katılımcıların Gün İçinde Uykusuzluk Yaşama Durumuna Göre Dağılımı……..61
Tablo 45: Katılımcıların Gün İçinde Uykusuzluk Yaşama Durumu ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi…….61
Tablo 46: Katılımcıların Gün İçinde Uykusuzluk Yaşama Durumu Açısından Uykusuzluk Şikayetinin Olması ve Uykusuzluk Şikayetinin Olmaması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi……...……....62
Tablo 47: Katılımcıların Günlük Tüketilen Toplam Ana ve Ara Öğün Sayısına Göre Dağılımı……63
Tablo 48: Katılımcıların Günlük Tüketilen Toplam Ana ve Ara Öğün Sayısı ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puanları Arasındaki Korelasyon……64
Tablo 49: Katılımcıların Günlük Tüketilen Toplam Ana ve Ara Öğün Sayısının 3'ten az, 3 ve daha fazla Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi……64
Tablo 50: Katılımcıların Stres Durumunda Oluşan İştah Değişikliğine Göre Dağılımı……65
Tablo 51: Katılımcıların Stres Durumunda Oluşan İştah Değişikliği ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi…….65
Tablo 52: Katılımcıların Sigara Kullanma Durumuna Göre Dağılımı……..66
Tablo 53: Katılımcıların Sigara Kullanma Durumu ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi…….66

Tablo 54: Katılımcıların Sigara Kullanma Miktarı (paket/yıl) ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puanları Arasındaki Korelasyon……..66
Tablo 55: Katılımcıların Sigara Kullanma Yılı ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puanları Arasındaki Korelasyon……..67
Tablo 56: Katılımcıların Alkol Kullanma Durumuna Göre Dağılımı……...67
Tablo 57: Katılımcıların Alkol Kullanma Durumu ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi…….68
Tablo 58: Katılımcıların Alkol Kullanma Süresi ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puanları Arasındaki Korelasyon……..68
Tablo 59: Katılımcıların Mesleki Memnuniyet Durumuna Göre Dağılımı…….…...69
Tablo 60: Katılımcıların Mesleki Memnuniyet Durumu ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi……..…...70
Tablo 61: Katılımcıların Mesleki Memnuniyet Açısından Memnun değil, Karasız ya da Memnun Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi……71
Tablo 62: Katılımcıların Meslek Nedenli Stres Yaşama Durumuna Göre Dağılımı……..72
Tablo 63: Katılımcıların Meslek Nedenli Stres Yaşama Durumu ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi…….72

RESİMLER VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sağlığın Geliştirilmesinde Optimal Sağlığın boyutları……...7

Şekil 2**:** Sağlıklı Yemek ve Fiziksel Aktivite Piramidi: Besin gruplarına göre sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite piramidi (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/rehberler/2015-beslenme-rehberi.pdf).....15

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Birliklerinin Dünya Örgütü; kısaca Dünya Aile Hekimleri Birliği)

VKİ: Vücut kitle indeksi

BOH: Bulaşıcı olmayan hastalık

SYBD: Sağlı Yaşam Biçim Davranışı

SYBD-II: Sağlı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

SYBDÖ: Sağlı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

ÖZET

Kafkas Üniversitesi Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi

Bilindiği gibi sağlık çalışanları topluma sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi veren bir çalışan grubu olup kendi sağlık davranışları konusunda da hem kendileri için hem de topluma örnek olma yönünden değerlidir. Amacımız bu çalışma ile sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesidir. Bu çalışma için bir sağlık merkezinde çalışmakta olan, doktor, hemşire, tekniker ve diğer yardımcı sağlık personelinden oluşan toplam 296 kişilik sağlık çalışanı grubundan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II (SYBD II) kullanılarak anket usulü ile elde olunan veriler değerlendirilmiştir. Birçok bağımsız değişken kullanılarak bu değişkenlerin sağlık çalışanları için SYBD II toplan skoru ve alt faktörlerine etkisi araştırılmıştır. Normallik analizi ve alt grupların toplam sayılarına göre parametrik ya da non-parametrik yöntemler ile istatistiksel hesaplamalar gerçekleştirilmiş olup iki ya da daha fazla grupta SYBD II puanları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farkın ortaya konulmasında 0,05'ten küçük p değerleri esas alınmıştır. Ölçek toplamına bakıldığında sosyoekonomik düzeyi yüksek olan, uyku kalitesi iyi olan, mesleğinden memnun olan, sağlık çalışanlarının daha yüksek düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranışı göstermiş olduğu anlaşılmıştır. Cinsiyet, yaş, medeni durum, vücut kitle indeksi, sağlık çalışanı olarak mensubu bulunduğu meslek grubu, meslekte geçirdiği süre, haftalık çalışma saati, çalışma biçimi, evde yalnız ya da birileriyle birlikte yaşama, sağlık durumu algısı, kronik hastalık varlığı, rutin sağlık kontrolleri yaptırma, uyku süresi, uykusuzluk yaşama, öğün sayısı, stres durumunda iştah değişikliği yaşama, sigara kullanma, alkol kullanma ve meslek nedenli stres yaşama bakımından ise diğer gruplara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmede anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Araştırma, sağlık çalışanları için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını anlamada önemli veriler ortaya koymaktadır. Bu çalışmada olduğu gibi aynı ölçeği kullanarak elde olunacak verilerin birleştirilerek değerlendirilmesi ve meta analizi, sonuçları doğrulamak ve sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tespiti için değerli olacağından literatüre bu açıdan da katkı sunacağı düşünülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Sağlık, yaşam biçimi, sağlık çalışanı, sağlığın teşviki, sağlıklı yaşam

ABSTRACT

Evaluation Of Healthy Lifestyle Behaviors Of Healthcare Workers In The Kafkas Unıversıty Hospıtal

As it is known, health workers are a group of employees that provide health services and health education to the society, and they are valuable both for themselves and for setting an example for the society in terms of their own health behaviors. Our aim with this study is to evaluate healthy lifestyle behaviors in healthcare workers. For this study, the data obtained by the questionnaire method using the health promoting lifestyle profile II (HPLP II) from a total of 296 health workers working in a health center, consisting of doctors, nurses, technicians, and other assistant health personnel, were evaluated. Using many independent variables, the effects of these variables on the HPLP II total score and sub-factors for healthcare workers were investigated. Statistical calculations were made with parametric or non-parametric methods according to the normality analysis and the total number of subgroups, and p values less than 0.05 were taken as the basis to reveal the statistically significant difference between HPLP II scores in two or more groups. Looking at the total of the scale, it was understood that health workers with a high socioeconomic level, good sleep quality, and satisfied with their profession showed a higher level of healthy lifestyle behavior. Gender, age, marital status, body mass index, occupational group as a health worker, time spent in the profession, weekly working hours, working style, living alone or with someone at home, perception of health status, presence of chronic disease, routine health check-ups No significant difference was found in developing healthy lifestyle behaviors compared to other groups in terms of sleep duration, sleeplessness, number of meals, change in appetite in case of stress, smoking, alcohol use and occupational stress. The research reveals important data in understanding healthy lifestyle behaviors for healthcare professionals. As in this study, it is thought that the combined evaluation and meta-analysis of the data to be obtained using the same scale as in this study will be valuable for confirming the results and determining healthy lifestyle behaviors in healthcare professionals and will contribute to the literature in this respect.

Key Words: Health, life style, medical staff, promotion of health, healthy lifestyle

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlığın tanımı ve anlamı tarih boyunca değişmiştir. Sağlıkla ilgili ilk tanımlamalara bakıldığında bazen hastalık aracılığı ile bozulabilen doğrudan vücudun işleyişi ile ilgili normal bir fonksiyonel durum niteliğinde algılanmış olduğu görülmektedir. Literatürde kimi araştırmacılarca daha geniş bir tanımlama ile sağlık, bedensel ve ruhsal bütün olma ile karakterize edilmiş bir durum; bireyin toplumsal, aile yaşantısı ve işle ilgili rolünü gerçekleştirebilme kabiliyeti; bedensel ve çevresel stres kaynakları ile baş edebilme becerisi biçiminde tanımlanmıştır (Stokes ve ark. 1982). Zaman içerisinde hastalık için fonksiyonel bir durum olması yerine bir süreç olduğunu algılama eğilimi gelişmiştir ve sağlığın tanımlamasında da bu değişim etkili olmuştur. 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığın tanımı için sadece hastalık ve rahatsızlıkların olmaması değil, sosyal, zihinsel ve bedensel açıdan da iyilik hali olduğu ifadesini kullanırken, 1984 yılında bu tanımlamayı değiştirerek bireyin veya topluluğun beklentilerini yerine getirebilme, ihtiyaç duyduğu şeyleri karşılayabilme, yaşadığı ortamı değiştirebilme ve baş edebilme seviyesi olarak yenilemiş olduğu (Jadad 2016) bildirilmiştir.

Sağlık için literatürde çeşitli tanımlamalar yapılmakta olup kapsamı ve bu tanımın içeriği halen tartışılmaktadır. Sağlık için literatürdeki güncel tanımlamalardan birinin de hayat süresince sosyal, bedensel ve zihinsel açıdan yaşanan zorlukları değiştirebilme ve yönetebilme becerisi olduğu ifade edilebilir (Huber ve ark. 2011).

Yasal zeminde incelendiğinde ise 1982 yılında kabul edilmiş olan anayasanın 56. maddesinde tüm bireylerin dengeli ve sağlıklı bir ortamda yaşam hakkının olduğu ve devletin sağlık kurumlarını, tüm bireylerin yaşamını bedensel ve ruhsal açıdan sağlık ile devam ettirebilmesi için tek merkezden planlayarak hizmet verilmesini düzenlediği ifade edilerek sağlık hakkı konusuna yer vermiştir. 1987 tarihli sağlık hizmetleri temel yasasının ilk maddesi İse sağlık kurumlarının ülke genelinde eşit verimlilik ve kalitede hizmet sunabileceği şekilde, koordine edilmesinin, planlanmasının ve mali açıdan desteklenmesinin sağlık hizmeti açısından ana amaç olduğu ibaresi yer almaktadır (Alu 2017).

Sağlık hizmeti, sağlık çalışanlarından oluşan profesyonel sağlık ekiplerince verilmektedir. DSÖ'nün tanımlamasına göre görevi toplum sağlığını korumak ve geliştirmek olan ve sağlık kurum veya kuruluşlarında görev yapan ve bunun karşılığında ücret alan tüm çalışanlara sağlık çalışanı denilmektedir. Sağlık çalışanlarının birçoğu uzun ve maliyetli bir

eğitim sürecinden geçmektedir. Sağlık sektöründe hizmet veren sağlık çalışanlarının sayısı, ülke genelinde bu çalışanların dağılımı, çalışma koşulları, hasta başına düşen sağlık çalışanı oranı ve benzeri faktörler, sağlık hizmetinin sunumunun ve etkinliğinin yanı sıra verimliğini de etkileyecektir (Devebakan 2007).

Sağlıklı yaşam biçimi ile sağlığı olumsuz yönde etkileyen durumlardan kaçınılması bireyin sağlık durumunu pozitif yönde etkileyecektir. Sağlıklı olma durumu sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sürdürülebilir hatta bireyin sağlık durumu daha iyi bir seviyeye getirilebilir (Bozhüyük 2010).

Literatürdeki bir çalışmada tıp doktorlarının hastalarına vermiş oldukları tavsiyelere kendileri uymadığında tıbbi yönden güvenilir tavsiye vermenin onlar için çok daha zor olduğu sonucu ortaya konulmuştur (Hash ve ark. 2003). Sağlık çalışanları sundukları sağlık ve gerektiğinde eğitim hizmetleri dolayısıyla bireyler için kendi yaşam tarzları ile yeri geldiğinde örnek alınan kişiler olmaktadırlar (Gömleksiz ve ark. 2020).

Bu çalışmada ise amaç, üniversitemiz bünyesinde hizmet veren farklı mesleklere sahip sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi ve bunları etkileyen çeşitli faktörlerin ortaya konulması amaçlanmıştır. Sağlık hizmeti veren bu grubun kendi sağlığı, sağlıklı yaşam biçimi konusundaki farkındalığı ve bu seçtikleri yaşam biçiminin bireysel sağlık durumlarına etkisi yönünden elde olunacak sonuçların aynı zamanda sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi bakımından da değerli olacağı düşünülmüştür.

2. TANIMLAR VE GENEL BİLGİLER

2.1 Sağlık Nedir?

Sağlığın tanımının yapılması, mevcut kavramın karmaşıklığı ve kapsamının genişliği nedeniyle oldukça zor olan bir konudur. Sağlık kavramının tanımlanması tartışıldığı ortamın mevcut tarihi dönemi, bilgi birikimi ve sosyokültürel gelişmişliği ile ilgili olarak değişiklikler gösterdiği için literatürde farklı yazarlar tarafından ortaya atılmış olan pek çok tanımı bulunmaktadır (Somunoğlu 1999).

DSÖ'nün sağlık için sadece hastalık ve rahatsızlıkların olmaması değil, sosyal, zihinsel ve bedensel açıdan tam bir iyilik hali olduğuna dair yaptığı tanımlamada "tam bir iyilik hali" tanımından anlaşılması gereken durum literatürde "toplumsal ihtiyaçlarla kişilerin becerileri arasındaki en uygun dengenin sağlandığı süreç" biçiminde ifade edilmektedir (Tokuç 2004). Literatürde bazı çalışmalarda DSÖ'nün sağlığa dair bu tanımının sınırlı yönleri olduğundan

sağlığın nicelik, nitelik ve maneviyat gibi kavramları da içinde bulunduracak şekilde tekrar tanımlanması gerektiği belirtilmiştir (Galloway 2003).

Yalnızca sağlık kavramı değil sağlık ile ilgili kavramlar da net bir şekilde tanımlanamamaktadır. Sağlıklı olmayı anlatmak için daha önceleri kullanılmış olan tanımlar ‘’normal olma’’ ve ‘’iyilik’’ gibi pozitif durumları ve bunun yanı sıra ‘’hasta olma ‘’ ve ‘’yetersizlik’’ şeklinde olumsuz durumları da içerdiği görülmüştür. Bu durumlar sadece sağlığın tanımını tam anlamıyla açıklayamamakla kalmayıp, bu durumların nerede başlayıp nerede bittiği hakkında bilgi vermekten de uzak kalmıştır. Bu tanımların belirsiz ve birden çok anlama gelmesinin nedeni de ‘’tanımlanabilme’’ sorunudur. Sağlıksız olma halini sağlıklı olmaktan, iyi olma halini hasta olmaktan ayıran etkenlerin neler olduğu, kötü veya iyinin, istenilmeyen bir durumla istenilen bir durumun ne olduğunun öznel bir biçimde yorumlanmasına ve açıklanmasına dayanmaktadır (Somunoğlu 1999).

Sayıları hakkında ulaşılmış temel bir netlik olmamakta olup sağlıkla ilgili modeller aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Somunoğlu 1999).

1. Tıbbi Model
2. Holistik Model
3. İyilik Modeli
4. Çevre Modeli

Tıbbi model: Sağlık tanımını yalnızca vücutta bir dizi semptom ve bulgularla ortaya çıkan, bazı anormalliklerin veya patolojik bulguların yani hastalığın yokluğu şeklinde yapmıştır. Bu tanımın özellikle sağlık ile uğraşanlar arasında kabul görmekte olduğu ifade edilmektedir (Tatar ve Tatar 1997). Bu tanıma dayanarak sağlık ancak hastalığın yokluğunda veya hastalığın olmadığı zamanlarda mevcut olmakta ve bu model ile sahip oldukları engellilik düzeyi ve fonksiyonel olma düzeyine göre kişileri sınıflandırma imkânı olmaktadır.

Bu sınıflandırmalar;

- Tedavi edilebilir olan
- Sağlığının bozulmasına rağmen kişinin ihtiyaçlarını yerine getirebildiği
- Kişinin ihtiyaçlarını bir takım hastalık kaynaklı engellilikler gelişmesine rağmen yerine getirebildiği
- Belli başlı aktivitelerde kısıtlılık yaşamasına rağmen kişinin kendisi için yeterli olabildiği
- Kişinin kendisi için yeterli olamadığı durumlar olarak ifade edilmektedir.

Holistik model: Fiziksel sağlıkla eş zamanlı olarak sağlığın sosyal ve ruhsal yönlerini de içeren, kişinin bütünüyle sağlıklı olması hali şeklinde tanımlamıştır sağlığı. Tıbbi modelden farlı olarak sağlığı zayıflık ve hastalık gibi olumsuz açıdan ele almamakta ve sağlığın iyilik hali ve pozitif yönü gibi kavramları üzerine odaklanmaktadır. Bu modele göre sağlık; çalışmaya duyulan isteklilik, etkili olma ve iyi olma hali olarak tanımlanmaktadır.

İyilik modeli: Bu model sağlıklı olma halindeki mükemmeliyet ve ileriye dönük sağlık için gelişme ve iyileşme üzerine odaklanmaktadır. Özellikle fiziksel aktivite, stres yönetimi, bireyin kendine dair sorumluluğu ve bilinçli beslenme olmak üzere dört boyut üzerinde odaklanan bu modelin ana hedefi bireyin iyilik halini sağlayan koşulları yükseltmek olarak tanımlanmıştır.

Çevre modeli: İnsanlar durmadan değişen dünyadan ve çevre faktörlerinden etkilendikleri gibi bu durum yaşadıkları ortamı da etkilemektedir. Kimsenin dünyadan veya çevreden tam olarak soyutlanmasının mümkün olmadığı bu modelde vurgulanan noktadır. Çevre modeline göre bireylerin sağlık durumlarının iyi olabilmesi için beklentilerine uygun ve uyum sağlayabilecekleri bir ortamda olmaları ve kişiler arası etkileşimlerde karşılıklı anlayış ile hareket etmeleri gerekmektedir. Sosyal ve çevresel faktörlerle bireyin adaptasyonu bu aşamada önemli olarak ön plana çıkmaktadır (Somunoğlu 1999).

Günümüze gelindiğinde ise sağlık anlayışı; toplumun, ailenin ve bireyin sağlığının sürekliliğini sağlayan, geliştiren ve koruyan merkezinde sağlık olan bütüncül bakım yaklaşımını ön görmektedir (Sisk 2000). Bu yüzden toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı yaşama tarzını günlük hayatlarının önemli bir bileşeni yapmalarının ve sağlıklarına dair sorumluluk sahibi olmalarının onların sağlığa dair bakış açılarını daha iyi hale getirmek için önemli olduğu vurgulanmıştır (Gömleksiz ve ark. 2020).

2.2 Sağlığın Korunması

Yaşam biçimi bireyin kontrol edebildiği sağlıkla ilgili riskler üzerine etki eden davranışlardır. Bütüncül sağlık yaklaşımı açısından sağlığı korumak ve teşvik etmek için sergilenen davranış sağlıklı yaşam biçimi için ayrılmaz bir parça olarak değerlendirilmiştir. Yaşadığımız toplumun sağlık düzeyini geliştirmek ve ana sağlık bakımı hizmetlerini sağlamak sağlığı geliştirme ve teşvikini sağlama yolunda esas stratejidir (Salari ve ark. 2017).

Hastalık ve/veya engelliliğin sağlık üzerindeki etkisini en az düzeye indirmek ve ortadan kaldırmak, bunu yapma imkânı yoksa en azından geciktirmeyi sağlayacak çalışmalar sağlığın korunması olarak (Porta 2008) tanımlanmıştır.

Sağlığı geliştirmeye dair tutumlar kişinin potansiyelini ortaya koymayı amaçlamak üzere daha iyi olana doğru yönlendirir dolayısıyla olumlu bir değer olarak değerlendirilir ve bireyin kendisine çekici gelir. Fakat hastalık ve sağlık için riskli davranışlardan kaçınmak, erken tespit veya hastalık nedenli oluşan kısıtlılıklar çerçevesinde işlevsel olmayı sürdürme isteğine yönelik olarak sağlığın korunması olumsuz bir değer olarak değerlendirilir. Bu nedenle sağlığın korunması hastalık sürecini değiştirme, yavaşlatma ve ortadan kaldırma gerekçesiyle bireyin yaşadığı çevreyi, bedensel savunmasını ve yaşam davranışını değiştirmek üzere eyleme geçilmesi ve çözüm üretmeyi içermektedir (Gorin ve Arnold 2006, Madi ve Hussain 2008).

Herhangi bir yerde çalışan bireyin sağlık düzeyinin ne olduğunu tespit etmek ve mevcut sağlığı ile ilişkili uygulamalarının uygunluğunu değerlendirmek için bireyin yaşı, sağlık durumu, genetik yapısı, eğitim düzeyi, mesleki faktörleri ve çalıştığı yerde maruz kaldığı faktörlerin bilinmesi; dolayısıyla hastalıklara yol açan nedenlerin toplum sağlığını korumak için bilinmesi gerekmektedir (Esin ve Aktaş 2012).

Bireyin sağlığı için tedavi ve koruyucu hizmetler beraber sunulmaktadır. Sağlığı korumanın çeşitleri Leavell ve Clark'ın 1958'de aktardığı tanıma göre birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olmak üzere 3 grupta değerlendirilmiştir. Dördüncül korumadan ise ilk defa 1986 yılında Marc Jamoulle tarafından bahsedilmiştir.

Birincil koruma: Bireyde ortaya çıkmadan oluşabilecek hastalık sebeplerini engellemek için yapılan uygulamalardır. Hastalık için sebep olabilecek davranışları değiştirmeyi, etkenlere maruz kalmayı azaltmayı, maruz kalmak kaçınılmazsa hastalığın oluşmasını engellemeyi, hastalığa sebep olabilecek faktörlerin kontrolünü ve bu şekilde hastalıkların görülme olasılığını azaltmak için yapılacak aşılama ve benzeri uygulamaları içerir.

İkincil koruma: Ortaya çıkmış olan hastalığın kontrolünü sağlamak ve etkilerini en az düzeyde tutmak amacıyla henüz belirti vermediği dönemde erken teşhisini sağlamak ve progresyonunu kontrol etmek için gerektiğinde acil olarak müdahale edebilmek için yapılan sağlık taramaları ve benzeri uygulamaları kapsamaktadır.

Üçüncül koruma: Uygulanabilir var olan tedavi yöntemleri ve rehabilitasyon aracılığı ile hastalığın oluşmasının ardından bireyin işlevselliğini ve hastalığa dair komplikasyonlar

nedeniyle azalma ihtimali olan hayat kalitesini korumayı, yaşayacağı süreyi uzatmayı amaçlamayan uygulamalardır.

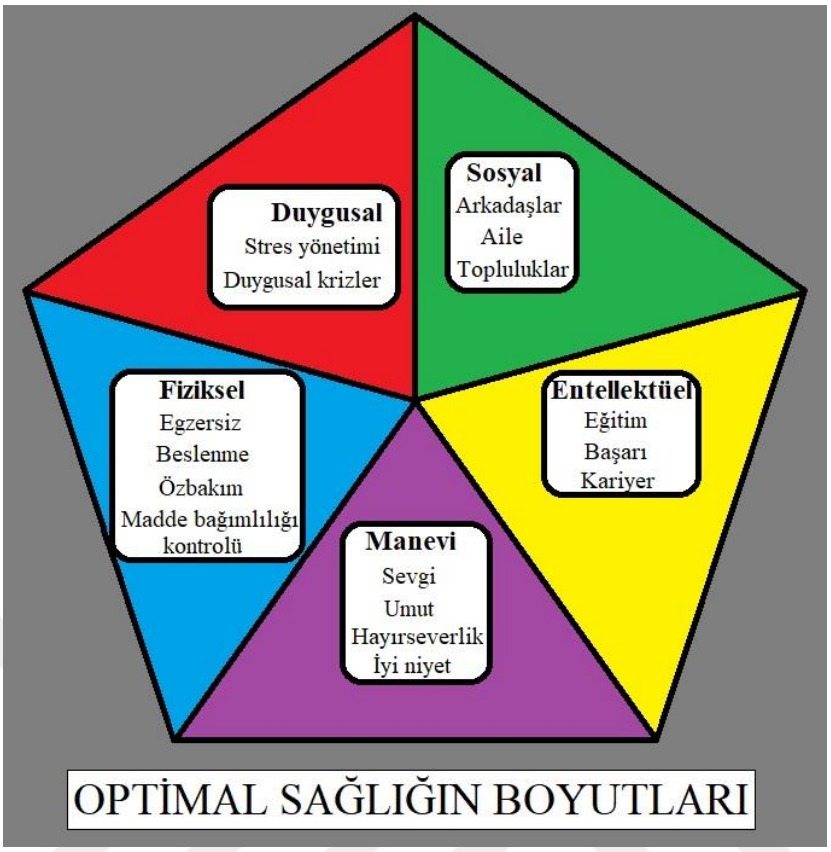
Dördüncül koruma: WONCA (Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Birliklerinin Dünya Örgütü; kısaca Dünya Aile Hekimleri Birliği) aile hekimleri sözlüğünde 2003 yılında yayınlanmış olup invaziv müdahalelerden koruma amacıyla gereğinden fazla medikal uygulamaya maruz kalma ihtimali olan bireyi ve toplumu tespit edip onlara bilimsel ve etik olarak kabul gören medikal prosedürleri uygulamak ve gereğinden fazla tıbbi girişimin neden olacağı zararı hafifletmek, azaltmak ve önlemek için yapılacak eylemler olarak tanımlanmış olduğu bildirilmiştir (Akdeniz ve Kavukçu 2017).

2.3 Sağlığın Geliştirilmesi

DSÖ, verilen sağlık hizmetinde yalnızca hastalığı tedavi etmek değil aynı zamanda sağlıkla ilişkili riskleri önlemek için de sağlığı geliştirmeye ve teşvik etmeye yönelik uygulamalara ihtiyaç olduğunu vurgulamıştır (Hildingh ve ark. 2015).

Sağlığın Teşviki, insanlara temel tutkuları ile optimal sağlık arasındaki sinerjiyi sağlama sanatı ve bilimidir. Optimal sağlık için gayret etme motivasyonunu arttırır ve ideal sağlık durumuna doğru ilerlemek için yaşam tarzlarını değiştirmede onları destekler (O'Donnell 2009) denmiştir sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bir tanımlamada.

Burada anlatılan Optimal sağlık duygusal, sosyal, fiziksel, manevi ve entelektüel sağlıktan oluşan dinamik bir dengedir. Duygusal alanda; stres yönetimi ve duygusal kriz ile ilgilenme, sosyal alanda; aile, topluluklar ve arkadaşlar, fiziksel alanda; madde bağımlılığının kontrolü, beslenme, egzersiz ve öz bakım, manevi alanda; hayırseverlik, iyi niyet, umut ve sevgi, entelektüel alanda; eğitim, başarı, kariyer gelişimi kavramları yer almaktadır. (Şekil 1) (O'Donnell 2009). Yaşam tarzı değişikliğinin; farkındalığı geliştiren, motivasyonu arttıran, becerileri geliştiren öğrenme deneyimlerinin kombinasyonu aracılığıyla kolaylaştırılabilir olduğu ve daha önemlisi yaratıcı imkanlar aracılığıyla pozitif sağlık uygulamalarını en kolay seçim haline getiren koşullara erişimin yolunu açtığı (O'Donnell 2009) bildirilmiştir.



Şekil 1: Sağlığın Geliştirilmesinde Optimal Sağlığın boyutları

DSÖ Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, yerel, bölgesel, ulusal ve küresel düzeylerde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile uğraşanlar arasında anlayışı, iş birliğini ve iletişimi kolaylaştırmak için yazılmıştır. İlki 1986 ve ikincisi 1988 yılında olmak üzere Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü 'nün iki baskısı yayınlanmış ve anlamlara ilişkin fikir birliğini teşvik etmek ve düşünce ve uygulamadaki gelişmeleri dikkate almak için belgenin sürekli olarak gözden geçirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır (Smith ve ark. 2006).

Sağlığın geliştirilmesi ve teşvik edilmesine dair DSÖ tarafından yapılmış olan küresel konferanslar aracılığıyla bu konuya dair kavramlar, ilkeler ve eylem alanları oluşturulmuştur (Aydın 2019). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi Kanada'da (Ottowa) 1986 yılında ilk defa düzenlenmiş olan uluslararası konferans ile global çapta kabul edilmeye başlamıştır (WHO 2005).

Ottowa sözleşmesinde '' Bireylerin sağlıklarını geliştirme ve sağlık durumu üzerindeki kontrollerini arttırmaya olanak sağlayan bir süreç'' olarak tanımlanmıştır sağlığın geliştirilmesi. Tam bir zihinsel, bedensel ve sosyal iyilik haline ulaşmak adına bir birey veya

grup amaçlarını tanımlayabilmesi ve farkına varabilmesi, ihtiyaçlarını doyurabilmesi ve çevresel etkenleri değiştirebilmesi veya bununla başa çıkabilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu nedenle sağlık yaşamak için amaç olarak değil günlük yaşam için bir kaynak olarak görülmüştür. Fiziksel kapasitenin yanı sıra sağlığın kişisel ve sosyal kaynakları ön plana çıkaran pozitif bir kavram olduğu görüşü belirtilmiştir. Bu nedenle sağlığı geliştirme görevinin sadece sağlık sektörünün sorumluluğunda olmayıp, sağlıklı yaşam biçiminin de ötesine geçerek tam iyilik haline ulaşmakla ilgili olduğu (WHO 1986) vurgulanmıştır.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik yapılmış diğer küresel konferanslar ve kabul edilen hedefler ise şunlardır;

Adelaide Tavsiyeleri (1988): On yıl önce kabul edilmiş olan Alma -Ata Bildirgesi 1977 yılında Dünya Sağlık Assemble'si tarafından başlatılmış olan '' Herkes İçin Sağlık'' hareketinin önemli bir kilometre taşı olmuştur. Sağlığı temel bir sosyal hedef olarak kabul etmek üzerine kurulmuş olan bildirge; sağlık hizmetlerini, sektörler arası iş birliğini, insanların katılımını vurgulayarak sağlık politikalarında yeni bir yönü baz almıştır. Bu yapılmış olan uluslararası konferansta; hızlı eylem için tütün ve alkol, destekleyici ortamlar yaratılması, gıda ve beslenme ve kadınlara yönelik sağlığının desteklenmesi olacak şekilde dört önemli öncelik olarak tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011b).

Sundsvall Bildirgesi (1991): Bu ''Sağlığı Destekleyen Çevreler Bildirgesi''nde bahsedilen destekleyici ortamlar yaratma eyleminin fiziksel, sosyal, manevi, ekonomik ve politik olmak üzere birçok boyutu olduğu belirtilmiştir. Bu boyutların her biri, dinamik bir etkileşim ile ayrılmaz bir şekilde birbirleriyle bağlantılı olduğu, bu eylemler ile gerçekten sürdürülebilir çözümlere ulaşmak için yerel, bölgesel, ulusal ve küresel düzeylerde koordinasyon gerekliliği bildirilmiştir. Konferansta destekleyici ortamların boyutlarının yanı sıra tüm sektörlerde kadınların beceri ve bilgilerinin tanınması ihtiyacının olduğu vurgulanmıştır (WHO 1992).

Jakarta Bildirgesi (1997): Sağlık teşviki ve geliştirilmesinin 21. Yüzyıla getirilmesi sağlık için uluslararası stratejilerin geliştirilmesinde kritik bir ana gelinmiştir. Özel sektörün sağlığın teşvik edilmesi ve geliştirilmesinin desteklenmesine dahil edildiği ve gelişmekte olan bir ülkede düzenlenen ilk konferanstır. Konferansta 21. yüzyıla ulaşmak için önceli hedefler; sağlığa dair sosyal sorumluluğun teşvik edilmesi, geliştirilmesine yönelik yatırımların artırılması, ortaklıkların pekiştirilmesi ve genişletilmesi, kamu yeterliliğinin artırılması ve

bireyin güçlendirilmesi ve tüm bu hedefleri gerçekleştirmek için bir altyapının güvence altına alınması olarak belirlenmiştir (WHO 1997).

Meksika Bildirgesi (2000): Hakkaniyet boşluğunun kapatılması ana teması ile yapılan bu konferansta sağlığın geliştirilmesi ve teşvikinin bölgesel, yerel, uluslararası ve ulusal politikalarda ve programlarda öncelikli olarak konumlandırma gerekliliği vurgulanmış ve bunun için uluslararası ağlar oluşturma veya güçlendirme kararı alınmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011b).

Bangkok Şartı (2005): Toplulukları güçlendirmek ve sağlık ile sağlıkta eşitliği geliştirmek için politikalar ve ortaklıkların ulusal ve küresel gelişmenin merkezinde olması gerektiği vurgulanmıştır. Konferansın ana taahhütleri; sağlığın geliştirilmesini sivil toplumun ve toplulukların odak noktası yapmak, tüm hükümetler için ana sorumluluk haline getirmek, küresel kalkınma gündeminin merkezine oturtmak, ve kurumsal iyi uygulamalar için bir gereklilik haline getirmek olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2011b).

Nairobi Bildirisi (2009): Nairobi hareke geç mesajı sağlık ve sağlığın geliştirilmesi aracılığıyla kalkınmaya dair uygulama açığını kapatmak için acilen gerekli olan temel stratejiler ve taahhütleri tanımlamaktadır. Hükümetler ve ilgili taraflar için belirlenen 5 sorumluluk ise; sağlık alanında liderliği ve işgücünü güçlendirmek, sağlığın geliştirilmesi ve teşvikini yaygınlaştırmak, birey ve toplulukları bu alanda yetkili kılmak, katılımcı süreçleri artırmak ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için gerekli olan bilgiyi kurgulamak ve uygulamak olarak belirlenmiştir (WHO 2009).

Helsinki Bildirgesi (2013): Ülke eylem çerçevesi başlığı altında yapılan bu konferansta ülke düzeyinde politika üretmenin küreselleşmeden, küresel kalkınmadan ve küresel otoriteden bağımsız olarak görülmemesi gerektiği vurgulanmıştır. Helsinki Bildirgesi ulusal ve daha alt seviyelerde tüm politikalarda sağlık kavramını uygulamak için karar verme ve yürürlüğe koyma konusunda başlangıç donanımı olarak hizmet etmektedir. Farklı ülke bağlamında ve bölgesel ve küresel düzeylerde kullanım için kolayca uyarlanabilir. Tüm politikalarda sağlık; karar verme, artı güç arama ve toplum sağlığını ve sağlık eşitliğini geliştirme yolunda zarar verici sağlık etkilerinden kaçınmak için sağlık ile ilgili çıkarımları sistematik olarak dikkate alan sektörler arası kamu politikalarına bir yaklaşımdır. İçerik olarak; devlet yönetim kademeleri ve bölümleri arasındaki iş birliğini, katılımcılığı, bilgiye erişim ve şeffaflığı, hesap verebilirliği, kanuna uygunluğu esaslarını yansıtmaktadır (WHO 2014).

Şangay Bildirisi (2016): ‘’Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde Sağlığı Teşvik Etmek: Herkes için sağlık ve sağlık için herkes’’ başlığıyla yapılan bu 9. küresel konferansta sürdürülebilir gelişim için 2030 gündemi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi arasındaki kritik bağlantı vurgulanmıştır. Sürdürülebilir kalkınma hedefleri için ülkesel eylemleri hızlandırmak için cesur müdahaleler çağrısı yapılırken; Şangay Bildirgesi hangi ülkelerin sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin dönüştürücü potansiyelinden yararlanabileceğine dair bir çerçeve çizmiştir. Daha sağlıklı popülasyonları geliştirmek için DSÖ'nün temel misyonu, dünyayı güvenli tutmanın ve savunmasız kişilere hizmet etmenin yanı sıra sağlığı geliştirmektir. Hastalıkla savaşmanın ötesinde, sağlıklı yaşamlar sağlamak ve kimseyi geride bırakmadan her yaştan bireylerin refahını desteklemek için çalışma sözü verilmiştir (WHO 2016).

