TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ASİSTAN HEKİMLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

İlbilge UZUNOSMANOĞLU

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI ADI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Gülsen CEYHUN PEKER

ANKARA

2022

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ASİSTAN HEKİMLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

İlbilge UZUNOSMANOĞLU

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI ADI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Gülsen CEYHUN PEKER

ANKARA
2022

Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Asistan Hekimlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi " başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından, 30.07.2021 tarihinde, İ6-474-21 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: İlbilge Uzunosmanoğlu
Tarih: 10.01.2022
İmza:

ÖZGÜNLÜK RAPORU

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ASİSTAN HEKİMLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Yazar: İlbilge Uzunosmanoğlu


Turnitin Orijinallik Raporu

İşleme kondu: 02-Kas-2022 20:41 +03

NUMARA: 1942594968

Kelime Sayısı: 14629

Gönderildi: 1

Benzerlik Endeksi	Kaynağa göre Benzerlik	
%16	Internet Sources:	%14
	Yayınlar:	%6
	Öğrenci Ödevleri:	%8

KABUL ONAY SAYFASI

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı: İlbilge UZUNOSMANOĞLU	**Sınav tarihi:** 07 / 11 / 2022
Anabilim/Bilim Dalı: Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi A.Gülsen CEYHUN PEKER	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER
Tezin Başlığı: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Asistan Hekimlerinin Sağlıklı Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi
Tezin Niteliği: ☒ Ana Dal Uzmanlık Tezi ☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3

III. KARAR
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak ☒ Kabulüne ☐ Reddine ☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine ☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız.

Jüri Başkanı
Doç. Dr. A. Selda TEKİNER
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Jüri Üyesi
Prof. Dr. Altuğ KUT
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Jüri Üyesi
Dr. Öğr. Üyesi A.Gülsen CEYHUN PEKER
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ÖNSÖZ

Asistanlık hayatım ve tez hazırlama sürecinde sabırla ve anlayışla benimle ilgilenen, bilgi birikimiyle beni en doğruya yönlendiren değerli eğitmenim Dr. Öğr. Üyesi Gülsen Ceyhun PEKER'e;

Uzmanlık eğitimi sürecinde bilgi birikimi ve yaşam tecrübeleriyle yol gösterici olan Prof. Dr. Mehmet UNGAN ve Doç. Dr. Selda TEKİNER'e;

Hayatın her alanında bana destek olduğu gibi tez hazırlama sürecinde elinden gelen tüm yardımları gösteren sevgili eşim Op. Dr. Enes UZUNOSMANOĞLU'na;

Manevi destekleriyle beni hayatta hep bir adım ileri götüren sevgili babam Tufan GÜNDÜZ, sevgili annem Hamiyet GÜNDÜZ, canım kardeşim Kutalmış GÜNDÜZ ve eşi ve arkaşım Pınar GÜNDÜZ'e;

Her daim yanımda olan sevgili bölüm arkadaşlarım Eslem KÖSEOĞLU, Rana KAYNAK, Seda GÖKKAYA, Onur PEKDEMİR'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. İlbilge UZUNOSMANOĞLU

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan ii
Özgünlük Raporu iii
Kabul Onay Sayfası iv
Önsöz v
İçindekiler vi
Simgeler ve Kısaltmalar viii
Şekiller Dizini ix
Tablolar Dizini x

1. ÖZET 1
2. ABSTRACT 2
3. GİRİŞ VE AMAÇ 3
4. GENEL BİLGİLER 5
4.1. Kavramsal Açıdan Sağlık 5
4.2. Sağlığın Korunması 6
4.3. Sağlığın Geliştirilmesi 8
4.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 10
4.4.1. Sağlık Sorumluluğu 11
4.4.2. Fiziksel Aktivite 12
4.4.3. Beslenme 14
4.4.4. Stres Yönetimi 17
4.4.5. Manevi Gelişim (Tinsellik) 18
4.4.6. Kişiler Arası İletişim 19
5. GEREÇ ve YÖNTEM 20
5.1. Araştırmanın Yürütüldüğü Yer 20
5.2. Araştırmanın Evreni 20
5.3. Veri Toplama Aracı 20
5.4. İstatistiksel Analiz 21
6. BULGULAR 22
7. TARTIŞMA 53
8. SONUÇ ve ÖNERİLER 59
9. KAYNAKLAR 62
10. EKLER 68

Ek 1- Sağlıklı Yaşam Alışkanlıkları Anketi **68**
Ek 2: SYBD Ölçeği II **72**
Ek 3: Ölçek Kullanım İzni **74**

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

WONCA **:** World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

WHO **:** World Health Organization

SYBD **:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

TÜİK **:** Türkiye İstatistik Kurumu

BOH **:** Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

MET **:** Metabolik Eşdeğeri

COVID-19 **:** Coronavirus Disease -19

EPA **:** Eikosapentaenoik Asit

DHA **:** Dokosaheksaenoik Asit

BKİ **:** Beden Kitle İndeksi

KOAH **:** Kronik Ostrüktif Akciğer Hastalığı

SSRI **:** Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü

SNRI **:** Serotonin Noradrenalin Geri Alım İnhibitörü

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Penderin Sağlığı Geliştirme Modeli. Health Promotion in Nursing Practise 4th edition. Pearson Education, Inc 2002. 10

Şekil 4.2. Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Piramidi- Türkiye Beslenme Rehberi 2015..... 16

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Fiziksel Aktivite Tanımları 13
Tablo 4.2. Beden Kitle İndeksine Göre Ağırlık Sınıflandırılması 16
Tablo 6.1. Asistan hekimlerin tanımlayıcı özellikleri 22
Tablo 6.2. Asistan hekimlerin alışkanlıklarının dağılımları 24
Tablo 6.3. Asistan hekimlerin sağlık durumları 25
Tablo 6.4. Asistan hekimlerin psikolojik özellikleri 26
Tablo 6.5. Asistan hekimlerin sosyal aktivite, uyku, egzersiz özellikleri 27
Tablo 6.6. Asistan hekimlerin beslenme özellikleri 28
Tablo 6.7. Asistan hekimlerin BKİ özellikleri 29
Tablo 6.8. Asistan hekimlerin DSÖ tarafından tanımlanmış olan sağlık kavramını uygulama 29
Tablo 6.9. Asistan hekimlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden aldıkları puanlar 29
Tablo 6.10. Asistan hekimlerin özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin sağlık sorumluluğu alt boyut puanları arasındaki ilişki 30
Tablo 6.11. Asistan hekimlerin özellikleri ile SYBD ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyut puanları arasındaki ilişki 33
Tablo 6.12. Asistan hekimlerin özellikleri ile SYBD ölçeğinin beslenme alt boyut puanları arasındaki ilişki 36
Tablo 6.13. Asistan hekimlerin özellikleri ile SYBD manevi gelişim alt boyut puanları arasındaki ilişki 39
Tablo 6.14. Asistan hekimlerin özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları arasındaki ilişki 43
Tablo 6.15. Asistan hekimlerin özellikleri ile SYBD ölçeğinin stres yönetimi alt boyut puanları arasındaki ilişki 46
Tablo 6.16. Asistan hekimlerin özellikleri ile SYBD ölçeğinin Toplam puanları arasındaki ilişki 49

1. ÖZET

Amaç: Sağlıklı yaşam biçimi kişinin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük yaşam tarzını devam ederken kendi seviyesine uyumlu davranışları seçerek düzenlemesi, sağlık davranışı ise bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların tamamıdır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinde, morbidite ve mortalite oranlarında büyük oranda azalmaya yardımcı olmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının aktarılmasında ise hekimler büyük rol model olarak yer almaktadır. Bu çalışmamızda Ankara Üniversitesi'nde çalışan asistan hekimlerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 01 Ağustos 2021- 30 Eylül 2022 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapan 165 asistan hekim ile değerlendirildi. Çalışmada gönüllülük esas alınmıştır. Veri toplamak için sağlıklı yaşam alışkanlıkları anketi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılmıştır. Değerlendirmelerde IBM SPSS Statistics 20.0 programı kullanıldı ve istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p<0,05$ kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 165 asistan hekim dahil edildi. Katılımcıların %61.8'i 26-30 yaş aralığında, %50.9'u erkek %49,1 kadın olmakla birlikte %66.1'i bekar ve %82.4' ü çocuksuz idi. Katılımcıların % 27.3'ünün branşı temel bilimler, %43'ünün dahili bilimler ve %29.7'sinin cerrahi bilimler idi. Katılımcıların en fazla sıklıkta (%7.9) halk sağlığı branşından olduğu görüldü. Asistan hekimlerin SYBD ölçek puanları incelendiğinde ortalama 121.27±18.89 puan (minimum 78-maksimum 179 puan) alındığı belirlendi. Alt ölçek ortalamaları sağlık sorumluluğunda 18.95±4.16 puan, fiziksel aktivitede 17.03±4.52, beslenmede 19.53±3.97, manevi gelişimde 23.39±3.97, kişilerarası ilişkilerde 24.25±3.94, stres yönetiminde 18.12±3.52 puan alındığı tespit edildi.