2.4 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Bireyin kendi sağlığını geliştirmesi ve sağlığı üzerinde kontrol kabiliyetini arttırması olarak tanımlanmıştır sağlığın geliştirilmesi. Sağlığı geliştiren davranışların kullanılması sağlığın sürdürülmesinde, erken tanı konulmasında ve hastalıklardan korunmada önemli olduğu (Owens 2006) vurgulanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi ise hem bireylerin kontrolü altında olan hem de bireylerin sağlık durumu üzerinde etkisi olan tüm davranışlar olarak tanımlanmıştır (Walker ve ark. 1988). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları tanımı Walker, Sechrist ve Pender’e (1987) göre “refah düzeyini yükseltmeye ve korumaya hizmet eden algılar, kendi kendine başlayan davranışların çok boyutlu modeli, bireyselliğin tamamlanması ve kendini gerçekleştirme” şeklindedir. Sosyal, fiziksel ve ruhsal yönden bireyin sağlığına etki eden tüm davranışlar sağlıklı yaşam biçimi kapsamındadır. Başka bir açıdansa sağlık, bireylerin sağlıklarının korunması ve sürdürülmesinde önemli rol oynamakta olan temel bir haktır. Sağlığın korunabilmesi ve geliştirilebilmesi için olumlu sağlık davranışının sadece kazandırılması değil sürdürülmesi de gereklidir. Bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi ve sağlığını koruyabilmesi için bu olumlu davranışlar ön koşul olarak görülmektedir (Değerli ve Yiğit 2020). Sağlıklı yaşam biçimi kişinin günlük hareketlerini sağlık durumunu göz önüne alarak belirlemesi ve sağlığını etkileme ihtimali bulunan bütün davranışları da kontrolünden geçirmesi şeklinde tanımlanabilir (Aşılar ve ark. 2020). DSÖ kişilerin sağlıkları ile yaşam tarzları arasında ilişki olduğu ve yaşam tarzlarının sağlıklarının yüzde %60’ını etkilemekte olduğu fikrinden yola çıkarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını 2000’li yılların başında önemsemeye başlamıştır. Bu doğrultuda sağlıklı yaşam biçiminin önemini “Herkes İçin Sağlık”

mottosu ile vurgulamıştır. DSÖ'nün hedefi sağlıklı yaşam biçimi davranışı (SYBD) uygulamasını teşvik ederek sağlıklı insan sayısını arttırmak olmuştur**.** (Moudi ve ark. 2018). Sağlık davranışlarının etkilendiği en önemli dönemler kişilerin sosyal, psikolojik, fiziksel ve cinsel gelişmelerinin üst düzeyde olduğu ve kişilerin yaşam tarzları üzerinde söz sahibi oldukları ergenlik çağı ve üniversite hayatı olmaktadır. Bu dönemler de kazanılan sağlıksız ya da sağlıklı yaşam biçim davranışları iyice pekişir. Bu yüzden sağlığın iyileştirilmesi ve korunması için yapılan çalışmaların merkezi bu dönemler olmalıdır (Can ve ark. 2008).

Tıpkı diğer yaşam davranışları gibi sağlığın sosyal ayrım için bir araç olarak da görülebileceği düşünülmüştür. Tüketici endüstrisi tarafından farklı toplum gruplarının zindelik ve sağlık ile ilgili ihtiyaçlarını karşılamak üzere giderek daha fazla çeşitlendirilen tüketim malları ile kârlı pazarlar olmak üzere keşfedilmiş ve teşvik edilmiştir. Belirli toplumsal gruplara ait bireyler arasında sosyal ayrım yaratmak ve sosyal kimliği geliştirmek için kullanılan bir uygulama olarak da görülebilir. Bu nedenle sağlıkla ilgili yaşam biçim davranışları sosyal itibar, ayrıcalık ve güç mücadelesinde ve sosyokültürel ayrım uğruna belirli gruplar tarafından kullanılan ve geliştirilen kültürel sermayenin bir parçası ve ifadesi haline de gelebilmektedir (Abel 2007). Aynı zamanda günümüz insanının hayatını teknolojik gelişme ve hızlı kentleşme her zaman etkilemekte olup yaşam için yardımcı olan çok sayıda araç ve gerecin icat edilmesi nedeniyle insanlar daha stresli ve hareketsiz bir şekilde hayatlarını sürdürmeye başlamışlardır. DSÖ tahminlerine göre az gelişmiş ülkelerde görülen ölümlerin %40–50'sinin ve gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkelerde mevcut ölümlere bakıldığında %70- 80'inin nedeninin yaşam tarzına bağlı olmak üzre ortaya çıkmış hastalıklara bağlı olduğu vurgulanmaktadır (Dickey ve Janick 2001).

Sağlıklı yaşam biçimi, erken ölüm riskini veya ciddi bir şekilde hasta olmayı azaltan bir yaşam tarzıdır. Her hastalık ya da sağlığı bozan faktör önlenebilir değildir. Oysaki ölümlerin büyük bir kısmından; özellikle de koroner kalp hastalığı ve akciğer kanserinden kaynaklı olanlardan kaçınılabilinir. Bilimsel çalışmalar, erken ölüme ve ciddi hastalıklara katkıda bulunan belirli davranış türlerini tanımlamıştır. Sağlıklı yaşam biçimi, hayatınızın daha fazla yönünden keyif almanıza yardımcı olan bir yaşam tarzıdır. Sağlık sadece bir hastalıktan veya sağlığı bozan faktörden kaçınmakla ilgili olmamakla beraber zihinsel, fiziksel ve sosyal iyilik hali ile de ilgilidir (WHO 1999). Bu doğrultuda yaşam biçimi; sağlık hizmetlerinin kullanımı, alkol, madde ve sigara kullanma, zararlı yiyeceklerin tüketilmesi, stresle baş etme, aşırı yeme, cinsel faaliyetler, fiziksel aktivite, ağız-diş sağlığı ve kişisel hijyen gibi sağlığı etkilemekte olan

bütün davranışları içermektedir. Buradan yola çıkarak bireyin sağlığının ve sağlık sorunlarının yaşam biçimiyle ilişkili olduğu söylenebilir (Değerli ve Yiğit 2020). Yaşadığımız yüzyılda teknolojik ve bilimsel anlamda sağlanmış olan başarılar en fazla ölüme sebep olan hastalıklar olmak üzere bulaşıcı olmadığı bilinen kronik hastalıkların bulaşıcı hastalıkların yerini almasına sebep olduğu tespit edilmiş olup bu durum ağırlıklı olarak sağlıklı olmayan yaşam biçimi davranışlarından köken alan kronik hastalıkları geciktirmek ve önlemek üzere sağlığı korumaya yönelik uygulamaların doğru ve uygun şekilde yerine getirilmesi gerekliliği bildirilmiştir (Akdeniz ve Kavukçu 2017).

Pender'e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının; kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, fiziksel aktivite ve beslenmeden oluşmakta olduğu bildirilmiştir (Bahar ve ark. 2008).

2.4.1 Beslenme

Daha önce yayınlanmış olan uluslararası insan hakları belgelerinde beslenme temel bir hak olarak tanımlanmakla birlikte beslenmenin refah göstergeleri açısından en önemli olanlardan biri olarak kabul görmektedir (Bozhüyük ve ark. 2012). Beslenme, bireylerin doğduğu an itibariyle büyümesi, gelişmesi, üretken ve sağlıklı şekilde daha uzun yaşayabilmesi ve hayati fonksiyonlarını devam ettirebilmesi için gerekli besin maddelerini vücuduna alıp kullanmasıdır (Özenoğlu ve ark. 2021). Besin öğeleri; mikro ve makro olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Mikro besin öğeleri; diyette küçük miktarlarda mevcut olan mineraller, vitaminler ve yanı sıra iz elementlerdir (demir, flor vb.). Karbonhidrat, protein, yağ ve su makro besin öğeleridir. Tüm canlıların yaşamlarını devam ettirebilmek için ihtiyaç duyduğu şey enerjidir. Enerji üretimini oksijen kullanarak veya oksijenin kullanılmadığı yollarla sağlarlar. Ancak tüm canlılarda ortak olan enerji üretimi için besin kullanımıdır (Bozhüyük ve ark. 2012).

Bireyin bedensel iş gücü kullanarak çalışması arttıkça besin tüketiminin de artması, daha az bedensel iş gücü kullandıkça da azalması gerekir. Bu durumun dengelenememesi boya göre beden ağırlığının dengesini bozduğu gibi sağlık sorunlarının da ortaya çıkmasına sebep olur. Bireylerin sosyoekonomik düzeyi arttıkça bedensel iş gücü ile çalışma azalmakta ağırlıklı olarak ofis ortamı ve benzeri yerlerde çalışma imkânı bulunmakta bunun sonucu olarak da tüketilen gıdanın besin öğeleri ve enerji düzeyi artmaktadır. Diğer taraftan sosyoekonomik düzey düştükçe bedensel iş gücü ile çalışma artmakta ve tüketilen gıda azalmaktadır. Bu ekonomik düzey farklılığı açlık ve dengesiz beslenme yanında aşırı beslenme gibi sağlık

problemlerine sebep olmaktadır. Büyüme dönemindeki çocuklar, gençler ve onları dünyaya getirip büyüten kadınlar dengesiz ve yetersiz beslenmeden en fazla etkilenenler olmaktadır (Baysal 2003). Dengesiz ve yeterli olmayan düzeyde beslenme üretme, düşünme ve çalışma gibi zihinsel aktiviteleri olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla ağırlıklı olarak sağlıksız beslenmek durumunda kalan bireylerden oluşan bir toplumun üretim gücü de azalır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2002).

Gıda teknolojisindeki gelişmeler, patates cipsi ve şekerle tatlandırılmış içecekler gibi besleyici içeriği düşük ve yüksek enerji içerikli gıdalara ulaşılabilirliğinin artmasına yol açmıştır. Oysaki küreselleşme ve kentleşme; sıklıkla gıda mevcudiyeti, ebeveyn katılımı, çocuk yetiştirme davranışları ve çocuğun beslemesindeki otokontrolünden etkilenen ev ortamındaki değişikliklerle sonuçlanmıştır (Ernstson ve ark. 2010). Bulaşıcı olmayan hastalıklar için sağlıksız diyet, değiştirilebilir önemli davranışsal risk faktörlerinden biridir. Küresel hastalık yükünün oldukça önemli bir bölümü sağlıksız beslenme dislipidemi, hipertansiyon, abdominal obezite, bozulmuş glukoz veya insülin metabolizması olarak bilinen birçok bozukluğun ortaya çıkmasına katkıda bulunan metabolik sendrom gibi hastalıklardan oluşmaktadır. Diyabet, kronik solunum yolu hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişme riskinin metabolik sendrom varlığında arttığı bilinmektedir (Agyei-Mensah ve Ama de-Graft 2010). Türkiye'de ve tün dünyada şişmanlık tespit edilme sıklığı ile beraber kronik hastalıların tespit edilme sıklığının da artmakta olduğu görülmüştür. Bu açıdan beslenme önerileri vücut ağırlığının korunmasında, yönetilmesinde ve bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların önlenmesinde ciddi önem teşkil etmektedir (TÜBER 2022). Vücut kitle indeksi (VKİ), yetişkinlerde beslenme durumunu gösteren bir ölçüdür. Bir kişinin kilogram cinsinden ağırlığının, metre cinsinden boyunun (kg/m2) karesine bölünmesiyle tanımlanır (VKİ: Vücut ağırlığı (kg)/boy uzunluğu (m)2). VKİ aralıkları, vücudun aşırı yağlanmasının ölüm ve hastalıklar üzerindeki etkisine dayanmaktadır ve adipozite ile oldukça iyi ilişkilidir. VKİ, hastalıkların risk göstergesi olarak geliştirilmiştir; değeri arttıkça bazı hastalıkların riski de artar. Erken ölüm, kardiyovasküler hastalıklar, yüksek tansiyon, osteoartrit, bazı kanserler ve diyabet gibi yaygın hastalıklar aşırı kilo ve obezite ile ilişkili bulunmuştur. Bu formüle göre, yirmi yaş üzerindeki yetişkinler için VKİ'nin; <18,5 olması zayıf ,18,5- 24,99 arasında olması normal, 25,0- 29,99 arasında olması fazla kilolu (pre-obezite), ≥ 30.00 olması obez olarak tanımlanmıştır. Obezite de kendi içinde 30,0- 34,99 arasında olması 1. derece obezite, 35,0- 39,99 arasında olması 2. derece obezite, 40,0 ve üzerinde olması 3. derece obezite (morbid

obezite) olarak değerlendirilmektedir (www.who.int - who recommendations, Erişim tarihi: 22.01.2022)

Sağlıklı beslenmek için günlük harcanan enerjinin %10-20'si ise proteinlerden, %25-35'i yağlardan ve %45-60'ı karbonhidratlardan sağlanmalıdır. İçerdikleri ögelere göre besinler et-tavuk-balık-yumurta-kuru baklagiller-yağlı tohumlar-sert kabuklu yemişler grubu; sebze grubu, meyve grubu, ekmek ve tahıllar grubu, et-tavuk-balık-yumurta-kuru baklagiller-yağlı tohumlar-sert kabuklu yemişler grubu, süt ve süt ürünleri grubu olmak üzere 5 grupta değerlendirilmektedir. Meyve ve sebzeler aynı grup içinde de değerlendirilebilir (TÜBER 2022).

1- Süt ve süt ürünleri: Yağda eriyen A, D, E, K vitaminleri, B vitaminleri, çinko, fosfor, kalsiyum ve protein için süt ve süt ürünleri kaynak olarak oldukça önemlidir. Süt ve süt ürünlerini yaşlılar, doğurgan çağdaki kadınlar, gençler ve büyüme çağındaki çocuklar olmak üzere her yaş grubundaki bireylerin her gün tüketmesi gereklidir. Porsiyon olarak emziren kadınlar, adolesanlar ve 2 yaş altı çocuklar günlük 2-4 porsiyon ve yetişkinler 3 porsiyon tüketmelidir.

2- Et, tavuk, balık, yumurta, kuru baklagiller, yağlı tohumlar ile sert kabuklu yemişler: Her biri iyi birer B1, B6, B12ve A vitamini, demir ve protein kaynağıdır. Kuru baklagiller lif açısından zenginken, B12 vitamini sadece hayvansal ürünlerde bulunmaktadır. Sinir sistemi, sindirim sistemi, kan yapımı, doku onarımı ve hücre yenilenmesine etki eden besin öğeleri en fazla bu grupta bulunmaktadır. Yetişkin bireyler ve gençler için öneri günlük 2.5-3 porsiyondur.

3- Sebze ve meyve grubu: Antioksidan özellikli biyoaktif bileşenlerden, A, E ve C vitaminlerinden, folik asit, potasyum, magnezyum ve posa açısından zengin bir gruptur. Deri, göz, diş ve diş eti hastalıklarından koruyucu etkisi olmakla birlikte doku onarımı, hücre yenilenmesi ve serbest radikallerin etkisi ile oluşan oksidatif strese karşı koruyucu etkiye sahiptir bu gruptaki besinler. Önerilen günlük en az sebze için 2.5-4 porsiyonken meyve için2-3 porsiyondur.

4- Ekmek ve Tahıllar: Kahvaltılık tahıllar, arpa, yulaf, makarna, pirinç, ekmek bu grupta yer almaktadır. Vücudun temel enerji kaynağı olan karbonhidratı ve B12 haricindeki vitaminleri yüksek oranda içermekle birlikte mineraller ve E vitamini de içermektedirler. İmmün sistemi güçlendirme, deri ve sindirim sistemi hastalıklarına karşı koruyucu etkileri mevcuttur. Önerilmiş olan porsiyon günlük 3-7'dir (TÜBER 2022).



Şekil 2: Sağlıklı Yemek ve Fiziksel Aktivite Piramidi: Besin gruplarına göre sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite piramidi (TÜBER 2015)

Toplum sağlığı adına çeşitli sağlık sorunlarının önlenebilmesi için diğer sağlıklı yaşam biçim davranışlarıyla birlikte sağlıklı beslenme alışkanlığının da geliştirilmesi gerekmektedir. Toplumların ekonomik, sosyal yönden gelişmesi ve refahı toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı oluşu ile ilgilidir. Küreselleşme sırasında beklenmekte olan yaşam kalitesi düzeyine ulaşmak için toplumda beslenme bilincinin arttırılması ve sağlıklı beslenmenin yaşam tarzına dönüştürülmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir (Özenoğlu ve ark. 2021).

2.4.2 Fiziksel Aktivite

Günlük yaşam içerisinde, enerji harcamasını gerektiren ve iskelet kasları kullanılarak yapılan tüm hareketler olarak tanımlanır fiziksel aktivite. Egzersiz; fiziksel uygunluğun bir ya da birden çok bileşenini geliştirmeyi ve korumayı hedefleyen düzenli yapılan, planlı ve tekrar eden fiziksel aktivitelerdir. Spor ise, genellikle yarışma amacı taşıyan ve belli kurallar çerçevesinde yapılan lisanslı profesyonel veya amatör sporcuların gerçekleştirdiği aktivite türüdür. Diğer yandan günlük yaşantımıza spor olarak yerleşmiş olan semt sahalarında oynanan futbol ve basketbol gibi aktiviteler de mevcuttur. Bu kapsamda bahçe ile ilgili işler yapmak, ev işi yapmak, merdiven inip çıkmak, yürümek, oyun oynamak, banyo yapmak ve yemek yemek

gibi günlük yaşamı sürdürmek üzre yapılan etkinliklerin yanında spor ve egzersiz de fiziksel aktivitedir.

Düzenli fiziksel aktivite, diyabet, kalp hastalığı inme gibi ön plan da olan bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH) önlenmesi ve tedavisi için oldukça önemli bir koruyucu bir etken olarak kabul edilmektedir. Kemik yapısını güçlendirip osteoporoz ve travmaya bağlı kemik kırığı gelişmesi riskini azalttığı gibi kas kitlesini arttırır, kan yağlarını ve kolesterolü düzenler (Sağlık bakanlığı 2014). Aynı zamanda fiziksel aktivite demans başlamasının gecikmesi ve yaşam refahını düzeyinin kalitesinin artması, ruh sağlığının iyileştirilmesi ile ilişkili olduğu gibi hipertansiyon, obezite gibi diğer önemli BOH risk faktörlerinin engellenmesine de katkısı bulunmaktadır (WHO 2019). Dünya çapında tip 2 diyabet nedenli hastalıkların %7'sine, koroner kalp hastalığı kaynaklı hastalıkların %6'sına hem kolon hem de meme kanserinin %10'una fiziksel hareketsizliğin sebep olduğu tespit edilmiştir. (Lee ve ark. 2012). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Araştırması'nın sonucunda; boş zamanlarında yaptığı fiziksel aktivite durumu erkeklerde yüzde 22'si orta, yüzde 23'ü yeterli yüzde 55'i düşük düzeyde iken, kadınların bu oranları sırasıyla yüzde 18 ve yüzde 13 ve yüzde 69 olarak tespit edilmiştir. Orta ve yeterli seviyede fiziksel aktivite yapma durumunun kadın ve erkeklerde yaş ile birlikte azaldığı gözlenmiştir. (Sağlık Bakanlığı 2013). 2010 yılından itibaren mevcut olan en son küresel karşılaştırmalı tahminler, dünya çapında yetişkinlerin %23'ünün ve ergenlerin (11-17 yaş arası) %81'inin sağlık için fiziksel aktivite konusunda DSÖ küresel tavsiyelerini karşılamadığını göstermektedir. Açıkça hareketsizlik prevalansı, ülkeler içinde ve ülkeler arasında önemli farklılıklar göstermekle birlikte bu oran bazı yetişkin alt gruplarında %80'e kadar çıkabilmektedir. Bu oranlar, değişen ulaşım biçimleri, teknoloji kullanımı, kentleşme ve kültürel değerlerin etkisine bağlı olan ekonomik gelişme ile birlikte artmaktadır (WHO 2019). DSÖ'nün yetişkinlerin sağlığı için fiziksel aktiviteye dair küresel tavsiyesi, iş için (ücretli ve ücretsiz, ev işi dahil); seyahat için (yürüyüş ve bisiklete binme); ve eğlence için (spor dahil) birden fazla alanda üstlenilen fiziksel aktivitenin bir bileşimi ölçü kabul edilmek üzere haftada 150 dakikalık orta yoğunlukta (veya eşdeğeri) aktivitedir. Ergenler için ise tavsiye edilen, günde 60 dakika orta ila yüksek yoğunluklu aktivitedir (WHO 2010).

Tüm egzersiz çeşitleri yapılmadan önce ısınma dönemine zaman ayırmak gerekmektedir. Isınma döneminde de ekstremite kaslarına germe hareketleri yaptırılmalıdır. Yapılacak egzersizi planlarken egzersizin cinsi, miktarı, süresi, yoğunluğu ve egzersizin devam ettirilmesi olmak üzere 5 özelliğe dikkat etmek gerekmektedir (Özer ve Baltacı 2008):

a- Egzersizin cinsi:

• Merdiven çıkmak, yüzmek, dans etmek, yürümek ve tempolu koşmak gibi büyük kas gruplarının kullanılmasını sağlayan aerobik ve ritmik özellikteki aktiviteler.

• Günlük rutin yaşam aktivitelerinde artış sağlamak için arabayı ev ve iş yerinden biraz daha uzağa park ettikten sonra o noktadan yürümek, asansör yerine merdiveni kullanmak.

• Meslek ile ilgili ve reaksiyonel aktiviteler

• Direnç egzersizleri: Haftada en az iki gün minimum yarım saat olacak şekilde kol ve bacak gibi büyük kas grupları çalıştırılmalıdır. Toplamda en az 8 en fazla 12 tekrarla, 10-12 tip egzersiz yapılmalıdır.

b- Egzersizin miktarı: Haftada en az 3, en fazla 5 gün yapılmalıdır

c- Egzersizin süresi: Temel hedef günde ortalama olarak en az 30 dakika olmasıdır. Bu 30 dakikalık sürenin ilk 10 dakikası ısınma hareketlerine ayrılmalı, sonrasında da aerobik egzersiz en fazla 60 en az 20 dakika olacak şekilde yapılmalıdır. Toplam süre egzersizin yoğunluğuna bağlıdır. Daha önce egzersiz yapmamış yetişkinlere hafif yoğunlukta ve uzun süreli egzersizler önerilmektedir çünkü ağır yoğunluktaki egzersiz tipleri muhtemel sorun ve risklere neden olabilmektedir.

d- Egzersizin yoğunluğu: En yüksek kalp atım hızı yaş ile ilgilidir ve 220 sayısından yaşın çıkarılması ile en yüksek kalp atım hızı bulunup orta düzeyde egzersiz yapmak için kişiler fiziksel aktiviteyi en yüksek kalp atım hızının %50-70'i civarında olacak şekilde yapmalıdır.

e- Egzersizin devam ettirilmesi: Hafif yoğunluk ile başlanmalı sonrasında da kademeli artış ile egzersizin yoğunluğu ve egzersiz yapılan süre arttırılmalıdır (Özer ve Baltacı 2008).

2.4.3 Sağlık Sorumluluğu

Bireysel davranışı değiştirmeye ve risk faktörlerine maruz kalmayı azaltmaya odaklanan bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele çabaları, bazen sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemek için bireysel sorumluluk gerektirir (Brown ve ark. 2019). Bireysel iyilik hali açısından aktif olarak sorumluluk hissedilmesi sağlık sorumluluğu olarak tanımlanmıştır. Aynı zamanda bireyin sağlığına gösterdiği özen, gerekli durumlarda profesyonel yardım için başvuru yapabilmesi ve sağlığıyla ilgili bilgi edinebilmesidir (Bahar ve ark. 2008).

Sağlık davranışları bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyinden, sağlık eşitsizliklerinden, içinde yaşadığı toplumun alışkanlıklarından, sosyal medyadan ve zihinsel gibi pek çok faktörden etkilenir. Bilindiği gibi aşırı alkol tüketmek ve beslenmek, aşırı egzersiz yapmak,

ehliyet kemeri takmamak ve sigara içmek sağlık için risk oluşturan davranışlar olmak üzere kabul görmektedir. Sağlığımıza için zararlı olan bu davranış şekilleri halk sağlığı ve birey için tehdit oluşturmaktadır. Mevcut probleme dair çözüm için en düşük maliyetli ve basit olan yol ise çevresel faktörler ve bireylerin sosyokültürel yapısı göz önünde bulundurularak bireysel sorumluluk için yaşam tarzı değişikliği yaparak riskleri minimuma indirgemektir (Avcı 2016).

Bireyin sağlığına dair bu davranış şekillerini özgür olarak tercih ettikleri var sayılmaktadır. Fakat bu sorumlulukları kişilerin gerçekleştirdiği eylemler, başkalarından duymuş oldukları bilgiler ve bu eylemler için gönülsüz veya gönüllü olmaları ve benzeri faktörlerden etkilendiği görülmektedir. Bireylerin sağlık davranışına dair eylemleri içten gelen ve dış dünyadan kaynaklanan pek çok faktörden etkilenir. Kişisel sağlık sorumluluğu tartışılırken dikkate alınması gereken kişilerin içten gelen faktörleridir (Davies ve Thirlaway 2013). İki tür sağlık sorumluluğu olduğu konusundan bahsedilecek olursa, Nedensellik sorumluluğu; bireyin davranışlarının sonucuna göre karar verdiği seçimlerin tespit edilmesini ifade ederken, rol sorumluluğu; bireyin otonom karar vermesini ifade etmektedir. Bu sorumluluk türleri birbirine bağlı olup nedensellik sorumluluğu bireyin rolü sonucunda yaptığı tercihlerin ve eylemlerin sağlık durumunu belirlemeye yardımcı olduğunu vurgularken rol sorumluluğu ise bireyin davranışını vurgulamaktadır (Minkler 1999).

Sağlığın geliştirilmesi ve sağlık sorumluluğu arasında mevcut olan kuvvetli bir iletişim olduğu görülmektedir. Sağlığını geliştirilmeye dair çaba sarf etmesi sağlığa dair sorumlulukları için farkındalık düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Bireyin sağlığı için belirleyici olan etkenlerin geliştirilebilmesi açısından sağlığı için sorumluluk geliştirebileceği sosyal destek ve bilginin sunulabilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanmış "Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023" (2014) ün hedeflerinden biri olan öz bakımın geliştirilmesi; bireyin, sağlığını geliştirme ve koruma açısından sorumluluğa sahip olması ve gerekli olan şeyleri uygulayabilmesi, bunları gerçekleştirebilmesi için de toplumsal ve kamusal desteğe ve bunları mümkün kılan kontrol mekanizmalarına kolayca erişebilecek kişilerden oluşmuş bir topluma ulaşılması olarak tanımlanır. Toplumu oluşturan birey öz bakımının sorumluluğunu alabilirse yaşam tarzına dair uygulamaları yaşadığımız çağda karşılaştığımız pek çok sağlık problemini önleyebilir. Bunun sonucunda da bireyin elde ettiği iyilik hali gelişerek toplumların sağlık düzeyini yükseltir (Chew ve ark. 2002).

2.4.4 Manevi Gelişim

Maneviyat; anlam bulma, kişinin kendini ve aynı zamanda benliğinin başkaları ve evren arasındaki ilişkilerini kabul edişini içermektedir. Maneviyat ve din kavramı her ne kadar sık sık birbirinin yerine geçse de bu iki kavram arasında pek çok farklılık mevcuttur. Dini uygulamaları içerse de maneviyatın daha kapsamlı olduğu düşünülmektedir. Dini uygulamaları yerine getirsin ya da getirmesin tüm insanlarda manevi bir boyutu mevcuttur ve bu manevi boyut kişilerin hayatlarında hastalık, sağlık, acı, üzüntü ve ölüm için anlam bulmasını sağlar (Akgün ve Kardaş 2016). Sosyal ve davranış bilim alanlarındaki uzmanlar felsefi açıdan ruhun, bedenin ve aklın arasındaki uyum ve birlikteliği şeklinde sağlığı tanımlamaktadır. Aklın bedeni, ruhun ise aklı kontrol ettiği savunulmakla birlikte felsefi açıdan birey "manevi tecrübeler yaşamakta olan insani bir varlık" olarak değil aksine "insani tecrübeler yaşamakta olan manevi bir varlık" olarak tanımlamaktadır. Bu nedenle bireyin biyopsikososyal çevresini sarmalayan maneviyat kavramı yaşam doyumu ve yaşam kalitesi gibi değişkenleri tespit etmek için kullanılan ölçeklere katılmaya başlanmıştır (Kelly 2004). Bireyin kendisinin ve varoluşunun getirdiği sınırlar dışında olan bir güç olarak tanımlanan maneviyat farklı bir ifadeyle fiziksel boyutu kapsadığı gibi bunun daha da ötesine geçerek kişisel farkındalığı ortaya çıkarır. Yapılan çalışmalarda hayatına pozitif bir şekilde destek olarak bireyin barış ve huzur içinde yaşamasına olanak sağlayan manevi değerlerin sonuçta bireyin yaşadığı stres ve anksiyete düzeyinin azaltılmasına katkıda bulunarak sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine olumlu etkiler yapacağı ifade edilmiştir (Yılmaz ve Okyay 2009).

Tıp alanında akılcı yaklaşımlar ve manevi alanın ilişkisi 20. yüzyılın başlarından itibaren kesilmiştir. Fakat bireyin hastalık sürecinde hassas yaklaşım talep etmesi, manevi arayış içine girmesi ve birey için tedaviyi destekleyen önemli bir faktör oluşunun fark edilmesi tıbbi yaklaşımda maneviyatın tekrar önem kazmasına yol açmıştır. Bununla birlikte, maneviyatın sağlık hizmeti uygulamalarında şu açılardan da önemli olduğu görülmektedir:

- Manevi değerlerin tedavi ve hastalık sürecinde birey için güç kaynağı olabilecek potansiyeli taşıması.
- Uygulanacak tıbbi müdahaleler açısından birey için manevi değerlerinin belirleyici olma olasılığı.
- Bireyin tedavi sürecini olumsuz etkileme riskine karşı, hastalık sürecinde gelişme ihtimali olan manevi stresin tespit edilmesine ve önlenmesine dair çalışmalar yapılması ve sonuç olarak

uygulanan bu tedavi sürecini aksatma ihtimali olabilecek herhangi bir içsel sürece bireyin girmesinin önüne geçilmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır (Boztilki ve Ardıç 2017).

Hastalık, iyileşme ve hayatın sonuna gelme süreçlerindeki klinik uygulamalar sırasında bireyin manevi boyutuna hitap edebilmek, hastaya fiziksel ve zihinsel esenlik ile manevi bakımı olumlu bir şekilde birleştiren ek bir fayda sağlar, çünkü maneviyat duyguları daha fazla gelişmiş olan insanlar, karşılaştıkları zorluklarla daha dirençli bir şekilde başa çıkmaktadır (Sankhe ve ark. 2017).

2.4.5 Kişilerarası İlişkiler

Nedensel gereklilik haricinde anlamlı ilişkiler kurabilmek kişilerarası ilişkileri dolayısıyla iletişimi kullanmayı gerektirmektedir. Bu iletişim de sözlü veya sözlü olmayan mesajlar aracılığıyla düşünce ve duygularını paylaşmayı içermektedir (Bahar ve ark. 2008). Bireyin yaşadığı çevreye olan ilgisi toplumsal ortamda ortaya çıkan doğuştan gelen bir ihtiyaçtır. Bireyin yaşamının ilk yıllarında çevresine göstermiş olduğu sevgi ve yakınlık davranışları ilerleyen hayatında yardım, etkileşim ve paylaşım gibi davranışlar ile daha fazla anlam kazanmaktadır. Kişilerarası ilişkiler geliştirip bu kurduğu ilişkilerde kabul görme isteği zaman geçtikçe daha belirgin hale gelmektedir. Kurulan bu kişilerarası ilişkilerde başarıyı elde edemeyen bireylerin problem çözmede yetersiz kaldığı, yüksek düzeyde kaygı yaşadığı, çevresindeki insanlara ve kendine daha az güvendiği gözlenmektedir. Tam tersi şekilde başarılı iletişim becerisi geliştirmiş olan bireylerin özgüvenlerinin daha yüksek olduğu, karşılaştığı problemlere objektif ve çözüm odaklı yaklaşabildikleri ve daha etkin problem çöme becerisine sahip oldukları gözlenmiştir (Erözkan 2009a).

Kişilerarası ilişkilerde başarılı olmanın ön koşulu, mevcut problemin diğer problemler ile ilgili olabileceğinin bilinmesidir (Erözkan 2009b). Bireyin iletişim kurmasının yanı sıra nasıl bir iletişim kurduğu fiziksel ve psikolojik sağlığı açısından önemli bulunmuştur. Çevresindeki insanlar ile olumlu veya olumsuz etkileşime girip ilişki kuran bireyin kendini ifade etme, iletişim kurma ve etkileşim içinde olduğu insanlara yaklaşım şekli kişilerarası ilişkilere yaklaşım tarzını oluşturmaktadır (Doğan ve Sapmaz 2012). Tek taraflı ortaya konulmuş bir ilişki olmadığı için iletişim, karşılıklı beraberlik ve etkileşime dayanmaktadır. Sürdürülen iletişim karşılıklı kurulamamış ise zamanla kişilerarası başarısızlık kaçınılmaz olabilmektedir. Problem çözümünde en etkili yolun genel olarak iyi bir iletişim kurmaktan geçmekte ve iletişim problemleri çözüme kavuşturulamadan doyurucu bir yaşam sürmenin zor olduğu

gözlenmektedir. İletişim becerisine sahip olma ve bu konuda bilinçlenme bireye önemli etkileşim imkanları da sağlayabilmektedir (Erözkan 2009b).

Sağlıklı ve etkili iletişim kurma üzerine etki eden birçok faktör bulunmaktadır. Sağlıklı ve etkili iletişimi etkileyen ana koşullar etkileşimde bulunan bireylerin kişilikleri, iletişimin önemi ve içeriği, etkileşimin gerçekleştiği psikolojik ve fiziksel ortam, kültürel farklılıklar, iletişim becerilerini kullanıp kullanmama ve iletişim ilkelerine uyup uymama durumları olarak kabul görmektedir (Korkut ve Bugay 2014). Doğal empati ve cana yakın kişilikler yakınlık ve sevilebilirliği kolaylaştırsa da etkili ve açık iletişimin yerini tutmaz (Levinson ve ark. 2010). Uluslararası düzeyde, sağlık hizmeti sistemleri ve kuruluşları sürekli olarak performansı iyileştirmek, hasta ve sağlık personeli deneyimini geliştirmek ve hastalara dair daha iyi sonuçlar elde etmek için çaba göstermektedirler. Bunları sağlamak için, sağlık ve sosyal bakım profesyonelleri giderek artan bir şekilde bir dizi karar alma süreçleri, kişi merkezli bakım planlaması, klinik kılavuzların ve bakım sunum sistemlerinin geliştirilmesi, araştırma stratejileri ve protokolleri, hükümet ve kuruluşlara ait politikalar çerçevesinde hastalar ve toplum ile etkileşime girmektedir (Stewart ve ark. 2000). Genel ve özel olup olmadığı fark etmeksizin, hastalar ve sağlık çalışanları ile etkileşim, iyi iletişim becerileri ve kişiler arası güvene dayalı ilişkiler gerektirmektedir. Bu temel beceriler sadece hasta-sağlık çalışanı ilişkisi için değil, aynı zamanda meslektaşlar arası ilişkiler ve ekip içi iletişim için de geçerlidir. Hastaların tedavi kararlarına katılımının artırılması ve hastalar ile sağlık profesyonelleri arasındaki daha fazla ortaklık sağlanması, hasta güvenliğini ve gelişmiş hasta memnuniyetini sağlamaya yardımcı olacaktır. (Chambers 2018).

2.4.6 Stres Yönetimi

Günlük yaşantıda meydana gelen hızlı değişim ve gelişmeler sosyal hayat ve iş hayatımıza da oldukça fazla hız ve hareketlilik katmaktadır. Sosyal bir varlık olan insan da artan bir ivmeyle gelişen ve değişen hayat koşullarından kaynaklanan ruhsal ve fiziksel sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması nedeniyle farklı tepkiler vermekte ve kaçınılmaz bir şekilde bu değişimlere ayak uydurmaya çabalamaktadır. İnsanlar hangi iş kolunda çalışıyor ya da hangi sosyal ortamda yaşıyor olduğu fark etmeden çok hızlı olan bu değişimler nedeniyle hayatlarının çok büyük bir bölümünde kendi sınırlarını zorlamak durumunda kalmaktadırlar. Bu yüzden günümüzde stres sık kullanılan ve karşılaşılan bir kavram haline gelmiş olduğu dikkat çekmektedir. (Bozhüyük ve ark. 2012). 1950 yılında yaptığı çalışma sonrasında Selye'nin stres

terimini, organizmanın içinde bulunduğu çevreye karşı edindiği bir durum olarak tanımladığı, bireyi etkileyen çevresel bir uyaran olarak gördüğü vurgulanmıştır. Bu yaklaşım sonucunda Selye tarafından stresör ve stres tanımları ön plana çıkarılarak, bireyin bir dizi tepki ürettiği çevreye ait uyarıcı stresör, uyarıcılar için geliştirdiği tepkiyi ise stres olarak tanımlayacak şekilde stresi bireyin pek çok stresöre karşı geliştirdiği genel tepki olarak tanımladığı ifade edilmektedir (Güçlü 2001). Çoğu zaman halk arasında algılanan karşılığı kötü olsa da stres, iyi ve kötü olarak değerlendirilebilmektedir. Bireyin ihtiyaç duyduğu uyanıklığı ve gücü verdiği koşullarda stres iyi, hastalıklara sebep olup birey için zararlı etki gösterdiği durumlarda ise kötü olarak değerlendirilmiştir (Bozhüyük ve ark. 2012).

Global olarak yaşanan endüstrileşme sürecinde oluşan makineleşme ve seri üretimle birlikte zaman kavramı ve insan gücü önem kazanırken iş gücü ve çalışma saatlerinin de bunlarla orantılı olarak artma eğiliminde olduğu dikkat çekmektedir. Bu sürecin de çalışan bireyde psikolojik ve fizyolojik sağlık sorunlarına yol açacak şekilde stresi tetiklediği ifade edilmiştir (Ayla 2019). Psikolojik ve fiziksel stresler bireyde evreler halinde oluşmaya devam edecek birtakım değişikliklere neden olmaktadır. Bu durum "Genel Adaptasyon Sendromu" olarak tanımlanmaktadır araştırmacılar tarafından. Kişi işyeri kaynaklı sorunlarla baş edebilmek üzere geliştirmiş olduğu adaptasyon mekanizmalarının işlevsel hale gelmesiyle ilk olarak alarm reaksiyonu verir. Ardından direnç evresinin başladığı gözlenir ve son olarak da tükenme evresi ile yüz yüze gelebilir (Özer ve Baltacı 2008).

İşle ilgili stres, iş yükleriyle başa çıkmak için yeterli bilgi, yetenek veya becerilerin olmaması durumunda işle ilgili taleplere verilen bir tepkidir. Bu nedenle, bir çalışanın bireysel stres deneyimi ve davranışları ile bununla baş etme yolları hakkında bilgi sahibi olması hem kişisel iyilik hali hem de mesleki başarı için önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca, kişilik özelliklerine dair bilgisi, iş yükleriyle başa çıkmada da yardımcı olmaktadır. (Thielmann ve ark. 2022). Stres yönetimi yaşam kalitesini arttırmak ve stres ile başa çıkmak için mevcut durum veya bu durum için verilmiş olan tepkilerde farklılık geliştirebilmek olarak tanımlanmıştır (Güçlü 2001).

Her insanın stres durumuna verdiği cevap gibi stres neden olan faktörleri de birbirinden farklı olmaktadır. Strese cevap verme şeklinin de kişiden kişiye değişebilmekle birlikte birçok faktöre bağlı olduğu kabul edilmektedir. Sosyal aktivitelere katılmak, gerilime sebep olan aktivitelerden uzak kalmak**,** zihinsel düzenleme ve dönüşüm, beden egzersizleri, gevşeme teknikleri, inanç ve davranış değişikliği stresle edebilmek için yöntemler olarak

sayılabilmektedir. Yaşam tarzı değişikliği içeren ve bireysel stresle baş etmenin bilinen bir başka yolu ise Braham tarafından geliştirilmiş olan DKBY modelidir. Bu modele göre, D; değiştir (mümkünse içinde bulunulan olumsuz durumu değiştirmek), K; kabul et (Değiştirilmesi mümkün olmayan durumu kabullenmek), B; boş ver (olaylara zihinsel ve duygusal olarak başka açıdan yaklaşarak yeni ve farklı bir yorum getirmek), Y; yaşam tarzını yönet (duygusal destek, rahatlama, diyet, egzersiz ve benzeri yöntemlerle, ileride stres oluşturabilecek unsurları ortadan kaldırmak) olarak yer almaktadır (Bozhüyük ve ark. 2012).

2.5 Salığın Geliştirilmesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü

Sağlık çalışanlarının görevi toplumdaki sağlığa dair olumsuz alışkanlıkları ve davranışları belirleyerek SYBD aracılığı ile sağlığı geliştirmek için olumsuz sağlık uygulamalarının yerine olumlu olanları koymak adına bireylerin farkındalık düzeyini yükseltmek için yol gösterici olmalarının gerekliliği vurgulanmıştır (Yanık ve Noğay 2017). Bu yüzden de sağlık profesyonellerinin sağlığın geliştirilmesine dair sorumlulukları daha fazladır çünkü sundukları sağlık ve gerektiğinde eğitim hizmetleri dolayısıyla bireyler için kendi yaşam tarzları ile yeri geldiğinde örnek alınan kişiler olmaktadırlar (Gömleksiz ve ark. 2020). Sağlık profesyonellerinin sağlıklı davranışlarda bulunduklarında hastaları için önleyici danışmanlık sağlama ihtimallerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Sağlıklı davranışlar sergileyen profesyonellerin, hastalarını sağlık açısından riskli davranışlardan kaçınmaya motive ederken daha yüksek öz yeterliliğe ve güvene sahip olduğu bildirilmiştir (Lobelo ve ark 2009). Sağlıklı yaşam için çabanın sürdüğü yerlerden birisi de hayatın önemli bir kısmının geçmekte olduğu iş yerleridir. Dolayısıyla sağlık çalışanları ve sağlık kurumları da bu çerçeve içerisinde değerlendirilmelidir. Sağlık çalışanlarının iş doyumunu, moral gücünü, özgüvenini ve sağlığı koruma becerilerini arttırmak ve yaşadıkları stresi azaltmak için sağlıklı davranışların teşvik edilmesini sağlayan çalışma veya programlar ile işyerinde sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı yaratılmalıdır (Koseoglu ve Esin 2015). İşlevsel olmayan iş yeri alanları, mesleğe bağlı stres, uzun süren yüksek tempolu çalışma şekli dolayısıyla sağlık çalışanları başka meslek grubu çalışanlarına kıyasla daha fazla mesleki risk ile karşılaşmakta ve bu faktöreler de sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir (Parlar 2008).

Tıbbi uygulamalarda hasta öncelikli olduğu için zaman zaman hasta sağlığı uğruna sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarından bile fedakârlık yapmaları beklenmektedir. Fakat unutulmamalıdır ki toplumun sağlığını iyileştirmek için çaba gösterirken sağlık çalışanları ve

hem güvenliklerini hem de kendi sağlık önemsemelidir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri sunulan sağlık hizmetinin verimliliği ve kalitesi ile doğru orantılı olarak değerlendirilmektedir. Çalışan sağlığı da üretilen işin verimlilik düzeyine etki eden en önemli faktörlerden birisi olarak kabul edilmektedir (Karahocagil ve ark. 2007). Yetenekli, motive olmuş ve desteklenen sağlık çalışanlarının geliştirilmesi, ulusal ve küresel sağlık hedeflerine ulaşılmasındaki darboğazların aşılması için esastır. İş gücü, her sağlık sisteminde sağlığın ilerlemesinde merkezi bir öneme sahip olmaktadır (Deriba ve ark. 2017).

Bu çalışmada ise amaç, üniversitemiz bünyesinde hizmet veren farklı mesleklere sahip sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışlara etki eden çeşitli faktörlerin ortaya konulması olarak belirlenmiştir. Sağlık hizmeti veren bu grubun kendi sağlığı, sağlıklı yaşam biçimi konusundaki farkındalığı ve bu seçtikleri yaşam biçiminin bireysel sağlık durumlarına etkisi yönünden elde olunacak sonuçların aynı zamanda sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi bakımından da değerli olacağı düşünülmüştür.

3. MATERYAL VE METOT

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma; bir üniversite hastanesinde hizmet vermekte olan sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışlara etki edebilecek faktörlerin tespit edilmesi amacıyla yapılmış kesitsel, gözleme dayalı bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yapılmıştır.

3.3 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde hizmet vermekte olan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmanın evreni çalışmaya katılmayı kabul etmiş 305 kişiden 9 kişinin formları eksik doldurmuş olması nedeniyle çalışmadan çıkarılması sonrasında geriye kalan 296 sağlık çalışanından oluşmaktadır. Araştırma tek merkezli olarak yürütülmüştür. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına göre yapılmıştır.

3.4 Araştırmaya Katılım ve Dışlama Kriterleri

Çalışmaya Dahil olma Kriterleri:

• Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde sağlık çalışanı olarak görev yapmak,

• 18 yaşından büyük olmak,

• Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmanın gönüllü olarak istenmesidir.

Çalışmaya Dahil Olmama Kriterleri:

• Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde sağlık çalışanı olmamak,

• Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmemektir.

3.5 Araştırmanın Yapılması İçin Alınan İzinler

1. Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Komisyonu'nca 23.09.2022 tarihinde 07 numaralı oturumda incelenerek bu çalışmanın ilgili etik kurul yönergesindeki şartlara uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

2. Gönüllü olarak araştırmaya katılan sağlık çalışanları, kimlik bilgilerini yazmak istemedikleri için kişisel verilerin korunması ilkesine göre yazılı onam yerine, ankete katılan sağlık çalışanlarının sözel onamları alınmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri, bireysel özellikleri ve çalışma koşulları ile ilgili durumlarını sorgulayan bir anket formu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II (SYBD-II) ölçeği kullanıldı.

3.6.1 Anket formu

Sağlık çalışanlarına sunulan 23 sorudan oluşan anket formunda; yaş, cinsiyet, medeni durum, evdeki yaşam durumu, mesleği ve meslekte kaçıncı yılında olduğu, haftalık çalışma süresi ve çalışma biçimi, mesleğine yönelik memnuniyet ve stres durumu, sigara ve alkol kullanım durumu, sosyoekonomik düzeyini nasıl algıladığı, günlük öğün sayısı ve stresin iştah durumuna etkisi, günlük uyku süresi ve kalitesi, uykusuzluk yaşama durumu, sağlık durumunu nasıl algıladığı, boy ve ağırlığı, kronik hastalıkları ve en son doktor görüşmesinin tarihi soruldu.

3.6.2 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Walker ve ark. Tarafından 1987 yılında SYBD ölçeği, Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak geliştirilmiş ve bireylerin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkisi olan sağlığı geliştirmeye yönelik davranışların puanlayarak tespit eden bir ölçektir. Geliştirilen SYBD ölçeğinin (SYBDÖ) ilk hali altı faktör ve 48 maddeden oluşmaktadır. 1996 yılında Walker ve ark. Tarafından üzerinde tekrar çalışılıp yenilenerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD-II) olarak adlandırılmıştır. Ülkemizdeki Türkçeye uyarlanmasına yönelik geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Bahar ve ark. (2008) tarafından yapılmıştır. SYBD-II ölçeğinin puanlaması dörtlü Likert kullanılarak düzenli olarak 4 puan, sık sık 3 puan, bazen 2 puan, hiçbir zaman 1 puan olmak üzere derecelendirilerek puanlanmıştır. Ölçek tümü olumlu olmak üzere 52 sorudan ve altı alt faktörden oluşmaktadır. Dolayısıyla ölçekten alınabilecek puanlar arttıkça belirtilen sağlık davranışı düzeyi de artmaktadır. Bu alt faktörler ise stres yönetimi, manevi gelişim, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası ilişkilerdir. Ölçeğin tamamı için alınabilecek en yüksek puan 208 iken, en düşük puan 52'dir.

Ölçeğin alt faktörleri:

Beslenme; kişinin beslenme için yapmış olduğu seçimlerin özelliklerini aynı zamanda tercih ettiği beslenme düzeni ve öğün kontrolü hakkında bedensel sağlık sorumluluklarının ne düzeyde olduğu konusunda fikir verir (Beslenme alt faktörü madde numaraları: 50, 44, 32, 26, 14, 38, 20, 8, 2).

Fiziksel aktivite; birey tarafından uygulanan bedensel aktivitenin ne düzeyde olduğunu gösterir (Fiziksel aktivite alt faktör madde numaraları: 46, 34, 22, 10, 4, 16, 28, 40).

Sağlık sorumluluğu; kişinin sağlığını ve buna dair sahip olduğu sorumluluğu algılama düzeyi ve sorun yaşadığı zaman profesyonel yardım almaya açık olup olmadığı hakkında bilgi verir (Sağlık sorumluluğu alt faktör madde numaraları: 45, 33, 21, 15, 9, 3, 27, 51, 39).

Manevi gelişim; kişinin kendini geliştirme yeteneği, yaşama dair amaçları, kendisini hayatına dair hangi düzeyde memnun edebildiği ve tanıdığı hakkında bilgi verir (Manevi gelişim alt faktör madde numaraları: 48, 12, 52, 30, 24, 36, 42, 6, 18).

Kişiler arası ilişkiler; kişinin yaşadığı çevre ile kurmuş olduğu ilişkinin niteliği ve devamlılık seviyesi hakkında bilgi verir (Kişiler arası ilişkiler alt faktör madde numaraları: 49, 25, 43, 19, 31, 7, 37, 13, 1).

Stres yönetimi; kişinin stresi kontrol edebilmesi için psikolojik ve bedensel ihtiyaçlarını belirleme ve bu ihtiyacı gidermeye yönelik hareketlerinin seviyesi hakkında bilgi verir (Stres yönetimi alt faktör madde numaraları: 41, 23, 11, 29, 35, 5, 17, 47).

3.7. Verilerin Toplanması

Veri toplama araçları bireysel olarak ulaşılabilen katılımcılarla yüz yüze görüşme tekniği ile ve kişilerin okuyup cevapları işaretlemesi yoluyla yaklaşık 10-12 dakikada tamamlanmıştır. Bireysel olarak ulaşılamayan katılımcıların ise çevrimiçi ortamda Google Forms platformu kullanılarak hazırlandıktan sonra sunulan ortalama 10-12 dakika süren formları doldurmaları istenmiştir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmamızın verileri değerlendirilmeden önce gruplamalar ve kodlamalar yapıldı.

Katılımcıların yaşları 20-29, 30-39, 40-49 ve 50 ve üzeri olmak üzere gruplandı.

Medeni durum ilgili sorulara verilen yanıtların yanı sıra evli olanlar ve evli olmayanlar (bekar, boşanmış, eşi vefat etmiş, ayrı yaşıyor) olmak üzere iki grup olarak değerlendirildi.

Katılımcıların ağırlık ve boy uzunluğu verileri ile VKİ, Ağırlık(kg) / Boy uzunluğu (m)2 formülü ile hesaplandı. Çıkan sonuçlar, DSÖ sınıflaması temel alınarak gruplandırıldı (WHO):

- <18,5 olması zayıf
- 18,5- 24,99 arasında olması normal
- 25,0- 29,99 arasında olması fazla kilolu (pre-obezite)
- 30,0 ve üzeri obez olarak değerlendirildi.

Meslekte geçirilen süre (yıl) ilgili sorulara verilen yanıtların yanı sıra 10 yıl ve altı (0-5 yıl, 5-10 yıl), 10 yıl üzeri (10-15 yıl, 15 yıl ve üzeri)olmak üzere iki grup olarak değerlendirildi.

Çalışmamızda haftalık çalışma saati ilgili sorulara verilen yanıtların yanı sıra 40 saat ve 40 saat üzeri (40-50 saat, 50 saat ve üzeri) olmak üzere iki grup olarak değerlendirildi.

Çalışma biçimi ilgili sorulara verilen yanıtların yanı sıra sürekli gündüz ve diğeri (sürekli gece, dönüşümlü/vardiyalı, gündüz mesaisi ve nöbet) olmak üzere iki grup olarak değerlendirildi.

Katılımcıların evde kiminle beraber yaşadığı ilgili sorulara verilen yanıtların yanı sıra yalnız yaşayanlar ve yalnız yaşamayanlar (anne, baba ve kardeşlerle, eş ve çocuklarıyla, sadece çocuklarıyla, diğer) olmak üzere iki grup olarak değerlendirildi.

Sağlık durumu ilgili sorulara verilen yanıtların yanı sıra iyi (mükemmel, çok iyi, iyi), orta, zayıf olmak üzere üç grup olarak değerlendirildi.

Rutin doktor kontrolü ilgili sorulara verilen yanıtların yanı sıra son 1 yıl içinde, 1 yıldan daha uzun sürede (son 2 yıl içinde, son 3 yıl içinde, son 4 yıl ya da daha fazla) ve hiç gitmedim olmak üzere üç grup olarak değerlendirildi.

Ulusal uyku vakfı (NFS) tarafından hem uyku alanında hem de tıp, fizyoloji ve bilim olmak üzere diğer alanlarda uzman olan birçok katılımcıdan oluşan multidisipliner bir uzman paneli tarafından yapılan sistematik literatür taraması sonucunda NFS tarafından önerilen uyku devam süresi değerlendirilmiş ve yetişkinler için kabul edilebilir sürdürülebilir uyku süresinin 7 ila 9 saat aralığında olduğu kanaatine varılmış olduğu bildirilmiştir (Hirshkowitz ve ark. 2015). Itani ve arkadaşlarının (2017) yaptığı sistematik inceleme, meta-analiz ve meta-regresyon çalışmasında mortalitede kısa uyku süresinin doz-tepkisi incelenmiş ve mortalitede istatistiksel olarak anlamlı bir artış ile altı saatin altındaki sürdürülebilir uyku süresi arasında doğrusal bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu kapsam içerisinde katılımcıların verdiği cevaplar uyku süresi için ilgili sorulara verilen yanıtların yanı sıra 7 saatten az, 7 saat ve üzeri olmak üzere iki grup olarak değerlendirildi.

Uyku kalitesi ilgili sorulara verilen yanıtların yanı sıra iyi (çok iyi, iyi), orta, kötü (kötü, çok kötü) olmak üzere üç grup olarak değerlendirildi.

Gün içinde uykusuzluk yaşama durumu ilgili sorulara verilen yanıtların yanı sıra uykusuzluk şikâyeti olan (her zaman, sıklıkla, ara sıra, nadiren) ve uykusuzluk şikâyeti olmayan olmak üzere iki grup olarak değerlendirildi.

Sağlıklı yaşam için yetişkinlerin bir günde 3 ana öğün ve 2 veya 3 ara öğün ile beslenmesinin ve mutlaka kahvaltı yapılmasının (TÜBER 2015) gerekliliği bildirilmiştir. Günlük tüketilen öğün sayısı ilgili sorulara verilen yanıtların yanı sıra 3'ten az, 3 ve daha fazla öğün olmak üzere iki grup olarak değerlendirildi.

Katılımcıların sigara kullanma durumu sorulduğu şekliyle evet ve hayır olarak değerlendirildi, içilen sigara miktarı paket/yıl olarak hesaplanarak ve toplam sigara içme süresi değerlendirildi.

Alkol kullanım miktarı yasal olarak alkol kullanabilecek yaşta olan yetişkinler için kullanılan alkolün cinsine veya tüketilen içeceğin % kaç oranında alkol içerdiğine bakılmaksızın standardizasyon için 1adet içecek (drink) baz alınarak hafif (ılımlı) içici; kadınlarda günlük 1 adet içecek, erkeklerde günlük 2 adet içecek tüketenler iken ağır içici;

kadınlarda haftalık 8 adet veya daha fazla içecek, erkeklerde haftalık 15 adet veya daha fazla içecek tüketenlerden oluşmakta olduğu (U.S. Department of Health and Human Services ve U.S. Department of Agriculture 2015) bildirilmiştir. Bu çalışmada verilen yanıtlara göre alkol tüketim miktarı katılımcılarımızda hafif(ılımlı) içici için baz alınan değerin altında olduğu için, yanıtlar alkol kullanma durumu için evet ve hayır cevapları baz alınarak ve alkol kullanma süresi (yıl) açısından değerlendirildi.

Mesleki memnuniyet durumu ilgili sorulara verilen yanıtların yanı sıra memnun olmayan (hiç memnun değilim, memnun değilim), kararsız ve memnun olan (memnunum, çok memnunum) olmak üzere üç grup olarak değerlendirildi.

3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel analiz Windows için SPSS 22.0 sürüm yazılım programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, min. (minimum)-max. (maksimum) değerler olarak ifade edilmiştir.

Normallik analizinde "SYBD II toplam puanı, manevi gelişim, beslenme, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve kişilerarası ilişkiler olmak üzere alt grupların puanı, sigara içilen toplam süre ve günlük uyku süresi" değerlerinin Shapiro–Wilk testinde normal dağılım göstermesi üzerine parametrik test prosedürleri işletilmiştir. Bu kapsamda parametreler arasındaki ilişkilerin tespiti için ANOVA Varyans Analizi, Bağımsız Gruplarda T Testi ve Pearson Korelasyon Testi kullanıldı. Normallik analizinde "yaş, VKİ, günlük öğün sayısı, kaç paket/yıl sigara içildiği ve toplam alkol kullanım yılı" değerlerinin Shapiro–Wilk testinde normal dağılım göstermemesi üzerine parametrik olmayan test prosedürleri işletilmiştir. Bu kapsamda parametreler arasındaki ilişkilerin tespiti için Kruskal Wallis Varyans Analizi, Mann-Whitney U Testi ve Spearman's Rho Korelasyon Testi kullanıldı. Gruplar arasındaki farklılığın kaynağını saptamak için ise Dunn Bonferroni testi kullanıldı

Sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirilmiş olup $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.10. Araştırmanın Süresi

Araştırma Şubat 2022 tarihinde planlanmaya başlandı ve Nisan 2022 tarihinde anabilim dalında tez projesi açısından önerilmiş olup ve anabilim dalı başkanının önerileri alındı. İlgili bölümlerden gerekli izinler alındıktan sonra, Eylül-Kasım 2022 tarihleri arasında

veriler toplandı. Aralık 2022-Şubat 2023 tarihleri arasında veriler bilgisayar ortamına aktarılarak istatistiksel inceleme yapıldı. Mart 2023 tarihinde tez yazımı tamamlandı.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının SYBD II Ölçeği Puan Dağılımı

Çalışmamıza katılan 296 sağlık çalışanının SYBD II ölçeği toplam puanı ve ölçeğin altı alt faktöründen aldıkları puan dağılımına bakıldığında SYBD II toplam puanı için en düşük puan 73 ve en yüksek puan 186, puan ortalaması ise 121,29 ± 20,88, olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt faktörlerinden alınan puan ortalamaları en yüksekten en düşüğe doğru ise manevi gelişimde 24,63 ± 4,91, kişilerarası ilişkilerde 24,20 ± 4,81 sağlık sorumluluğunda 19,80 ± 4,53, beslenmede 18,82 ± 4,25, stres yönetiminde 17,66 ± 3,74, fiziksel aktivitede 16,19 ± 5,23 olarak tespit edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Katılımcıların SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımı

	SYBD-II Toplam	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi
Sayı (n)	296	296	296	296	296	296	296
Ortalama	121,29	19,80	16,19	18,82	24,63	24,20	17,66
Ortanca	121,00	19,00	16,00	19,00	25,00	24,00	17,00
Standart Sapma ±	20,88	4,53	5,23	4,25	4,91	4,81	3,74
Minimum	73	10	8	9	10	11	10
Maximum	186	36	32	32	36	36	27

4.2. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının SYBD II Ölçeği Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özellikleri İçeren Anket Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

4.2.1. Katılımcıların Cinsiyetleri ile SYBD II Ölçeğinin İlişkisi

Çalışma grubunun %47,3'ünü erkek (n=140) ve %52,7'sini (n=156) kadın sağlık çalışanları oluşturmaktaydı (Tablo 2). Yapılan değerlendirmede cinsiyet ve SYBD II ölçeğinin fiziksel aktivite alt faktörü puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,001) olup erkek sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite puanının kadın sağlık çalışanlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyet ile SYBD II toplam puanı ve diğer alt faktörlerinin puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 3).

Tablo 2: Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı			
		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Cinsiyet	**Kadın**	156	52,7
	Erkek	140	47,3
	Total	296	100,0

Tablo 3: Katılımcıların Cinsiyeti ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	Cinsiyet	**Sayı (n)**	**Ortalama**	**Standart Sapma ±**	***p****
SYBD II Toplam Puan	Kadın	156	120,80	20,559	0,669
	Erkek	140	121,84	21,291	
Sağlık Sorumluluğu	Kadın	156	20,22	4,530	0,095
	Erkek	140	19,34	4,507	
Fiziksel Aktivite	Kadın	156	15,25	4,724	**0,001**
	Erkek	140	17,24	5,577	
Beslenme	Kadın	156	19,07	4,099	0,295
	Erkek	140	18,55	4,429	
Manevi Gelişim	Kadın	156	24,51	4,915	0,670
	Erkek	140	24,76	4,919	
Kişilerarası İlişkiler	Kadın	156	24,46	4,790	0,317
	Erkek	140	23,90	4,842	
Stres Yönetimi	Kadın	156	17,29	3,717	0,075
	Erkek	140	18,06	3,738	

p:* Bağımsız Gruplarda T Testi

4.2.2. Katılımcıların Yaşları ile SYBD II Ölçeğinin İlişkisi

Çalışmaya katılanların %62,5'inin (n=185) 20-29 yaş aralığında, %28,4'ünün (n=84) 30-39 yaş aralığında, %7,4'ünün (n=22) 40-49 yaş aralığında olduğu ve %1,7'sinin (n=5) 50 yaş ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4). Yaş ortalaması ise 29,36± 6,84olarak bulunmuştur (Tablo 5). Yaş ile ölçek alt faktörlerinden yalnızca fiziksel aktivite arasında yapılan değerlendirmede anlamlı, negatif yönde ancak düşük düzeyde bir korelasyon (p = 0,012) saptanırken, SYBD II toplam puanı ve ölçeğin geriye kalan alt faktörlerinin puanları arasında anlamlı korelasyon bulunamamıştır (Tablo 6). Katılımcıların yaşlarının 20-29, 30-39, 40-49, 50 ve üzerinde olmak üzere gruplanmış hali ile SYBD II ölçeğinin fiziksel aktivite alt faktörü puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,003) olup yaşı 20-29

arasında olanların fiziksel aktivite puanı yaşı 40-49 arasında olanlardan daha yüksek tespit edilmiştir. Yaş ile SYBD II toplam puanı ve ölçeğin diğer alt faktörlerinin puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (Tablo 7).

Tablo 4: Katılımcıların Yaşa Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	20-29	185	62,5
	30-39	84	28,4
	40-49	22	7,4
	50 ve üzeri	5	1,7
	Total	296	100,0

Tablo 5: Katılımcıların Yaş, VKİ, Ortalama Uyku Süresi, Günlük Öğün Sayısı, Sigara Kullanım miktarı, Sigara ve Alkol Kullanım Yılları İçin Verdikleri Yanıtlara Dağılımı

	Yaş	VKİ*	Günlük Ort.** Uyku Süresi (saat)	Günlük Öğün Sayısı	Sigara Paket/Yıl	Sigara Kullanma Yılı	Alkol Kullanma Yılı
Sayı (n)	296	296	296	296	107	107	61
Ortalama	29,36	24,67	7,13	3,38	7,68	8,02	7,59
Ortanca	28,00	24,22	7,00	3,00	5,00	7,00	5,00
Standart Sapma ±	6,84	4,48	1,30	1,25	7,87	5,59	7,04
Minimum	20	15,99	3,0	1	0,10	1	1
Maksimum	65	61,43	10,0	11	50	25	40

*: Vücut Kitle İndeksi,
**: Ortalama

Tablo 6: Katılımcıların Yaşları ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puanları Arasındaki Korelasyon

		SYBD-II Toplam	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi
Yaş	**Spearman Rho Korelasyon Katsayısı**	-0,024	-0,059	-0,147	0,088	0,099	-0,044	-0,050
	***p* (2 yönlü)**	0,680	0,308	**0,012**	0,130	0,090	0,446	0,391
	Sayı (n)	296	296	296	296	296	296	296

Tablo 7: Katılımcıların Yaşının 20-29, 30-39, 40-49, 50 ve Üzerinde Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi								
	Yaş	**Sayı (n)**	**Ortalama**	**Ortanca**	**Standart Sapma ±**	**Min.**	**Max.**	***P****
SYBD II Toplam Puan	20-29	185	122,35	122	21,43	75	177	0,157
	30-39	84	120,63	121	20,02	73	186	
	40-49	22	112,86	111	19,35	79	153	
	50 ve üzeri	5	130,60	126	13,33	121	154	
	Total	296						
Sağlık Sorumluluğu	20-29	185	20,06	20	4,54	11	36	0,345
	30-39	84	19,67	19	4,56	10	32	
	40-49	22	18,18	17,5	4,47	10	27	
	50 ve üzeri	5	19,40	19	3,36	15	24	
	Total	296						
Fiziksel Aktivite	20-29	185	16,89	16	5,00	8	32	**0,003**
	30-39	84	15,32	15	5,68	8	32	
	40-49	22	13,32	12,5	4,04	8	21	
	50 ve üzeri	5	17,60	17	4,82	11	24	
	Total	296						
Beslenme	20-29	185	18,64	18	4,31	9	31	0,079
	30-39	84	19,29	19,5	4,10	10	32	
	40-49	22	17,77	18	4,20	11	26	
	50 ve üzeri	5	22,40	22	3,20	18	27	
	Total	296						
Manevi Gelişim	20-29	185	24,46	24	5,11	10	35	0,586
	30-39	84	24,89	25	4,52	15	36	
	40-49	22	24,32	25	4,63	15	34	
	50 ve üzeri	5	27,60	26	4,93	23	35	
	Total	296						
Kişilerarası İlişkiler	20-29	185	24,32	24	5,03	11	36	0,523
	30-39	84	24,14	24	4,59	12	33	
	40-49	22	23,05	23	3,88	16	31	
	50 ve üzeri	5	25,60	26	3,78	22	31	
	Total	296						
Stres Yönetimi	20-29	185	17,97	17	3,93	10	27	0,264
	30-39	84	17,32	17	3,36	10	27	
	40-49	22	16,23	16	3,20	11	22	
	50 ve üzeri	5	18,00	18	3,39	14	23	
	Total	296						
*p**: Kruskal Wallis Varyans Analizi								

4.2.3. Katılımcıların Medeni Durumu ile SYBD II Ölçeğinin İlişkisi

Medeni durum ile ilgili sorulan soruya verilen yanıtlara göre yapılan analizde, çalışma grubunun %37,2'si (n= 110) evli olanlardan ve %62,8'i (n= 186) evli olmayanlardan (%59,8'i (n= 177) bekar, %0,3'ü (n=1) ayrı yaşıyor, %2,4'ü (n= 7) boşanmış ve %0,3'ü (n=1) eşi vefat etmiş) oluştuğu tespit edildi (Tablo 8).

Ölçeğin alt gruplarına bakıldığındaysa medeni durum ve fiziksel aktivite alt faktörü arasında anlamlı ilişki bulunmuş (p= 0,004) ve bekar olanların fiziksel aktivite puanlarının evli olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların medeni durumları ile SYBD II toplam puanı ve geriye kalan alt faktörlerin puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 9).

Katılımcılar evli olanlar ve evli olmayanlar olmak üzere yeniden gruplandırılıp değerlendirildiğinde ise medeni durum ve fiziksel aktivite alt boyutu arasında tekrar anlamlı ilişki bulunmuş (p= 0,002) ve evli olmayanların fiziksel aktivite puanlarının evli olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmişken aynı zamanda manevi gelişim ve medeni durum arasında anlamlı ilişki tespit edilmiş (p= 0,045) olup, evli olanların manevi gelişim puanları evli olmayanlardan yüksek bulunmuştur. SYBD II toplam puanı ve diğer alt faktörlerin puanları ile medeni durumun evli olanlar ve evli olmayanlar olması arasında ise anlamlı istatistiksel ilişki bulunamamıştır (Tablo 10).

Tablo 8: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Medeni Durum	Evli	110	37,2
	Bekâr	177	59,8
	Ayrı yaşıyor	1	0,3
	Boşanmış	7	2,4
	Eşi vefat etmiş	1	0,3
	Total	296	100,0

Katılımcıların Medeni Durumunun Evli Olanlar ve Evli Olmayanlar Olmasına Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Medeni Durum	Evli Olan	110	37,2
	Evli Olmayan	186	62,8
	Total	296	100,0

Tablo 9: Katılımcıların Medeni Durumu ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	Medeni Durum	Sayı (n)	Ortalama	Ortanca	Standart Sapma ±	Min.	Max.	p*
SYBD II Toplam Puan	Evli	110	121,41	121,5	19,31	79	177	0,634
	Bekâr	177	121,64	122	22,11	73	186	
	Boşanmış	7	110,43	113	12,52	89	124	
	Ayrı yaşıyor	1	126	126	0,00	126	126	
	Eşi vefat etmiş	1	118	118	0,00	118	118	
	Total	296						
Sağlık Sorumluluğu	Evli	110	19,91	19	4,53	12	34	0,733

	Bekâr	177	19,78	19	4,58	10	36	
	Boşanmış	7	18	19	3,65	11	22	
	Ayrı yaşıyor	1	24	24	0,00	24	24	
	Eşi vefat etmiş	1	20	20	0,00	20	20	
	Total	296						
Fiziksel Aktivite	Evli	110	14,98	15	5,01	8	31	**0,004**
	Bekâr	177	17,07	16	5,23	8	32	
	Boşanmış	7	12,29	11	3,72	9	18	
	Ayrı yaşıyor	1	16	16	0,00	16	16	
	Eşi vefat etmiş	1	20	20	0,00	20	20	
	Total	296						
Beslenme	Evli	110	19,17	19	4,15	10	31	0,332
	Bekâr	177	18,62	19	4,34	9	32	
	Boşanmış	7	17,43	18	3,59	12	22	
	Ayrı yaşıyor	1	23	23	0,00	23	23	
	Eşi vefat etmiş	1	22	22	0,00	22	22	
	Total	296						
Manevi Gelişim	Evli	110	25,37	26	4,45	15	35	0,282
	Bekâr	177	24,22	24	5,23	10	36	
	Boşanmış	7	23,57	24	1,90	21	26	
	Ayrı yaşıyor	1	23	23	0,00	23	23	
	Eşi vefat etmiş	1	24	24	0,00	24	24	
	Total	296						
Kişilerarası İlişkiler	Evli	110	24,51	24	4,24	16	36	0,437
	Bekâr	177	24,11	24	5,19	11	36	
	Boşanmış	7	23	22	2,38	20	26	
	Ayrı yaşıyor	1	22	22	0,00	22	22	
	Eşi vefat etmiş	1	16	16	0,00	16	16	
	Total	296						
Stres Yönetimi	Evli	110	17,46	17	3,48	10	27	0,769
	Bekâr	177	17,84	17	3,94	10	27	
	Boşanmış	7	16,14	16	2,67	12	19	
	Ayrı yaşıyor	1	18	18	0,00	18	18	
	Eşi vefat etmiş	1	16	16	0,00	16	16	
	Total	296						
p:* Kruskal Wallis Varyans Analizi								

Tablo 10: Katılımcıların Medeni Durumunun Evli Olanlar ve Evli Olmayanlar Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	Medeni Durum	**Sayı (n)**	**Ortalama**	**Standart Sapma ±**	***p****
SYBD II Toplam Puan	Evli Olan	110	121,41	19,31	0,942
	Evli Olmayan	186	121,23	21,80	
Sağlık Sorumluluğu	Evli Olan	110	19,91	4,53	0,752
	Evli Olmayan	186	19,74	4,54	
Fiziksel Aktivite	Evli Olan	110	14,98	5,01	**0,002**
	Evli Olmayan	186	16,90	5,23	
Beslenme	Evli Olan	110	19,17	4,15	0,280

	Evli Olmayan	186	18,62	4,31	
Manevi Gelişim	Evli Olan	110	25,37	4,45	**0,045**
	Evli Olmayan	186	24,19	5,12	
Kişilerarası İlişkiler	Evli Olan	110	24,51	4,24	0,390
	Evli Olmayan	186	24,01	5,12	
Stres Yönetimi	Evli Olan	110	17,46	3,48	0,499
	Evli Olmayan	186	17,77	3,88	
p:* Bağımsız Gruplarda T Testi					

4.2.4. Katılımcıların VKİ Değerleri ile SYBD II Ölçeğinin İlişkisi

Yapılan çalışmada belirtilen boy ve kilo bilgilerine dayanarak hesaplanan VKİ değerleri göre katılımcıların %3,7'sinin (n= 11) <18,5 (zayıf), %55,1'inin (n= 163) 18,5-24,99 (normal), %31,1'inin (n= 92) 25-29,99 (fazla kilolu), %10,1'inin (n= 30) 30 ve üzerinde (obez) tespit edilmiştir (Tablo 11). Katılımcıların VKİ ortalaması ise 24,67 ± 4,48 olarak bulunmuştur (Tablo 5). VKİ ile SYBD II toplam puanı ve alt faktörlerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır (Tablo 12). VKİ ile ölçek alt faktörü kişilerarası ilişkiler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,049) olsa da yapılan ikili testlerde (Dunn testi) bu anlamlı fark kaybolmuştur. VKİ ile SYBD II toplam puanı ve ölçeğin diğer alt faktörlerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (Tablo 13).