Sonuçlar: Çalışmamızın sonucunda SYBD ölçeği toplam puan ortalaması ortalama sayılabilecek düzeyde idi. En düşük alt ölçek puan ortalaması fiziksel aktivite olurken en yüksek alt ölçek puan ortalaması kişisel ilişkiler oldu. Düzenli egzersiz, sağlıklı beslenme, uyku süreleri ve farkındalık ile SYBD ölçeğinde önemli puan farkları geliştiği görüldü. Toplumdaki önemli rol model olmaları sebebi ile hekimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmek adına gerekli adımlar atılmalı, yeterli eğitimler ve kolaylaştırıcı faktörler üzerinde çalışılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hekim, Sağlık, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

2. ABSTRACT

Purpose: A healthy lifestyle is the individual's controlling all behaviors that may affect his health, regulating his daily lifestyle by choosing behaviors that are compatible with his/her own level, and health behavior is all the behaviors that the individual believes and practices in order to stay healthy and to be protected from diseases. Healthy lifestyle behaviors help prevent non-communicable diseases and greatly reduce morbidity and mortality rates. Physicians are a great role model in conveying healthy lifestyle behaviors. In this study, it was aimed to evaluate healthy lifestyle behaviors in physicians working at Ankara University.

Materials and Methods: It was evaluated with 165 assistans working at Ankara University Faculty of Medicine, between 01 August 2021 and 30 September 2022. The study was based on volunteerism. The healthy lifestyle habits questionnaire and the Healthy Lifestyle Behaviors Scale II were used to collect data. IBM SPSS Statistics 20.0 program was used in the evaluations and $p<0.05$ was accepted as the statistical significance limit.

Results: 165 assistans were included in the study. While 61.8% of the participants were between the ages of 26-30, 50.9% were male, 49.1% were female, 66.1% were single and 82.4% were childless. The branches of 27.3% of the participants were basic sciences, 43% were internal sciences and 29.7% were surgical sciences. It was seen that the participants were from the public health branch with the highest frequency (7.9%). When the Healthy Life Style Behaviours scale scores of the resident physicians were examined, it was determined that the average score was 121.27±18.89 points (minimum 78-maximum 179 points). The subscale scores were 18.95±4.16 points in health responsibility, 17.03±4.52 points in physical activity, 19.53±3.97 points in nutrition, 23.39±3.97 points in spiritual development, 24.25±3.94 points in interpersonal relationships, and 18.12±3.52 points in stress management.

Results: As a result of our study, the total mean score of the Healthy Life Style Behaviours scale was at an average level. The lowest subscale score was physical activity, while the highest subscale score was personal relationships. It was observed that there were significant differences in scores on the Healthy Life Style Behaviours scale with regular exercise, healthy eating, sleep durations and awareness. Due to the fact that physicians are important role models in the society, necessary steps should be taken to develop healthy lifestyle behaviors of physicians, adequate training and facilitating factors should be studied.

Keywords: Physician, Health, Healthy Lifestyle Behavior

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık insanlık tarihi boyunca toplumların en önemli konusu olarak ele alınmıştır. Sağlık kavramı genel olarak hastalığın olmayışı olarak fiziksel yönden açıklansa da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık tanımını en kapsamlı olacak şekilde "Fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak çok boyutlu şekilde tanımlamıştır (1).

Sağlıklı olma hali tüm insanlar tarafından istenen fakat esas değeri kaybedildiğinde ortaya çıkan bir durumdur. 2020 yılında ortaya çıkan Covid-19 olarak adlandırılan koronavirüs salgınından ötürü DSÖ'nün küresel salgın ilan etmesinden sonra sağlık kavramı tüm dünyada en önemli konu haline gelmiştir. Covid-19 enfeksiyonu nedeni ile ölümlerin en önemli sebeplerinin kişilerin komorbiditeleri, immün sistemin zayıf olması ve ileri yaş olması sebebi ile sağlıklı olabilmek adına yapılması gereken yaşam tarzı değişiklikleri konusu önem kazanmıştır. Ayrıca insan yoluyla yayılan bir enfeksiyon olması sebebi ile yönetimler tarafından getirilen kısıtlamalar sağlığın ruhsal ve sosyal basamaklarının önemini gündeme getirmiştir.

Yaşam tarzına bağlı oluşan hastalıklar bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak tanımlanmaktadır ve gelişen teknoloji ve tedavi seçenekleri ile dünya üzerinde morbidite ve mortalite nedenlerinde bulaşıcı hastalıkların yerini almaya başlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü 2013 verilerine göre kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik respiratuar hastalıklar ve diyabet ölümlerin %63'ünden sorumlu iken Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 verilerine göre Türkiye'deki ölümlerin %37'si dolaşım sistemi kaynaklı hastalıklar (iskemik kalp hastalığı, inme vb), %26'sı malign neoplazmlar, %8'i solunum sistemi hastalıkları ve %2 diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalık gruplarından kaynaklanmaktadır. (2,3). Bireyin bu hastalıklardan ve getirebileceği sakatlıklardan kaçınmak için önlem alması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemesi ile sağlanabilir.

Sağlıklı yaşam biçimi kişinin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük yaşam tarzını devam ederken kendi seviyesine uyumlu davranışları seçerek düzenlemesi, sağlık davranışı ise bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların tamamıdır (4). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirebilmek adına ilk olarak 1987 yılında Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayanarak Walker ve arkadaşları tarafından Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) ölçüm aracı geliştirilmiş olup bu ölçek 1996 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiştir. Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları manevi gelişim,

sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi olup tüm bunlar SYBD ölçeğinin alt ölçeklerini oluşturmaktadır (5).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için topluma sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının aşılanmasında sağlık çalışanlarının özellikle hekimlerin önemi büyüktür. Hekimler toplumda sağlık kavramı içerisinde en büyük rol model olarak görülmektedir. Kişiler karşılarında sağlıklı yaşam davranışlarını uygulayan bir hekim gördüklerinde kendisine verilen tavsiyeleri daha anlamlı bulmakta ve hayatlarına uygulama olarak yer vermeye daha iyi ikna olmaktadır (6). Buna rağmen hekimler konu kendi sağlıkları olduğunda bir çok konuyu göz ardı edebilmekte ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yoğun iş temposunda uygulamakta zorluk çekmektedir (7).

Bu çalışmanın amacı uzmanlık eğitimini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde almakta olan asistan hekimlerin yoğun çalışma şartları altında sağlıklı olarak tanımlanabilecek davranışları yaşam biçimi olarak hayatlarında ne kadar uygulayabildiklerini değerlendirmektir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kavramsal Açıdan Sağlık

Sağlık insanlık tarihi boyunca çeşitli tanımlar yapılsa da belli bir kalıba girmeyi başaramamış bir kavramdır. Yüzyıllar boyunca toplumların özellikli kişileri tarafından bir çok sağlık tanımı yapılmış olup günümüzde geçerliliğini koruyan tanım 1946 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre sağlık yalnız hastalık veya sakatlığın olmayışı değil bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından bu tanıma göre belirlenmiş yasalar bulunmaktadır. Bunlar;

1. Erişilebilir en yüksek sağlık standardından yararlanmak, ırk, din, siyasi inanç, ekonomik veya sosyal durum ayrımı yapılmaksızın her insanın temel haklarından biridir. Tüm halkların sağlığı, barış ve güvenliğin sağlanması için esastır ve bireylerin ve devletlerin tam işbirliğine bağlıdır.

2. Sağlığın geliştirilmesi ve korunmasında herhangi bir devletin başarısı herkes için değerlidir.

3. Başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere, sağlığın teşviki ve hastalıkların kontrolünde farklı ülkelerdeki eşitsiz gelişme, yaygın bir tehlikedir.

4. Çocuğun sağlıklı gelişimi temel öneme sahiptir; değişen bir çevrede uyumlu bir şekilde yaşama yeteneği, bu tür bir gelişme için esastır.

5. Tıbbi, psikolojik ve ilgili bilgilerin faydalarının tüm insanlara yayılması, sağlığa tam olarak ulaşılması için esastır.

6. Halkın bilgili görüşü ve aktif işbirliği, insan sağlığının iyileştirilmesinde son derece önemlidir.

7. Hükümetlerin, halklarının sağlığı için, ancak yeterli sağlık ve sosyal önlemlerin sağlanmasıyla yerine getirilebilecek bir sorumluluğu vardır.

Bu yasaları içeren DSÖ'ye ait anayasa, 19 Haziran - 22 Temmuz 1946 tarihleri arasında New York'ta düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı tarafından kabul edilmiş ve 22 Temmuz 1946'da 61 devletin temsilcisi tarafından imzalanmıştır (8).

Sağlığın tanımlanması zor bir kavram olmasından dolayı bunu açıklayabilmek için temel modeller oluşturulmuştur. Bunlar:

1. Tıbbi Model (The Medical Model)
2. Holistik Model (The Holistik Model)
3. İyilik Modeli (The Welness Model)
4. Çevre Modeli (The Environmental Model)

Tıbbi modele göre sağlığın tanımı hastalığın yokluğu olarak yapılmış olup mortalite ve morbidite verilerine yer vererek sağlık durumunun ölçülmesinde önemli verilere kaynak sağlamaktadır. Hastalığın veya sakatlığın olmayışına dayandırılan bu tanım sağlığın negatif yönden açıklamasını oluşturmaktadır. Tıbbi modelde kişiler fonksiyonellik ve sakatlık seviyesine göre, hastalık ise enfeksiyon, bulaşıcı hastalıklar, akut-kronik hastalıklar, öldürücü olmayan hastalıklar gibi alt başlıklar halinde sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmalar sağlık durumunun ölçülmesinde kullanılmaktadır (9).