Tablo 11: Katılımcıların VKİ'ne Göre Dağılımı

		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
VKİ	<18,5 (zayıf)	11	3,7
	18,5-24,99 (normal)	163	55,1
	25-29,99 (fazla kilolu)	92	31,1
	30 ve üzeri (obez)	30	10,1
	Total	296	100,0

Tablo 12: VKİ ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puanları Arasındaki Korelasyon

		SYBD-II Toplam	**Sağlık Sorumluluğu**	**Fiziksel Aktivite**	**Beslenme**	**Manevi gelişim**	**Kişilerarası İlişkiler**	**Stres Yönetimi**
VKİ	**Spearman Rho Korelasyon Katsayısı**	0,061	0,014	0,020	0,042	0,072	0,084	0,047
	p	0,293	0,810	0,726	0,467	0,220	0,149	0,418
	Sayı (n)	296	296	296	296	296	296	296

Tablo 13: VKİ ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi								
	VKİ	**Sayı (n)**	**Ortalama**	**Ortanca**	**Standart Sapma ±**	**Min.**	**Max.**	***p****
SYBD II Toplam Puan	<18,5	11	116,64	125	23,58	79	152	0,209
	18,5-24,99	163	119,99	119	20,69	73	186	
	25-29,99	92	124,95	124,5	20,98	77	177	
	30 ve üzeri	30	118,87	118	20,06	82	156	
	Total	296						
Sağlık Sorumluluğu	<18,5	11	19,64	19	4,38	12	26	0,641
	18,5-24,99	163	19,57	19	4,50	10	36	
	25-29,99	92	20,24	20	4,80	10	34	
	30 ve üzeri	30	19,77	20	4,00	10	27	
	Total	296						
Fiziksel Aktivite	<18,5	11	16,18	16	4,93	8	24	0,642
	18,5-24,99	163	16,23	16	5,40	8	32	
	25-29,99	92	16,50	16	5,09	8	28	
	30 ve üzeri	30	15,03	15,5	4,86	8	25	
	Total	296						
Beslenme	<18,5	11	18,91	18	4,98	11	26	0,406
	18,5-24,99	163	18,48	19	4,18	9	32	
	25-29,99	92	19,49	19	4,33	11	31	
	30 ve üzeri	30	18,60	19	4,13	10	27	
	Total	296						
Manevi Gelişim	<18,5	11	23,18	24	6,19	15	33	0,127
	18,5-24,99	163	24,36	24	4,89	10	36	
	25-29,99	92	25,59	25,5	4,93	13	35	
	30 ve üzeri	30	23,70	23,5	4,12	13	32	
	Total	296						
Kişilerarası İlişkiler	<18,5	11	22,00	23	3,82	16	27	**0,049**
	18,5-24,99	163	23,81	24	4,83	11	36	
	25-29,99	92	25,25	26	4,74	12	36	
	30 ve üzeri	30	23,87	24,5	4,82	15	31	
	Total	296						
Stres Yönetimi	<18,5	11	16,73	17	4,02	11	25	0,777
	18,5-24,99	163	17,55	17	3,80	10	27	
	25-29,99	92	17,88	18	3,63	11	27	
	30 ve üzeri	30	17,90	17	3,73	12	26	
	Total	296						
***p**:* Kruskal Wallis Varyans Analizi								

4.2.5. Katılımcıların Meslekleri ile SYBD II Ölçeğinin İlişkisi

Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre dağılımına bakıldığında; katılımcıların %36.5'u (n=108) doktor (öğretim üyesi, araştırma görevlisi, intern doktor), %37.2'si (n=110) hemşire, %15.5'i (n=46) tekniker ve %10.8'i (n=32) diğer (fizyoterapist, perfüzyonist, biyolog, hasta bakıcı ve yardımcı personel) sağlık çalışanlarından oluşmaktaydı (Tablo 14). İstatistiksel

analizde ise meslek grupları ile SYBD II toplam puanı ve ölçeğin alt faktörlerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (Tablo 15).

Tablo 14: Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Meslek	Doktor	108	36,5
	Hemşire	110	37,2
	Tekniker	46	15,5
	Diğer	32	10,8
	Total	296	100,0

Tablo 15: Meslek Grupları ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	Meslek	**Sayı (n)**	**Ortalama**	**Standart Sapma ±**	**Min.**	**Max.**	***p****
SYBD II Toplam Puan	Doktor	108	122,27	18,20	77	166	0,894
	Hemşire	110	121,24	22,49	73	177	
	Tekniker	46	119,43	24,85	82	186	
	Diğer	32	120,88	17,93	84	153	
	Total	296	121,29	20,88	73	186	
Sağlık Sorumluluğu	Doktor	108	19,34	3,96	12	31	0,525
	Hemşire	110	20,01	4,87	10	34	
	Tekniker	46	19,85	5,25	10	36	
	Diğer	32	20,56	4,04	10	27	
	Total	296	19,80	4,53	10	36	
Fiziksel Aktivite	Doktor	108	16,76	4,81	8	27	0,166
	Hemşire	110	16,42	5,25	8	31	
	Tekniker	46	14,96	6,38	8	32	
	Diğer	32	15,25	4,42	8	22	
	Total	296	16,19	5,23	8	32	
Beslenme	Doktor	108	18,38	3,81	11	30	0,452
	Hemşire	110	18,96	4,25	10	31	
	Tekniker	46	18,93	5,57	9	32	
	Diğer	32	19,69	3,45	11	26	
	Total	296	18,82	4,25	9	32	
Manevi Gelişim	Doktor	108	25,51	4,27	14	35	0,137
	Hemşire	110	24,12	5,28	10	34	
	Tekniker	46	24,24	5,42	13	35	
	Diğer	32	23,97	4,60	15	36	
	Total	296	24,63	4,91	10	36	

Kişilerarası İlişkiler	Doktor	108	24,55	4,17	12	34	0,755
	Hemşire	110	23,96	5,28	11	36	
	Tekniker	46	24,28	5,36	13	34	
	Diğer	32	23,69	4,41	15	33	
	Total	296	24,20	4,81	11	36	
Stres Yönetimi	Doktor	108	17,73	3,37	10	24	0,825
	Hemşire	110	17,76	3,90	10	27	
	Tekniker	46	17,17	4,29	11	27	
	Diğer	32	17,72	3,65	11	25	
	Total	296	17,66	3,74	10	27	
p:* ANOVA Varyans Analizi							

4.2.6. Katılımcıların Meslekte Geçirdikleri Süre ile SYBD II Ölçeğinin İlişkisi

Katılımcıların mesleklerinde geçirdikleri süreye bakıldığında %82,4'ünün (n= 244) 10 yıl ve altında (%56,4'ünün (n= 167) 0-5 yıldır, %26'sının (n= 77) 5-10 yıldır), %17,6 'sının (n= 52) 10 yıldan uzun (%12,5'unun (n=37) 10-15 yıldır, %5,1'inin (n=15) 15 yıl üzerinde) bir süredir çalışmakta olduğu tespit edilmiştir (Tablo 16). İstatistiksel açıdan değerlendirildiğinde ilk etapta meslek yılı ve fiziksel aktivite alt faktör puanı açısından anlamlı ilişki bulunmuş (p= 0,011) olsa da yapılan ikili analizlerde gruplar arasındaki anlamlılık kaybolmuştur (Dunn testi). Meslek yılı ile SYBD II toplam puanı ve ölçek alt faktör puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 17). Meslek yılının 10 yıl ve altı ve 10yıl üzerinde olmak üzere tekrar gruplanmış halinde meslekte geçirilen süre ve fiziksel aktivite alt faktör puanı arasında istatistiki açısından anlamlı ilişki bulunmuş (p= 0,044) olup meslekte geçirdiği süre 10 yıl ve daha az olanların fiziksel aktivite puanları meslekte geçirdiği süre 10 yıldan fazla olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Meslek yılının 10 yıl ve altında olması ve 10yıl üzerinde olması ile SYBD II toplam puanı ve ölçeğin diğer alt faktörlerinin puanları arasında ise istatistiki açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 18).

Tablo 16: Katılımcıların Meslekte Geçirdikleri Süreye Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Meslek Yılı	0-5 yıl	167	56,4
	5-10 yıl	77	26,0
	10-15 yıl	37	12,5
	15 yıl ve üzeri	15	5,1
	Total	296	100,0

Katılımcıların Meslekte Geçirdikleri Sürenin 10 yıl ve altı, 10 yıl üzerinde Olmasına Göre Dağılımı			
Meslek Yılı	10 yıl ve altı (0-5 yıl, 5-10 yıl)	244	82,4
	10 yıl üzeri (10-15 yıl, 15 yıl ve üzeri)	52	17,6
	Total	296	100,0

Tablo 17: Katılımcıların Meslekte Geçirdiği Süre ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	Meslek Yılı	**Sayı (n)**	**Ortalama**	**Ortanca**	**Standart Sapma ±**	**Min.**	**Max.**	***p****
SYBD II Toplam Puan	0-5 yıl	167	122,98	124	20,37	73	173	0,119
	5-10 yıl	77	119,99	119	22,01	77	177	
	10-15 yıl	37	115,95	117	21,76	79	186	
	15 yıl ve üzeri	15	122,40	119	17,26	89	154	
	Total	296						
Sağlık Sorumluluğu	0-5 yıl	167	20,10	20	4,43	10	36	0,329
	5-10 yıl	77	19,82	19	4,94	11	34	
	10-15 yıl	37	18,89	19	4,48	10	32	
	15 yıl ve üzeri	15	18,67	19	3,26	11	25	
	Total	296						
Fiziksel Aktivite	0-5 yıl	167	16,98	16	5,05	8	32	**0,011**
	5-10 yıl	77	15,36	15	5,23	8	31	
	10-15 yıl	37	14,95	13	5,64	8	32	
	15 yıl ve üzeri	15	14,67	14	5,09	8	24	
	Total	296						
Beslenme	0-5 yıl	167	18,68	19	4,03	9	30	0,669
	5-10 yıl	77	19,06	19	4,45	11	31	
	10-15 yıl	37	18,49	18	4,34	11	32	
	15 yıl ve üzeri	15	20,00	22	5,59	10	28	
	Total	296						
Manevi Gelişim	0-5 yıl	167	24,80	25	5,01	13	35	0,056
	5-10 yıl	77	24,32	24	5,02	10	36	
	10-15 yıl	37	23,41	23	4,17	13	32	
	15 yıl ve üzeri	15	27,33	26	3,88	21	35	
	Total	296						
Kişilerarası İlişkiler	0-5 yıl	167	24,43	25	5,12	11	34	0,360
	5-10 yıl	77	23,90	24	4,52	16	36	
	10-15 yıl	37	23,49	23	4,20	16	33	
	15 yıl ve üzeri	15	24,87	26	4,22	16	31	
	Total	296						
Stres Yönetimi	0-5 yıl	167	17,99	18	3,66	10	27	0,170
	5-10 yıl	77	17,52	17	4,02	10	27	
	10-15 yıl	37	16,73	17	3,53	12	27	
	15 yıl ve üzeri	15	16,87	17	3,33	11	23	
	Total	296						

p:* Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tablo 18: Katılımcıların Meslekte Geçirdikleri Sürenin 10 yıl ve altı, 10 yıl üzerinde Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi					
	Meslek Yılı	**N**	**Ortalama**	**Standart Sapma ±**	***p****
SYBD II Toplam Puan	10 yıl ve altı	244	122,04	20,90	0,185
	10 yıl üzeri	52	117,81	20,61	
Sağlık Sorumluluğu	10 yıl ve altı	244	20,01	4,59	0,088
	10 yıl üzeri	52	18,83	4,14	
Fiziksel Aktivite	10 yıl ve altı	244	16,47	5,15	**0,044**
	10 yıl üzeri	52	14,87	5,44	
Beslenme	10 yıl ve altı	244	18,80	4,16	0,854
	10 yıl üzeri	52	18,92	4,73	
Manevi Gelişim	10 yıl ve altı	244	24,65	5,01	0,885
	10 yıl üzeri	52	24,54	4,43	
Kişilerarası İlişkiler	10 yıl ve altı	244	24,26	4,93	0,608
	10 yıl üzeri	52	23,88	4,21	
Stres Yönetimi	10 yıl ve altı	244	17,84	3,78	0,060
	10 yıl üzeri	52	16,77	3,44	
p:* Bağımsız Gruplarda T Testi					

4.2.7. Katılımcıların Haftalık Çalışma Süresi ile SYBD II Ölçeğinin İlişkisi

Araştırmamızda sağlık çalışanlarının %42,2'sinin (n= 125) haftada 40 saat ve %57,8'inin (n= 58) haftada 40 saat ve üzerinde (%38,2'si (n= 113) haftada 40 – 50 saat arasında ve %19,6'sı (n= 58) ise haftada 50 saat ve üzerinde) çalıştığı tespit edilmiştir (Tablo 19). Katılımcıların haftalık çalışma saati ile SYBD II toplam puanı ve ölçek alt faktörlerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 20,21).

Tablo 19: Katılımcıların Haftalık Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı			
		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Haftalık Çalışma Saati	40 saat	125	42,2
	40-50 saat	113	38,2
	50 saat ve üzeri	58	19,6
	Total	296	100,0
Katılımcıların Haftalık Çalışma Süresinin 40 saat ve 40 saat üzerinde Olmasına Göre Dağılımı			
Haftalık Çalışma Saati	40 saat	125	42,2
	40 saat üzeri (40-50 saati 50 saat ve üzeri)	171	57,8

	Total	296	100,0

Tablo 20: Katılımcıların Haftalık Çalışma Saati ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	Haftalık Çalışma Saati	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma ±	Min.	Max.	*p*
SYBD II Toplam Puan	40 saat	125	122,70	19,68	73	168	0,305
	40-50 saat	113	118,91	23,07	77	186	
	50 saat ve üzeri	58	122,91	18,68	84	173	
	Total	296	121,29	20,88	73	186	
Sağlık Sorumluluğu	40 saat	125	19,90	4,16	10	31	0,752
	40-50 saat	113	19,90	5,02	11	36	
	50 saat ve üzeri	58	19,40	4,33	10	31	
	Total	296	19,80	4,53	10	36	
Fiziksel Aktivite	40 saat	125	16,78	5,18	8	31	0,051
	40-50 saat	113	15,25	5,20	8	32	
	50 saat ve üzeri	58	16,76	5,19	8	28	
	Total	296	16,19	5,23	8	32	
Beslenme	40 saat	125	19,02	3,87	10	30	0,722
	40-50 saat	113	18,58	4,79	9	32	
	50 saat ve üzeri	58	18,90	3,98	10	29	
	Total	296	18,82	4,25	9	32	
Manevi Gelişim	40 saat	125	24,95	5,07	13	36	**0,050**
	40-50 saat	113	23,79	5,03	10	34	
	50 saat ve üzeri	58	25,57	4,06	15	35	
	Total	296	24,63	4,91	10	36	
Kişilerarası İlişkiler	40 saat	125	24,36	4,74	11	34	0,629
	40-50 saat	113	23,86	5,21	12	36	
	50 saat ve üzeri	58	24,50	4,14	15	34	
	Total	296	24,20	4,81	11	36	
Stres Yönetimi	40 saat	125	17,70	3,59	10	27	0,905
	40-50 saat	113	17,54	4,08	10	27	
	50 saat ve üzeri	58	17,79	3,39	10	25	
	Total	296	17,66	3,74	10	27	

*p**: ANOVA Varyans Analizi

Tablo 21: Katılımcıların Haftalık Çalışma Süresinin 40 saat ve 40 saat üzerinde Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	Haftalık Çalışma Saati	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma ±	*p**
	40 saat	125	122,70	19,68	0,324

SYBD II Toplam Puan	40 saat üzeri	171	120,27	21,71	
Sağlık Sorumluluğu	40 saat	125	19,90	4,16	0,758
	40 saat üzeri	171	19,73	4,79	
Fiziksel Aktivite	40 saat	125	16,78	5,18	0,099
	40 saat üzeri	171	15,76	5,23	
Beslenme	40 saat	125	19,02	3,87	0,499
	40 saat üzeri	171	18,68	4,52	
Manevi Gelişim	40 saat	125	24,95	5,07	0,333
	40 saat üzeri	171	24,39	4,79	
Kişilerarası İlişkiler	40 saat	125	24,36	4,74	0,617
	40 saat üzeri	171	24,08	4,87	
Stres Yönetimi	40 saat	125	17,70	3,59	0,874
	40 saat üzeri	171	17,63	3,85	
*p**: Bağımsız Gruplarda T Testi					

4.2.8. Katılımcıların Çalışma Biçimi ile SYBD II Ölçeğinin İlişkisi

Çalışma biçimi değerlendirildiğinde katılımcıların %34,8'inin (n=103) sürekli gündüz mesaisinde, %65,2'sinin (n= 193) diğer (%2,7'sinin (n=8) sürekli gece mesaisinde, %24,3'ünün (n=72) dönüşümlü vardiyalı ve %38,2'sinin (n= 113) gündüz mesaisi yapıp aynı zamanda nöbet tutarak çalışmak üzere) şeklinde çalıştığı tespit edilmiştir (Tablo 22). Katılımcıların çalışma biçimi ile SYBD II toplam puanı ve alt faktörlerden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 23,24).

Tablo 22: Katılımcıların Çalışma Biçimlerine Göre Dağılımı

		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Çalışma Biçimi	Sürekli gündüz	103	34,8
	Sürekli gece	8	2,7
	Dönüşümlü/Vardiyalı	72	24,3
	Gündüz mesaisi artı nöbet	113	38,2
	Total	296	100,0
Katılımcıların Çalışma Biçiminin Sürekli Gündüz ve Diğeri Olmasına Göre Dağılımı			
Çalışma Biçimi	Sürekli Gündüz	103	34,8
	Diğer (sürekli gece, dönüşümlü/vardiyalı, gündüz mesaisi+ nöbet)	193	65,2
	Total	296	100,0

Tablo 23: Katılımcıların Çalışma Biçimi ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	Çalışma Biçimi	Sayı (n)	Ortalama	Ortanca	Standart Sapma ±	Min.	Max.	*p**
SYBD II Toplam Puan	Sürekli gündüz	103	121,54	121	18,28	79	168	0,528
	Sürekli gece	8	106,88	107,5	28,32	75	143	
	Dönüşümlü/Vardiyalı	72	121,24	116,5	21,99	84	186	
	Gündüz mesaisi artı nöbet	113	122,12	124	21,71	73	177	
	Total	296						
Sağlık Sorumluluğu	Sürekli gündüz	103	20,22	19	4,50	11	36	0,330
	Sürekli gece	8	17,63	15	5,52	11	26	
	Dönüşümlü/Vardiyalı	72	19,85	19	4,27	10	32	
	Gündüz mesaisi artı nöbet	113	19,54	19	4,64	10	34	
	Total	296						
Fiziksel Aktivite	Sürekli gündüz	103	15,63	15	5,17	8	32	0,138
	Sürekli gece	8	13,13	13,5	4,19	8	18	
	Dönüşümlü/Vardiyalı	72	16,82	16	5,49	8	32	
	Gündüz mesaisi artı nöbet	113	16,51	17	5,11	8	28	
	Total	296						
Beslenme	Sürekli gündüz	103	19,02	19	4,03	11	30	0,227
	Sürekli gece	8	16,63	14	4,47	13	25	
	Dönüşümlü/Vardiyalı	72	18,35	18	4,05	10	32	
	Gündüz mesaisi artı nöbet	113	19,11	19	4,54	9	31	
	Total	296						
Manevi Gelişim	Sürekli gündüz	103	24,90	25	4,56	13	36	0,468
	Sürekli gece	8	21,00	19,5	8,63	10	33	
	Dönüşümlü/Vardiyalı	72	24,28	23	5,49	13	34	
	Gündüz mesaisi artı nöbet	113	24,86	25	4,43	14	35	
	Total	296						
Kişilerarası İlişkiler	Sürekli gündüz	103	24,28	24	4,21	13	33	0,802
	Sürekli gece	8	21,88	22	7,43	11	33	
	Dönüşümlü/Vardiyalı	72	24,17	25	5,19	13	34	
	Gündüz mesaisi artı nöbet	113	24,30	24	4,89	12	36	
	Total	296						
Stres Yönetimi	Sürekli gündüz	103	17,49	17	3,26	11	26	0,919
	Sürekli gece	8	16,63	17,5	4,47	11	23	
	Dönüşümlü/Vardiyalı	72	17,78	18	3,87	11	27	
	Gündüz mesaisi artı nöbet	113	17,81	17	4,03	10	27	
	Total	296						

p:* Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tablo 24: Katılımcıların Çalışma Biçiminin Sürekli Gündüz ve Diğeri Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	Çalışma Biçimi	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma ±	*p**
SYBD II Toplam Puan	Sürekli Gündüz	103	121,54	18,28	0,874
	Diğer	193	121,16	22,18	
Sağlık Sorumluluğu	Sürekli Gündüz	103	20,22	4,50	0,242
	Diğer	193	19,58	4,54	
Fiziksel Aktivite	Sürekli Gündüz	103	15,63	5,17	0,180
	Diğer	193	16,49	5,25	

Beslenme	Sürekli Gündüz	103	19,02	4,03	0,566
	Diğer	193	18,72	4,37	
Manevi Gelişim	Sürekli Gündüz	103	24,90	4,56	0,483
	Diğer	193	24,48	5,09	
Kişilerarası İlişkiler	Sürekli Gündüz	103	24,28	4,21	0,813
	Diğer	193	24,15	5,11	
Stres Yönetimi	Sürekli Gündüz	103	17,49	3,26	0,546
	Diğer	193	17,75	3,97	
***p**:** Bağımsız Gruplarda T Testi					

4.2.9. Katılımcıların Sosyoekonomik Düzeyi ile SYBD II Ölçeğinin İlişkisi

Sosyoekonomik düzeyini nasıl algıladığı sorusuna katılımcıların %27,4'ü (n= 81) alt (düşük), %67,6'sı (n=200) orta ve %5,1'i (n= 15) üst (yüksek) şeklinde cevap verdiği tespit edilmiştir (Tablo 25). Katılımcıların sosyoekonomik düzey algısı ile SYBD II toplam puanı arasında istatistiki yönden anlamlı ilişki bulunmakla (p=0,022) birlikte, sosyoekonomik düzeyi üst (yüksek) olan katılımcıların SYBD II toplam puanının sosyoekonomik düzeyi alt (düşük) olanlara kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sosyoekonomik düzey algısı ile ölçeğin alt faktörlerinin istatistiksel açıdan ilişkisine bakıldığında sağlık sorumluluğu ile arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüş (p=0,004) ve sosyoekonomik düzeyi hem üst (yüksek) olanların hem de orta olanların sağlık sorumluluğu puanlarının sosyoekonomik düzeyi alt (düşük) olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Manevi gelişim alt faktörü ile sosyoekonomik düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,030) olup, sosyoekonomik düzeyi üst (yüksek) olanların manevi gelişim puanları sosyoekonomik düzeyi alt (düşük) olanlardan daha yüksek tespit edilmiştir. Stres yönetimi alt faktörü için değerlendirildiğinde sosyoekonomik düzey ile arasında istatistiksel açısından anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,048) ve sosyoekonomik düzeyi alt (düşük) olan katılımcıların stres yönetimi puanlarının üst (yüksek) olan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin alt faktörlerinden fiziksel aktivite, beslenme ve kişilerarası ilişkiler ile sosyoekonomik düzey algısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 26).

Tablo 25: Katılımcıların Sosyoekonomik Düzey Algısına Göre Dağılımı			
		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Sosyoekonomik Düzey Algısı	Alt (Düşük)	81	27,4
	Orta	200	67,6

	Üst (Yüksek)	15	5,1
	Total	296	100,0

Tablo 26: Katılımcıların Sosyoekonomik Düzey Algısı ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	Sosyoekonomik Düzey	**Sayı (n)**	**Ortalama**	**Ortanca**	**Standart Sapma ±**	**Min.**	**Max.**	***p****
SYBD II Toplam Puan	Alt (Düşük)	81	118,06	117	23,23	75	173	**0,022**
	Orta	200	121,64	121,5	19,51	73	186	
	Üst (Yüksek)	15	134,20	134	21,19	93	173	
	Total	296						
Sağlık Sorumluluğu	Alt (Düşük)	81	18,93	18	4,82	10	34	**0,004**
	Orta	200	19,97	20	4,36	10	36	
	Üst (Yüksek)	15	22,27	22	4,30	16	31	
	Total	296						
Fiziksel Aktivite	Alt (Düşük)	81	16,01	15	5,13	8	27	0,167
	Orta	200	16,12	16	5,34	8	32	
	Üst (Yüksek)	15	18,13	18	3,99	10	23	
	Total	296						
Beslenme	Alt (Düşük)	81	18,57	18	4,45	11	31	0,328
	Orta	200	18,82	19	4,12	9	32	
	Üst (Yüksek)	15	20,33	20	4,92	11	29	
	Total	296						
Manevi Gelişim	Alt (Düşük)	81	23,64	24	5,82	10	34	**0,030**
	Orta	200	24,83	25	4,46	13	36	
	Üst (Yüksek)	15	27,27	27	4,20	19	35	
	Total	296						
Kişilerarası İlişkiler	Alt (Düşük)	81	23,62	24	5,67	11	36	0,161
	Orta	200	24,26	24	4,39	12	36	
	Üst (Yüksek)	15	26,47	26	4,71	19	34	
	Total	296						
Stres Yönetimi	Alt (Düşük)	81	17,30	17	4,22	10	27	**0,048**
	Orta	200	17,65	17	3,49	10	27	
	Üst (Yüksek)	15	19,73	21	3,73	11	26	
	Total	296						

p:* Kruskal Wallis Varyans Analizi

4.2.10. Katılımcıların Evde Kiminle Beraber Yaşadığı ile SYBD II Ölçeğinin İlişkisi

Katılımcıların evde kimle yaşadığına bakıldığında %37,5'unun (n= 111) yalnız yaşadığı ve %62,5'inin (n= 185) yalnız yaşamadığı (%16,2'sinin (n= 48) anne, baba ve kardeşleriyle, %31,1'inin (n= 92) eşi ve çocuklarıyla, %2,0'sinin (n= 6) sadece çocuklarıyla, %13,2'si (n= 39) diğer) tespit edilmiştir. Diğer seçeneğine bakıldığında katılımcılardan 20'sinin ev arkadaşıyla, 12'sinin sadece eşiyle, 4'ünün kardeşiyle, 1'inin sadece annesi ile, 1'inin eşi, çocuğu ve babasıyla ve 1'ininde eşi, çocuğu ve her iki aile büyüğüyle beraber yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 27). Katılımcıların evde kimle yaşadığı ile SYBD II toplam puanı ve ölçek alt

faktörlerinden alınan puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 28). Yalnız yaşayanlar ve yalnız yaşamayanlar olarak gruplandığında yapılan analizde evdeki yaşam durumu ile fiziksel aktivite alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,013) olup yalnız yaşayanların fiziksel aktivite puanı yalnız yaşamayanlardan daha yüksek tespit edilmiştir. Yalnız yaşayanlar ve yalnız yaşamayanlar ile SYBD II toplam puanı ve ölçeğin diğer alt faktörlerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 29).

Tablo 27: Katılımcıların Evde Kiminle Beraber Yaşadığına Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Evde Kiminle Beraber Yaşıyorsunuz	Yalnız	111	37,5
	Anne, baba ve kardeşlerimle	48	16,2
	Eşim ve çocuklarımla	92	31,1
	Sadece çocuklarımla	6	2,0
	Diğer	39	13,2
	Total	296	100,0
Katılımcıların Evde Kiminle Beraber Yaşadığının Yalnız Yaşayan ve Yalnız Yaşamayan Olmasına Göre Dağılımı			
Evde Kiminle Beraber Yaşıyorsunuz	Yalnız yaşayan	111	37,5
	Yalnız yaşamayan	185	62,5
	Total	296	100,0

Tablo 28: Katılımcıların Evde Kiminle Beraber Yaşadığı ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	Kimlerle yaşıyorsunuz	**Sayı (n)**	**Ortalama**	**Ortanca**	**Standart Sapma ±**	**Min.**	**Max.**	***p****
SYBD II Toplam Puan	Yalnız	111	123,51	123	21,75	73	186	0,466
	Anne, baba ve kardeşlerimle	48	118,52	121,5	21,42	82	163	
	Eşim ve çocuklarımla	92	121,58	121,5	18,65	79	170	
	Sadece çocuklarımla	6	120,50	123	22,82	89	152	
	Diğer	39	117,85	113	22,54	79	177	
	Total	296						
Sağlık Sorumluluğu	Yalnız	111	19,95	20	4,34	10	34	0,563
	Anne, baba ve kardeşlerimle	48	19,83	19	4,93	10	36	
	Eşim ve çocuklarımla	92	20,00	19	19,36	4,4	12	
	Sadece çocuklarımla	6	19,33	20	5,24	11	25	
	Diğer	39	18,95	18	4,88	12	34	
	Total	296						
Fiziksel Aktivite	Yalnız	111	17,16	17	4,88	8	32	0,068
	Anne, baba ve kardeşlerimle	48	16,35	16	5,71	8	32	
	Eşim ve çocuklarımla	92	15,37	15	5,10	8	31	
	Sadece çocuklarımla	6	14,67	15	4,63	9	21	
	Diğer	39	15,38	15	5,66	8	27	

	Total	296						
Beslenme	Yalnız	111	18,82	19	4,47	10	32	0,670
	Anne, baba ve kardeşlerimle	48	18,50	19	4,08	9	26	
	Eşim ve çocuklarımla	92	19,18	19	4,01	10	28	
	Sadece çocuklarımla	6	19,83	20,5	5,91	12	28	
	Diğer	39	18,23	18	4,26	12	31	
	Total	296						
Manevi Gelişim	Yalnız	111	24,87	25	5,02	10	35	0,174
	Anne, baba ve kardeşlerimle	48	23,21	22,5	4,88	13	36	
	Eşim ve çocuklarımla	92	25,16	25	4,47	15	35	
	Sadece çocuklarımla	6	25,50	24	4,32	21	33	
	Diğer	39	24,28	25	5,53	13	35	
	Total	296						
Kişilerarası İlişkiler	Yalnız	111	24,57	25	5,22	11	36	0,347
	Anne, baba ve kardeşlerimle	48	23,52	23	4,42	15	34	
	Eşim ve çocuklarımla	92	24,43	24,5	4,23	16	33	
	Sadece çocuklarımla	6	22,67	22	2,33	20	26	
	Diğer	39	23,64	23	5,59	13	36	
	Total	296						
Stres Yönetimi	Yalnız	111	18,14	18	3,93	10	27	0,476
	Anne, baba ve kardeşlerimle	48	17,10	17	4,02	11	26	
	Eşim ve çocuklarımla	92	17,42	17,5	3,08	11	27	
	Sade çocuklarımla	6	18,50	18	3,50	15	25	
	Diğer	39	17,36	17	4,23	10	27	
	Total	296						
p:* Kruskal Wallis Varyans Analizi								

Tablo 29: Katılımcıların Evde Kiminle Beraber Yaşadığının Yalnız Yaşayan ve Yalnız Yaşamayan Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	Kimlerle yaşıyorsunuz	**Sayı (n)**	**Ortalama**	**Standart Sapma ±**	***p****
SYBD II Toplam Puan	Yalnız yaşayan	111	123,51	21,75	0,157
	Yalnız yaşamayan	185	119,96	20,28	
Sağlık Sorumluluğu	Yalnız yaşayan	111	19,95	4,34	0,670
	Yalnız yaşamayan	185	19,71	4,65	
Fiziksel Aktivite	Yalnız yaşayan	111	17,16	4,88	**0,013**
	Yalnız yaşamayan	185	15,61	5,35	
Beslenme	Yalnız yaşayan	111	18,82	4,47	0,989
	Yalnız yaşamayan	185	18,83	4,13	
Manevi Gelişim	Yalnız yaşayan	111	24,87	5,02	0,506
	Yalnız yaşamayan	185	24,48	4,85	
Kişilerarası İlişkiler	Yalnız yaşayan	111	24,57	5,22	0,304
	Yalnız yaşamayan	185	23,97	4,55	
Stres Yönetimi	Yalnız yaşayan	111	18,14	3,93	0,082
	Yalnız yaşamayan	185	17,36	3,59	
p*: Bağımsız Gruplarda T Testi					

4.2.11. Katılımcıların Sağlık Durumu ile SYBD II Ölçeğinin İlişkisi

Sağlık çalışanlarının genel olarak sağlık durumlarına bakıldığında %62,8'inin (n= 186) iyi (%7,4'ü (n= 22) mükemmel, %18,6'sı (n= 55) çok iyi, %36,8'si (n= 109) iyi), %30,7'sinin (n= 91) orta ve %6,4'ünün (n= 19) zayıf olduğu tespit edilmiştir (Tablo 30). Katılımcıların sağlık durumları ile SYBD II toplam puanı ve alt faktörlerden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 31). Sağlık durumu algısı iyi, orta ve zayıf olmak üzere yeniden gruplanarak incelendiğinde stres yönetimi alt faktörü puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş olup (p=0,025) sağlık durumu iyi olanların stres yönetimi puanlarının sağlık durumu orta olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık durumunun iyi, orta ve zayıf olması ile SYBD II toplam puanı ve ölçeğin diğer alt faktörlerinden alınan puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 32).

Tablo 30: Katılımcıların Sağlık Durumuna Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Sağlık Durumu	Mükemmel	22	7,4
	Çok iyi	55	18,6
	İyi	109	36,8
	Orta	91	30,7
	Zayıf	19	6,4
	Total	296	100,0
Katılımcıların Sağlık Durumunun İyi, Orta ve Zayıf Olmasına Göre Dağılımı			
Sağlık Durumu	İyi (mükemmel, çok iyi, iyi)	186	62,8
	Orta	91	30,7
	Zayıf	19	6,4
	Total	296	100,0

Tablo 31: Katılımcıların Sağlık Durumu ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	Sağlık Durumu	**Sayı (n)**	**Ortalama**	**Ortanca**	**Standart Sapma ±**	**Min.**	**Max.**	***p****
SYBD II Toplam Puan	Mükemmel	22	128,05	132	27,09	75	186	0,239
	Çok iyi	55	124,29	124	17,89	79	173	
	İyi	109	120,75	121	20,78	73	166	
	Orta	91	119,03	119	18,69	84	170	
	Zayıf	19	118,74	114	29,51	77	177	
	Total	296						

Sağlık Sorumluluğu	Mükemmel	22	21,45	21	6,07	13	36	0,599
	Çok iyi	55	19,76	19	3,89	13	31	
	İyi	109	19,32	19	4,45	10	31	
	Orta	91	19,80	19	4,09	10	34	
	Zayıf	19	20,74	20	6,27	12	34	
	Total	296						
Fiziksel Aktivite	Mükemmel	22	19,23	18	6,61	9	32	0,065
	Çok iyi	55	17,22	16	4,77	8	27	
	İyi	109	15,73	16	5,28	8	28	
	Orta	91	15,60	16	4,86	8	31	
	Zayıf	19	15,11	16	4,92	8	25	
	Total	296						
Beslenme	Mükemmel	22	19,23	19,5	4,96	12	32	0,701
	Çok iyi	55	19,29	19	3,72	11	30	
	İyi	109	18,76	19	3,90	11	28	
	Orta	91	18,62	19	4,33	10	30	
	Zayıf	19	18,37	17	6,31	9	31	
	Total	296						
Manevi Gelişim	Mükemmel	22	25,68	26,5	5,93	13	34	0,177
	Çok iyi	55	25,42	26	4,81	13	34	
	İyi	109	24,76	25	4,63	15	36	
	Orta	91	24,05	24	4,59	13	35	
	Zayıf	19	23,11	24	6,48	10	32	
	Total	296						
Kişilerarası İlişkiler	Mükemmel	22	23,91	25,5	5,60	11	33	0,992
	Çok iyi	55	24,22	25	4,71	16	34	
	İyi	109	24,39	24	4,64	12	34	
	Orta	91	24,00	24	4,52	13	34	
	Zayıf	19	24,32	23	6,66	12	36	
	Total	296						
Stres Yönetimi	Mükemmel	22	18,55	18,5	4,45	10	27	0,058
	Çok iyi	55	18,38	18	3,15	11	25	
	İyi	109	17,79	18	3,54	11	26	
	Orta	91	16,96	17	3,62	10	27	
	Zayıf	19	17,11	16	5,47	10	27	
	Total	296						

p:* Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tablo 32: Katılımcıların Sağlık Durumunun İyi, Orta ve Zayıf Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	Sağlık Durumu	**Sayı (n)**	***p****
SYBD II Toplam Puan	İyi	186	0,209
	Orta	91	
	Zayıf	19	
	Total	296	
Sağlık Sorumluluğu	İyi	186	0,918
	Orta	91	
	Zayıf	19	
	Total	296	
Fiziksel Aktivite	İyi	186	0,308
	Orta	91	
	Zayıf	19	
	Total	296	
Beslenme	İyi	186	0,451

	Orta	91	
	Zayıf	19	
	Total	296	
Manevi Gelişim	İyi	186	0,094
	Orta	91	
	Zayıf	19	
	Total	296	
Kişilerarası İlişkiler	İyi	186	0,893
	Orta	91	
	Zayıf	19	
	Total	296	
Stres Yönetimi	İyi	186	**0,025**
	Orta	91	
	Zayıf	19	
	Total	296	
p*: Kruskal Wallis Varyans Analizi			

4.2.12. Katılımcıların Kronik Hastalığının Olup Olmaması ile SYBD II Ölçeğinin İlişkisi

Sağlık çalışanlarının %17,2'si (n= 51) sürekli ilaç kullanması gereken tanı konulmuş kronik hastalığı olduğunu belirtirken, %82,8'i (n= 245) kronik hastalığı olmadığını belirtmiştir (Tablo 33). Belirtilen kronik hastalıklara bakıldığındaysa hipotiroidi, astım, diyabet ve migren en sık görülen ilk dört hastalık olmak üzere ankilozan spondilit, aritmi, damar tıkanıklığı, demir eksikliği anemisi, anksiyete bozukluğu, depresyon, endometriozis, epilepsi, fibromiyalji, FMF, gastrit, gut, Hashimoto tiroiditi, hipertansiyon, hipertiroidi, F-5 Leiden mutasyonu, kardiyak hastalık, kronik idiopatik ürtiker, ossifiye fibrom, romatizmal kalp hastalığı, romatoid artrit, tiroid kanseri ve ülseratif kolit olduğu tespit edilmiştir. Ölçek alt faktörlerinden kişilerarası ilişkiler ve kronik hastalık durumu arasında anlamlı ilişki tespit edilmiş (p=0,041) olup, kronik hastalığı olanların kişilerarası ilişkiler puanlarının kronik hastalığı olmayanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların kronik hastalık durumu ile SYBD II toplam puanı ve ölçeğin geri kalan alt faktörlerinin puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 34).

Tablo 33: Katılımcıların Kronik Hastalığının Olup Olmaması Durumuna Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik Hastalığınız Var mı?	Hayır	245	82,8
	Evet	51	17,2
	Total	296	100,0

Tablo 34: Katılımcıların Kronik Hastalığının Olup Olmaması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	Kronik Hastalık	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma ±	*p**
SYBD II Toplam Puan	Hayır	245	120,80	20,91	0,377
	Evet	51	123,65	20,73	
Sağlık Sorumluluğu	Hayır	245	19,61	4,43	0,117
	Evet	51	20,71	4,90	
Fiziksel Aktivite	Hayır	245	16,38	5,38	0,170
	Evet	51	15,27	4,36	
Beslenme	Hayır	245	18,63	4,11	0,090
	Evet	51	19,75	4,85	
Manevi Gelişim	Hayır	245	24,64	4,92	0,949
	Evet	51	24,59	4,87	
Kişilerarası İlişkiler	Hayır	245	23,93	4,70	**0,041**
	Evet	51	25,45	5,15	
Stres Yönetimi	Hayır	245	17,61	3,71	0,635
	Evet	51	17,88	3,87	
***p**:* Bağımsız Gruplarda T Testi					

4.2.13. Katılımcıların Rutin Doktor Kontrolüne Gitme Durumu ile SYBD II Ölçeğinin İlişkisi

Rutin bir kontrol için en son ne zaman doktora gittiği sorulduğunda katılımcıların %69,3'ü (n= 205) son 1 yıl içinde, %16,6'sı 1 yıldan daha uzun bir süre içinde (%8,4'ü (n= 25) son 2 yıl içinde, %3,0'ü (n= 9) son 3 yıl içinde, %5,1'i (n= 15) son 4 yıl ya da daha fazla sürede) gittiğini ifade ederken %14,2'si (n= 42) hiç gitmediğini ifade etmiştir (Tablo 35). Katılımcıların en son ne zaman doktor kontrolüne gittiği ile SYBD II toplam puanı ve ölçek alt faktörlerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilememiştir (Tablo 36). Katılımcıların en son doktor kontrolüne gittiği süre son 1 yıl içinde, 1 yıldan daha uzun süre ve hiç gitmemiş olmasına göre yeniden değerlendirildiğinde beslenme alt faktörü ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu (p=0,012) ve hem son 1 yıl içinde sağlık kontrolüne gidenlerin hem de 1 yıldan daha uzun sürede doktor kontrolüne gidenlerin beslenme alt faktöründen aldıkları puanların hiç doktor kontrolüne gitmeyenlerden daha yüksek olduğu tespit edilmiş olup SYBD II toplam puanı ve ölçeğin diğer alt faktörlerinden alınan puanlar ile arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilememiştir (Tablo 37).

Tablo 35: Katılımcıların Rutin Bir Kontrol İçin En Son Ne Zaman Doktora Gittiğine Göre Dağılımı		
	Sayı (n)	**Yüzde (%)**

Rutin Bir Kontrol İçin En Son Doktora Ne Zaman Gittiniz	Son 1 yıl içinde	205	69,3
	Son 2 yıl içinde	25	8,4
	Son 3 yıl içinde	9	3,0
	Son 4 yıl ya da daha fazla	15	5,1
	Hiç gitmedim	42	14,2
	Total	296	100,0
Katılımcıların Rutin Bir Kontrol İçin En Son Doktora Gidişinin Son 1 yıl içinde, 1 Yıldan Daha Uzun Sürede ve Hiç Gitmemiş Olmasına Göre Dağılımı			
Rutin Bir Kontrol İçin En Son Doktora Ne Zaman Gittiniz	Son 1 yıl içinde	205	69,3
	1 yıldan daha uzun sürede	49	16,6
	Hiç gitmedim	42	14,2
	Total	296	100,0

Tablo 36: Katılımcıların Rutin Bir Kontrol İçin En Son Ne Zaman Doktora Gittiği ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	En Son Doktor Kontrol Zamanı	**Sayı (n)**	**Ortalama**	**Ortanca**	**Standart Sapma ±**	**Min.**	**Max.**	***p****
SYBD II Toplam Puan	Son 1 yıl içinde	205	122,3	122	21,21	73	186	0,712
	Son 2 yıl içinde	25	119,96	121	20,24	79	154	
	Son 3 yıl içinde	9	124,78	122	21,63	91	156	
	Son 4 yıl ve daha fazla	15	120,53	121	16,03	93	157	
	Hiç gitmedim	42	116,71	115	21,16	77	162	
	Total	296						
Sağlık Sorumluluğu	Son 1 yıl içinde	205	20,21	19	4,71	10	36	0,304
	Son 2 yıl içinde	25	18,60	18	3,67	10	25	
	Son 3 yıl içinde	9	20,22	18	4,11	16	27	
	Son 4 yıl ve daha fazla	15	18,07	18	4,02	10	25	
	Hiç gitmedim	42	19,05	18,5	4,11	11	28	
	Total	296						
Fiziksel Aktivite	Son 1 yıl içinde	205	16,15	16	5,25	8	32	0,575
	Son 2 yıl içinde	25	15,72	15	5,66	8	27	
	Son 3 yıl içinde	9	18,11	19	4,83	9	25	
	Son 4 yıl ve daha fazla	15	17,20	17	5,45	8	28	
	Hiç gitmedim	42	15,90	16	4,94	8	26	
	Total	296						
Beslenme	Son 1 yıl içinde	205	19,12	19	4,27	9	32	0,114
	Son 2 yıl içinde	25	19,16	19	4,15	12	30	
	Son 3 yıl içinde	9	19,56	19	4,24	15	27	
	Son 4 yıl ve daha fazla	15	18,87	20	3,98	10	26	
	Hiç gitmedim	42	17,02	17,5	4,09	11	24	
	Total	296						
Manevi Gelişim	Son 1 yıl içinde	205	24,60	24	5,04	10	36	0,951
	Son 2 yıl içinde	25	25,20	26	5,00	14	35	
	Son 3 yıl içinde	9	24,44	24	4,79	16	33	
	Son 4 yıl ve daha fazla	15	24,87	24	4,22	18	31	
	Hiç gitmedim	42	24,38	25	4,60	15	33	
	Total	296						
Kişilerarası İlişkiler	Son 1 yıl içinde	205	24,48	24	4,93	11	36	0,697
	Son 2 yıl içinde	25	23,72	23	5,09	15	33	

	Son 3 yıl içinde	9	23,33	22	4,77	16	30	
	Son 4 ve daha fazla	15	24,07	24	3,32	17	29	
	Hiç gitmedim	42	23,33	23,5	4,53	12	33	
	Total	296						
Stres Yönetimi	Son 1 yıl içinde	205	17,75	17	3,75	10	27	0,701
	Son 2 yıl içinde	25	17,56	17	3,19	12	25	
	Son 3 yıl içinde	9	19,11	18	3,85	14	25	
	Son 4 yıl ve daha fazla	15	17,47	18	3,88	10	26	
	Hiç gitmedim	42	17,02	17	3,96	11	26	
	Total	296						
p:* Kruskal Wallis Varyans Analizi								

Tablo 37: Katılımcıların Rutin Bir Kontrol İçin En Son Doktora Gidişinin Son 1 yıl içinde, 1 Yıldan Daha Uzun Sürede ve Hiç Gitmemiş Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	En Son Doktor Kontrol Zamanı	**Sayı (n)**	**Ortalama**	**Standart Sapma ±**	**Min.**	**Max.**	***p****
SYBD II Toplam Puan	Son 1 yıl içinde	205	122,30	21,21	73	186	0,287
	1 yıldan daha uzun sürede	49	121,02	19,00	79	157	
	Hiç gitmedim	42	116,71	21,16	77	162	
	Total	296	121,29	20,88	73	186	
Sağlık Sorumluluğu	Son 1 yıl içinde	205	20,21	4,71	10	36	0,062
	1 yıldan daha uzun sürede	49	18,73	3,85	10	27	
	Hiç gitmedim	42	19,05	4,11	11	28	
	Total	296	19,80	4,53	10	36	
Fiziksel Aktivite	Son 1 yıl içinde	205	16,15	5,25	8	32	0,796
	1 yıldan daha uzun sürede	49	16,61	5,43	8	28	
	Hiç gitmedim	42	15,90	4,94	8	26	
	Total	296	16,19	5,23	8	32	
Beslenme	Son 1 yıl içinde	205	19,12	4,27	9	32	**0,012**
	1 yıldan daha uzun sürede	49	19,14	4,03	10	30	
	Hiç gitmedim	42	17,02	4,09	11	24	
	Total	296	18,82	4,25	9	32	
Manevi Gelişim	Son 1 yıl içinde	205	24,60	5,04	10	36	0,846
	1 yıldan daha uzun sürede	49	24,96	4,65	14	35	
	Hiç gitmedim	42	24,38	4,60	15	33	
	Total	296	24,63	4,91	10	36	
Kişilerarası İlişkiler	Son 1 yıl içinde	205	24,48	4,93	11	36	0,293
	1 yıldan daha uzun sürede	49	23,76	4,47	15	33	
	Hiç gitmedim	42	23,33	4,53	12	33	
	Total	296	24,20	4,81	11	36	
Stres Yönetimi	Son 1 yıl içinde	205	17,75	3,75	10	27	0,496
	1 yıldan daha uzun sürede	49	17,82	3,51	10	26	
	Hiç gitmedim	42	17,02	3,96	11	26	
	Total	296	17,66	3,74	10	27	
p:* ANOVA Varyans Analiz Testi							

4.2.14. Katılımcıların Uyku Süresi ile SYBD II Ölçeğinin İlişkisi

Sağlık çalışanlarının günlük ortalama uyku süresinin %32,8'inde (n= 97) 7 saatten az (%0,3'ü (n= 1) günde 3 saat, %2,0'si (n= 6) 4 saat, %5,1'i (n= 15) 5 saat, %25,0'i (n= 74) 6 saat, %0,3'ü (n= 1) 6,5 saat) ve %67,2'sinde (n= 199) 7 saat ve üzerinde (%29,4'ü (n= 87) 7

saat, %25,7'i (n= 76) 8 saat, %6,4'ü (n= 19) 9 saat, %5,7' (n= 17) 10 saat) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 38). Sağlık çalışanlarının verdikleri yanıtlara göre günlük uyku süresi ortalaması 7,13 ± 1,30 olarak bulunmuştur (Tablo 5). Günlük uyku süresi ile ölçek alt faktörlerinden sağlık sorumluluğu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, çok düşük düzeyde korelasyon bulunduğu (p= 0,048) gibi, stres yönetimi alt faktör puanı ve uyku süresi arasında da anlamlı, pozitif yönde, çok düşük düzeyde korelasyon (p= 0,011) bulunmuştur. Katılımcıların günlük ortalama uyku süresi ile SYBD II toplam puanı ve geri kalan alt faktörlerden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunamamıştır (Tablo 39). Uyku süresi 7 saat altında ve 7 saat ve üzerinde olmak üzere gruplanarak değerlendirildiğinde günlük ortalama uyku süresi ile kişilerarası ilişkiler alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,027) olup 7 saat ve üzerinde uyuyanların kişilerarası ilişkiler alt faktör puanının 7 saatten az uyuyanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı şekilde stres yönetimi alt faktörü ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,010) olup 7 saat ve daha fazla uyuyanların stres yönetimi alt faktör puanlarının 7 saatten az uyuyanlardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Günlük ortalama uyku süresinin 7 saatten az ve 7 saat ve üzerinde olması ile SYBD II toplam puanı ve diğer alt faktörlerin puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 40).

Tablo 38: Katılımcıların Günlük Ortalama Uyku Süresine Göre Dağılımı

	Uyku Süresi (saat)	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Günlük Ortalama Uyku Süresi	3,0	1	0,3
	4,0	6	2,0
	5,0	15	5,1
	6,0	74	25,0
	6,5	1	0,3
	7,0	87	29,4
	8,0	76	25,7
	9,0	19	6,4
	10,0	17	5,7
	Total	296	100,0
Katılımcıların Günlük Ortalama Uyku Süresinin 7 saatten az,7 saat ve üzerinde Olmasına Göre Dağılımı			
Günlük Ortalama Uyku Süresi	7 saatten az	97	32,8
	7 saat ve üzeri	199	67,2
	Total	296	100,0

Tablo 39: Katılımcıların Günlük Ortalama Uyku Süresi ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puanları Arasındaki Korelasyon								
		SYBD II Toplam	**Sağlık Sorumluluğu**	**Fiziksel Aktivite**	**Beslenme**	**Manevi gelişim**	**Kişilerarası İlişkiler**	**Stres Yönetimi**
Günlük Ortalama Uyku Süresi	**Pearson Korelasyon Katsayısı**	0,044	0,115	-0,059	0,026	-0,035	0,046	0,148
	***p* (iki yönlü)**	0,447	**0,048**	0,309	0,656	0,552	0,433	**0,011**
	Sayı (n)	296	296	296	296	296	296	296

Tablo 40: Katılımcıların Günlük Ortalama Uyku Süresinin 7 saatten az, 7 saat ve üzerinde Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi					
	Günlük Ortalama Uyku Süresi	**Sayı (n)**	**Ortalama**	**Standart Sapma ±**	***p****
SYBD II Toplam Puan	7 saatten az	97	118,64	20,87	0,127
	7 saat ve üzeri	199	122,59	20,81	
Sağlık Sorumluluğu	7 saatten az	97	19,16	4,51	0,092
	7 saat ve üzeri	199	20,11	4,52	
Fiziksel Aktivite	7 saatten az	97	16,67	5,17	0,270
	7 saat ve üzeri	199	15,95	5,25	
Beslenme	7 saat altı	97	18,41	3,92	0,246
	7 saat ve üzeri	199	19,03	4,40	
Manevi Gelişim	7 saat altı	97	24,23	4,93	0,327
	7 saat ve üzeri	199	24,82	4,89	
Kişilerarası İlişkiler	7 saat altı	97	23,31	4,53	**0,027**
	7 saat ve üzeri	199	24,63	4,89	
Stres Yönetimi	7 saat altı	97	16,86	3,68	**0,010**
	7 saat ve üzeri	199	18,05	3,71	
*p**: Bağımsız Gruplarda T Testi					

4.2.15. Katılımcıların Uyku Kalitesi ile SYBD II Ölçeğinin İlişkisi

Katılımcıların uyku kalitesi değerlendirildiğinde %36,8'inin (n= 109) iyi (%7,1'i (n= 21) çok iyi, %29,7'si (n= 88) iyi), %39,9'unun (n= 118) orta ve %23,3'ünün (n=69) ise kötü (%17,9'u (n= 53) kötü, %5,4'ü (n=16) çok kötü) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 41). Katılımcıların uyku kalitesi ile SYBD II toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuş (p<0,001) olup; katılımcılardan uyku kalitesi iyi olanların SYBD II toplam puanı uyku kalitesi kötü ve orta olanlara göre daha yüksek ve çok iyi olanların SYBD II toplam puanı

da kötü ve orta olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ölçek alt faktörlerine bakıldığında sağlık sorumluluğu alt faktörü ve uyku kalitesi arasında istatistiki açıdan anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,003) olup, uyku kalitesi iyi olanların sağlık sorumluluğu puanları hem orta hem de kötü olan iki gruptan da yüksek bulunmuştur. Fiziksel aktivite ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p= 0,001) ve uyku kalitesi çok iyi ve iyi olan her iki grubun da fiziksel aktivite puanlarının uyku kalitesi orta olanlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. Beslenme ile uyku kalitesi arasında istatistiki açıdan anlamlı ilişki bulunmakla (p= 0,018) birlikte yapılan ikili analizlerde gruplar arasındaki anlamlılığın kaybolduğu görülmüştür. Manevi gelişim alt faktörü ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p= 0,004) olup, uyku kalitesi iyi olanların manevi gelişim puanlarının uyku kalitesi orta ve kötü olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kişilerarası ilişkiler alt faktörü ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p= 0,025) ve uyku kalitesi çok iyi olanların kişilerarası ilişkiler puanının uyku kalitesi kötü olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Stres yönetimi alt faktörüne bakıldığın da istatistiki olarak uyku kalitesi ile arasında anlamlı ilişki olduğu (p<0,001) görülmüş, uyku kalitesi çok iyi ve iyi olanların stres yönetimi puanlarının uyku kalitesi hem orta hem de kötü olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 42). Uyku kalitesinin iyi, orta ve kötü olmak üzere gruplanmış haliyle yapılan değerlendirmede ise uyku kalitesi ile SYBD II toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p<0,001) olup uyku kalitesi iyi olanların SYBD II toplam puanı uyku kalitesi orta ve kötü olanlardan daha yüksek tespit edilmiştir. Sağlık sorumluluğu alt faktör puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p<0,001) olup uyku kalitesi iyi olanlarda sağlık sorumluluğu puan ortalaması kötü ve orta olanlardan daha yüksek tespit edilmiştir. Fiziksel aktivite alt faktör puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki (p<0,001) bulunmuş ve uyku kalitesi iyi olanların fiziksel aktivite puan ortalaması uyku kalitesi orta olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Beslenme alt faktörü puanı ile arasında istatistiki olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,005) ve uyku kalitesi iyi olanların beslenme puanı orta ve kötü olanlardan yüksek tespit edilmiştir. Manevi gelişim alt faktör puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,004) ve uyku kalitesi iyi olanların manevi gelişim alt faktör puanı orta ve kötü olanlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kişilerarası ilişkiler alt faktör puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,044) olup uyku kalitesi iyi olanların kişilerarası ilişkiler puanı kötü olanlardan yüksek tespit edilmiştir. Stres yönetimi alt faktör puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p<0,001) ve uyku kalitesi

iyi olanların stres yönetimi alt faktör puanının orta ve kötü olanlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 43).

Tablo 41: Katılımcıların Uyku Kalitesine Göre Dağılımı			
		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Uyku Kalitesi	Çok iyi	21	7,1
	İyi	88	29,7
	Orta	118	39,9
	Kötü	53	17,9
	Çok kötü	16	5,4
	Total	296	100,0
Katılımcıların Uyku Kalitesinin İyi, Orta ve Kötü Olmasına Göre Dağılımı			
Uyku Kalitesi	İyi (çok iyi, iyi)	109	36,8
	Orta	118	39,9
	Kötü (kötü, çok kötü)	69	23,3
	Total	296	100,0

Tablo 42: Katılımcıların Uyku Kalitesi ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi								
	Uyku Kalitesi	**Sayı (n)**	**Ortalama**	**Ortanca**	**Satndart Sapma ±**	**Min.**	**Max.**	*p**
SYBD II Toplam Puan	Çok iyi	21	135,43	131	21,64	96	186	**≤ 0,001**
	İyi	88	126,92	127,5	20,43	75	177	
	Orta	118	117,39	116	18,74	79	168	
	Kötü	53	114,30	115	20,38	73	173	
	Çok kötü	16	123,75	117,5	24,07	91	158	
	Total	296						
Sağlık Sorumluluğu	Çok iyi	21	22,48	21	5,87	15	36	**0,003**
	İyi	88	20,83	21	4,47	11	34	
	Orta	118	19,08	19	4,28	10	31	
	Kötü	53	18,75	18	4,00	10	31	
	Çok kötü	16	19,38	18,5	4,38	11	27	
	Total	296						
Fiziksel Aktivite	Çok iyi	21	19,38	19	6,45	8	32	**0,001**
	İyi	88	17,09	17	4,44	8	28	
	Orta	118	14,84	14,5	4,94	8	28	
	Kötü	53	15,91	16	5,46	8	31	
	Çok kötü	16	17,94	18	6,04	8	27	
	Total	296						
Beslenme	Çok iyi	21	20,52	19	4,43	13	32	**0,018**
	İyi	88	19,72	20	3,95	12	31	
	Orta	118	18,15	18	4,39	9	30	
	Kötü	53	18,08	18	4,29	11	29	
	Çok kötü	16	19,13	19	3,30	14	26	
	Total	296						
Manevi Gelişim	Çok iyi	21	26,24	27	5,18	15	34	**0,004**
	İyi	88	25,76	26	4,82	13	35	

	Orta	118	24,01	24	4,36	13	35	
	Kötü	53	23,25	23	5,14	10	34	
	Çok kötü	16	25,44	24	6,41	15	36	
	Total	296						
Kişilerarası İlişkiler	Çok iyi	21	26,1	26	5,02	18	34	**0,025**
	İyi	88	24,58	25	4,95	11	36	
	Orta	118	24,25	24	4,43	14	34	
	Kötü	53	22,47	23	4,67	12	34	
	Çok kötü	16	24,88	25,5	5,81	15	34	
	Total	296						
Stres Yönetimi	Çok iyi	21	20,71	20	3,67	14	27	**≤ 0,001**
	İyi	88	18,94	18	3,42	12	27	
	Orta	118	17,05	17	3,34	11	26	
	Kötü	53	15,85	16	3,71	10	27	
	Çok kötü	16	17,00	17	4,06	10	24	
	Total	296						
*p**: Kruskal Wallis Varyans Analizi								

Tablo 43: Katılımcıların Uyku Kalitesinin İyi, Orta ve Kötü Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	Uyku Kalitesi	**Sayı (n)**	**Ortalama**	**Standart Sapma ±**	**Min.**	**Max.**	*p**
SYBD II Toplam Puan	İyi	109	128,56	20,84	75	186	**≤ 0,001**
	Orta	118	117,39	18,74	79	168	
	Kötü	69	116,49	21,49	73	173	
	Total	296	121,29	20,88	73	186	
Sağlık Sorumluluğu	İyi	109	21,15	4,79	11	36	**≤ 0,001**
	Orta	118	19,08	4,28	10	31	
	Kötü	69	18,90	4,07	10	31	
	Total	296	19,80	4,53	10	36	
Fiziksel Aktivite	İyi	109	17,53	4,94	8	32	**≤ 0,001**
	Orta	118	14,84	4,94	8	28	
	Kötü	69	16,38	5,62	8	31	
	Total	296	16,19	5,23	8	32	
Beslenme	İyi	109	19,87	4,04	12	32	**0,005**
	Orta	118	18,15	4,39	9	30	
	Kötü	69	18,32	4,08	11	29	
	Total	296	18,82	4,25	9	32	
Manevi Gelişim	İyi	109	25,85	4,87	13	35	**0,004**
	Orta	118	24,01	4,36	13	35	
	Kötü	69	23,75	5,49	10	36	
	Total	296	24,63	4,91	10	36	
Kişilerarası İlişkiler	İyi	109	24,87	4,98	11	36	**0,044**
	Orta	118	24,25	4,43	14	34	

	Kötü	69	23,03	5,02	12	34	
	Total	296	24,20	4,81	11	36	
Stres Yönetimi	İyi	109	19,28	3,52	12	27	**≤ 0,001**
	Orta	118	17,05	3,34	11	26	
	Kötü	69	16,12	3,80	10	27	
	Total	296	17,66	3,74	10	27	
*p**: ANOVA Varyans Analizi							

4.2.16. Katılımcıların Gün İçinde Uykusuzluk Yaşama Durumu ile SYBD II Ölçeğinin İlişkisi

Gün içinde uykusuzluk şikâyeti yaşayıp yaşamadığı sorulan katılımcıların %96,3'inde (n= 285) uykusuzluk şikayeti olduğu (%10,5'i (n= 31) her zaman, %26,0'sı (n= 77) sıklıkla, %41,9'u (n= 124) ara sıra, %17,9'u (n= 53) nadiren), %3,7'sinde (n= 11) ise asla uykusuzluk şikayeti olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 44). Gün içinde uykusuzluk yaşama durumu ve SYBD II toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunuş (p=0,023) olup, nadiren uykusuzluk yaşayanların ölçek toplam puanının sıklıkla uykusuzluk yaşayanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Ölçek alt faktörlerine bakıldığındaysa uykusuzluk yaşama durumu ve manevi gelişim arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p<0,001) ve hem ara sıra hem de nadiren uykusuzluk yaşayanların manevi gelişim puanlarının sıklıkla uykusuzluk yaşayanlardan yüksek olduğu bulunmuştur. Stres yönetimi alt faktör puanı ile uykusuzluk yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p<0,001) olup hem nadiren uykusuzluk yaşayanların hem de asla uykusuzluk yaşamayanların stres yönetimi alt faktör puanlarının sıklıkla uykusuzluk yaşayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ölçeğin diğer dört alt faktör puanları ile uykusuzluk yaşama durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 45). Katılımcılar verdiği cevaplara göre gün içinde uykusuzluk şikâyeti olan ve uykusuzluk şikâyeti olmayan olarak gruplandığında sağlık sorumluluğu alt faktör puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,039) olup uykusuzluk şikâyeti olmayanların sağlık sorumluluğu faktör puanının uykusuzluk şikayeti olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Beslenme alt faktörü ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,005) olup uykusuzluk şikâyeti olmayanlarda beslenme puanının uykusuzluk şikâyeti olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Stres yönetimi alt faktör puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,038) olup uykusuzluk şikâyeti olmayanların puanlarının uykusuzluk şikâyeti olanlardan daha yüksek

olduğu tespit edilmiştir. Gün içinde uykusuzluk şikâyeti olması ve uykusuzluk şikâyeti olmaması durumu ile SYBD II toplam puanı ve ölçeğin diğer alt faktör puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 46).

Tablo 44: Katılımcıların Gün İçinde Uykusuzluk Yaşama Durumuna Göre Dağılımı			
		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Gün İçinde Uykusuzluk Yaşama Durumu	Her zaman	31	10,5
	Sıklıkla	77	26,0
	Ara sıra	124	41,9
	Nadiren	53	17,9
	Asla	11	3,7
	Total	296	100,0
Katılımcıların Gün İçinde Uykusuzluk Yaşama Durumunun Uykusuzluk Şikâyeti olan ve Uykusuzluk Şikâyeti Olmayana Göre Dağılımı			
Gün İçinde Uykusuzluk Yaşama Durumu	Uykusuzluk şikâyeti olan	285	96,3
	Uykusuzluk şikâyeti olmayan	11	3,7
	Total	296	100,0

Tablo 45: Katılımcıların Gün İçinde Uykusuzluk Yaşama Durumu ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	Uykusuzluk	**Sayı (n)**	**Ortalama**	**Ortanca**	**Standart Sapma ±**	**Min.**	**Max.**	***p****
SYBD II Toplam Puan	Her zaman	31	120,39	113	24,32	77	170	**0,023**
	Sıklıkla	77	117,64	117	19,94	79	177	
	Ara sıra	124	120,2	121	20,69	73	186	
	Nadiren	53	127,87	128	20,32	88	173	
	Asla	11	130,09	126	14,57	112	151	
	Total	296						
Sağlık Sorumluluğu	Her zaman	31	20,52	19	5,28	11	34	0,095
	Sıklıkla	77	19,74	19	4,34	10	34	
	Ara sıra	124	19,11	19	4,25	10	32	
	Nadiren	53	20,62	20	4,95	11	36	
	Asla	11	22	23	3,49	15	27	
	Total	296						
Fiziksel Aktivite	Her zaman	31	16,23	16	5,95	8	31	0,453
	Sıklıkla	77	15,52	15	5,31	8	28	
	Ara sıra	124	16,15	16	4,97	8	32	
	Nadiren	53	17,25	17	5,54	8	32	
	Asla	11	16,09	16	3,64	11	23	
	Total	296						
Beslenme	Her zaman	31	18,32	19	4,49	11	27	0,068
	Sıklıkla	77	18,65	18	4,70	10	31	
	Ara sıra	124	18,67	19	4,22	9	32	
	Nadiren	53	19,13	19	3,65	12	29	
	Asla	11	21,73	22	2,49	16	25	
	Total	296						

Manevi Gelişim	Her zaman	31	24,39	24	5,64	10	36	**≤ 0,001**
	Sıklıkla	77	23,03	23	4,30	13	34	
	Ara sıra	124	24,56	25	4,85	13	35	
	Nadiren	53	27,04	27	4,61	17	35	
	Asla	11	25,73	23	4,73	20	34	
	Total	296						
Kişilerarası İlişkiler	Her zaman	31	23,87	24	5,84	12	33	0,870
	Sıklıkla	77	24,1	24	4,67	14	36	
	Ara sıra	124	24,02	24	5,00	11	34	
	Nadiren	53	24,81	25	4,07	17	34	
	Asla	11	24,73	24	4,31	19	32	
	Total	296						
Stres Yönetimi	Her zaman	31	17,06	17	4,95	10	27	**≤ 0,001**
	Sıklıkla	77	16,6	16	3,50	11	27	
	Ara sıra	124	17,69	17	3,55	10	27	
	Nadiren	53	19,02	19	3,28	12	25	
	Asla	11	19,82	18	3,06	16	25	
	Total	296						
p:* Kruskal Wallis Varyans Analizi								

Tablo 46: Katılımcıların Gün İçinde Uykusuzluk Yaşama Durumunun Uykusuzluk Şikayetinin Olması ve Uykusuzluk Şikayetinin Olmaması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	Uykusuzluk	**Sayı (n)**	**Ortalama**	**Ortanca**	**Standart Sapma ±**	**Min.**	**Max.**	***p****
SYBD II Toplam Puan	Uykusuzluk şikâyeti olan	285	120,95	121	21,03	73	186	0,105
	Uykusuzluk şikâyeti olmayan	11	130,09	126	14,57	112	151	
	Total	296						
Sağlık Sorumluluğu	Uykusuzluk şikâyeti olan	285	19,72	19	4,55	10	36	**0,039**
	Uykusuzluk şikâyeti olmayan	11	22,00	23	3,49	15	27	
	Total	296						
Fiziksel Aktivite	Uykusuzluk şikâyeti olan	285	16,19	16	5,28	8	32	0,940
	Uykusuzluk şikâyeti olmayan	11	16,09	16	3,64	11	23	
	Total	296						
Beslenme	Uykusuzluk şikâyeti olan	285	18,71	19	4,27	9	32	**0,005**
	Uykusuzluk şikâyeti olmayan	11	21,73	22	2,49	16	25	
	Total	296						
Manevi Gelişim	Uykusuzluk şikâyeti olan	285	24,59	25	4,92	10	36	0,608
	Uykusuzluk şikâyeti olmayan	11	25,73	23	4,73	20	34	
	Total	296						
Kişilerarası İlişkiler	Uykusuzluk şikâyeti olan	285	24,18	24	4,83	11	36	0,772
	Uykusuzluk şikâyeti olmayan	11	24,73	24	4,31	19	32	
	Total	296						
Stres Yönetimi	Uykusuzluk şikâyeti olan	285	17,57	17	3,74	10	27	**0,038**
	Uykusuzluk şikâyeti olmayan	11	19,82	18	3,06	16	25	
	Total	296						
p*: Mann-Whitney U Testi								

4.2.17. Katılımcıların Öğün Sayısı ile SYBD II Ölçeğinin İlişkisi

Günlük kaç ana ve ara öğün tükettiklerine bakıldığında katılımcıların ortalama olarak 3,38 ± 1,25 öğün tüketildiği bulunmuş (Tablo 5) ve katılımcıların %19,6'sının (n= 58) 3

öğünden az (%3,4'ü (n= 10) 1 öğün, %16,2'si (n= 48) 2 öğün) ve %80,4'ünün (n= 238) 3 ve daha fazla öğün (%45,6'sı (n= 135) 3 öğün, %16,9'u (n= 50) 4 öğün, %13,2'si (n= 39) 5 öğün, %3,4'ü (n= 10) 6 öğün, %0,7'si (n= 2) 7 öğün, %0,3'ü (n= 1) 8 öğün, %0,3'ü (n= 1) 11 öğün) tükettiği tespit edilmiştir (Tablo 47). Katılımcıların günlük tükettiği toplam ana ve ara öğün sayısı ile SYBD II toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunamamıştır. Öğün sayısı ile ölçek alt faktörlerinden beslenme arasında istatistiki olarak anlamlı, pozitif yönde, çok düşük düzeyde korelasyon bulunmuş (p= 0,019) ancak SYBD II toplam puanı ile ölçeğin diğer alt faktörlerinin puanları arasında anlamlı korelasyon bulunamamıştır (Tablo 48). Katılımcılar günlük tüketime göre toplamda 3'ten az öğün ve 3 ve daha fazla öğün olmak üzere gruplandığında ise beslenme alt faktör puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiş (p=0,004) ve öğün sayısı 3 ve daha fazla olanların beslenme puanının 3 ten az olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Stres yönetimi alt faktör puanı ile arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,006) olup öğün sayısı 3 ve üzerinde olanların stres yönetimi puan ortalamalarının 3'ten az olanlara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Günlük toplam 3'ten az öğün ve 3 ve daha fazla öğün tüketimi ile SYBD II toplam puanı ve diğer alt faktörlerin puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 49).

Tablo 47: Katılımcıların Günlük Tüketilen Toplam Ana ve Ara Öğün Sayısına Göre Dağılımı			
		Sayı (n)	Yüzde (%)
Günlük Toplam Ana ve Ara Öğün Sayısı	1	10	3,4
	2	48	16,2
	3	135	45,6
	4	50	16,9
	5	39	13,2
	6	10	3,4
	7	2	0,7
	8	1	0,3
	11	1	0,3
	Total	296	100,0
Katılımcıların Günlük Tüketilen Toplam Ana ve Ara Öğün Sayısının 3'ten az, 3 ve Daha Fazla Olmasına Göre Dağılımı			
Günlük Toplam Ana ve Ara Öğün Sayısı	<3	58	19,6
	3 ve daha fazla	238	80,4
	Total	296	100,0

Tablo 48: Katılımcıların Günlük Tüketilen Toplam Ana ve Ara Öğün Sayısı ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puanları Arasındaki Korelasyon								
		SYBD-II Toplam	**Sağlık Sorumluluğu**	**Fiziksel Aktivite**	**Beslenme**	**Manevi gelişim**	**Kişilerarası İlişkiler**	**Stres Yönetimi**
Günlük Öğün Sayısı	**Spearman Rho Korelasyon Katsayısı**	0,093	0,078	0,083	0,136	0,039	0,024	0,086
	***p* (2 yönlü)**	0,111	0,179	0,153	**0,019**	0,509	0,685	0,138
	Sayı (n)	296	296	296	296	296	296	296

Tablo 49: Katılımcıların Günlük Tüketilen Toplam Ana ve Ara Öğün Sayısının 3'ten az, 3 ve daha fazla Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi					
	Öğün Sayısı	**Sayı (n)**	**Ortalama**	**Standart Sapma ±**	***p****
SYBD II Toplam Puan	<3	58	116,55	22,657	0,054
	3 ve daha fazla	238	122,45	20,306	
Sağlık Sorumluluğu	<3	58	19,28	4,629	0,326
	3 ve daha fazla	238	19,93	4,510	
Fiziksel Aktivite	<3	58	15,26	5,447	0,131
	3 ve daha fazla	238	16,42	5,164	
Beslenme	<3	58	17,40	4,495	**0,004**
	3 ve daha fazla	238	19,17	4,135	
Manevi Gelişim	<3	58	24,02	5,286	0,291
	3 ve daha fazla	238	24,78	4,814	
Kişilerarası İlişkiler	<3	58	24,16	5,457	0,943
	3 ve daha fazla	238	24,21	4,657	
Stres Yönetimi	<3	58	16,45	3,560	**0,006**
	3 ve daha fazla	238	17,95	3,732	
p:* Bağımsız Gruplarda T Testi					

4.2.18. Katılımcıların Stres Durumundaki İştah Değişikliği ile SYBD II Ölçeğinin İlişkisi

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanları stres durumunda iştahlarında olan değişikliğin %38,5'inde (n= 114) artar, %49,7'sinde (n= 147) azalır, %11,8'inde (n= 35) değişmez şeklinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 50). Stres durumunda oluşan iştah değişimi ile SYBD II toplam puanı ve ölçek alt faktörlerinin puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 51).