Holistik modelde sağlık tanımı yapılırken hastalık ve sakatlık gibi negatif yönden değerlendirmek yerine kişinin tümüyle iyi olma hali olarak pozitif yönden ele alınmıştır. Holistik modelde en yaygın kullanılan tanımı DSÖ "bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali" olarak belirlemiş ve günümüzde hala yaygın bir biçimde kullanılmaktadır. Bu tanım sağlığı pozitif açıdan değerlendirmesi sebebi ile sağlığın ölçülmesinde eksiklikler taşımaktadır (9).

İyilik modeline göre sağlığın tanımı DSÖ'nün tanımından daha kapsamlı fakat kişinin hissetme durumuna bağlı olmasından ötürü daha öznel ve göreli bir model olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu model iyilik halinin devamını sağlamak ve geliştirmek üzerine kuruludur (9). Bunun için iyilik hali yaşam tarzı olarak değerlendirilmiş ve beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi gibi davranış alışkanlıklarıyla sürekli geliştirilmesine odaklanılmıştır (10).

Çevre modeline göre sağlık incelendiğinde yapılan tanımlar kişinin sağlığının yaşadıkları ortamdan önemli derecede etkilendiğini vurgulamaktadır. Kişinin sosyoekonomik durumu, yaşadığı bölge, eğitim düzeyi gibi dış faktörler olumlu ya da olumsuz olarak sağlık durumunu değiştirmektedir. Bu modele göre kişinin sağlığının iyi olması için bulunduğu ortamla uyum içinde olması ve sosyal ilişkilerinin de iyi olması gerekmektedir (9).

4.2. Sağlığın Korunması

Sağlıklı olmak tüm insanlar tarafından istenen fakat esas değeri kaybedildiğinde ortaya çıkan bir durumdur. 2020 yılında ortaya çıkan Covid-19 olarak adlandırılan koronavirüs salgınından ötürü DSÖ'nün küresel salgın ilan etmesinden sonra sağlık kavramı tüm dünyada en önemli konu haline gelmiştir. Covid-19 enfeksiyonu nedeni ile ölümlerin en önemli

sebeplerinin kişilerin komorbiditeleri, immün sistemin zayıf olması ve ileri yaş olması sebebi ile sağlıklı olabilmek ve bunu koruyabilmek adına yapılması gereken yaşam tarzı değişiklikleri konusu önem kazanmıştır.

Sağlığın korunmasının esas amaçları hastalık ve sakatlığın oluşmasını engelleme, oluşan hastalık veya sakatlık durumunun etkisini en aza indirme ya da ilerlemesini geciktirmektir (11). Sağlığın korunması stratejileri toplumsal düzeyde belirlense de bireylerin kendi davranışlarını da içermelidir. Bireysel seviyede sağlığın korunması stratejileri fiziksel aktivite, beslenme, sigara kullanımını önleme gibi sağlıklı yaşam tarzını teşvik etmekle sağlanabilir (11).

Koruyucu hekimlik uygulamalarında toplum düzeyinde risk belirlemek, bununla mücadele ederken klinik uygulamalar, davranışsal ve sosyal önlemler almak esastır (12). Bu bağlamda koruyucu hekimlik uygulamaları önceleri primordial, primer (birincil), sekonder (ikincil) ve tersiyer (üçüncül) olarak sınıflandırılmış olup 1999 yılında WONCA yeni bir tanım olarak quaterner (dördüncül) korunma kavramını aile hekimliği sözlüğüne eklemiştir (13).

Primordiyal Korunma: 1978 yılında Strasser tarafından tanımlanan bu korumada hedef kitle toplumun genelidir, belirli bir risk grubu yoktur fakat hastalıkların oluşması risk faktörü oluşmadan engellenmeye çalışılmaktadır. Buna örnek olarak tütün kullanımının önüne geçilmek için hazırlanan kamu spotları, obezitenin önüne geçilmek için düzenlenen beslenme politikaları ve egzersiz önerileri verilebilir (12,13).

Primer (Birincil) Korunma: Bu tanımda hedef kitle belirli bir hastalık grubu için risk bulunduran kişiler iken önlemler hastalık oluşmadan önce alınır. Birincil korumada hastalığa yol açan yaşam tarzı değişiklikleri, risk etmenlerine maruz kalmaktan kaçınmak veya risk etmenlerini ortadan kaldırmak amaçlanarak hastalık insidansı azaltılmaya çalışılır (13). Bunlara örnek fazla kilolu ve obez kimselerde gelişebilecek diyabet, hipertansiyon gibi komorbiditeleri önlemek amacıyla diyet ve egzersiz uygulamaları, bulaşıcı hastalıklara önlem açısından aşı uygulamaları veya sigara, alkol, madde bağımlılığı için verilen sağlık eğitimleri verilebilir.

Sekonder (İkincil) Korunma: Burada ise hedef kitle hasta bireylerdir. Oluşan hastalığın sonuçlarını en aza indirebilmek kullanılan erken tanı ve tedavi yöntemlerinin tümünü oluşturur (12,13). Örnek olarak meme kanseri taraması olarak mamografi, serviks kanseri taraması için yapılan sürüntü örneği, düzenli kan basıncı ölçümleri, tüberküloz enfeksiyonu taraması için tüberkülin deri testi verilebilir.

Tersiyer (Üçüncül) Korunma: Bu tanımda hedef kitle yine hasta bireyler iken bu defa hastalık oluşmuştur buna bağlı olarak kişinin durumunun kötüleşmesi ve hastalığın komplikasyonlarını önlemek esas alınmıştır (12). Burada kullanılan yöntemler hastalık için oluşturulmuş standart tedavi yöntemleri ve rehabilitasyonlardır (13). Bireyin yaşam kalitesini artırmak, yaşam süresini uzatmak amaçlanmaktadır. Diyabet hastasında gözde oluşabilecek bir komplikasyon olan körlüğü veya damar tıkanıklıklarına bağlı olarak oluşabilecek ampütasyonları önlemek amacıyla yapılan şeker regülasyonu üçüncül korumaya örnek olarak verilebilir.

Quaterner (Dördüncül) Koruma: Bu tanım ilk olarak 1986'da Marc Jamoulle tarafından yeni bir tıbbi önleme kategorisi olarak gündeme getirilmiştir (14). Jamoulle ve Roland 1995'de World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) kongresinde "önce zarar verme" kavramının yeni bir tanımı olarak sunmuş, 1999'da Durham'daki WONCA Uluslararası Klasifikasyon Komitesi toplantısı sırasında benimsenmiştir (13). 2003 yılında WONCA tarafından genel pratisyenler ve aile hekimleri için hazırlanan sözlükte tanım "aşırı medikalizasyon riskindeki hastayı ve toplumu tanımlamak, medikal istilalardan onları korumak ve onlara bilimsel ve etik olarak kabul edilebilir bakım prosedürlerini sağlamak için yapılan eylemdir." olarak yayınlanmıştır.(14).

Hekimler tüm bu koruma yöntemlerini bütünleştirici bir şekilde hasta bakımına yansıtarak kişinin yaşam kalitesini, işlevselliğini, yaşam süresini artırabilir, ayrıca gereksiz uygulamaların önüne geçerek topluma yansıyan sağlık maliyetini düşürebilir.

4.3. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığı geliştirme kavramı tanım olarak kişilerin kendi sağlıklarını korumak ve geliştirmelerini sağlamak için yapılması gereken davranışların farkında olmalarını sağlama sürecidir. Bu süreç kapsamlı sosyal ve politik protokoller ile sadece bireylere yönelik temalar değil sosyal, ekonomik ve çevresel koşulların iyileştirilmesine yönelik de hareketleri içermelidir (16).

Bir başka tanımda optimal sağlık kavramından bahsedilmiştir ve optimal sağlık ile anlatılmak istenen fiziksel, duygusal, sosyal, ruhsal ve entelektüel sağlığın dinamik bir dengesidir. Bu tanım "Sağlığın geliştirilmesi, insanların temel tutkuları ile optimal sağlıkları arasındaki sinerjiyi keşfetmelerine yardımcı olma, optimal sağlık için çaba gösterme motivasyonlarını arttırma ve optimal bir sağlık durumuna doğru ilerlemek için yaşam tarzlarını değiştirmede onları destekleme sanatı ve bilimidir." olarak yapılmıştır. Sağlığın

geliştirilmesinde yaşam tarzı değişiklikleri önemli yer tutmakta iken bunun kolaylaştırılması farkındalığın ve motivasyonun artırıldığı, becerilerin geliştirildiği ama en önemlisi sağlıklı yaşam biçimi uygulamalarına en kolay erişimin sağlanabileceği ortamların sağlanması ile mümkün olur (19).

Sağlığın geliştirilmesi 1980'li yıllardan itibaren ilgi duyulan bir konu haline gelmiş sağlık politikalarında, medya üzerinde ve kamusal alanlarda üzerinde durulmaya başlanmıştır. 1986 yılında yapılan Ottowa Sözleşmesi ile dünya çapında kabul görmüştür (20). Ottawa Sözleşmesi'nde sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik üç temel strateji belirlenmiş olup bunlar uygun sağlık koşullarının yaratılması, kişilerin tam sağlık potansiyellerine ulaşmalarının sağlanması ve sağlık arayışında toplumdaki farklı çıkarlar arasında arabuluculuk yapılmasıdır. Bu stratejilerin uygulanması için Ottowa Sözleşmesi kapsamında öncelikli beş eylem alanı belirlenmiştir. Bunlar:

1. Sağlıklı halk politikası oluşturulması
2. Sağlığı destekleyici çevrelerin yaratılması
3. Sağlık için toplum hareketinin güçlendirilmesi
4. Kişisel becerilerin geliştirilmesi
5. Sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi (21)

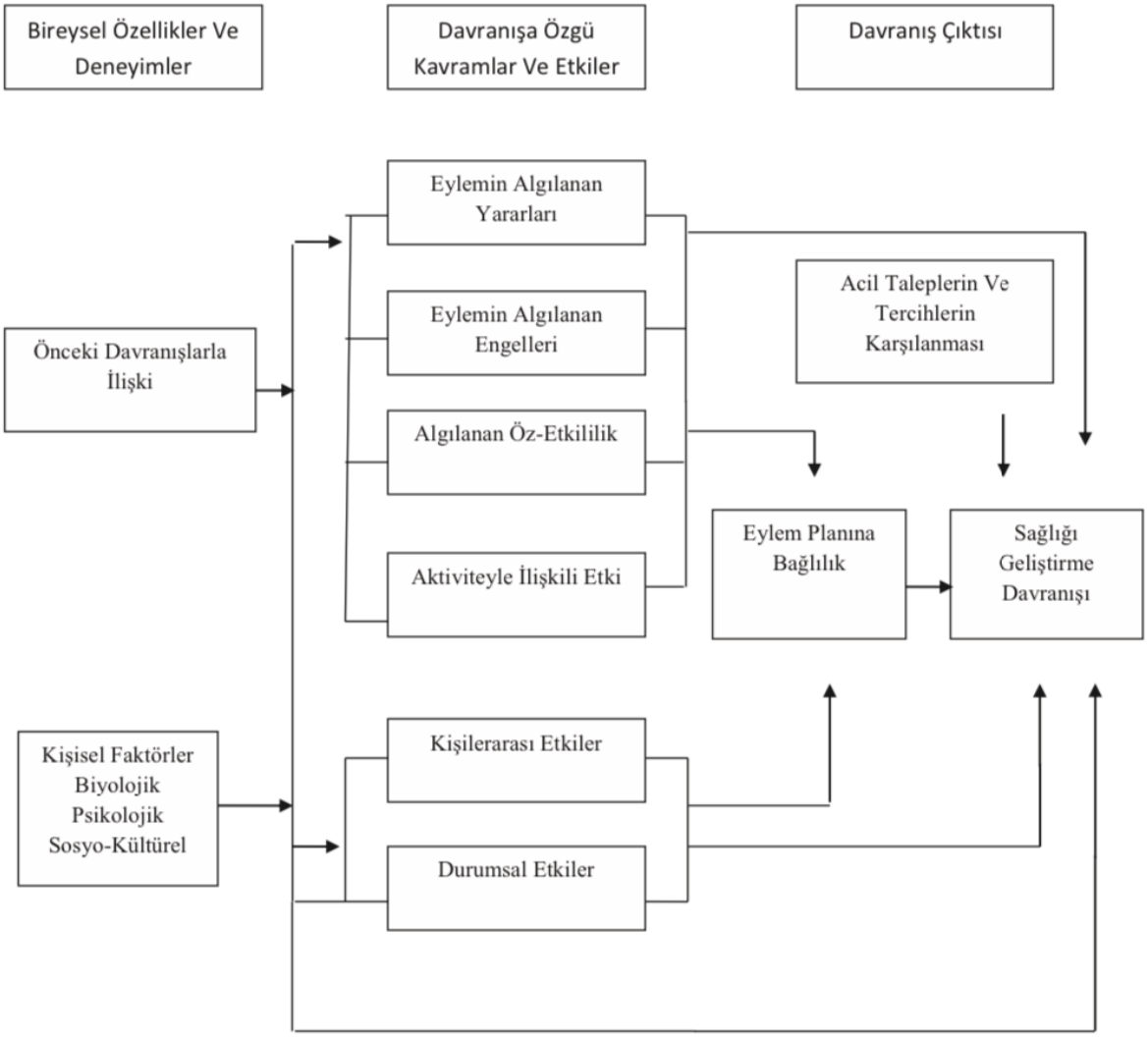
1997 yılında yapılan Jakarta Bildirgesi'nde daha önce oluşturulmuş strateji ve eylem planlarının tüm ülkeler için uygun olduğuna karar verilmiştir. Bunlara ek olarak sağlık okuryazarlığı ve eğitimin sağlığın geliştirilmesinde kolaylaştırıcı faktör olduğu, sağlığı geliştirmekte esas rolün ise kişilerin katılım isteği olması üzerinde durulmuştur. Tüm bunlara dayanarak beş öncelik belirlenmiş olup bunlar;

1. Sağlığa yönelik sosyal sorumluğun teşvik edilmesi
2. Sağlık gelişimi için yatırımların artırılması
3. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için ortaklıkların genişletilmesi
4. Toplum kapasitesinin artırılması ve bireylerin yetkilendirilmesi
5. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için altyapının garantilenmesi (21)

Sağlığı geliştirme modeli kişinin sağlık davranışlarını etkileyen unsurları incelemek üzerine kurulmuştur. Bu bağlamda Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli klinikte en yaygın kullanılan ve en çok fayda görülen modeldir. Pender bu modeli Sosyal Öğrenme Teorisi'nden 1987 yılında geliştirmiş olup 1996 yılında revize edilmiştir (15,22). Bu modelin önemi teorik

bir perspektiften, toplum temelli sağlığın geliştirilmesinin katılıma, sağlık ve yaşam kalitesinin artmasına katkıda bulunan faktörleri ve ilişkileri keşfetmesidir (15).

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli beklenti değer teorisi ve sosyal bilişsel teori olmak üzere iki temel teori üzerinde kurulmuştur. Temel kavramları ise birey, çevre, bakım, sağlık ve hastalık olacak şekilde şekillenmiştir (22). Modelin bileşenlerini bireysel özellikler ve deneyimler, davranışa özgü alanlar ve davranış çıktıları oluşturur.



Şekil 4.1. Penderin Sağlığı Geliştirme Modeli. Health Promotion in Nursing Practise 4th edition. Pearson Education, Inc 2002.

4.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) uzun süreli olma eğiliminde olan ve genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerin bir kombinasyonunun sonucu oluşan hastalıkların bütünüdür. Başlıca BOH türleri kardiyovasküler hastalıklar (kalp krizi ve felç gibi), kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları (kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astım gibi) ve diyabettir.

Gelişen teknoloji ve tedavi seçenekleri ile dünya üzerinde morbidite ve mortalite nedenlerinde bulaşıcı hastalıkların yerini almaya başlamıştır. Her yıl, 30 ila 69 yaşları arasında 15 milyondan fazla insan bulaşıcı olmayan hastalıklardan ölmektedir. Bu erken ölümlerin %85'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (23). Genetik, yaşam tarzı ve çevresel faktörlerin etkileşimi nedeniyle gelişirler, ancak tütün kullanımı, alkol kullanımı ve obezite gibi en önemli risk faktörleri değiştirilebilir olduğu için birçok BOH önlenebilir olarak kabul edilir (24). Bireyin bu hastalıklardan ve getirebileceği sakatlıklardan kaçınmak için önlem alması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemesi ile sağlanabilir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bireylerin sağlıklarına fayda sağlayabilecek inisiyatif aldıkları eylemleri ifade eder (24). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirebilmek adına ilk olarak 1987 yılında Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayanarak Walker ve arkadaşları tarafından Sağlığı Geliştirme Yaşam Biçimi Ölçeği hazırlanmış olup bu ölçek 1996 yılında revize edilmiştir (5). Sağlığı geliştirici davranışların altı bileşeni, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, ruhsal gelişim ve stres yönetimini içerir. Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre tüm bunlar SYBD ölçeğinin alt ölçeklerini oluşturmaktadır (5).

4.4.1. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu tanım olarak bireyin fiziksel, ruhsal, sosyal açıdan iyilik halini korumanın kendi sorumluluğunda olmasıdır. Yaşam tarzına bağlı oluşan hastalıklar gelişen teknoloji ve tedavi seçeneklerinin çoğalması ile birlikte mortalite ve morbidite açısından bulaşıcı hastalıkların yerini almaya başlamıştır (19). Birey sağlık sorumluluğunu yerine getirirken özellikle bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan korunmak için sigara içmek, alkol kullanmak, aşırı egzersiz yapmak ya da egzersiz yapmamak, sağlıksız beslenmek gibi riskli davranışlardan kaçınmalı, vaktinde sağlık taramalarını yerine getirerek doktorların tavsiyesine uymalıdır (25).

Bireyin sağlık sorumluluğunu yerine getirmesi toplum sağlığının gelişmesi açısından da önem arz etmektedir. Oluşan morbidite ve mortalite oranları toplumlarda ekonomik açıdan yük oluşturmaktadır. Bu nedenle bireyin sağlık sorumluluğunu yerine getirmesinde ülkeler bir süredir yasal uygulamalara gitmiş, eylem planları oluşturulmaya başlanmıştır. Sivil toplum örgütlerinin çalışmaları, medya aracılığı ile bireye sağlık sorumluluğu kazandırılarak sağlığı geliştirmek için çalışmalar sürdürülmeye devam etmektedir (26).