Tablo 50: Katılımcıların Stres Durumunda Oluşan İştah Değişikliğine Göre Dağılımı			
		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Stresle İştah Değişikliği	Artar	114	38,5
	Azalır	147	49,7
	Değişmez	35	11,8
	Total	296	100,0

Tablo 51: Katılımcıların Stres Durumunda Oluşan İştah Değişikliği ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi							
	Stresle İştah Değişimi	**Sayı (n)**	**Ortalama**	**Standart Sapma ±**	**Min.**	**Max.**	***p****
SYBD II Toplam Puan	Artar	114	122,68	18,93	77	170	0,664
	Azalır	147	120,40	21,54	75	177	
	Değişmez	35	120,51	24,23	73	186	
	Total	296	121,29	20,88	73	186	
Sağlık Sorumluluğu	Artar	114	20,18	4,43	11	36	0,396
	Azalır	147	19,68	4,55	10	34	
	Değişmez	35	19,06	4,78	10	32	
	Total	296	19,80	4,53	10	36	
Fiziksel Aktivite	Artar	114	15,98	4,90	8	32	0,582
	Azalır	147	16,15	5,21	8	28	
	Değişmez	35	17,03	6,29	8	32	
	Total	296	16,19	5,23	8	32	
Beslenme	Artar	114	18,78	4,20	9	30	0,977
	Azalır	147	18,88	4,11	11	31	
	Değişmez	35	18,74	5,08	11	32	
	Total	296	18,82	4,25	9	32	
Manevi Gelişim	Artar	114	25,05	4,47	14	34	0,449
	Azalır	147	24,28	5,21	10	35	
	Değişmez	35	24,71	4,98	15	36	
	Total	296	24,63	4,91	10	36	
Kişilerarası İlişkiler	Artar	114	24,63	4,34	12	34	0,374
	Azalır	147	24,04	5,17	11	36	
	Değişmez	35	23,43	4,68	12	31	
	Total	296	24,20	4,81	11	36	
Stres Yönetimi	Artar	114	18,05	3,60	10	27	0,343
	Azalır	147	17,37	3,80	10	27	
	Değişmez	35	17,54	3,90	11	27	
	Total	296	17,66	3,74	10	27	
p:* ANOVA Varyans Analizi							

4.2.19. Katılımcıların Sigara Kullanma Durumu ile SYBD II Ölçeğinin İlişkisi

Katılımcıların %63,9'unun (n= 189) sigara içmediği ve %36,1'inin (n= 107) sigara içtiği tespit edilmiştir (Tablo 52). Sigara içen gruba bakıldığında sigara tüketim miktarının ortalama olarak 7,67 ± 7,87 paket/yıl olduğu ve sigara kullanma süresinin de ortalama olarak 8,02 ± 5,59 yıl olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5). Sigara kullanım durumu ile SYBD II toplam puanı ve ölçek alt faktör puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo

53). Katılımcıların sigara tüketim miktarı (paket/yıl) ile SYBD II toplam puanı ve ölçek alt faktörlerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunamamıştır (Tablo 54). Sigara kullanma süresi ile kişilerarası ilişkiler alt faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, çok düşük düzeyde korelasyon bulunmuş (p= 0,047) olup sigara kullanma süresi ile SYBD II toplam puanı ve ölçeğin diğer alt faktörlerinin puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunamamıştır (Tablo 55).

Tablo 52: Katılımcıların Sigara Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara Kullanma Durumu	Hayır	189	63,9
	Evet	107	36,1
	Total	296	100,0

Tablo 53: Katılımcıların Sigara Kullanma Durumu ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	Sigara Kullanma Durumu	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma ±	*p**
SYBD II Toplam Puan	Hayır	189	121,48	20,26	0,838
	Evet	107	120,96	22,02	
Sağlık Sorumluluğu	Hayır	189	19,94	4,45	0,477
	Evet	107	19,55	4,67	
Fiziksel Aktivite	Hayır	189	16,10	5,02	0,699
	Evet	107	16,35	5,60	
Beslenme	Hayır	189	18,95	4,07	0,507
	Evet	107	18,60	4,58	
Manevi Gelişim	Hayır	189	24,72	4,98	0,672
	Evet	107	24,47	4,80	
Kişilerarası İlişkiler	Hayır	189	24,12	4,82	0,725
	Evet	107	24,33	4,81	
Stres Yönetimi	Hayır	189	17,65	3,67	0,952
	Evet	107	17,67	3,86	

p:* Bağımsız Gruplarda T Testi

Tablo 54: Katılımcıların Sigara Kullanma Miktarı (paket/yıl) ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puanları Arasındaki Korelasyon

		SYBD-II Toplam	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi
Sigara Kullanma Miktarı (paket/yıl)	**Spearman rho Korelasyon katsayısı**	-0,008	-0,131	-0,129	-0,064	0,151	0,141	-0,002
	***p* (2 yönlü)**	0,935	0,180	0,184	0,512	0,120	0,147	0,981
	Sayı (n)	107	107	107	107	107	107	107

Tablo 55: Katılımcıların Sigara Kullanma Yılı ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puanları Arasındaki Korelasyon

		SYBD-II Toplam	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi
Sigara Kullanma Yılı	**Pearson Korelasyon Katsayısı**	-0,004	-0,137	-0,189	-0,029	0,185	0,192	-0,018
	***p* (2 yönlü)**	0,966	0,159	0,052	0,763	0,056	**0,047**	0,850
	Sayı (n)	107	107	107	107	107	107	107

4.2.20. Katılımcıların Alkol Kullanma Durumu ile SYBD II Ölçeğinin İlişkisi

Sağlık çalışanlarının alkol kullanma durumuna bakıldığında %79,4'ünün (n= 235) alkol kullanmadığı ve %20,6'sının (n= 61) alkol kullandığı tespit edilmiştir (Tablo 56). Alkol kullanan katılımcılarda tüketim yılı ortalama olarak 7,59 ± 7,03 bulunmuştur (Tablo 5). Alkol kullanım durumu ile ölçek alt faktörü fiziksel aktivite puanı arasında istatistiki açıdan anlamlı ilişki (*p*=0,009) bulunmuş ve alkol kullananların fiziksel aktivite puanının alkol kullanmayanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. SYBD II toplam puanı ve ölçeğin geri kalan alt faktör puanları ile alkol kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 57). Alkol kullanma süresi ile SYBD II toplam puanı ve ölçeğin altı alt faktörünün puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunamamıştır (Tablo 58).

Tablo 56: Katılımcıların Alkol Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Alkol kullanma Durumu	Hayır	235	79,4
	Evet	61	20,6
	Total	296	100,0

Tablo 57: Katılımcıların Alkol Kullanma Durumu ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi					
	Alkol Kullanma Durumu	**Sayı (n)**	**Ortalama**	**Standart Sapma ±**	***p****
SYBD II Toplam Puan	Hayır	235	120,77	20,76	0,398
	Evet	61	123,31	21,37	
Sağlık Sorumluluğu	Hayır	235	19,88	4,54	0,551
	Evet	61	19,49	4,52	
Fiziksel Aktivite	Hayır	235	15,79	5,14	**0,009**
	Evet	61	17,74	5,32	
Beslenme	Hayır	235	18,77	4,17	0,669
	Evet	61	19,03	4,61	
Manevi Gelişim	Hayır	235	24,76	4,99	0,360
	Evet	61	24,11	4,58	
Kişilerarası İlişkiler	Hayır	235	24,00	4,84	0,161
	Evet	61	24,97	4,64	
Stres Yönetimi	Hayır	235	17,57	3,75	0,466
	Evet	61	17,97	3,70	
p:* Bağımsız Gruplarda T Testi					

Tablo 58: Katılımcıların Alkol Kullanma Süresi ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puanları Arasındaki Korelasyon								
		SYBD-II Toplam	**Sağlık Sorumluluğu**	**Fiziksel Aktivite**	**Beslenme**	**Manevi gelişim**	**Kişilerarası İlişkiler**	**Stres Yönetimi**
Alkol Kullanma Süresi	**Spearman Rho Korelasyon Katsayısı**	-0,009	-0,133	-0,064	0,089	0,135	0,024	-0,055
	***p* (2 yönlü)**	0,943	0,308	0,622	0,494	0,299	0,856	0,675
	Sayı (n)	61	61	61	61	61	61	61

4.2.21. Katılımcıların Mesleki Memnuniyet Durumu ile SYBD II Ölçeğinin İlişkisi

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının mesleki memnuniyet durumuna bakıldığında %25,7'sinin (n= 76) memnun olmayan (%10,8'inin (n= 32) hiç memnun değilim, %14,9'unun (n= 44) memnun değilim), %23,3'ününün (n= 69) kararsız ve %51,0'inin (n= 151) memnun olan (%44,6'sının (n= 19) memnunum, %6,4'ünün (n= 19) çok memnunum) olduğu tespit

edilmiştir (Tablo 59). Mesleki memnuniyet ile SYBD II toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,035) olup, memnunum diyenlerin SYBD II toplam puanı memnun değilim diyenlerden yüksek tespit edilmiştir. Ölçek alt faktörleri ile mesleki memnuniyetin ilişkisine bakıldığında manevi gelişim ve mesleki memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,001) olup hem çok memnunum hem de memnunum diyenlerin manevi gelişim puanları memnun değilim diyenlere göre daha yüksek tespit edilmiştir. Kişilerarası ilişkiler alt faktör puanı ile mesleki memnuniyet durumu arasında istatistiki yönden anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,004) olup hem çok memnunum hem de memnunum diyenlerin kişilerarası ilişkiler puanları hiç memnun değilim diyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Stres yönetimi alt faktör puanı ile mesleki memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,023) ve memnunum diyenlerim stres yönetimi puanları memnun değilim diyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin diğer alt faktör puanları ile mesleki memnuniyet durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 60). Katılımcılar mesleki memnuniyete göre memnun olmayan, kararsız ve memnun olan olmak üzere gruplandıktan sonra yapılan değerlendirmede mesleki memnuniyet durumu ile SYBD II toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,010) olup memnun olanların SYBD II toplam puanı memnun olmayanlara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Manevi gelişim alt faktörü ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p<0,001) ve memnun olanların manevi gelişim puan ortalamalarının hem kararsız hem de memnun olmayanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kişilerarası ilişkiler alt faktörü puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,001) olup mesleğinden memnun olanların kişilerarası ilişkiler puanı memnun olmayanlardan daha yüksek tespit edilmiştir. Stres yönetimi ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,016) ve mesleğinden memnun olanların stres yönetimi puan ortalamalarının memnun olmayanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların mesleki açıdan memnun olmayan, kararsız ve memnun olan durumu ile ölçeğin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme alt faktörleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 61).

Tablo 59: Katılımcıların Mesleki Memnuniyet Durumuna Göre Dağılımı

		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Mesleki Memnuniyet	Hiç memnun değilim	32	10,8
	Memnun değilim	44	14,9
	Kararsızım	69	23,3

	Memnunum	132	44,6
	Çok memnunum	19	6,4
	Total	296	100,0
Katılımcıların Mesleki Memnuniyet Açısından Memnun değil, Karasız ya da Memnun Olmasına Göre Dağılımı			
Mesleki Memnuniyet	Memnun olmayan	76	25,7
	Kararsız	69	23,3
	Memnun olan	151	51,0
	Total	296	100,0

Tablo 60: Katılımcıların Mesleki Memnuniyet Durumu ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	Mesleki Memnuniyet	**Sayı (n)**	**Ortalama**	**Ortanca**	**Standart Sapma ±**	**Min.**	**Max.**	***p****
SYBD II Toplam Puan	Hiç memnun değilim	32	118,91	120	22,93	77	170	**0,035**
	Memnun değilim	44	114,23	113,5	17,68	75	157	
	Kararsızım	69	119,48	118	22,76	79	177	
	Memnunum	132	124,40	124	19,71	73	173	
	Çok memnunum	19	126,68	126	21,42	91	186	
	Total	296						
Sağlık Sorumluluğu	Hiç memnun değilim	32	20,25	19	5,39	11	36	0,656
	Memnun değilim	44	18,70	18,5	3,68	11	26	
	Kararsızım	69	19,90	20	4,91	10	34	
	Memnunum	132	20,00	19	4,36	10	31	
	Çok memnunum	19	19,84	20	4,52	13	32	
	Total	296						
Fiziksel Aktivite	Hiç memnun değilim	32	16,63	16	6,00	8	32	0,683
	Memnun değilim	44	15,93	16	4,79	8	28	
	Kararsızım	69	15,59	15	5,36	8	31	
	Memnunum	132	16,48	16	5,06	8	28	
	Çok memnunum	19	16,16	17	5,77	8	32	
	Total	296						
Beslenme	Hiç memnun değilim	32	18,81	19	4,23	11	27	0,280
	Memnun değilim	44	17,77	17,5	4,21	10	27	
	Kararsızım	69	18,57	18	4,40	11	31	
	Memnunum	132	19,22	19	4,13	10	30	
	Çok memnunum	19	19,47	19	4,67	9	32	
	Total	296						
Manevi Gelişim	Hiç memnun değilim	32	23,72	23	5,44	15	36	**0,001**
	Memnun değilim	44	22,59	23	4,38	10	35	
	Kararsızım	69	23,97	24	4,95	13	32	
	Memnunum	132	25,57	26	4,74	13	35	
	Çok memnunum	19	26,74	26	4,10	16	33	
	Total	296						
Kişilerarası İlişkiler	Hiç memnun değilim	32	22,00	21,5	5,11	12	33	**0,004**
	Memnun değilim	44	22,86	23	4,01	11	31	
	Kararsızım	69	24,20	25	5,10	13	36	
	Memnunum	132	24,86	25	4,47	12	34	
	Çok memnunum	19	26,32	28	5,60	16	34	
	Total	296						
Stres Yönetimi	Hiç memnun değilim	32	17,50	17	3,86	12	27	**0,023**

	Memnun değilim	44	16,36	16	2,82	11	23	
	Kararsızım	69	17,25	17	4,31	10	27	
	Memnunum	132	18,27	18	3,50	11	27	
	Çok memnunum	19	18,16	18	4,12	10	27	
	Total	296						
p:* Kruskal Wallis Varyans Analizi								

Tablo 61: Katılımcıların Mesleki Memnuniyet Açısından Memnun değil, Karasız ya da Memnun Olması ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	Mesleki Memnuniyet	**Sayı (n)**	**Ortalama**	**Standart Sapma ±**	**Min.**	**Max.**	***p****
SYBD II Toplam Puan	Memnun olmayan	76	116,20	20,05	75	170	**0,010**
	Kararsız	69	119,48	22,76	79	177	
	Memnun olan	151	124,69	19,87	73	186	
	Total	296	121,29	20,88	73	186	
Sağlık Sorumluluğu	Memnun olmayan	76	19,36	4,51	11	36	0,607
	Kararsız	69	19,90	4,91	10	34	
	Memnun olan	151	19,98	4,37	10	32	
	Total	296	19,80	4,53	10	36	
Fiziksel Aktivite	Memnun olmayan	76	16,22	5,31	8	32	0,536
	Kararsız	69	15,59	5,36	8	31	
	Memnun olan	151	16,44	5,14	8	32	
	Total	296	16,19	5,23	8	32	
Beslenme	Memnun olmayan	76	18,21	4,22	10	27	0,187
	Kararsız	69	18,57	4,40	11	31	
	Memnun olan	151	19,25	4,18	9	32	
	Total	296	18,82	4,25	9	32	
Manevi Gelişim	Memnun olmayan	76	23,07	4,85	10	36	**≤ 0,001**
	Kararsız	69	23,97	4,95	13	32	
	Memnun olan	151	25,72	4,67	13	35	
	Total	296	24,63	4,91	10	36	
Kişilerarası İlişkiler	Memnun olmayan	76	22,50	4,49	11	33	**0,001**
	Kararsız	69	24,20	5,10	13	36	
	Memnun olan	151	25,05	4,63	12	34	
	Total	296	24,20	4,81	11	36	
Stres Yönetimi	Memnun olmayan	76	16,84	3,32	11	27	**0,016**
	Kararsız	69	17,25	4,31	10	27	
	Memnun olan	151	18,25	3,57	10	27	
	Total	296	17,66	3,74	10	27	
p:* ANOVA Varyans Analizi							

4.2.22. Katılımcıların Mesleki Nedenli Stres Yaşama Durumu ile SYBD II Ölçeğinin İlişkisi

Katılımcıların meslek nedenli stres yaşayıp yaşamadığı değerlendirildiğinde %2,0'sinin (n= 6) hiçbir zaman stres yaşamadığı, %59,1'inin (n= 175) bazen ve %38,9'unun (n= 115) ise her zaman stres yaşadığını tespit edilmiştir (Tablo 62). Sağlık çalışanlarının meslek nedenli stres yaşama durumu ile SYBD II ölçeği alt faktörlerinden stres yönetimi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş (p=0,006) olup meslek nedenli stresi bazen yaşadığını belirten

katılımcıların stres yönetimi puanlarının her zaman stres yaşadığını belirten katılımcılara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Meslek nedenli stres durumu ile SYBD II toplam puanı ve geri kalan ölçek alt faktörlerinin puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 63).

Tablo 62: Katılımcıların Meslek Nedenli Stres Yaşama Durumuna Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Meslek Nedenli Stres Yaşama	Hiçbir zaman	6	2,0
	Bazen	175	59,1
	Her zaman	115	38,9
	Total	296	100,0

Tablo 63: Katılımcıların Meslek Nedenli Stres Yaşama Durumu ile SYBD II Toplam Puan ve Ölçek Alt Faktörlerinin Puan Dağılımının İlişkisi

	Meslek Nedenli Stres	Sayı (n)	Ortalama	Ortanca	Standart Sapma ±	Min.	Max.	*p**
SYBD II Toplam Puan	Hiçbir zaman	6	122,67	124,5	41,42	75	186	0,173
	Bazen	175	123,11	124	20,74	73	173	
	Her zaman	115	118,45	120	19,56	77	177	
	Total	296						
Sağlık Sorumluluğu	Hiçbir zaman	6	20,33	19,5	6,59	13	32	0,999
	Bazen	175	19,82	19	4,43	10	34	
	Her zaman	115	19,75	19	4,60	10	36	
	Total	296						
Fiziksel Aktivite	Hiçbir zaman	6	18,83	17,5	8,99	8	32	0,303
	Bazen	175	16,46	16	5,05	8	31	
	Her zaman	115	15,63	15	5,24	8	32	
	Total	296						
Beslenme	Hiçbir zaman	6	18,17	16,5	7,60	10	32	0,386
	Bazen	175	19,02	19	4,13	9	30	
	Her zaman	115	18,56	19	4,26	10	31	
	Total	296						
Manevi Gelişim	Hiçbir zaman	6	24,17	28	77,36	13	32	0,120
	Bazen	175	25,07	25	4,88	13	35	
	Her zaman	115	23,97	24	4,67	10	36	
	Total	296						
Kişilerarası İlişkiler	Hiçbir zaman	6	22,67	26,5	8,45	11	31	0,339
	Bazen	175	24,57	24	4,78	12	34	
	Her zaman	115	23,70	24	4,62	12	36	
	Total	296						
Stres Yönetimi	Hiçbir zaman	6	18,50	18,5	5,95	12	27	**0,006**
	Bazen	175	18,17	18	3,66	10	27	
	Her zaman	115	16,83	17	3,61	10	27	
	Total	296						

p:* Kruskal Wallis Varyans Analizi

5. TARTIŞMA

Çalışmamız, Kafkas Üniversitesi sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmamıza katılan 296 sağlık çalışanına sosyodemografik durumlarını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileyip sergilemediklerini sorgulayan 23 soru soruldu. Ek olarak katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla 52 maddeden oluşan ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi olmak üzere altı alt faktörü olan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği II (SYBD II) ankete dahil edildi. SYBD II ölçeği; 48 madden oluşan ve alt faktörleri kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi olan SYBDÖ'nin geliştirilmiş halidir. SYBD II ölçeğinden alınabilecek minimum puan 52 iken maksimum puan ise 208'dir. Ölçeğin tüm soruları olumlu olduğu için ölçek puanının artışı sağlıklı yaşam biçimi davranışının da arttığı anlamına gelmektedir. Literatüre bakıldığında sağlıklı yaşam biçim davranışı ile ilgili yapılmış olan araştırmalarda SYBD II ölçeği ve SYBDÖ'nin her ikisinin de kullanılmış olduğu ve çalışılan sosyodemografik özelliklerin bir kısmının farklılık gösterdiği görülmüştür. Bu nedenle yapmış olduğumuz çalışmanın literatürdeki diğer çalışmalar ile her açıdan birebir karşılaştırılması mümkün olmamakla birlikte benzer ya da benzer olmayan sonuçlar üzerinde durulmuş ve bu durumun olası nedenleri incelenmiştir.

5.1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının SYBD II Ölçeğine Verdikleri Yanıtlar ile Toplam Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan 296 sağlık çalışanının SYBD II ölçeği toplam puanı için en düşük puan 73 ve en yüksek puan 186, puan ortalaması ise 121,29 ± 20,88, olarak bulunmuştur. Meslek grupları ayrı olarak değerlendirildiğinde ise SYBD II toplam puanı doktorlarda 122,27±18,20, hemşirelerde 121,24±22,49, teknikerlerde 119,43±24,85, diğer grubunda ise 120,88±17,93 tespit edilmiştir.

Literatüre bakıldığında tek meslek grubundaki sağlık çalışanları ile yapılan araştırmalarda SYBD II toplam puanının Akçakanat ve ark. (2015) hekimlerde 105.25±14,52, Çakır ve ark. (2015) hekimlerde 111,1±18,7, Uz ve Kitiş (2017) hemşirelerde 132.87±17.42 olduğunu bildirmişken, SYBDÖ toplam puanının Türkol ve Güneş (2012) asistan hekimlerde

116.31±17,80, Şimşekoğlu ve Mayda (2016) hemşirelerde 119.97±1.4 ve Özkan ve Yılmaz (2008) hemşirelerde 125.96±16,99 olduğunu bildirmişlerdir.

Birden fazla meslek grubundaki sağlık çalışanları ile yapılan araştırmalarda grubunun tümü için tespit edilmiş ölçek toplam puanlarına bakıldığında ise Çetiner ve Ulupınar (2018) SYBD II toplam puan ortalamasını 126,02±22,2, Koruk ve ark. (2019) dört ayrı ilde Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapmakta olan sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada SYBD II toplam puan ortanca değerlerini sırasıyla Şanlıurfa'da 121, Çanakkale'de 130, Mersin'de 128 ve Manisa'da 127, Yanık ve Noğay (2017) SYBD II toplam puanını 130,228±19,122, Gürsel ve ark. (2016) SYBD II toplam puan ortalamasını 131,10±19,97, Duran ve ark.' (2018) SYBDÖ toplam puan ortalamasını 121.18±18,40, Yalçınkaya ve ark.' (2007) SYBDÖ toplam puanını 121.85 ± 18.05 bulmuş olduğu ve Keele'nin (2019) hemşire ve çalıştıkları yerdeki genel popülasyondan yetişkinler ile yaptığı çalışmada SYBD II toplam puan ortalamasını hemşirelerde 139.82 (21.27) (M/SD) ve genel popülasyonda 138.18 (19.43) (M/SD) olmak üzere bulmuş olduklarını bildirmişlerdir.

Çalışmamızda bulmuş olduğumuz SYBD II puan ortalamasının 121,29 ± 20,88 olmak üzere literatürdeki çalışmalarda bulunan sonuçların bazılarından düşük bazılarından ise yüksek olduğu tespit edilmiştir. SYBD II ölçeğinden alınabilecek maksimum puanın 208 olduğu göz önünde bulundurulduğunda tespit ettiğimiz sonucun orta düzeyde olduğu görülmüştür. Toplum sağlığına dair ihtiyaçları karşılamak, bireylerin sağlık düzeyini yükseltmek üzere eğitim almış ve bu ihtiyacı karşılamak üzere görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarını geliştirmek adına sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha yüksek seviyede olması beklenmekteydi. Elde olunan verilerle daha yüksek puan alınan meslek gruplarının varlığı ya da SYBD II ölçeği kullanılarak başka örneklemlerle yapılan çalışmaların sağlık çalışanları ile yapılan bu çalışmadan daha yüksek puan eldesi birçok soruyu düşündürmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları için önerilen bu ölçeğin ne kadar isabetli olduğu ya da bu çalışmadaki örneklem için sağlık çalışanlarının bilgi ve tecrübelerini kendi yaşam biçimlerine aktaramayışı gibi nedenler akla gelmektedir.

5.2. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının SYBD II Ölçeğine Verdikleri Yanıtlar ile Alt Faktör Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Yaptığımız çalışmada katılımcıların SYBD II ölçeğinin altı alt faktör puan ortalamaları verilen yanıtlara göre değerlendirildiğinde çalışmamızda sıralama en yüksekten en

düşüğe doğru; manevi gelişim (24,63±4,91), kişilerarası ilişkiler (24,20±4,81), sağlık sorumluluğu (19,80±4,53), beslenme (18,82±4,25), stres yönetimi (17,66±3,74) ve fiziksel aktivite (16,19±5,23) olarak bulunmuştur.

Daha önce sağlık çalışanlarına yönelik yapılmış olan çalışmalara bakıldığında Uz ve Kitiş (2017), Yanık ve Noğay (2017), Çetiner ve Ulupınar (2018) ve Keele (2019) ve Koruk ve ark.'nın (2019) yaptığı çalışmalarda çalışmamıza benzer şekilde en yüksek puan manevi gelişim alt faktöründen en düşük puan ise fiziksel aktivite alt faktöründen alınmıştır. Duran ve ark. (2018), Özkan ve Yılmaz (2008) ve Şimşekoğlu ve Mayda'nın (2016) SYBDÖ ile yaptıkları çalışmalarda en yüksek puan kendini gerçekleştirme en düşük puan ise egzersiz alt boyutlarından alınmıştır. Sağlık çalışanlarına yönelik yapılan diğer çalışmalarda ölçek alt faktörlerinden alınan en yüksek ve en düşük puan ortalamalarına bakıldığında Türkol ve Güneş'in (2012) çalışmasında en yüksek kişilerarası ilişkiler en düşük fiziksel aktivite, Yalçınkaya ve ark.'nın (2007) çalışmasında en yüksek kişiler arası destek en düşük egzersiz, Akçakanat ve ark.'nın (2015) çalışmasında en yüksek kişilerarası ilişkiler en düşük fiziksel aktivite, Çakır ve ark.'nın (2015) çalışmasında en yüksek kişilerarası ilişkiler en düşük fiziksel aktivite, Kurnat ve ark.'nın (2017) çalışmasında en yüksek kişilerarası ilişkiler en düşük sağlık sorumluluğu , Lee ve ark.'nın (2011) çalışmasında en yüksek sağlık sorumluğu ve en düşük kendini gerçekleştirme alt faktörlerinden alınmış olduğu bildirilmiştir.

Çalışmamızda en yüksek puanın manevi gelişim alt faktöründen almasında kültürel yapı ve inanç sisteminin etkisinin olabileceği düşünülmüştür. Diğer birçok çalışmada olduğu gibi en düşük puanın fiziksel aktivite alt faktöründen almasında ise sağlık çalışanlarının günlerinin büyük bir kısmını iş yerlerinde mesaide geçirmeleri, spor yapmak için yeterli zamana sahip olmamaları ve spor yapılabilecek alanlarının yetersiz olması gibi faktörlerin etkisinin olabileceği akla gelse de sağlık çalışanı olma durumundan bağımsız olarak yaşam biçimi ve alışkanlıklar ile de ilgili olabileceği düşünüldü. Bu durumun aydınlatılabilmesi, bu alt başlığa özel çalışmalarla desteklenmesi ile mümkündür.

5.3. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının SYBD II Ölçeği Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özellikleri İçeren Anket Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

5.3.1. Katılımcıların Cinsiyetleri ile SYBD II Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Çalışma grubumuzun cinsiyet açısından dengeli bir dağılımı olduğu gözlenmiştir. Yapılan istatistiksel incelemede erkek sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite puanının kadın sağlık çalışanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ve Cinsiyet ile SYBD II toplam puanı ve diğer alt faktörlerinin puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Bulmuş olduğumuz cinsiyet ve fiziksel aktivite alt faktör ilişkisine benzer sonuçlara ulaşmış olan çalışmalara baktığımızda, Çelik ve Ersoy'un (2022) öğretmenlerle yaptığı çalışmada erkek katılımcıların fiziksel aktivite puanının kadın katılımcıların puanından anlamlı olarak daha yüksek, Kocaakman ve ark.'nın (2010) hemşirelik öğrencileriyle yaptığı çalışmada erkek öğrencilerin egzersiz ortalama puanlarının karşı cinse göre ve kız öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası destek ortalama puanlarının karşı cinse göre anlamlı olarak yüksek, Özenoğlu ve ark.'nın (2018) sağlık ile ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerle yaptıkları çalışmada erkeklerin fiziksel aktivite alt faktör puanının kızlardan anlamlı olarak daha yüksek ve kızların sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası ilişkiler alt faktörleri puanlarının erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş olduğu bildirilmiştir.

Diğer araştırmalara bakıldığında çalışmamızda bulmuş olduğumuz sonuçlardan farklı olarak Gürsel ve ark.'nın (2016) sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada kadınların kişilerarası ilişkiler, beslenme ve sağlık sorumluluğu alt boyutları ortalamalarına bakıldığında erkeklere göre ortalama puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Yalçınkaya ve ark.'nın (2007) çalışmasında sağlık çalışanlarında kadınların erkeklere göre sağlık sorumluluğu ve beslenme alt faktörlerinden daha yüksek puan aldıkları, Çakır ve ark.'nın (2015) çalışmasında hekimlerde beslenme alt faktöründe kadınların daha yüksek puan aldığı ve Taş ve Akın'ın (2018) çalışmasında genel popülasyonda kadınların beslenme alt faktörü puan ortalamalarının erkeklere göre yüksek bulunduğu bildirilmişken; Yanık ve Noğay (2017) ve Akçakanat ve ark.'nın (2015) sağlık çalışanlarında yapmış oldukları çalışmalarda ise cinsiyet ile SYBD II toplam puanı ve alt faktörlerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamadığı bildirilmiştir.

Literatürde konu ile ilgili birbirinden farklı sonuçlar nedeniyle cinsiyet ile sağlıklı yaşam biçimi davranışını tüm faktörler üzerinden ya da ayrı ayrı alt faktörlerle değerlendirmek ve bu açıdan bir ilişkinin olup olmadığını sorgulamak için geniş popülasyonlarla yapılacak olan çok daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunduğu düşünülmüştür.

5.3.2. Katılımcıların Yaş Grupları ile SYBD II Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Şimşekoğlu ve Mayda'nın (2016) hemşirelerle yaptığı araştırmada 20-24 yaş grubuna ait SYBDÖ egzersiz alt faktörü puan ortalamasının 25 yaşından büyüklere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu, Lee ve ark.'nın (2011) Tayvan'da hemşirelerle yaptığı araştırmada SYBDÖ egzersiz alt faktöründe 26-30 yaş grubunda diğer yaş gruplarına kıyasla anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir. Akçakanat ve ark.'nın (2015) çalışmasında kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim, beslenme alışkanlığı, stres yönetimi ve fiziksel aktivite alt faktörlerinde 41 yaş ve üzeri grupta olan hekimlerin 40 yaş ve altı grupta bulunan hekimlerden anlamlı olarak yüksek puan aldıkları bildirilmiş olmakla birlikte, Özenoğlu ve ark.'nın (2018) sağlık ile ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerle yaptığı çalışmada yaş ile birlikte (<21yaş olan gruba kıyasla ≥21yaş olan grubun puanları daha yüksek olmak üzere) fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, beslenme alt faktörlerinin puanlarının ve SYBD II toplam puanının anlamlı olarak artmakta olduğu bildirilmiştir.

Sağlık çalışanları ile yapılmış olan diğer araştırmalara bakıldığında ise Uz ve Kitiş'in (2017) çalışmasında 25 ve daha küçük yaştaki hemşirelerin stres yönetimi puan ortalamasının daha yüksek olduğu, Yanık ve Noğay'ın (2017) çalışmasında 30 ve daha küçük yaştaki çalışanların 31-40 yaş aralığındaki çalışanlardan stres yönetimi puanlarının daha yüksek olduğu, Yalçınkaya ve ark.'nın (2007) çalışmasında 40 yaş ve üzeri grubunun beslenme alt faktörü puanının 40 yaş altındaki gruba göre anlamlı olarak daha yüksek düzeyde olduğu, Özkan ve Yılmaz'ın (2008) çalışmasında 34 yaş ve üzerinde olanlarda 33 yaş ve altında olanlara kıyasla kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi alt faktörleri ve SYBDÖ toplam puanının anlamlı olmak üzere daha yüksek olduğu, Kurnat ve ark.'nın (2017) çalışmasında yaş ile SYBD II toplam puanı arasında anlamlı negatif yönde düşük düzeyde korelasyon bulunmuş olup yaş arttıkça SYBD II puanının azaldığı bildirilmiştir.

Çalışmamızdaki katılımcıların ağırlıklı olarak 20-29 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşı ile ölçek alt faktörlerinden yalnızca fiziksel aktivite arasında yapılan değerlendirmede anlamlı, negatif yönde ancak düşük düzeyde bir korelasyon saptanırken, SYBD II toplam puanı ve ölçeğin geriye kalan alt faktörlerinin puanları arasında anlamlı korelasyon bulunamamıştır. Katılımcıların yaşlarının 20-29, 30-39, 40-49, 50 ve üzerinde olmak üzere gruplanmış hali ile yapılan istatistiksel değerlendirmeye göre yaşı 20-29 arasında olanların fiziksel aktivite puanı yaşı 40-49 arasında olanlardan anlamlı olarak daha

yüksek tespit edilmiştir. Yaş grupları ile SYBD II toplam puanı ve ölçeğin diğer alt faktörlerinin puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır.

Çalışmamızda genç bireylerin fiziksel aktivite puanlarının nispeten daha ileri yaş grubu ile kıyasla anlamlı farklılığı, açıklanabilir ve anlaşılabilir bir bulgu olarak karşımıza çıkmakta iken literatürdeki çalışmalar, toplam ve çeşitli alt faktörler yönünden hem birbiri ile hem de bu çalışma ile kıyaslanınca farklılıklar göstermektedir. Bu durum, çok daha fazla sayıda ve daha geniş topluluklarla yaş ile sağlıklı yaşam biçimi ilişkisinin ortaya konulmasının gerekliliğini işaret etmektedir.

5.3.3. Katılımcıların Medeni Durumları ile SYBD II Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Sağlık çalışanları ile daha önce yapılmış olan araştırmalara bakıldığında Yanık ve Noğay'ın (2017) çalışmasında bekarların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim ve SYBD II toplam puanlarının evlilerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Akçakanat ve ark.'nın (2015) çalışmasında stres yönetimi ve fiziksel aktivite puanlarının bekârlarda evli olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Çakır ve ark.'nın (2015) çalışmasında kendini gerçekleştirme, beslenme alt faktörleri ve SYBDÖ toplam puanlarının evlilerde bekarlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Şimşekoğlu ve Mayda'nın (2016) çalışmasında evli olanların beslenme puan ortalamalarının bekarlardan ve bekar olanların egzersiz puan ortalamalarının evli olanlardan yüksek olduğu, Türkol ve Güneş'in (2012) çalışmasında evli olanların sağlık sorumluluğu puan ortalamasının bekarlardan daha yüksek olduğu, Özkan ve Yılmaz'ın (2008) çalışmasında evli olanların beslenme puan ortalamasının bekarlardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Literatürdeki diğer çalışmalardaki sonuçlar ise Taş ve Akın'ın (2018) iki farklı Aile Salığı Merkezi'ne bağlı olan popülasyonda yaptığı araştırmada sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, beslenme, stres yönetimi, egzersiz ve kişiler arası destek puanlarının dul ve ayrı yaşayanlarda evli ve bekar olanlara kıyasla daha düşük olduğu, Kolaç ve ark.'nın (2018) fabrika çalışanlarında yaptığı çalışmada SYBD II toplam, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puan ortalamalarının bekar olanlarda evli olanlardan daha yüksek olduğu, Çelik ve Ersoy'un (2022) öğretmenler ile yaptığı çalışmada SYBD II toplam, fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanlarının bekar/dullarda evli olanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Dereli ve ark.'nın (2021) hizmet personeli ile yaptığı çalışmada bekar olanların SYBD II toplam puanının evli olanlardan daha yüksek olduğu, Al-Kandari ve Vidal'in (2007)

Kuveyt'te hemşirelik fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada evli olanların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt faktörlerinde bekar olanlardan anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları, Aksoy ve Uçar'ın (2014) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada evli olanların SYBD II ölçek puan meydanlarının bekar olan öğrencilerden anlamlı olarak daha düşük olduğu, Nacar ve ark.'nın (2014) 7 tıp fakültesinin ilk ve son sınıflarındaki öğrencilerle yaptığı çalışmada bekar öğrencilerin SYBD II ölçek puanlarının evli olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Koruk ve ark.'nın (2019) dört ayrı ilde Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada SYBD II puanı ile medeni durum arasında ve Cihangiroğlu ve Deveci'nin (2011) Sağlık Yüksekokulu öğrencileri ile yaptığı çalışmada SYBDÖ puanı ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamı ilişki olmadığı bildirilmiştir.