Kişi sağlık sorumluluğunu yerine getirerek yaşam süresini uzatabilir, fiziksel ve mental gelişimini optimal düzeyde sağlayabilir, erken ölümlerin ve engellilik durumunun önüne geçebilir (27).

4.4.2. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite terimi egzersiz/fiziksel egzersiz, açık hava aktiviteleri, spor ve bahçe işleri, işte veya evde aktivite, yürüyüş ve bisiklete binme şeklinde günlük yaşamın aktif ulaşım yöntemleri gibi boş zaman etkinliklerini içerir. Sağlığı geliştirmek, kronik hastalık ve erken ölüm riskini azaltmak ve zindelik ve güç sağlamak, fiziksel kapasiteyi korumak veya geliştirmek için düzenli fiziksel aktivite önerilir.

Fiziksel aktivite, dinlenmenin üzerinde enerji harcamasında artışa yol açan iskelet kası tarafından uygulanan herhangi bir hareket olarak tanımlanırken egzersiz genellikle planlanmış veya yapılandırılmış fiziksel aktivitenin bir alt bileşeni olarak belirtilmektedir (28). Fiziksel aktivite terimi içerisinde egzersizlerin ve aktivitelerin sınıflandırılması mevcuttur. Dünya Sağlık Örgütü'nün fiziksel aktivite ve sedanter yaşam hakkında hazırladığı kılavuz içerisinde bulunan başlıca terimler aerobik fiziksel aktivite, denge egzersizleri, kemik güçlendirici aktiviteler, düşük yoğunluklu fiziksel aktivite, orta yoğunlukta fiziksel aktivite, orta-şiddetli yoğunlukta fiziksel aktivite, şiddetli yoğunlukta fiziksel aktivite ve sedanter davranıştır (29).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaş gruplarına uygun olacak şekilde fiziksel aktivite önerileri bulunmaktadır. Bunlar adölesan ve çocuk yaş gruplarında hafta boyunca en az ortalama 60 dakika/gün orta-şiddetli yoğunlukta, çoğunlukla aerobik fiziksel aktivite ve haftada en az 3 gün yoğun aerobik aktivitelerin yanı sıra kas ve kemiği güçlendiren aktiviteler de dahil edilmelidir. Erişkin yaş grupları için hafta boyunca en az 150-300 dakika orta yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite veya en az 75-150 dakika şiddetli yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite veya orta yoğunlukta ve şiddetli yoğunlukta eşdeğer bir aktivite kombinasyonu önerilmektedir. Yetişkinler ayrıca, ek sağlık yararları sağlama açısından haftada 2 veya daha fazla gün tüm büyük kas gruplarını içeren orta veya daha yüksek yoğunlukta kas güçlendirici aktiviteler yapmalıdır. Fiziksel aktivite ile tüm nedenlere bağlı ölüm, kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon, diyabet, kanserlerin önüne geçilebilmekle beraber mental sağlık (anksiyete ve depresyon semptomlarında azalma), bilişsel sağlık ve uykuda iyileşme sağlanabilir. 65 yaş üzeri erişkinler ise yetişkinlere önerilen fiziksel aktivite önerilerine ek olarak haftalık fiziksel aktivitelerinin bir parçası olarak, fonksiyonel kapasiteyi arttırmak ve düşmeleri önlemek için haftada 3 veya daha fazla gün orta veya daha yüksek yoğunlukta

fonksiyonel denge ve kuvvet antrenmanını vurgulayan çeşitli çok bileşenli fiziksel aktivite yapmalıdır (29).

Düzenli fiziksel aktivitenin birçok sistem üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır. Kas iskelet sistemi üzerindeki etkileri kas kuvveti ve tonusunun korunması, vücut postürünün iyileştirilmesi, dengenin, reflekslerin ve reaksiyon zamanının düzenlenmesi ve yorgunluk seviyesinin azaltılmasıdır. Bunun yanı sıra kan basıncı düzenlenerek damar hastalıkları oluşma riski azalır. Akciğer kapasiteleri artar, kalbin kas dokusu güçlenir. Kan şekeri regülasyonu sağlanmasına yardımcı olur ve su, tuz mineral dengesi düzenlenerek metabolik olayların dengesinin sağlanmasına yardımcı olur. Kişinin kendisini iyi hissetmesini sağlayarak depresyon, kaygı bozukluğu riskini azaltır, stres yönetimini sağlayarak sosyal yaşamda uyum becerilerini artırır ve ruh sağlığı üzerinde olumlu etkiler sağlar (30).

Fiziksel aktivite ile önlenebilecek bulaşıcı olmayan hastalıklar özellikle koroner kalp hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, kanser, osetoartit veya osteoporoz gibi kas iskelet sistemi rahatsızlıklarıdır. Hastalığın önlenmesinin yanı sıra mevcut hastalığın seyrinde olumlu gerilemeler de sağlayarak sağlık giderlerinin azalmasına da katkı sağlamaktadır (31).

Tablo 4.1. Fiziksel Aktivite Tanımları(29)

TERİMLER	TANIMLAR
Aerobik Fiziksel Aktivite	Vücudun büyük kaslarının devamlı bir süre boyunca ritmik bir şekilde hareket ettiği aktivitedir. Dayanıklılık aktivitesi olarak da adlandırılarak kardiyorespiratuar kapasiteyi iyileştirir. Örnek: yürüyüş, koşma, yüzme ve bisiklet sürme…
Denge Egzersizleri	Bireyin hareket, çevre veya diğer nesnelerin neden olduğu postüral salınım veya dengesizleştirici uyaranlardan kaynaklanan zorluklara dayanma yeteneğini geliştirmek için tasarlanmış statik ve dinamik egzersizlerdir.
Kemik Güçlendirici Aktiviteler	Öncelik olarak iskelet sistemini oluşturan kemiklerdeki belirli bölgelerin gücünü artırmak için tasarlanmış fiziksel aktivite. Bu tarz aktiviteler kemikler üzerinde kemik büyümesini ve gücünü artıran bir etki veya gerilim kuvveti üretir.
Düşük Yoğunluklu Fiziksel Aktivite	Mutlak bir ölçekte yoğunluğu 1.5 ile 3 MET[1] arasında gerçekleştirilen fiziksel aktiviteyi ifade eder. Bireyin kişisel kapasitesine göre bir ölçekte, düşük yoğunluklu fiziksel aktivite, algılanan efor ölçeği 0-10'luk bir derecelendirme ölçeğinde genellikle 2-4'tür.
Orta-Yüksek Yoğunluklu Fiziksel Aktivite	Mutlak bir ölçekte >3 MET'de (yani dinlenme yoğunluğunun >3 katı) gerçekleştirilen fiziksel aktiviteyi ifade eder. Bir bireyin kişisel kapasitesine göre bir ölçekte genellikle 0-10 ölçeğinde 5 veya üstüdür.

Yüksek Yoğunluklu Fiziksel Aktivite	Mutlak bir ölçekte, şiddetli yoğunluk, 6.0 veya daha fazla MET'de gerçekleştirilen fiziksel aktiviteyi ifade eder. Bireyin kişisel kapasitesine göre bir ölçekte, genellikle 0-10 arasındaki algılanan efor ölçeğinde 7 veya 8'dir.
Sedanter Davranış	Otururken veya uzanırken 1.5 MET veya daha düşük enerji harcaması ile karakterize edilen herhangi bir uyanıklık davranışı. Çoğu masa başı ofis işi, araba kullanmak ve televizyon izlemek, hareketsiz davranışlara örnektir

[1] **MET:** Görevin metabolik eşdeğeri veya basitçe metabolik eşdeğeri, fiziksel aktivitelerin yoğunluğunu ifade eden fizyolojik bir ölçüdür. Bir MET, genellikle mLO2/kg/dk olarak ifade edilen, otururken bir kişi tarafından harcanan enerji eşdeğer

4.4.3. Beslenme

Sağlıklı yaşam ve sürdürülebilir sağlıklı bir toplum için önde gelen basamaklardan biri sağlıklı beslenmedir. Sağlıklı beslenme kavramı cinsiyet, yaş, gelenek, sosyoekonomik düzey, yaşanılan bölge gibi durumlardan etkilense de DSÖ her ülkenin kendi standartlarına uygun beslenme rehberi hazırlayarak toplumların sağlıklı beslenme açısından eğitilmesini önermektedir. Bu şekilde sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesi, hastalıkların önüne geçilmesinin etkili bir şekilde sağlanabileceği vurgulanmıştır (32).

Sağlıklı beslenme, vücudun fizyolojik ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli mikro besin ve hidrasyon sağlarken, enerjik ve fizyolojik ihtiyaçları desteklemek için makro besinlerin uygun oranlarda tüketildiği bir beslenme biçimidir. Makro besin öğeleri karbonhidratlar, yağlar ve proteinlerdir ve bunlar günlük işleyişte kullanılan ve hücresel süreçler için gerekli olan enerjiyi sağlar. Mikro besin öğeleri ise vitaminler ve minerallerden oluşur; büyüme, gelişme, metabolizma ve fizyolojik işlev için nispeten küçük miktarlarda gereklidir (33).