Yapmış olduğumuz mevcut çalışmada medeni durum değerlendirmesine göre evli olmayanların fiziksel aktivite puanlarının evli olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve evli olanların manevi gelişim puanlarının evli olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. SYBD II toplam puanı ve diğer alt faktörlerin puanları ile medeni durumun evli olanlar ve evli olmayanlar olması arasında ise anlamlı istatistiksel ilişki bulunamamıştır. Fiziksel aktivite puanını evli olmayanlarda daha yüksek oluşu yapılmış olan birçok çalışma ile örtüşmekte olup bu durumun evli olamayanların kendilerine daha fazla zaman ayırma imkanına sahip olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

5.3.4. Katılımcıların VKİ Değerleri ile SYBD II Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Yaptığımız çalışmada belirtilen boy ve kilo bilgilerine dayanarak hesaplanan VKİ değerlerine göre katılımcıların ağırlıklı olarak normal kiloda olduğu tespit edilmiştir. VKİ ile SYBD II toplam puanı ve alt faktörlerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon veya ilişki saptanamamıştır.

Literatüre bakıldığında Çakır ve ark.'nın (2015) hekimler ile yaptığı çalışmada araştırma görevlilerinin VKİ 30-39.9 (obez) olanların SYBDÖ toplam, kendini gerçekleştirme ve beslenme alt faktöründen anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı, Çelik ve Ersoy'un (2022) öğretmenler ile yaptığı çalışmada BKI ile fiziksel aktivite puanı arasında doğrusal bir korelasyon bulunmakta olduğu, Demir ve ark.'nın (2019) sağlıkla ilgili bölümlerde eğitim gören öğrenciler ile yaptığı çalışmada VKİ <18.5 kg/m2 (zayıf) olanlar sağlık sorumluluğu alt boyutunda VKİ >25 kg/m2 (fazla kilolu ve obez) ve 18.5- 24.9 kg/m2 (normal) olanlardan

anlamlı olmak üzere daha yüksek puan aldığı ve VKİ ile ölçek alt grup ve toplam puanları arasında bir korelasyona rastlanmadığı bildirilmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışmanın sonucuna benzer şekilde Yanık ve Noğay'ın (2017) sağlık çalışanlarıyla, Dereli ve ark.'nın (2021) hizmet personeliyle, Nacar ve ark. (2014) ve Arpağ ve ark.'nın (2020) öğrencilerle yaptığı çalışmalarda VKİ ve SYBD II arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı ve Cihangiroğlu ve Deveci'nin (2011) öğrencilerle yaptığı çalışmalarda VKİ ve SYBDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı bildirilmiştir.

5.3.5. Katılımcıların Meslekler Grupları ile SYBD II Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada ölçek alt faktörlerinden meslek gruplarına göre alınan puanlara bakıldığında doktor, hemşire ve diğer grubunda en düşük puanın fiziksel aktivite ve en yüksek puanın manevi gelişimde, teknikerlerde en düşük puanın fiziksel aktivite ve en yüksek puanın kişilerarası ilişkiler ve ardından manevi gelişimde alınmış olduğu görülmüş olsa da sağlık çalışanlarının meslek grupları ile SYBD II toplam puanı ve ölçeğin alt faktörlerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır.

Sağlık çalışanları ile yapılan araştırmalarda Yanık ve Noğay'ın (2017) çalışmasında hemşirelerin kişiler arası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve genel ölçek toplam puanlılarının doktorlardan anlamlı olarak daha yüksek; doktorların sağlık sorumluluğu puanlarının ise memurlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Yalçınkaya ve ark.'nın (2007) çalışmasında hemşirelerin diğer sağlık personellerine göre beslenme alt faktör davranışını anlamlı olarak daha iyi uyguladıkları, Çetiner ve Ulupınar'ın (2018) çalışmasında manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puan ortalamasının sağlık profesyoneli olan grupta, stres yönetimi puan ortalamasının ise sağlık profesyoneli olmayan grupta anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde Koruk ve ark.'nın (2019) çalışmasında aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının SYBD II ölçek puanları ile meslek durumu arasında anlamlı farklılık bulunmamış olduğu bildirilmiştir.

5.3.6. Katılımcıların Meslek Süreleri ile SYBD II Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Yaptığımız çalışmada katılımcıların mesleklerinde geçirdikleri süreye bakıldığında ağırlıklı olarak 10 yıl ve daha az bir süredir çalışmakta oldukları tespit edilmiştir. Meslekte geçirdiği süre 10 yıl ve daha az olanların fiziksel aktivite puanlarının meslekte geçirdiği süre

10 yıldan fazla olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Meslekte geçirilen süre ile SYBD II toplam puanı ve ölçeğin diğer alt faktörlerinin puanları arasında ise istatistiki açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Sağlık çalışanları ile yapılmış olan çalışmalar değerlendirildiğinde Yanık ve Noğay'ın (2017) çalışmasında mesleki deneyime göre; 1 yıldan az süredir çalışanların 11-15 yıl süreyle çalışmış olanlardan fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanları anlamlı olarak daha düşük bulunmuşken, çalışma süresi hem 1-5 yıl hem de 6-10 yıl olan çalışanların, çalışma süresi 11-15 yıl olanlardan fiziksel aktivite puanlarının anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş olduğu, Yalçınkaya ve ark.'nın (2007) çalışmasında 20 yıl ve üzeri çalışanların 20 yıldan az çalışanlardan egzersiz ve beslenme alt boyutundan anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı, Akçakanat ve ark.'nın (2015) çalışmasında manevi gelişim, beslenme alışkanlığı, stres yönetimi, fiziksel aktivite ve SYBD II toplam puanlarının çalışma süresi 17 yıl ve üzerinde olanlarda 16 yıl ve altında olanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Şimşekoğlu ve Mayda'nın (2016) araştırmasında çalışma süresi bir yıldan az olanların kişilerarası destek alt puan ortalamalarının çalışma süresi hem 6-15 yıl olan hem de 16 yıl ve üstü olan grubun puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu, Koruk ve ark.'nın (2019) çalışmasında SYBD durumu "iyi" olanlarda meslekte toplam çalışma süresi (yıl) ortancası (Min-Mak) 17(0-36) ve ''kötü'' olanlarda 15(0-38) bulunmuş olduğu ve Özkan ve Yılmaz'ın (2008) çalışmasında meslekte geçirilen süre ile SYBDÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir.

Farklı meslek gruplarında yapılan çalışmalara bakıldığında ise Çelik ve Ersoy'un (2022) öğretmenler ile yaptığı araştırmada çalışma sürelerine göre mesleğinin ilk 10 yılında olanlarda 11 yıl ve üzerinde olanlara kıyasla SYBD II toplam puanı ve manevi gelişim puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş olduğu, Kolaç ve ark.'nın (2018) fabrika çalışanlarında yaptığı araştırmada 4 yıl ve üzerinde süredir çalışanların fiziksel aktivite alt faktör puanının 4 yıl altında süredir çalışanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve Dereli ve ark.'nın (2021) bir üniversitede çalışan hizmet personelleri ile yaptığı araştırmada hizmet süresi 1-5 yıl olanların SYBD II toplam puan ortalamasının 6-10 yıl olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Çalışmamızda meslekte geçirilen süre azaldıkça fiziksel aktivite alt faktör puanının arttığı tespit edilmiştir ancak literatürdeki çalışmalara bakıldığında ağırlıklı olarak meslekte geçirilen süre arttıkça fiziksel aktivite puanlarının arttığını bildiren çalışmalar **(**Yanık ve Noğay

(2017), Yalçınkaya ve ark. (2007), Akçakanat ve ark.(2015), Kolaç ve ark. (2018)) göze çarpmaktadır. Bu farklılığın çalışmamızın yapıldığı yerin üniversite hastanesi olması nedeniyle katılımcıların ağırlıklı olarak genç ve mesleğinin ilk 10 yılında olan sağlık çalışanlarından oluşmasından, meslekte geçirilen sürenin artışı ile korele olarak yaş artışının fiziksel aktiviteyi kısıtlayacak bir takım sağlık sorunlarının artışına neden olma ihtimalini ortaya çıkarmasından kaynaklanabileceği ve çalışmamamızın belirli bir bölgede ve tek merkezli yapılmış olmasının diğer çalışma sonuçları ile arasında farklılığa neden olabileceği düşünülmüştür.

5.3.7. Katılımcıların Haftalık Çalışma Saati ile SYBD II Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Literatürde daha önceki araştırmalara bakıldığında Özkan ve Yılmaz'ın (2008) hemşireler ile yaptığı araştırmada sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi ortalama puanlarının haftada 40 saat ve altında çalışanlarda 41 saat ve üzerinde çalışanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve Çakır ve ark.'nın (2015) araştırma görevlileri ile yaptığı araştırmada haftalık çalışma süresi ile kendini gerçekleştirme, beslenme ve sağlık sorumluluğu alt faktörleri arasında negatif yönde düşük derecede; stresle baş etme alt faktörü arasında negatif yönde orta derecede ilişki olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmaların sonuçlarına göre haftalık çalışma süresinin artışının sağlıklı yaşam biçim davranışları üzerinde olumsuz etki oluşturduğu çıkarımı yapılabilmekle birlikte bu sonucun mevcut çalışmamızda varmış olduğumuz haftalık çalışma saati ile SYBD II toplam puanı ve ölçek alt faktörlerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamış olduğu sonucunu desteklemediği görülmüştür.

5.3.8. Katılımcıların Çalışma Biçimi ile SYBD II Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Araştırmamızdaki katılımcıların çalışma biçimi değerlendirildiğinde sadece %34,8'inin sürekli gündüz mesaisinde çalıştığı tespit edilmiştir. Yaptığımız analizde çalışma biçimi ile SYBD II toplam puanı ve alt faktörlerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Literatürdeki sağlık çalışanları ile yapılan araştırmalara bakıldığında çalışmamıza benzer şekilde Yanık ve Noğay'ın (2017) çalışmasında SYBD II toplam ve alt faktör puanları ile, Şimşekoğlu ve Mayda'nın (2016) çalışmasında SYBDÖ toplam ve alt faktör puanları ile, Kurnat ve ark.'nın (2017) çalışmasında full-time (haftada 36 saat) ve part-time çalışan

hemşirelerde SYBD II toplam puanı ile çalışma biçimi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamış olduğu bildirilmiştir.

Sağlık çalışanları ile yapılan diğer araştırmalara bakıldığında ise Uz ve Kitiş'in (2017) çalışmasında gündüz çalışan hemşirelerin sağlık sorumluluğu egzersiz, stres yönetimi ve SYBD II puan ortalamasının nöbetli ve vardiyalı çalışanların puan ortalamalarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Duran ve ark.'nın (2018) çalışmasında gündüz çalışan grubun beslenme alt faktör puan ortalamalarının çift vardiya şeklinde çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Özkan ve Yılmaz'ın (2008) çalışmasında sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puan ortalamasının sürekli gündüz çalışanlarda gündüz+nöbet/vardiya şeklinde çalışanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Türkol ve Güneş'in (2012) çalışmasında nöbeti tutmayanların sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanlarının nöbet tutanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Yapılmış olan çalışmalara bakıldığında çalışma biçiminin sağlıklı yaşam biçimi davranışı üzerine etkisi olmadığını belirten araştırmalar (Yanık ve Noğay (2017), Şimşekoğlu ve Mayda (2016), Kurnat ve ark. (2017)) olduğu gibi, sadece gündüz mesaisinde çalışmanın fazla mesai yapılmasına neden olacak şekilde vardiya ve nöbet tutmayı içeren çalışma biçimlerine kıyasla sağlıklı yaşam biçim davranışlarına olumlu etki ettiğinin tespit edilmiş olduğu çalışmaların da olduğu (Uz ve Kitiş (2017), Duran ve ark. (2018), Özkan ve Yılmaz (2008), Türkol ve Güneş (2012)) gözlenmiştir. Dolayısıyla sonuçlardaki farklılıkları ortaya koymak ve netleştirmek için bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerektiği düşünülmektedir.

5.3.9. Katılımcıların Sosyoekonomik Düzeyi ile SYBD II Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Sağlık çalışanları ile yapılan araştırmalara bakıldığında Türkol ve Güneş'in (2012) çalışmasında ekonomik durumu iyi olanların beslenme ve stres yönetimi puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Yanık ve Noğay'ın (2017) çalışmasında geliri en düşük olan grubun SYBD II puanının da en düşük düzeyde olduğu ve gelir arttıkça sağlıklı yaşam biçim davranışı alışkanlığının da doğru orantılı olarak arttığı, Çakır ve ark.'nın (2015) çalışmasında ekonomik durumunu iyi olarak algılayanların kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek alt faktörlerinde, ölçek toplam puanlarında anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları ve ekonomik durum algısı ile ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı düşük derecede ilişki olduğu,

Şimşekoğlu ve Mayda'nın (2016) çalışmasında geliri giderine denk olanların stres yönetimi puanlarının geliri giderini karşılamayanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmişken, Akçakanat ve ark.'nın (2015) çalışmasında gelir seviyesi ile SYBD II toplam puanı ve alt faktör puanları arasında anlamlı ilişki olmadığı bildirilmiştir. Öğretmenler ile yapılmış olan bir çalışmada ise Çelik ve Ersoy (2022) ekonomik durum algısı iyi olanların kötü olanlara göre SYBD II toplam puanı ve fiziksel aktivite dışındaki tüm alt faktör puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu tespit ettiklerini bildirmişlerdir.

Bu araştırmada katılımcıların büyük bir bölümünün %67,6 sosyoekonomik düzeyini orta olarak algıladığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda sosyoekonomik düzeyi üst (yüksek) olanların SYBD II toplam puanı alt (düşük) olanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu, sosyoekonomik düzeyi hem üst (yüksek) olanların hem de orta olanların sağlık sorumluluğu puanlarının alt (düşük) olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu, sosyoekonomik düzeyi üst (yüksek) olanların manevi gelişim puanlarının alt (düşük) olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve sosyoekonomik düzeyi alt (düşük) olanların stres yönetimi puanlarının üst (yüksek) olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin alt faktörlerinden fiziksel aktivite, beslenme ve kişilerarası ilişkiler ile sosyoekonomik düzey algısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Çalışmamızda SYBD II ölçeği ile ilişkilendirilen bu sorunun, katılımcılarca oldukça subjektif bir içgörü ile yanıtlanması durumu da tartışmaya açıktır. Genel anlamda kişinin sosyoekonomik düzeyi ile bir ilişki kurmada kişiye yöneltilen bu soru ile, anket ile yapılan bir çalışma için kabaca bir fikir vermesi beklense de kişilerin gerçek sosyoekonomik düzeyini tam olarak yansıtamayabileceği, kişinin bu manada kendi kendine yaptığı bireysel bir değerlendirmeye ait oluşu dolayısıyla sonuçlara, yani sosyoekonomik düzey ile SYBD II puanı arasındaki ilişkiye etkimiş olabileceği de akılda tutulmalıdır.

5.3.10. Evde Kiminle Beraber Yaşandığı ile SYBD II Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Steptoe ve ark. (2013) çalışmalarındaki bulguların sosyal izolasyonun duygusal yalnızlık deneyiminden bağımsız olduğu belirtilmek şartıyla yaşlı erkeklerde ve kadınlarda daha yüksek mortalite ile ilişkili olduğunu doğruladığını, yaşam kalitesi ve iyilik hali için hem sosyal izolasyonu hem de yalnızlığı azaltmanın önemli olduğunu ancak sosyal izolasyonu azaltma çabalarının mortalite açısından daha büyük fayda elde edilmesini sağlayabileceği bildirilmiştir. Holt-Lunstad ve ark. (2015) ise yaptıkları meta analiz çalışmasında bir araya

getirilmiş olan verileri kullanarak orta yaştaki yetişkinlerin yalnız kaldıklarında veya yalnız yaşadıklarında aynı koşulları deneyimleyen daha yaşlı yetişkinlerden daha büyük mortalite riski altında olduğunu bulmuş olduklarını bildirmişlerdir.

Literatürde evdeki yaşam durumunu ile sağlıklı yaşam biçim davranışını inceleyen çok fazla çalışma bulunmamakla birlikte Cihangiroğlu ve Deveci (2011) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada SYBDÖ puanının öğrencilerin birlikte yaşanılan kişi sayısına göre değişmemekte ($p>0.05$) olduğu, Sahu ve ark.'nın (2020) hemşirelik fakültesi öğrencileri ile yaptığı çalışmada ise ailesiyle beraber yaşayanların sağlık sorumluluğu alt faktör puanının yalnız yaşayanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Bu mevcut çalışmada katılımcıların evde kimle yaşadığına bakıldığında katılımcıların çoğunlukla yalnız yaşamadığı tespit edilmiştir. Yaptığımız istatistiksel analizde ise yalnız yaşayanların fiziksel aktivite puanı yalnız yaşamayanlardan anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiş olup SYBD II toplam puanı ve ölçeğin diğer alt faktörlerinden alınan puanlar ile evdeki yaşam durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır.

5.3.11. Katılımcıların Sağlık Durumu ile SYBD II Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Duran ve ark.'nın (2018) sağlık çalışanları ile yaptığı araştırmasında kendini sağlıklı hisseden grubun kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi ve SYBDÖ puan ortalamalarının kendini sağlıklı hissetmeyen grup ya da kısmen sağlıklı hisseden gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığındaysa Taş ve Akın'ın (2018) Konya'nın iki ayrı ilçesindeki iki farklı Aile Salığı Merkezi'ne bağlı olan 18-64 yaş arası popülasyonda yaptığı çalışmada sağlık durumunu çok iyi-mükemmel olarak değerlendirenlerin iyi, orta ve kötü olarak değerlendirenlere kıyasla SYBDÖ toplam puan ortalamasının anlamlı olarak daha olumlu yönde olduğu, Hendekçi'nin (2022) 102 hizmet sektörü çalışanlarına yaptığı çalışmada sağlık durumunu çok iyi olarak değerlendiren çalışanların kötü olarak değerlendirenlere göre kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Nacar ve ark.'nın (2014) Türkiye de 7 tıp fakültesinin ilk ve son sınıflarındaki öğrencilerle yaptığı çalışmada sağlık durumunu çok iyi olarak tanımlayan öğrencilerin orta ve kötü olarak tanımlayan öğrencilerden SYBD II toplam puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Dereli ve ark.'nın (2021) hizmet personeli ile yaptığı çalışmada sağlığını iyi olarak

algılayanların SYBD II puan ortalamasının orta olarak algılayanlardan daha yüksek olduğu, Cihangiroğlu ve Deveci'nin (2011) öğrenciler ile yaptığı çalışmada SYBDÖ ortalama puanının kendi sağlık durumlarını orta ve iyi olarak değerlendirenlerde kötü olanlardan ayrıca kendi sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenlerin sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı ve stres yönetimi puanlarının diğer gruplardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Acımış ve ark.'nın (2021) intern hekimler ile yaptığı çalışmada sağlık durumunun mükemmel ve oldukça iyi olduğunu belirtenlerin SYBD II toplam puanının iyi ve fena değil şeklinde olduğunu belirtenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Karaca ve Aslan'ın (2019) öğrenciler ile yaptığı çalışmada sağlığını çok iyi algılayan öğrencilerin SYBD II toplam puanının daha yüksek olduğu ve üst sınıflara geçtikçe sağılığını 'iyi' olarak algılayan öğrencilerin sayısının anlamlı olarak artmakta olduğu, Demir ve ark.'nın (2019) sağlıkla ilgili bölümlerin öğrencileri ile yaptığı çalışmada genel sağlık durumu olumlu, olumsuz olarak değerlendirilmiş ve regresyon analizinde SYBD II skoruna en çok etki eden sosyodemografik özelliğin olumlu yönde anlamlı olmak üzere ''sağlıklı hissetme'' olduğu, Zaybak ve Fadıloğlu'nun (2004) sağlıkla ilgili ve sağlık dışı branşlarda eğitim gören öğrenciler ile yaptığı çalışmada kendini gerçekleştirme, egzersiz, beslenme ve stres yönetimi faktörlerindeki puan ortalamaları ile sağlık durumunu genel olarak iyi düzeyde bulan üniversite öğrencilerinin ölçek puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir.

Yaptığımız çalışmada katılımcıların ağırlıklı olarak sağlık durumunu iyi olarak algıladığını belirtmiş olduğu tespit edilmiş olup istatistiksel analizde ise sağlık durumu iyi olanların stres yönetimi puanlarının sağlık durumu orta olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık durumunun iyi, orta ve zayıf olması ile SYBD II toplam puanı ve ölçeğin diğer alt faktörlerinden alınan puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. Ancak bu durumun, subjektif bir değerlendirmenin sonucu olarak kişinin kendi sağlığı konusunda anamnez, özgeçmiş, fizik muayene ya da laboratuvar verileri ve sağlık taramaları gibi objektif veriler olmadan yaptığı değerlendirme ile elde olunuşu da varılan bu sonucu tartışmaya açık hale getirmektedir.

5.3.12. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumu ile SYBD II Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda kronik hastalığı olanların kişilerarası ilişkiler puanlarının kronik hastalığı olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların kronik

hastalık durumu ile SYBD II toplam puanı ve ölçeğin geri kalan alt faktörlerinin puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Literatürde sağlık çalışanları ile yapılan araştırmalara bakıldığında Uz ve Kitiş'in (2017) çalışmasında katılımcılardan süreğen hastalığa sahip olanların egzersiz, kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi puan ortalamalarının anlamlı olarak düşük olduğu, Şimşekoğlu ve Mayda'nın (2016) çalışmasında kronik hastalığı olanların stres yönetimi puan ortalamasının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bildirilmişken; Çakır ve ark.'nın (2015) SYBDÖ ile yaptığı çalışmada, Yanık ve Noğay'ın (2017) ve Koruk ve ark.'nın (2019) SYBD II ile yaptığı çalışmalarda kronik hastalık durumu ile ölçek toplam ve alt faktörlerinin puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamış olduğunu bildirdikleri görülmüştür.

Diğer çalışmalara bakıldığındaysa Çelik ve Ersoy'un (2022) öğretmenler ile yaptığı araştırmada kronik hastalığı olmayanlarda fiziksel aktivite puanının kronik hastalığı olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Hendekçi'nin (2022) hizmet sektörü çalışanlarına yaptığı araştırmada kronik hastalığına sahip olanların sağlık sorumluluğu puanı ve SYBD II toplam puanının olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Kolaç ve ark.'nın (2018) fabrika çalışanlarıyla yaptığı çalışmada ve Aksoy ve Uçar (2014), Cihangiroğlu ve Deveci (2011), Zaybak ve Fadıloğlu (2004), Nacar ve ark. (2014), Arpağ ve ark. (2020) ve Acımış ve ark.'nın (2021) öğrenciler ile yaptığı çalışmalarda kronik hastalığı olma ve olmama durumu ile SYBDÖ ve SYBD II ölçek puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamış olduğu bildirilmiştir.

Literatürdeki çalışmalarda kronik hastalık varlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisinin olumlu, olumsuz ve etki etmeme şeklinde çeşitlilik gösterdiği görülmüştür. Mevcut çalışmamızda kronik hastalık taşıyan grubun toplam SYBD II puanının diğer bireyler ile kıyasla anlamlı farklılık oluşturmayışı dikkate değerdir. Bu durumda katılımcıların taşıdığı kronik hastalıkların derecesi (hafif, orta, ağır şiddette oluşu) ve hayat kalitesini etkileme düzeyinin değişkenliği, kişinin kronik hastalık ile yaşam konusunda kendisini eğitmesi gibi faktörler de rol oynamış olabilir.

5.3.13. Katılımcıların Rutin Bir Kontrol İçin En Son Ne Zaman Doktora Gittiği ile SYBD II Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Çalışmamamızda katılımcıların ağırlıklı olarak rutin bir kontrol için son 1 yıl içinde doktora başvurduğu tespit edilmiştir. Katılımcılardan hem son 1 yıl içinde hem de 1 yıldan daha

uzun sürede doktor kontrolüne gidenlerin beslenme alt faktöründen aldıkları puanların hiç doktor kontrolüne gitmeyenlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiş olup SYBD II toplam puanı ve ölçeğin diğer alt faktörlerinden alınan puanlar ile en son rutin doktor kontrolüne ne zaman gidildiği arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilememiştir.

Daha önce yapılmış olan çalışmalara bakıldığında Aksoy ve Uçar (2014) öğrenciler ile yaptığı araştırmada genel sağlık merkezine aralıklı kontrol için başvuranların SYBD II toplam puan meydanının hastalandığı zaman başvuranlardan anlamlı olarak düşük olduğu, Demir ve ark.'nın (2019) öğrenciler ile yaptığı araştırmada son 2 yıl içinde rutin sağlık kontrolüne gitmiş olma durumunun SYBD II toplam puanına anlamlı olarak olumlu yansıdığının tespit edildiği bildirilmiştir.

Çalışma sonucumuza göre katılımcıların büyük bir bölümünün hastalık dışında rutin kontrol amaçlı son 1 yıl içinde doktora gitme oranının yüksek oluşu dolayısıyla sağlığa dair bilinç düzeylerinin yüksek olduğu ve buna paralel olarak da sağlıklı beslenme ile ilgili yüksek düzeyli davranış sergiledikleri düşünülmüştür.

5.3.14. Katılımcıların Uyku Süresi ile SYBD II Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Yaptığımız çalışmada günlük uyku süresi ile ölçek alt faktörlerinden sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, çok düşük düzeyde korelasyon olduğu bulunmuştur. Günlük 7 saat ve üzerinde uyuyanların kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt faktör puan ortalamalarının 7 saatten az uyuyanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Günlük ortalama uyku süresinin 7 saatten az ve 7 saat ve üzerinde olması ile SYBD II toplam puanı ve diğer alt faktörlerin puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Aksoy ve Uçar (2014) 281 hemşirelik öğrencisi ile yaptığı çalışmada uyku süresi azaldıkça öğrencilerin SYBD II ölçek puan medyanlarının yükseldiği ancak istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir.

Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında Devran ve ark.'nın (2021) tıp fakültesi öğretim elemanları ile yaptığı çalışmada uyku süresi 7 saat ve üzerinde olanlarda 7 saat altında olanlara göre yaşam kalitesinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu, Başkale ve ark.'nın (2016) hemşireler ile yaptığı çalışmada günlük uyku süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark saptanmamış olduğunu bildirdikleri gözlenmiştir.

Hirshkowitz ve ark. (2015) hem uyku alanında hem de tıp, fizyoloji ve bilim olmak üzere diğer alanlarda uzman olanların oluşturduğu multidisipliner bir uzman paneli tarafından yapılan uyku süresine dair sistematik literatür taraması sonucunda Amerikan Ulusal Uyku Vakfı tarafından önerilen uyku devam süresi değerlendirilmiş ve yetişkinler için kabul edilebilir sürdürülebilir uyku süresinin 7 ila 9 saat aralığında olduğu kanaatine varılmış olduğu bildirilmişken Itani ve ark.'nın (2017) yaptığı çalışmasında ise mortalitede kısa uyku süresinin doz-tepkisi incelenmiş ve mortalitede istatistiksel olarak anlamlı bir artış ile 6 saatin altındaki sürdürülebilir uyku süresi arasında doğrusal bir ilişki olduğu bulunmuş olduğunun bildirildiği gözlenmiştir. Çalışmamızda ulaşmış olduğumuz uyku süresi 7 saat ve üzerinde olanların daha yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergilemekte olduğu sonucunun mevut çalışmalar ile paralellik göstermekte olduğu düşünülmüştür.

5.3.15. Katılımcıların Uyku Kalitesi ile SYBD II Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Literatürde sağlıklı yaşam davranış biçimi ölçeği ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çok fazla çalışma olmamakla birlikte uyku kalitesi üzerine yapılmış olan çalışmalara bakıldığında Şahin ve ark.'nın (2020) birinci basamak sağlık kurumuna başvuran bireylerde yaptığı çalışmada SYBDÖ beslenme alt faktörü puan ortalamasının artışının uyku kalitesini anlamlı olarak arttırdığı, ayrıca aynı çalışmada VKİ'ne göre obez olan grubun istatistiksel olarak anlamlı olmak üzere en yüksek oranda kötü uyku kalitesine sahip olduğu, İncekar ve ark.'nın (2021) hemşirelerle yaptığı çalışmada katılımcıların uyku kalitesi kötü bulunmakla birlikte SYBD II toplam puanı, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt faktör puanları arttıkça uyku kalitesinin anlamlı olarak arttığı, Ross ve ark.'nın (2016) transplant hastalarının bakıcılarında yaptığı çalışmada ise SYBD II toplam puanı ve stres yönetimi, beslenme ve kişilerarası ilişkiler alt faktör puanlarının artışının uyku kalitesine anlamlı olarak olumlu yönde etki ettiği bildirilmiştir. Senol ve ark.'nın (2014) 112 Acil sağlık çalışanlarında yaptığı araştırmada ise kötü uyku kalitesi olan katılımcılarda bu durumun günlük yaşamlarını negatif yönde etkilediği ($p=0.004$) ve sosyal yaşamlarında anlamlı derecede kısıtlama oluşturduğu ($p=0.034$) yönünde sonuçlar bulunmuş olduğu bildirilmiştir.

Mevcut çalışmamızda ise uyku kalitesi iyi olanların SYBD II toplam puanı ve sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt faktör puanlarının uyku kalitesi orta ve kötü olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, uyku kalitesi iyi olanların kişilerarası ilişkiler puanının kötü olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve uyku

kalitesi iyi olanların fiziksel aktivite puanının orta alanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre uyku kalitesi iyi olanların daha yüksek oranda sağlıklı yaşam biçim davranışı sergiliyor olmalarının literatür ile benzerlik gösterdiği anlaşılmaktadır.

5.3.16. Katılımcıların Gün İçinde Uykusuzluk Yaşama Durumu ile SYBD II Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Gün içinde uykusuzluk şikâyeti yaşama durumu değerlendirildiğinde araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının %96.3'ünün değişen sıklıklarda olmak üzere gün içinde uykusuzluk yaşadığı tespit edilmiştir. Uykusuzluk şikâyeti olmayanların sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi alt faktör puan ortalamalarının uykusuzluk şikâyeti olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gün içinde uykusuzluk şikâyeti yaşama durumu ile SYBD II toplam puanı ve ölçeğin diğer alt faktör puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Bu konuyla ilgili olarak Hendekçi'nin (2022) hizmet sektörü çalışanlarıyla yaptığı araştırmada, uykusuzluk yaşamayanların manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puanlarının uykusuzluk yaşayanlardan anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiş olduğu bildirilmiştir. Mevcut çalışmamızda gün içerisinde yaşanan uykusuzluk şikayetinin aslında birçok faktörü etkileyebileceği düşünülmekle birlikte sağlıklı yaşam biçimini irdelemede kullanılan SYBD II ölçeğinin sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi konusunda uykusuzluğa bağlı davranış farklılıklarını ön plana çıkarttığı söylenebilir.

5.3.17. Katılımcıların Öğün Sayısı ile SYBD II Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Daha önce yapılmış olan araştırmalara bakıldığında Yalçınkaya ve ark.'nın (2007) sağlık çalışanlarıyla yaptığı araştırmada düzenli yeme alışkanlığı olanların SYBDÖ toplam puanı ve egzersiz dışındaki tüm alt faktörlerdeki puanlarının düzenli yeme alışkanlığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Özkan ve Yılmaz'ın (2008) hemşirelerle yaptığı araştırmada düzenli yemek alışkanlığı olanların SYBDÖ toplam, kendini gerçekleştirme ve beslenme puanlarının öğün atlayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Acımış ve ark.'nın (2021) intern hekimler ile yaptığı çalışmada günlük öğün sayısının 3 ve altı, 4 ve üzeri olması durumu ile SYBD II toplam puan ortalaması arasında istatistiksel ilişki bulunamamış

olup araştırmanın lineer regresyon model analizine göre ana öğünü atlamayanlar ile SYBD II toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bildirilmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışmada günlük tüketilen toplam ana ve ara öğün sayısı ile ölçek alt faktörlerinden beslenme arasında istatistiki olarak anlamlı, pozitif yönde, çok düşük düzeyde korelasyon bulunmuş olup katılımcılardan günlük öğün sayısı 3 ve daha fazla olanların beslenme ve stres yönetimi alt faktör puanlarının 3'ten az olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlıklı yaşam için bir yetişkinin gün boyunca 3 ana, 2 veya 3 ara öğün ile besin alımının sağlanması gerektiği (TÜBER 2015) bildirilmiştir. Bu bağlamda tespit etmiş olduğumuz 3 ve üzerinde öğün tüketenlerin bir bakıma öğün atlamayanların daha yüksek düzeyde sağlıklı davranış gösterdikleri sonucunun literatürdeki sonuçlarla paralellik gösterdiği düşünülmüştür.

5.3.18. Katılımcıların Stres Durumunda Oluşan İştah Değişikliği ile SYBD II Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Literatürdeki çalışmalarda akut stresin tipik olarak sempatik-adrenal-medüller sistemin aktivasyonu ve bunun sonucunda katekolaminlerin (adrenalin ve noradrenalin) salınmasıyla ' savaş ve kaç tepkisi' ile sonuçlandığı (Batterham ve ark. 2003) ve noradrenalinin akut stres sırasında iştahı bastırdığının gösterildiği bildirilmiştir (Halford 2001). Kronik stres, güçlü merkezi oreksijenik etkilere sahip olan glukokortikoidlerin üretimi ile sonuçlanır. Alternatif olarak, yemek yemenin artmasının, yalnızca stresle ilişkili olumsuz duygulara karşı koymaya yardımcı olan bir haz verici aktivite olabildiği, çünkü gıda alımının sinirlilik ve uyarılmayı azaltarak sakinliği arttırdığı ve ruh halini iyileştirdiğini göstermekte olduğu bildirilmiştir (Gibson 2006).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının stres durumunda iştahlarında olan değişikliğin en fazla (%49,7'sinde) azaldığı yönünde olduğu tespit edilmiş olup stres durumunda oluşan iştah değişimi ile SYBD II toplam puanı ve ölçek alt faktörlerinin puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır.

5.3.19. Katılımcıların Sigara Kullanma Durumu ile SYBD II Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Araştırmamızda sigara kullanım durumu ile SYBD II toplam puanı ve ölçek alt faktör puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. Katılımcıların sigara

tüketim miktarı (paket/yıl) ile SYBD II toplam puanı ve ölçek alt faktörlerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunamamıştır. Sigara kullanma süresi (yıl) ile kişilerarası ilişkiler alt faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, çok düşük düzeyde korelasyon bulunmuş olup sigara kullanma süresi ile SYBD II toplam puanı ve ölçeğin diğer alt faktörlerinin puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunamamıştır.

Sağlık çalışanları ile yapılan araştırmalara bakıldığında Türkol ve Güneş'in (2012) araştırmasında hiç sigara içmemiş olanların stres yönetimi puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Özkan ve Yılmaz'ın (2008) araştırmasında sigara içmeyenlerin beslenme ve egzersiz alt faktör puan ortalamalarının sigara içenlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Çakır ve ark.'nın (2015) araştırmasında sigara kullanıp bırakanların beslenme, stresle baş etme alt gruplarında ve toplam puanlarda anlamlı olarak daha yüksek puan almış olduğu, Yalçınkaya ve ark.'nın (2007) araştırmasında sigara içmeyenlerin beslenme alt faktör puanının sigara içenlere göre anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir.

Diğer araştırmalara bakıldığında ise Çelik ve Ersoy'un (2022) öğretmenler ile yaptığı çalışmada sigara içmeyenlerde SYBD II toplam puanının, kişilerarası ilişkiler ve beslenme alt faktör puanlarının içenlere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Cihangiroğlu ve Deveci'nin (2011) öğrenciler ile yaptığı çalışmada sigara içmeyenlerde SYBDÖ ortalama puanının ve beslenme alt faktör puanının sigara içenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Nacar ve ark.'nın (2014) öğrencilerle yaptığı çalışmada sigara içmeyen öğrencilerin SYBD II toplam puan ortalamasının içenlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Arpağ ve ark.'nın (2020) öğrencilerle yaptığı çalışmada sigara kullanmayanların sağlık sorumluluğu, beslenme, stresle baş etme ve SYBD II toplamında sigara kullananlara göre anlamlı olarak daha yüksek puan elde ettiği, Acımış ve ark.'nın (2021) öğrenciler ile yaptığı çalışmada hiç sigara içmeyenlerde SYBD II toplam puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve düzenli sigara içicisi olmanın negatif yönde anlamlı olarak etki ettiği, Özenoğlu ve ark.'nın (2018) öğrencilerle yaptığı araştırmada sigara kullanmayanlarda fiziksel aktivite alt faktör puanının kullananlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Yaptığımız çalışmanın sonucuna benzer şekilde Dereli ve ark.'nın (2021) hizmet personeli ile ve Kolaç ve ark.'nın (2018) fabrika çalışanlarıyla yaptığı araştırmalarda ise sigara içme durumu ile SYBD II toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı bildirilmiştir. Ulaşmış olduğumuz sonuç literatürdeki pek çok çalışma ile örtüşmemektedir. Bu

durum, çalışmadaki katılımcıların çoğunun 20-29 yaş grubuna ait genç bireyler oluşu ve sigaranın kronik etkileri ile henüz yüzleşmemiş olabileceği ya da sigara kullanım dozu ile de ilişkili olabileceği konusunu akla getirmektedir.