Karbonhidratlar diyetteki birincil enerji kaynağıdır ve tahıllar, meyveler, baklagiller ve sebzelerde fazla miktarda bulunur. Fazla miktarda tüketilen karbonhidrat kaynakları vücutta glikojen olarak depolanır ve ihtiyaç halinde en hızlı ve ekonomik enerji kaynağıdır. Bu sebeple günlük alınması planlanan enerji kaynaklarının %45-60'ının karbonhidratlardan karşılanması önerilir (32). Karbonhidrat kaynağı olarak işlenmiş tahıllar yerine tam tahıllar tercih edilmesi öğütme işlemi sırasında tohum ve kepekten arındırılarak daha düşük miktarda lif ve mikro besin elde edilmesini sağlar. Prospektif kohort çalışmalarının meta-analizleri, artan tam tahıl alımını, koroner kalp hastalığı, felç, kardiyovasküler hastalık ve kanser riskinin azalmasıyla ve ayrıca herhangi bir nedene bağlı ölüm riskinin azalmasıyla ilişkilendirmiştir (33).

Proteinler vücutta öncelikle yapıtaşı olarak kullanılan besin öğesidir. Hücrelerin yapımı, yıpranan dokularda onarım gibi aşamalarda kullanılmasının yanı sıra birçok enzim, hormon, antikorun yapımında kullanılır. Bir gram proteine karşılık 4 kalori enerji oluştuğu

bilinmektedir. Bu sebeple vücudun enerji ihtiyacının yaklaşık %10-15'i proteinlerden karşılanır. Vücudun yararlanma seviyesine göre proteinlerin kalitesi belirlenmiştir. Anne sütü ve yumurta vücutta tamamıyla kullanılabildiğinden örnek protein olarak adlandırılırken süt, et gibi hayvansal proteinler vücutta %91-100 kullanılabilirlik oranında iyi kalite proteine örnek olarak verilebilir. Bitkisel proteinler ise vücutta sindirimi zor olduğundan düşük kalite protein olarak sınıflandırılır (34).

Yağlar hücresel membranların birincil yapısal bileşenleridir ve aynı zamanda hücresel enerji kaynaklarıdır. Diyetteki yağlar tekli doymamış yağlar, çoklu doymamış yağlar, doymuş yağlar ve trans yağlar olarak sınıflandırılırken yiyeceklerin yağ içeriği genellikle bunların bir karışımıdır. Çoklu doymamış yağ asitlerinin iki ailesi, omega-3 ve omega-6, esansiyel yağ asitleri olarak tanımlanır ve normal büyüme ve üreme için gereklidirler. Ancak vücut tarafından üretilmedikleri için diyet kaynaklarından elde edilmelidirler. Omega-3 yağ asitlerinin, özellikle, eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosaheksaenoik asit (DHA), kardiyoproteksiyon, bilişsel gerilemeyi önleme, iltihabı azaltma, kas kütlesini sürdürme dahil olmak üzere birçok olumlu etkileri olduğunu kanıtlayan çalışmalar bulunmaktadır (33). Bir gram yağ karşılığında 9 kalori enerji açığa çıktığı bilinmekte buna göre günlük enerji ihtiyacının yaklaşık %25-30'unun yağlardan sağlanması önerilmektedir (34).

Mikro besin öğeleri vitaminler, mineraller ve eser elementler olarak sınıflandırılan enerji depolama ve kullanımı, protein metabolizması, inflamasyon, oksijen taşınması, kalp ritmi, kemik metabolizması, bağışıklık fonksiyonu, egzersiz ve atletik performansla ilgili yüzlerce biyolojik süreçte yer alan vücudun en önemli yardımcı yapıtaşlarıdır (35).

Sağlıklı bir diyet, kişinin fizyolojik ihtiyaçlarını karşılamak, enerjik ve fizyolojik fonksiyonları desteklemek için makro ve yeterli mikro besinlerin ve hidrasyonun uygun oranlarda tüketilmesi ile sağlanabilir. Ek olarak, polifenoller veya likopen gibi biyoaktif genellikle doğal ve besleyici olmayan bileşikler olan, bitkilerde ve lipid açısından zengin gıdalarda küçük miktarlarda bulunur ve yaşa bağlı ve kronik hastalıklarla savaşmak için gereklidir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen diyet önerileri arasında enerji alımının dengelenmesi, doymuş ve trans yağların sınırlandırılması ve doymamış yağ tüketimine geçiş, meyve ve sebze alımının artırılması ve şeker ve tuz tüketiminin sınırlandırılması bulunmaktadır (36).

Türkiye beslenme rehberinde besin ve hareket planı hazırlanmış olup bu piramidin en tepesinde az tüketilmesi gereken ve azaltılması gereken yaşam davranışları yer almakta iken tabanında sıklıkla yapılması gereken beslenme ve hareket alışkanlıkları yer almaktadır.



Şekil 4.2. Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Piramidi- Türkiye Beslenme Rehberi 2015

Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite önerileri ile sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları kazandırılmak istenmesinin yanı sıra gelişen ve değişen dünya düzeni içerisinde en önemli sorunların başında gelen şişmanlığın ve obezitenin önüne geçilmek istenmektedir. Şişmanlık ve obezitenin yanı sıra aşırı zayıflık da metabolik ve kronik hastalıklara zemin hazırlamaktadır. Şişmanlığın ve zayıflığın saptanmasında basit, güvenilir, ucuz ve hızlı olacak şekilde antropometrik ölçümler kullanılır ve meydana gelebilecek komorbiditelerin erken dönemde saptanmasına yardımcı olmaktadır. Bunlar beden kitle indeksi, bel/kalça çevresi oranı, bel çevresi/boy uzunluğu oranı, boyun çevresidir. Beden kitle indeksi vücut ağırlığının (kg) boy uzunluğunun (metre) karesine bölünmesi ile elde edilmektedir. Hesaplanan değerler aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır (37).

Tablo 4.2. Beden Kitle İndeksine Göre Ağırlık Sınıflandırılması

BKİ	**Ağırlık Sınıfı**
< 18,5	Zayıf
18,5-24,9	Normal
25-29,9	Fazla kilolu
≥ 30	Obez
≥ 40	Morbid Obez
≥ 50	Süper Obez

4.4.4. Stres Yönetimi

Literatür incelendiğinde stresin birçok tanımı olduğu görülmektedir. Sözlükte yer verilen tanım bir cisim, durum ya da sisteme uygulanan güç, basınç, tazyik olarak yapılmış olup genellemesi yapılabilecek olan temel tanımı canlının bedensel ve ruhsal olarak zor koşullar ile karşılaşması ve tehdit edilmesiyle meydana gelen bir durum olmakla birlikte canlının durumlara verdiği genel bir davranım şeklidir (38). Strese kişinin verdiği yanıta göre oluşturulan östres ve distres kavramları da bulunmaktadır. Östres vücudun bir stres etkenine verdiği sağlıklı, yapıcı sonuçları, olumlu bilişsel tepki olarak tanımlanmıştır (39). Distres tanımı ise olumsuz stres olarak da adlandırılmakla birlikte canlıda olumsuz davranış sonuçlarını doğuran bir durum olarak bilinmektedir (38).

Stresin belirtileri fiziksel, duygusal, zihinsel, sosyal olarak dört sınıfta toplanabilir. Bu belirtilere verilebilecek örnekler gerginlik, endişe, uygunsuz alkol ve sigara kullanımı, uyku bozuklukları, yetersizlik hissi, ruhsal dengesizlik, tükenmişlik sendromu, sindirim hastalıkları, hipertansiyon gibi rahatsızlıklardır. Stres kısa süreli olmasına rağmen ortaya çıkan belirtilerin kalıcı olmasına neden olabilir (40).

Tükenmişlik sendromu, kronik olarak duygusal ve kişilerarası stresörlere maruz kalma sonucu oluşan duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve sosyal başarı eksikliği ile karakterize edilen uzun süreli bir yanıt olarak tanımlanmıştır. Tükenmişlik sendromu, insanlarla sık ve yoğun temas anlamına gelen görevlerde çalışan kişilerde ortaya çıkmaktadır. Bu sendrom ahlaki sıkıntı, aşırı iş yükü algısı yaratan duygusal ve ruhsal talepler ve fiziksel ve psikolojik çevre ile ilişkili stresörler ile oluşabilir (42). Sağlık sektörü içerisinde artan iş yükü ve kronik hastalıklar, çalışma ortamındaki uyumsuzluklar, fazla ve dengesiz çalışma saatleri, iş ortamında yaşanan baskı ve şiddet olayları sebebi ile oluşan stres, tükenmişlik sendromu görülme sayısını artırmakta ve en önemli sorun haline gelmektedir. Bireysel düzeyde, doktorlar arasındaki tükenmişlik, daha düşük kariyer tatmini, daha yüksek devamsızlık, mesleği erken bırakma veya erken emekliliği seçme olasılığı ve aile ve arkadaşlar gibi kişilerarası ilişkilerde daha fazla zorluk yaşama riski ile ilişkilendirilmiştir. Tükenmişliğin etkileri sadece doktorlar için değil aynı zamanda hastaları için de önemli olabilir. Önemli ölçüde daha fazla hata yapma riski (örneğin ilaç hataları, teşhis ve karar verme hataları) ve hastalara karşı optimal olmayan tutumlar (örneğin bir hastalığın sosyal veya kişisel etkilerine çok az dikkat etme) ile sonuçlanabilmektedir (43). Tükenmişlik belirtileri her ne kadar depresyon ile çok fazla benzerlik gösterse de depresyonun bir hastalık olduğu tükenmişliğin ise iş stresörlerine bağlı olarak ortaya çıkan bir sendrom olduğu unutulmamalıdır (44).

Stres ile başa çıkma stratejileri sürecin davranışsal bileşenidir. Algılanan bir stres etkenini daha katlanılabilir kılmak ve durumun neden olduğu sıkıntıyı en aza indirmek için gösterilen gerçek çaba olarak tanımlanabilir. Çoğu başa çıkma modeli, stresli yaşam olaylarıyla daha etkili bir şekilde başa çıkan bireylerin daha düşük düzeyde kaygı veya depresyon sergileyeceğini varsaymaktadır (41). Bireylerin farklı stres algıları vardır ve sonuç olarak farklı başa çıkma stratejileri kullanırlar. Stresli durumlarla başa çıkmak için üç genel stratejinin var olduğu öne sürülmüştür; tehdit edici durumu düzeltmeyi amaçlayan problem odaklı başa çıkma, tepkiyi yönetmeyi amaçlayan duygu odaklı başa çıkma ve tehdit edici durumu ortadan kaldırma girişimlerini içeren kaçınma odaklı başa çıkma (45). Araştırmalar, duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin daha çok psikolojik problemlerle ilişkili olma eğiliminde olduğunu, buna karşın problem odaklı stratejiler veya aktif başa çıkmanın daha fazla esenlikle bağlantılı olma eğiliminde olduğunu göstermiştir (41).

4.4.5. Manevi Gelişim (Tinsellik)

2009 Konsensüs Konferansı'nda tinsellik kavramı "bireylerin anlam ve amaç arama ve ifade etme ve kendine, başkalarına, doğaya ve önemli veya kutsal olana olan bağlılıklarını deneyimleme biçimlerine atıfta bulunan insanlık yönü" olarak tanımlanmıştır (46). Tinsellik kişinin hem kendine hem çevresine karşı olumlu olmasını sağlarken sosyal olarak destek alıp vermesine yardımcı olduğu düşünülmektedir. Tinsellik kavramı literatürde din ile birlikte işlenen bir konu olmakla birlikte bunun ayrımını yapmak önemlidir. Tinsellik bireyin kendi iç dünyası ile ilgili iken bunu gerçekleştirmesinde herhangi bir dine bağlı olmasına gerek görülmemektedir(47). Tinsellik genellikle evrensel olarak algılanır ve bu nedenle kurumsallaşmış dinin aksine kültürel önyargı ve dogmatizmden arındırılır. Tinsellik kavramının hem zihinsel hem de fiziksel sağlığa olumlu katkı yapma yeteneği olduğu giderek daha fazla kabul edilmektedir (48). Maneviyat, bir kişinin maddi değerlerin ötesinde yaşamdaki anlam ve amacının merkezi bir rol oynadığı daha insancıl değerleri ve kişisel nitelikleri vurgulamak için dindarlıktan ve dini davranış pratiğinden farklılaşmıştır. Bu anlamda maneviyat, hem genel popülasyonda hem de ölümcül veya ağırlaşmış konik hastalıklarla uğraşan hastalarda yaşam kalitesinin ve esenliğin önemli bir bileşeni olarak ortaya çıkmıştır (49).

Literatürde yapılan bir çok çalışmada tinsellik kavramı sağlığın hem fiziksel olarak iyilik hali boyutunda olumlu gelişmeler sağladığı hem de ruhsal ve sosyal yönden kişinin kendini geliştirmesinde önemli bir basamak olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanları tarafından yoga, meditasyon, nefes egzersizleri, dua etme, inancını geliştirme gibi tinselliğin geliştirilmesine katkı sağlayacak alışkanlıklar hayatın ön planında tutulmalı ve hastalara bütüncül yaklaşım sağlayabilmek adına verilen öneriler içerisinde yer almalıdır.

4.4.6. Kişiler Arası İletişim

Birey toplumun içinde var olan en küçük yapı taşıdır ve bu varlığını toplum içerisinde sürdürebilmenin en önemli basamaklarından biri diğer bireylerle kurduğu iletişimdir. Kişiler arası iletişim kurma becerisi hayatın hem sosyal hem psikolojik alanındaki iyilik hali için gereklidir. Özellikle sağlık çalışanlarında iyi iletişim kurma becerileri ile hastayı iyi anlayabilme verilen sağlık hizmetinde başarıya ulaşma oranlarında artışa katkı sağlamaktadır. Aynı zamanda stresli ve yorucu çalışma şartları sebebi ile sosyal alanda aile, arkadaş çevresi gibi iletişim alanları oluşturarak kendilerine yararlı sakinleştirici zamanlar yaratmak tükenmişlik faktörünün önüne geçilmesinde önemli bir adım oluşturmaktadır.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Yürütüldüğü Yer

Bu araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 01.08.2021-30.09.2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

5.2. Araştırmanın Evreni

Bu çalışmanın evrenini araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi hastaneleri ve anabilim dallarında görev yapmakta olan asistan hekimler oluşturmaktadır. Örneklem hesabı için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Ana Bilim Dalı ile görüşülerek örneklem hesabı yapılmıştır.

Bu çalışma için örneklem hesabı asistan hekimlerin (temel, dahili, cerrahi) sağlıklı yaşam alışkanlıkları düzeyleri farkı temel alınarak yapılmıştır. Buna göre, orta büyüklükte etkiyi gösteren f=0,25 etki büyüklüğü değeri için %80 güç ve 0,05 anlamlılık düzeyinde tek yönlü varyans analizi testi ile örneklem hesabı yapıldığında bu çalışma için gerekli örneklem büyüklüğü toplamda en az 159 olarak hesaplanmıştır. Örneklem hesabı için GPOWER 3.1 kullanılmıştır.

Araştırmaya katılım 45 temel bilim, 71 dahili bilim, 49 cerrahi bilim asistanı olmak üzere toplam 165 asistan hekim ile tamamlanmıştır.

5.3. Veri Toplama Aracı

Çalışma için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan, etik kurulu onayı alındıktan sonra hazırlanmış bilgilendirme onam formu ve anket formu Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi asistan hekimlerine uygulanmıştır. Anketimiz sosyodemografik özellikler, ek hastalıklar, hastalık takipleri, sağlıklı yaşam için önerilen standartları sağlayıp sağlamadıklarını değerlendirmek üzere hazırlanan toplam 30 sorudan oluşmaktadır. Buna ek olarak Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ile veriler değerlendilmiştir.

SYBD ölçeği II 52 madde ve manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetiminde oluşan altı alt gruptan oluşmaktadır. Ölçekte bulunan yanıtlar dörtlü likert şeklinde derecelendirilmiş olup, bulunan yanıtlara "hiçbir zaman" yanıtı için 1, "bazen" yanıtı için 2, "sık sık" yanıtı için 3, "düzenli olarak" yanıtı için 4 puan verilmektedir. Toplam puanlamada 52 en düşük iken, en yüksek 208 puan olmaktadır. Ölçekten yüksek puan alınması kişinin yüksek oranda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulayabildiğini göstermektedir.

SYBD alt ölçeklerini ilgilendiren sorular ölçekte belirtilen soru numaraları ile aşağıdaki şekilde hesaplanmıştır;

- Sağlık sorumluluğu soru numaraları: 3,9,15,21,27,33,39,45,51
- Fiziksel aktivite soru numaraları: 4,10,16,22,28,34,40,46
- Beslenme soru numaraları: 2 ,8,14,20,26,32,38,44,50
- Manevi gelişim soru numaraları: 6,12,18,24,30,36,42,48,52
- Kişilerarası ilişkiler soru numaraları: 1,7,13,19,25,31,37,43,49
- Stres yönetimi soru numaraları: 5,11,17,23,29,35,41,47

5.4. İstatistiksel Analiz

Sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde Ortalama Standart Sapma, Ortanca , Minimum, Maksimum değerleri, kesikli verilerde ise sayı ve yüzde değerleri verildi. Ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Shapiro-Wilk testinden yararlanıldı.

Normal dağılım gösteren ölçek puanlarının iki gruplu bağımsız değişkenler arasında farklılığın karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, ikiden fazla gruplu bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi; normal dağılıma uymayan verilerin iki gruplu bağımsız değişkenler arasında farklılığın karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla gruplu bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanıldı. Farklılığın hangi grup yada gruplardan kaynaklandığı Tukey test ve Kruskal Wallis Analizi çoklu karşılaştırma testi ile incelendi.

Değerlendirmelerde IBM SPSS Statistics 20.0 programı kullanıldı ve istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p<0,05$ kabul edildi.

6. BULGULAR

Çalışmaya 165 asistan hekim dahil edildi. Katılımcıların %61.8'i 26-30 yaş aralığında, %50.9'u erkek %49,1 kadın olmakla birlikte %66.1'i bekar ve %82.4' ü çocuksuz idi.