5.3.20. Katılımcıların Alkol Kullanma Durumu ile SYBD II Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Sağlık çalışanları ile yapılan araştırmalara bakıldığında Yalçınkaya ve ark.'nın (2007) araştırmasında alkol kullanmayanların beslenme alt boyutundan kullananlara göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları, Çakır ve ark.'nın (2015) araştırmasında her gün alkol kullananların kendini gerçekleştirme alt grubunda anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı ve Özkan ve Yılmaz'ın (2008) araştırmasında alkol kullanım durumu ile SYBDÖ toplam ve alt gruplarının puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunamamış olduğu bildirilmiştir.

Literatürdeki diğer çalışmalarda ise, Çelik ve Ersoy'un (2022) öğretmenler ile yaptığı çalışmada alkol kullanmayanların manevi gelişim puanının kullananlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Özenoğlu ve ark.'nın (2018) öğrenciler ile yaptığı çalışmada alkol kullanmayanların manevi gelişim ve stres yönetimi alt faktör puanlarının kullananların puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Kolaç ve ark.'nın (2018) fabrika çalışanlarıyla, Dereli ve ark.'nın (2021) hizmet personeli ile, Nacar ve ark. (2014) ve Arpağ ve ark.'nın (2020) öğrenciler ile yaptığı çalışmalarda alkol kullanım durumu ile SYBD II ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamadığı, Cihangiroğlu ve Deveci'nin (2011) öğrenciler ile yaptığı çalışmada ise alkol kullanım durumu ile SYBDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamış olduğu bildirilmiştir.

Yapılan bu mevcut araştırmada alkol kullananların fiziksel aktivite puanının alkol kullanmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. SYBD II toplam puanı ve ölçeğin geri kalan alt faktör puanları ile alkol kullanım durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. Alkol kullanma süresi ile SYBD II toplam puanı ve ölçek alt faktör puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunamamıştır. Bu sonuçlar alkolün sağlığa olan ve iyi bilinen olumsuz etkileri düşünüldüğünde şaşırtıcı gelebilir, ancak alkol kullanım miktarı yasal olarak alkol kullanabilecek yaşta olan yetişkinler için kullanılan alkolün cinsine veya tüketilen içeceğin % kaç oranında alkol içerdiğine bakılmaksızın standardizasyon için 1adet içecek (drink) baz alınarak hafif (ılımlı) içiciliğin kadınlarda günlük 1 adet içecek, erkeklerde günlük 2 adet içecek tüketenler (U.S. Department of Health and

Human Services 2015) olduğu bildirilmiş olup çalışmamızdaki katılımcıların belirtmiş olduğu alkol kullanım miktarına göre ılımlı içicilerden daha düşük düzeyde alkol kullanma alışkanlığı kapsamında oluşu da buna etkiyen bir faktör olabilir.

5.3.21. Katılımcıların Mesleki Memnuniyet Durumu ile SYBD II Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda sağlık çalışanlarından mesleğinden memnun olanların SYBD II toplam puanı ve kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt faktör puan ortalamalarının memnun olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve mesleğinden memnun olanların manevi gelişim alt faktör puan ortalamasının hem kararsız hem de memnun olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Mesleki memnuniyet ile ölçeğin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme alt faktörleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır

Daha önce yapılmış olan çalışmalara bakıldığında Türkol ve Güneş'in (2012) asistan doktorlarda yaptığı çalışmada çalıştıkları bölümden memnun olanların kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt faktörleri puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Şimşekoğlu ve Mayda'nın (2016) hemşireler ile yaptığı çalışmada işinden memnun olanların kendini gerçekleştirme puan ortalamasının orta derecede memnun olanların ve memnun olmayanların puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, Hendekçi'nin (2022) hizmet sektörü çalışanlarına yaptığı çalışmada işinden memnun olanların kişilerarası ilişkiler puan ortalamasının memnun olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Meslek, kişinin yaşamının bir parçası oluşu nedeniyle önem arz etmekte olup sağlık çalışanlarının günün önemli bir bölümünü mesai ile geçirmesi nedeniyle hem sosyal yönüyle hem de ruhsal sağlık açısından düşünüldüğünde çalışmamızda mesleki memnuniyet açısından olumlu yanıt verenlerde diğer katılımcılara kıyasla öne çıkan alt faktörler (kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim ve stres yönetimi) oldukça anlamlıdır.

5.3.21. Katılımcıların Meslek Nedenli Stres Yaşama Durumu ile SYBD II Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Literatürde yapılmış olan önceki çalışmalara bakıldığında Lee ve ark.'nın (2011) hemşireler ile yaptığı ve iş stresini yüksek, orta ve düşük olarak sınıfladığı çalışmada SYBDÖ

toplam puanının iş stresi düşük olan grupta anlamlı olarak daha yüksek, iş stresi yüksek olan grupta ise anlamlı olarak daha düşük olduğu, Hendekçi'nin (2022) hizmet sektörü çalışanlarıyla yaptığı çalışmaya göre ise meslek nedenli stres yaşayan çalışanların sağlık sorumluluğu puanının stres yaşamayanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve stres yaşamayan çalışanların manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puanlarının stres yaşayanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Yaptığımız çalışmada ise meslek nedenli stresi bazen yaşadığını belirten katılımcıların stres yönetimi puanlarının her zaman stres yaşadığını belirten katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Meslek nedenli stres durumu ile SYBD II toplam puanı ve geri kalan ölçek alt faktörlerinin puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. SYBD II ölçeğinin doğrudan doğruya bir alt faktörü oluşu dikkate alındığında bu sonuç olağan olarak değerlendirilebilir. Stres düzeyinin "derecelendirilerek" sağlıklı yaşam davranışına olan detaylı etkisini konu alan ileri araştırmalar ile bu durumun daha net ortaya konulabileceği düşünülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERLER

6.1. Sonuç

SYBD II ölçeği kullanılarak yapılan bu çalışma sonuçlarına göre ölçek toplam puanı açısından değerlendirildiğinde; sosyoekonomik düzeyi yüksek olanların düşük olanlara göre, uyku kalitesi iyi olanların orta ve kötü olanlara göre, mesleğinden memnun olanların, olmayanlara göre daha yüksek düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranışı göstermiş olduğu anlaşılmaktadır. Cinsiyet, yaş, medeni durum, vücut kitle indeksi, sağlık çalışanı olarak mensubu bulunduğu meslek grubu, meslekte geçirdiği süre (yıl), haftalık çalışma saati, çalışma biçimi (sürekli gündüz, diğer), evde yalnız ya da birileriyle birlikte yaşama, sağlık durumu (iyi, orta veya zayıf şeklinde belirtilen sağlık durumu), kronik hastalık varlığı, rutin sağlık kontrolleri yaptırma, uyku süresi, uykusuzluk yaşayan-yaşamayanlar, öğün sayısı, stres durumunda iştah değişikliği yaşama, sigara kullanma, alkol kullanma, meslek nedenli stres yaşama bakımından ise sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmede anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tüm sağlık çalışanları alt faktörler yönünden incelendiğinde ise en fazla puanın manevi gelişim ve en az puanın fiziksel aktivite alt faktöründen alındığı göze çarpmaktadır. Alt faktörlerin değerlendirilişi ile elde olunan bazı sonuçlardan da bahsedilmesi gerekmektedir. Bu

başlıkların her biri açısından ele alındığında birtakım bağımsız değişkenlerin ön plana çıktığı anlaşılmıştır.

Yüksek ve orta sosyoekonomik düzeydekilerin düşük sosyoekonomik düzeydekilere göre, iyi uyku kalitesi olanların orta ve kötü uyku kalitesi olanlara göre, uykusuzluk şikâyeti olmayanların olanlara göre daha yüksek sağlık sorumluluğu puanı elde ettiği anlaşılmaktadır

Erkeklerin kadınlardan, 20-29 yaş grubunun 40-49 yaş grubundan, evli olmayanların evli olanlardan, meslekte 10 yıl ve daha az süredir çalışanların 10 yıldan daha fazla süredir çalışanlardan, yalnız yaşayanların yalnız yaşamayanlardan, uyku kalitesi iyi olanların uyku kalitesi orta olanlardan ve alkol kullananların kullanmayanlardan daha fazla fiziksel aktivitesi bulunduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

Beslenme alt faktörüne göre hem son 1 yıl içinde sağlık kontrolüne gidenlerin hem de 1 yıldan daha uzun sürede doktor kontrolüne gidenlerin hiç doktor kontrolüne gitmeyenlere göre, uyku kalitesi iyi olanların orta ve kötü uyku kalitesi olanlara göre, uykusuzluk şikâyeti olmayanların olanlara göre, öğün sayısı 3 ve daha fazla olanların 3'ten az olanlara göre, daha fazla puan aldığı anlaşılmaktadır.

Evli olanların olmayanlara göre, sosyoekonomik düzeyi üst grupta olanların alt grupta olanlara göre, uyku kalitesi iyi olanların orta ve kötü uyku kalitesi olanlara göre, mesleğinden memnuniyet duyanların kararsız ve memnun olmayan gruplara göre daha fazla manevi gelişim puan düzeyine eriştiği görülmektedir.

Kronik hastalığı olanların olmayanlara göre, günde 7 saat ve daha uzun uyku süresi olanların 7 saatten az uyuyanlara göre, uyku kalitesi iyi olanların kötü olanlara göre, mesleğinden memnun olanların memnun olmayanlara göre yüksek düzeyde kişilerarası ilişkiler puanı elde ettiği tespit edilmiş, ayrıca sigara kullanma süresi ile kişilerarası ilişkiler puanı arasında anlamlı, pozitif yönde, çok düşük düzeyde korelasyon olduğu ortaya konulmuştur.

Alt sosyoekonomik düzey grubunun üst sosyoekonomik düzey grubundan , 7 saat ve daha fazla uyuyanların 7 saatten az uyuyanlardan, uyku kalitesi iyi olanların orta ve kötü olanlardan, gün içinde uykusuzluk şikâyeti olmayanların uykusuzluk şikayeti olanlardan, öğün sayısı 3 ve daha fazla olanların 3'ten az olanlardan, mesleğinden memnun olanların memnun olmayanlardan stres yönetiminde daha başarılı oluşu sonucu ortaya çıkmıştır.

6.2. Öneriler

Literatürde sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda zaman zaman denenen ve sonuçları birbiri ile kıyaslanan SYBD II ölçeğinin gerek sağlıklı yaşam biçimi ve gerek alt başlıkları hususunda ortaya koyduğu sonuçlar, konu ile ilgili geliştirilecek olan başka ölçeklerle de kıyaslanmalı ve işaret ettiği sonuçları bu çalışmalarla kıyaslanmalıdır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda en başarılı ölçme ve değerlendirme yönteminin bulunması ve SYBD II ölçeğinin ortaya koyduğu sonuçların tartışılması için daha çok veriye ihtiyaç vardır.

Sağlık çalışanlarının topluma sağlık hizmeti ve eğitimi verdiği, toplum sağlığını geliştirici rolü hesaba katıldığında bu tip ölçeklerle sağlık sektöründe hizmet veren çalışanlarının kendi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirebilmeleri önemlidir. Bu sektörde hizmet verenlerin farkındalıklarını geliştirecek bu tip çalışmalar ve bu çalışmaların kümülatif verilerini birlikte değerlendiren meta analizler bu meslek grupları için önemli veriler sağlayacaktır. Bu çalışmada olduğu gibi birçok verinin birleştirilerek değerlendirilmesi ve analizi için SYBD II ölçeği ile yapılan çalışmaların verileri ortak bir veri havuzunda birleştirilebilir ve çeşitli açılardan literatüre katkı sağlayabilir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışlar üzerinde etkili olan faktörleri incelemek amacıyla daha geniş bir örneklemi kapsayan araştırmalar yapılması da yararlı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

Acımış, N. M., Özcan, B., & Uzuner, N. Bir Tıp Fakültesi İntern Hekimlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Etmenler. Sağlık ve Toplum, 31(2), 67-73, 2021.

Abel T. Cultural capital in health promotion. Health and modernity: Springer; p. 43-73, 2007.

Agyei-Mensah, Samuel, and Ama de-Graft Aikins. "Epidemiological transition and the double burden of disease in Accra, Ghana." Journal of urban health 87.5: 879-897, 2010.

Akçakanat, T., Toraman, A., & Çarıkçı, İ. Tıp Fakültesi Öğretim Üyelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1(13), 84-97, 2015.

Akdeniz, M., & Kavukçu, E. (2017). Dördüncül koruma: Önce zarar verme. Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimligi Dergisi, 21(2), 2017.

Akgün Şahin Z, Kardaş Özdemir F. Spirituality and spiritual care: a descriptive survey of nursing practices in Turkey. Contemporary Nurse; 52(4): 454-461, 2016.

Aksoy, Türkan, and Uçar, Hülya. "Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları." Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 1.2: 53-67, 2014.

Al-Kandari, F., & Vidal, V. L. Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level, and academic performance of College of Nursing students in Kuwait. Nursing & health sciences, 9(2), 112-119, 2007.

Alu, A. Sağlığın Temel Kavramları. Sağlık Yönetimi Dergisi, 1(2), 32-41, 2017.

Arpağ, O. F., Adıgüzel, M., & Öztürk, C. Diş Hekimliği Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 30(2), 233-241, 2020.

Aşılar RH, Yıldırım A, Karakurt P, Çelebi F. Healthy lifestyle behaviors and affecting factors in university staff. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 14(1):72-81, 2020.

Avcı, Y. D. Kişisel sağlık sorumluluğu. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(3), 2016.

Aydın, N. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi. Black Sea Journal of Health Science, 2(1), 21-29, 2019.

Ayla, A. V. C. I. "İş ve iş stresi yönetimi." Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi 6.1 : 290-296, 2019.

Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F. Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ıı'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.12(1): 1-13, 2008.

Başkale, Hatice, Neslihan Partlak Günüşen, and Pınar Serçekuş. "Bir devlet hastanesinde görev yapan hemşirelerin çalışan yaşam kalitesi düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi." Pamukkale Tıp Dergisi 2 : 125-133, 2016.

Batterham RL, Cohen MA, Ellis SM, et al.: Inhibition of food intake in obese subjects by peptide YY3-36. N Engl J Med. 349:941-948, 2003.

Baysal A. Sosyal eşitsizliklerin beslenmeye etkisi. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi; 25(4): 66-72, 2003.

Bozhüyük A. Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Uzmanlık tezi, Adana, 2010.

Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E., & Bozdemir, N. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 6(1), s:13-21, 2012.

Boztilki, M., & Ardıç, E. Maneviyat ve sağlık. Journal of Academic Research in Nursing, 3(1), 39-45, 2017.

Brown, Rebecca Charlotte Helena, Hannah Maslen, and Julian Savulescu. "Responsibility, prudence and health promotion." Journal of Public Health 41.3: 561-565, 2019.

Can G, Ozdilli K, Erol O, Unsar S, Tulek Z, Savaser S, et al. Comparison of the health- promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. Nursing & Health Sciences. 10(4):273-80, 2008.

Chambers, M. Interpersonal relationships and communication as a gateway to patient and public involvement and engagement. Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy, 21(2), 407, 2018.

Chew F, Palmer S, Slonska Z, Subbiah K. Enhancing health knowledge, health beliefs, and health behavior in Poland through a health promoting television program series. Journal of Health Communication;7(3):179-96, 2002.

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

Çakır, M., Piyal, B., & Aycan, S. Hekimlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi: tıp fakültesi tabanlı kesitsel bir çalışma. Ankara Medical Journal, 15(4), 2015.

Çelik, A., & Ersoy, P. Öğretmenlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları: Diyarbakır İli Silvan İlçesi Örneği. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 29(3), 336-345, 2022.

Çetiner, H., Ulupınar, S. Sağlık profesyoneli olan ve olmayan hastane çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 27(1), 1-10, 2018.

Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023 Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı, Yayın No:942, Ankara; s:29-35, 2014.

Davies LE. Thirlaway K. The influence of genetic explanations of type 2 diabetes on patients' attitudes to prevention, treatment and personal responsibility for health. Public Health Genomics. 16(5):199-207, 2013.

Değerli, Havvana; Yiğit, Arzu. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeyinin Belirlenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 11.27: 573-586, 2020.

Demir, B. K., Şentürk, S., Kırkalı, M., Atak, A., & Dönmez, A. Genç Sağlıkçılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4(1), 7-11, 2019.

Dereli, F., Yıldırım, B., Ozvurmaz, S., & Adana, F. Üniversite Hizmet Personelinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Life Sciences, 16(2), 30-37, 2021.

Deriba BK, Sinke SO, Ereso BM, Badacho AS. Health professionals' job satisfaction and associated factors at public health centers in West Ethiopia. Hum Resour Health. ;15(1):36, 2017.

Devebakan N. Özel Sağlık işletmelerinde iş sağlığı ve güvenliği. Dokuz Eylül Üniversitesi, Doktora tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı. İzmir, 2007.

Devran, H., Üçgün, A. B., Yürekli, M. V., & Uskun, E. Yaşam kalitesinin yordayıcısı olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları: Tıp Fakültesi öğretim elemanları örneği. Turkish Journal of Public Health, 19(1), 55-68, 2021.

Dickey RA, Janick JJ. Lifestyle modifications in the prevention and treatment of hypertension, Endorc Pract, 7(5): 392-9, 2001.

Doğan, Tayfun; Sapmaz, Fatma. Kişiler arasi ilişki tarzlari ve öznel iyi oluş. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 10.3: 585-602, 2012.

Duran, Ü., Öğüt, S., Asgarpour, H., & Kunter, D. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(3), 138-147,2018.

Ernstson, H., Van der Leeuw, S. E., Redman, C. L., Meffert, D. J., Davis, G., Alfsen, C., & Elmqvist, T. Urban transitions: on urban resilience and human-dominated ecosystems. *Ambio*, *39*(8), 531-545, 2010.

Erözkan A. Üniversite öğrencilerinin kişiler arası ilişki tarzları ve mizah tarzları. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi ; 26: 56-66, 2009a.

Erözkan, Atılgan. "Lise öğrencilerinde kişilerarası ilişki tarzlarının yordayıcıları." Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 21 : 543-551, 2009b

Esin M.N, Aktaş E. Çalışanların sağlık davranışları ve etkileyen faktörler: Sistematik inceleme. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi ;20(2):166-176, 2012.

Galloway R. D. Health Promotion: Causes, Beliefs And Measurements. CM&R, vol. 1, no. 3:249- 258, 2003.

Gibson, E. L. Emotional influences on food choice: sensory, physiological and psychological pathways. Physiology & behavior, 89(1), 53-61, 2006.

Gorin, S. S., & Arnold, J. Health promotion in practice. John Wiley & Sons, 2006.

Gömleksiz, M., Yakar, B., & Pirinçci, E. Tıp fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler. Dicle Tıp Dergisi, 47(2), 347-358, 2020.

Güçlü, Nezahat. "Stres yönetimi." Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 21.1, 2001.

Gürsel, N., Özbey, S., & Güzel, P. Öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi. International Journal of Social Science Research, 5(2), 10-25, 2016.

Halford, J. C. Pharmacology of appetite suppression: implication for the treatment of obesity. Current drug targets, 2(4), 353-370, 2001.

Hash RB, Munna RK, Vogel RL, Bason JJ. Does physician weight affect perception of health advice? Prev Med. 36: 41-44, 2003.

Hendekçi, A. Hizmet Sektörü Çalışanlarının Yaşadığı Sağlık Sorunları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(2), 381-392, 2022.

Hildingh, C., Cunico, L., Lindgren, E. C., & Lidell, E. Health Promotion in Nursing Education: attitudes among nurse students. Acta Biomedica, *86*(S 2), 91-96, 2015.

Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Hazen, N., Herman, J., Katz, E. S., Kheirandish-Gozal, L., Neubauer, D. N., O'Donnell, A. E., Ohayon, M., Peever, J., Rawding, R., Sachdeva, R. C., Setters, B., Vitiello, M. V., Ware, J. C., & Adams Hillard, P. J. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. Sleep health, 1(1), 40–43,2015.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science, 10(2), 227–237, 2015.

Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JW, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? BMJ. 26:343:d4163, 2011.

Itani, O., Jike, M., Watanabe, N., & Kaneita, Y. Short sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. Sleep medicine, 32, 246–256,2017.

İncekar, M. Ç., Balci, S., Vurankaya, E., Tuncel, B., & Ebru, Z. O. R. The Relationship between Health-Promoting Lifestyle Behaviors and Sleep Quality of Nurses Working in the Pediatrics Clinics. Clinical and Experimental Health Sciences, 11(3), 387-392, 2021.

Jadad, AR. "Creating a pandemic of health: What is the rol of digital technologies?". Journal of Public Health Policy. 37(Suppl 2): 260-268, 2016.

Karaca, T., & Aslan, S. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık durumu algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (4), 734-739, 2019.

Karahocagil, M. K., Er, A., Kırıkçı, A. D., Sünnetçioğlu, M., Yapıcı, K., Bilici, A., Baran, A. İ., Binici, İ., ve Akdeniz, H. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi'nde yatan hastalarda antibiyotik kullanımının incelenmesi. Van Tıp Dergisi, 14(2), 46-51, 2007.

Keele, R. To role model or not? Nurses' challenges in promoting a healthy lifestyle. Workplace Health & Safety, 67(12), 584-591, 2019.

Kelly J. Spirituality as a coping mechanism. Dimens Crit Care Nurs ; 23(4):162-168, 2004.

Kocaakman, M., Aksoy, G., Eker, H.H. İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 17(2), 19-24, 2010.

Kolaç, N., Balcı, A. S., Şişman, F. N., Ataçer, B. E., & Dinçer, S. Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. Bakırköy Tıp Dergisi, 14(3), 267-274, 2018.

Korkut-Owen, F. ve Bugay, A. İletişim becerileri ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 10 (2), ss. 51- 64, 2014.

Koruk, İ., Bakar, C., Kurt, A. Ö., Deveci, S., Altun, D. U., Keklik, A. Z., Demir, C. & Harmanoğulları, L. Ü. Dört ilde çalışan aile sağlığı merkezi personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi, sosyodemografik ve işyeri ile ilgili bazı değişkenlerin buna etkisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(2), 271-283, 2019.

Koseoglu Ornek O, Esin MN. Occupational health nursing in Turkey: An international update. Workplace Health Saf ;63(1):33-38, 2015.

Kurnat-Thoma, E., El-Banna, M., Oakcrum, M., & Tyroler, J. Nurses' health promoting lifestyle behaviors in a community hospital. Applied Nursing Research, 35, 77-81,2017.

Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. The Lancet; 380:219-29, 2012.

Lee, W. L., Tsai, S. H., Tsai, C. W., & Lee, C. Y. A study on work stress, stress coping strategies and health promoting lifestyle among district hospital nurses in Taiwan. Journal of occupational health, 53(5), 377-383, 2011.

Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. Health Aff (Millwood) ;29(7):1310–1318, 2010.

Lobelo F, Duperly J, Frank E. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. Br J Sports Med. 43:89–92, 2009.

Madi, H. H., & Hussain, S. J. Health protection and promotion. Eastern Mediterranean Health Journal, 14(Special), 15–22, 2008.

Minkler M. Personal Responsibility for Health? A Review of the Arguments and the Evidence at Century's End .Health Educ Behav. 26(1):121-141, 1999.

Moudi A, Dashtgard A, Salehiniya H, Sadat Katebi M, Reza Razmara M, Reza Jani M. The relationship between health-promoting lifestyle and sleep quality in postmenopausal women. Biomedicine (Taipei). 8(2):11, 2018.

Nacar, M., Baykan, Z., Cetinkaya, F., Arslantas, D., Ozer, A., Coskun, O., Bati, H., Karaoglu, N., Elmali, F., & Yilmaze, G. Health promoting lifestyle behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey. Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP, 15(20), 8969–8974, 2014.

O'Donnell M. P. Definition of health promotion 2.0: embracing passion, enhancing motivation, recognizing dynamic balance, and creating opportunities. American journal of health promotion : AJHP, 24(1), iv, 2009.

Owens L**.** The Relationship of Health Locus of Control, Self Efficacy, Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Older Adults. A dissertation presented for the doctor of philosophy decree The University of Memphis, 2006.

Özenoğlu, A., Beyza, G. Ü. N., Karadeniz, B., Fatma, K. O. Ç., Bilgin, V., Bembeyaz, Z., & Saha, B. S. Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığın sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumlar ve beden kütle indeksi ile ilişkisi. Life Sciences, 16(1), 1-18, 2021.

Özenoğlu, A., Yalnız, T., & Uzdil, Z. Sağlık eğitiminin beslenme alışkanlıkları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (3), 234-242, 2018.

Özer D, Baltacı G. İş yerinde fiziksel aktivite. Ankara. Klasmat Matbaacılık, s:19-21, 2008.

Özkan, S., & Yılmaz, E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(7), 89-105, 2008.

Parlar S. Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: Sağlıklı çalışma ortamı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 7(6), 2008.

Porta, M. Dictionary of epidemiology. 5.Basım, Oxford University Press, 2008.

Ross, A., Yang, L., Klagholz, S. D., Wehrlen, L., & Bevans, M. F. The relationship of health behaviors with sleep and fatigue in transplant caregivers. Psycho-Oncology, *25*(5), 506-512, 2016.

Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik dönüm noktaları. Global Konferanslardan Bildiriler. Dünya Sağlık Örgütü 2009. Bakanlık Yayın No: 813. ISBN: 978-975-590-362- 01, Ankara, 2011b.

Sahu, M., Gandhi, S., Kumar Sharma, M., & Marimuthu, P. Social media use and health promoting lifestyle: an exploration among Indian nursing students. Investigacion y educacion en enfermeria, *38*(2), e12, 2020.

Salari, S., Pilevarzadeh, M., Daneshi, F., & Ahmadidarrehsima, S. Examining the HealthPromoting Lifestyle and its Related Factors among the Nursing Students of Jiroft University of Medical Sciences. Executive Editor, 8(1), 342-346, 2017.

Sankhe A., Dalal K., Save D., Sarve P. Evaluation of the effect of Spiritual care on patients with generalized anxiety and depression: A randomized controlled study. Psychol. Health Med. ;22:1186–1191, 2017.

Senol, V., Soyuer, F., Guleser, G. N., Argun, M., & Avsarogullari, L. The effects of the sleep quality of 112 emergency health workers in Kayseri, Turkey on their professional life. Turkish Journal of Emergency Medicine, 14(4), 172-178, 2014.

Sisk, R. J. Caregiver burden and health promotion. International Journal of Nursing Studies, 37(1), 37-43, 2000.

Smith, B. J., Tang, K. C., & Nutbeam, D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. Health promotion international, 21(4), 340–345, 2006.

Somunoğlu, S. Kavramsal açıdan sağlık. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 4(1), 1999.

Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 110(15), 5797–5801, 2013.

Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. The impact of patient-centered care on outcomes. The Journal of family practice, 49(9), 796–804, 2000.

Stokes, J., Noren, J. & Shindell, S. Definition of terms and concepts applicable to clinical preventive medicine. J Community Health. 8: 33–41, 1982.

Şahin, H., Yıldırım, A., Aşılar, R. H., Çebi, K., & Güneş, D. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Bireylerde Beslenme Davranışları ile Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki. Journal of Turkish Sleep Medicine, 29, 39, 2020.

Şimşekoğlu, N., & Mayda, A. S. Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6(1), 19-29, 2016.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Toplumun beslenmede bilinçlendirilmesi. Saha personeli için toplum beslenmesi programı eğitim materyali. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları:56-121, 2002.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017), 3. Baskı, Ankara: 2013.

Taş, F., & Akın, B. Sağlığı geliştirici yaşam tarzı ve öz etkililik-yeterlilik durumunun sosyo-ekonomik durum ile ilişkisi. Sağlık ve Toplum, 2, 24-38, 2018.

Tatar M. ve Tatar F. "Sağlığın Ölçülmesi:Kavramsal Bir Çerçeve". Toplum ve Hekim 12(78):54-61, 1997.

Thielmann, B., Zavgorodnii, I., Zub, K., & Böckelmann, I. The perception of stress, behavior in stressful situations and mental health of bank employees within a German-Ukrainian comparative study. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 35(1), 81-94, 2022.

Tokuç B. Özel Sağlık Sigortacılığı ve Halk Sağlığı (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2004.

"Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi" Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 940, 2. Basım, Ankara, 2014.
https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat db/Fiziksel_Aktivite_Rehberi/Turkiye_Fiziksel_Aktivite_Rehberi.pdf.
Erişim tarihi: 06.01.2023

"Türkiye Beslenme Rehberi TÜBER 2015", "T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031, 2. Baskı, Ankara 2019." s:101-119, 2019.

(https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/rehberler/2015 beslenme-rehberi.pdf)

"Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2022" Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No:1031, Ankara, s: 9-68, 2022.

"Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması" Sağlık Bakanlığı Yayın No:909, Ankara, 2013. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kronik_havayolu/raporlar/KRONIK_ARASTIRMA_TEMEL_BULGULAR.pdf, Erişim Tarihi: 06.01.2023.

Türkol, E., & Güneş, G. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Journal of Turgut Ozal Medical Center, 19(3), 159-166, 2012.

U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture. 2015-2020 Dietary Guidelines for Americans. 8th Edition. Dcember 2015. Appendix 9, p:101-104, 2015. **https://health.gov/sites/default/files/2019-09/2015-2020_Dietary_Guidelines.pdf.** Erişim tarihi: 17.01.2023.

Uz, D., & Kitiş, Y. (2017). Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz Etkililik Düzeylerinin Belirlenmesi. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3). 27-39, 2017.

Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nurs Res. Mar-Apr;36(2):76-81, 1987.

Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R. ve Pender, N. J. Health-promoting life styles of older adults: comparisons with young and middle-aged adults, Correlates and patterns, advances in nursing science, 11(1), 76-90, 1988.

Wonca International Classification Committee. Wonca International Dictionary for General/Family Practice. Copenhagen, 30 p, 2003.

World Health Organization. Ottawa charter for health promotion, 1986. No. WHO/EURO: 1986-4044-43803-61677. World Health Organization. Regional Office for Europe, 1986.

World Health Organization. Sundsvall statement on supportive environments for health, 9-15 June 1991, Sundsvall, Sweden. No. WHO/HED/92.1. Unpublished. World Health Organization, 1992.

World Health Organization. The Jakarta declaration: on leading health promotion into the 21st century. No. WHO/HPR/HEP/4ICHP/BR/97.4. World Health Organization, 1997.

World Health Organization. Regional Office for Europe. Healthy living : what is a healthy lifestyle?. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe. p. 1-8, 1999. https://apps.who.int/iris/handle/10665/108180. Erişim Tarihi: 06.01.2023.

World Health Organization. "The Bangkok Charter for Health Promotion in a globalised world.-editorial." Health promotion journal of Australia: official journal of Australian Association of Health Promotion Professionals 16.3 (2005).

WHO. "The Nairobi call to action for closing the implementation gap in health promotion." Nairobi, Kenya: 7th Global Conference on Health Promotion, 2009. https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference. Erişim tarihi: 05.01.2023.

World Health Organization, T. Global recommendations on physical activity for health. World Health Organization, p:7-33, 2010.

World Health Organization. "Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action." P. 7-20, (2014).

World Health Organization. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Proceedings of 9th Global Conference on Health Promotion; 2016 Nov 21-24; Shanghai, China. Geneva: World Health Organization; 2016.

World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. World Health Organization, p:6-19, 2019.

World Health Organization. A healthy lifestyle – WHO recommendations
Erişim: (https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations)
Erişim tarihi: 22.01.2022.

Yalçınkaya, M., Özer, F. G., & Karamanoğlu, A. Y. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6), 409-420, 2007.

Yanık, A., & Noğay, N. H. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Firat Tip Dergisi, 22 (4): 167-176, 2017.

Yılmaz M, Okyay N. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 11(3):41-52, 2009.

Zaybak, A., & Fadıloğlu, Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 20(1), 77-95, 2004.

EKLER

EK 1. Anket formu

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ ANKET FORMU

Sayın katılımcı, bu anket formu, Kafkas Üniversitesi Hastanesi sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörleri saptamaya yönelik hazırlanmıştır. Katılımcıların mahremiyeti göz önüne alınarak anket formunda ad ve soyadı bilgisine yer verilmemiştir. Araştırmamız bilimsel amaçlar doğrultusunda hazırlanmış ve bu amaç dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Araştırmamıza Kafkas Üniversitesi Etik kurulundan gerekli izinler alındıktan sonra başlanmıştır. Araştırmamızın bilimsel olarak geçerli ve yararlı olabilmesi için anketimizin siz değerli katılımcılarımız tarafından doğru ve eksiksiz olarak doldurulması gerekmektedir. Eksik ve yanlış bildirilen veriler çalışmaya dahil edilmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

1- Cinsiyetiz nedir?	☐ Kadın ☐ Erkek
2- Yaşınızı belirtiniz	……yaş
3- Medeni durumunuz nedir?	☐ Evli ☐ Bekar ☐ Ayrı yaşıyor ☐ Boşanmış ☐ Eşi vefat etmiş
4- Vücut ağırlığınız nedir?	…… kg
5- Boy uzunluğunuz nedir?	…… cm
6- Mesleğiniz nedir?	☐ Doktor ☐ Hemşire ☐Tekniker ☐Diğer(……)
7- Meslekteki kaçıncı yılınız	☐ 0-5 Yıl ☐ 10-15 Yıl ☐ 5-10 Yıl ☐ 15 Yıl ve üzeri
8- Haftalık kaç saat çalışıyorsunuz?	☐ 40saat ☐ 40-50saat ☐ 50saat ve üzeri
9- Çalışma biçiminiz nasıl?	☐ Sürekli gündüz ☐ Sürekli gece ☐ Dönüşümlü/Vardiya ☐ Gündüz mesaisi artı nöbet
10- Kendi sosyoekonomik düzeyinizi nasıl algılıyorsunuz?	☐ Alt (Düşük) ☐ Orta ☐ Üst (Yüksek)
11-Evinizde kiminle beraber yaşıyorsunuz?	☐ Anne, baba ve kardeşlerimle ☐ Yalnız ☐ Eşim ve çocuklarımla ☐ Diğer (……) ☐ Sadece çocuklarımla
12- Genel olarak sağlık durumunuz hakkında ne söyleyebilirsiniz?	☐Mükemmel ☐ Çok iyi ☐ iyi ☐ Orta ☐ Zayıf
13- Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren, hekim tarafından tanı konmuş bir hastalığınız var mı?	☐ Evet (EVET ise hastalığınız nedir?.....) ☐ Hayır
14- Rutin bir kontrol için en son doktora ne zaman gittiniz? (bir sakatlık, hastalık dışında)	☐ Son 1 yıl içinde ☐ Son 4 yıl ya da daha fazla ☐ Son 2 yıl içinde ☐ Hiç gitmedim ☐ Son 3 yıl içinde
15- Günlük ortalama uyku süreniz nedir?	…… saat
16- Uyku kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?	☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok kötü
17- Gün içinde uykusuzluk şikayetiniz olur mu?	☐ Her zaman ☐ Sıklıkla ☐ Ara sıra ☐ Nadiren ☐ Asla
18- Günde kaç ana ve ara öğün tüketirsiniz (Atıştırdığınız gıdaları da bir öğün sayınız)?	…….. öğün

19- Stres durumunda iştah durumunuzda ne tür bir değişiklik olur?	☐ Artar ☐ Azalır ☐ Değişmez
20-Sigara kullanıyor musunuz?	☐ Hayır ☐ Evet, ..….. adet/paket…....gün, ……..yıldır
21- Alkol kullanıyor musunuz?	☐ Hayır ☐ Evet, …. günde/ayda/yılda …..kadeh, …yıldır
22- Mesleğinize yönelik memnuniyet durumunuz nedir?	☐ Hiç Memnun değilim ☐ Memnunum ☐ Memnun değilim ☐ Çok memnunum ☐ Kararsızım
23- Mesleğinizden dolayı stres altında olduğunuz zamanlar oluyor mu?	☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Her zaman

EK 2. Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Ölçeği II

		Hiçbir zaman	Bazen	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 hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı 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	Her gün 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 yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
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	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
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				