Katılımcıların % 27.3'ünün branşı temel bilimler, %43'ünün dahili bilimler ve %29.7'sinin cerrahi bilimler idi. Katılımcıların en fazla sıklıkta (%7.9) halk sağlığı branşından olduğu görüldü.

Katılımcıların %60'ı poliklinik, ilgili bölümlerin servis ve yoğun bakımları ve acil serviste çalışmakta iken %40'ının ana bilim dalında çalıştığı buna ek olarak %67.9'unun meslek süresinin 1-5 yıl arasında olduğu saptandı.

Tablo 6.1'de çalışmaya katılan asistan hekimlerin yaş, cinsiyet, medeni durum gibi sosyodemografik özellikleri ile mesleki durumları hakkında bilgi verilmektedir.

Tablo 6.1. Asistan hekimlerin tanımlayıcı özellikleri

	n	**(%)**
Yaş		
21-25	42	(25.5)
26-30	102	(61.8)
31-35	21	(12.7)
Cinsiyet		
Kadın	81	(49.1)
Erkek	84	(50.9)
Medeni durum		
Bekar	109	(66.1)
Evli	53	(32.1)
Diğer	3	(1.8)
Çocuk sahibi olma		
Evet	29	(17.6)
Hayır	136	(82.4)
Branş		
Temel Bilimler	45	(27.3)
Dahili Bilimler	71	(43)
Cerrahi Bilimler	49	(29.7)

Tablo 6.1. (Devam) Asistan hekimlerin tanımlayıcı özellikleri

Branş bölümleri		
İç Hastalıkları	6	(3.6)
Kadın Hastalıkları ve Doğum	5	(3.0)
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	7	(4.2)
Kulak Burun Boğaz	6	(3.6)
Göz	7	(4.2)
Nöroloji	4	(2.4)
Ortopedi	4	(2.4)
Anatomi	4	(2.4)
Fizyoloji	9	(5.4)
Beyin ve Sinir Cerrahi	5	(3.0)
Tıbbi Biyoloji	3	(1.8)
Patoloji	3	(1.8)
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	3	(1.8)
Genel Cerrahi	4	(2.4)
Kardiyoloji	3	(1.8)
Kalp ve Damar Cerrahisi	3	(1.8)
Göğüs Hastalıkları	5	(3.0)
Mikrobiyoloji	7	(4.2)
Farmakoloji	5	(3.0)
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	4	(2.4)
Deri ve Zührevi Hastalıkları	2	(1.2)
Aile Hekimliği	10	(6.1)
Acil Tıp	2	(1.2)
Göğüs Cerrahisi	1	(0.6)
Çocuk Ruh Sağlığı	2	(1.2)
Radyoloji	2	(1.2)
Radyasyon Onkolojisi	1	(0.6)
Nükleer Tıp	3	(1.8)
Histoloji	7	(4.2)
Plastik cerrahi	4	(2.4)
Halk Sağlığı	13	(7.9)
Enfeksiyon Hastalıkları	6	(3.6)
Biyokimya	10	(6)
Anesteziyoloji ve Reamniasyon	2	(1.2)
Çocuk Cerrahisi	1	(0.6)
Üroloji	2	(1.2)
Çalışılan bölüm		
Servis	25	(15.2)
Poliklinik	60	(36.4)
Acil	2	(1.2)
Yoğun bakım	12	(7.3)
Ana bilim dalı	66	(40)
Meslekte geçen süre		
< 1 yıl	34	(20.6)
1-5 yıl	112	(67.9)
6-10 yıl	19	(11.5)

Katılımcıların %23.6'sı sigara kullanmakta olup sigara kullanan katılımcıların %20,5'i günde bir paketten fazla sigara içerken %38.5' i günde 1 paket sigara içmekte idi.

Katılımcıların %39.4'ü alkol kullanmakta olup her gün alkol alan katılımcı bulunmaz iken alkol kullanan katılımcıların %69.2'si ayda birkaç kez alkol kullanmakta idi.

Tablo 6.2'de asistan hekimlerin sigara ve alkol alışkanlıkları belirtilmektedir.

Tablo 6.2. Asistan hekimlerin alışkanlıklarının dağılımları

	n (%)
Sigara kullanımı	
Evet	39 (23.6)
Hayır	126 (76.4)
Sigara kullanım sıklığı (n=39)	
Günde 1 paketten fazla	8 (20.5)
Günde 1 paket	15(38.5)
Günde birkaç adet	14 (35.9)
Ara sıra	2 (5.1)
Alkol kullanımı	
Evet	65 (39.4)
Hayır	100 (60.6)
Alkol kullanım sıklığı (n=65)	
Her gün	-
Haftada birkaç kez	10 (15.4)
Haftada bir kez	10 (15.4)
Ayda birkaç kez	45 (69.2)

Asistan hekimlerin sağlık durumu incelendiğinde katılımcıların %17'sinde kronik hastalık öyküsü olduğu görüldü. Kronik hastalık öyküsü olan katılımcılarda en fazla sıklıkta görülen kronik hastalık (%25) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı(KOAH) astım idi. Katılımcıların diğer kronik hastalıkları incelendiğinde en fazla sıklıkta (%45.5) tiroid hastalığı olduğu görüldü. Katılımcıların %42.9'unun kronik hastalıkları için rutin takiplerde ilgili branşa başvurdukları saptandı.

Katılımcıların %12.7'sinin düzenli sağlık kontrollerini yaptırdıkları, %39.4'ünün hastalara önerdikleri erken teşhis muayenelerini kendine yapmadıkları ve %60.6'sının herhangi bir hastalık sürecinde verilen tedaviyi düzenli ve doğru biçimde tamamladıkları görüldü.

Tablo 6.3'te katılımcıların kronik hastalık öyküleri ve rutin sağlık kontrolleri, tedavi süreçleri hakkında bilgi verilmektedir.

Tablo 6.3. Asistan hekimlerin sağlık durumları

	n (%)
Kronik hastalık öyküsü	
Evet	28 (17)
Hayır	137 (83)
Kronik hastalık (n=28)	
Diyabet	4 (14.3)
Hipertansiyon	3 (10.7)
Kalp hastalığı	1 (3.6)
KOAH/astım	7 (25)
Psikiyatrik hastalıklar	2 (7.1)
Diğer	11 (39.3)
Diğer hastalıklar (n=11)	
Kistik karaciğer hastalığı	1 (9.1)
Kronik akciğer hastalığı	1 (9.1)
Migren	1 (9.1)
Multipl skleroz	1 (9.1)
Romatizmal hastalık	2 (18.2)
Tiroid hastalığı	5 (45.5)
Kronik hastalık için rutin takiplerde ilgili branşa başvurma (n=28)	
Evet	12 (42.9)
Hayır	9 (32.1)
Bazen	7 (25)
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma	
Evet	21 (12.7)
Hayır	77 (46.7)
Bazen	67 (40,6)
Hastalara önerilen erken teşhis muayenelerini kendine uygulama	
Evet	36 (21.8)
Hayır	65 (39.4)
Bazen	64 (38.8)
Herhangi bir hastalık sürecinde verilen tedaviyi düzenli ve doğru biçimde tamamlama	
Evet	100 (60.6)
Hayır	24 (14.6)
Bazen	41 (24.8)

Katılımcıların %12.1'inde antidepresan/mod (duygu durum) yükseltici/sakinleştirici/ bitkisel veya farmakolojik ilaç kullanımı olup kullanılan ilaçların %70'inin selektif serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) olduğu görüldü. Bununla birlikte katılımcıların %8.5'inin psikoterapi danışmanlığı aldığı saptandı.

Tablo 6.4'te asistan hekimlerin psikolojik durumları, psikiyatrik veya bitkisel ilaç kullanımı kullanımı hakkında bilgi verilmektedir.

Tablo 6.4. Asistan hekimlerin psikolojik özellikleri

	n (%)
Antidepresan/mod yükseltici/sakinleştirici/ bitkisel veya farmokolojik ilaç kullanma	
Evet	20 (12.1)
Hayır	145 (87.9)
Kullanılan İlaçlar (n=20)	
SSRI	14 (70)
SNRI	3 (15)
Dopamin Reseptör İnhibitörü	2 (10)
Diğer	1 (5)
Psikoterapi danışmanlığı alma	
Evet	14 (8.5)
Hayır	151 (91.5)

Katılımcıların uyku saatleri incelendiğinde %14.5'inde günde 5 saatten az uyku süresi olduğu görülürken %39.4'ünün günlük uyku süresi en az 6 saat olduğu tespit edildi.

Egzersiz özellikleri ise katılımcıların %39.4'ü haftada birkaç gün günde en az 30 dakika egzersiz yaparken, %20.6'sı ise hiçbir zaman egzersiz yapmıyor olarak tespit edildi.

Katılımcıların %39.4'ü ayda birkaç gün mesleki kitaplar haricine kitap-dergi okuduklarını, %63.6'sı haftada birkaç gün Covid 19 pandemisi öncesinde konser tiyatro sinema gibi sosyal etkinliklere katıldıklarını belirtti.

Katılımcıların %23.6'sının ayda birkaç gün gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem (dua, meditasyon, nefes egzersizleri vb) kullandıkları saptandı.

Tablo 6.5'te katılımcıların sosyal aktivite düzeyleri, uyku ve egzersiz özellikleri hakkında bilgi verilmektedir.

Tablo 6.5. Asistan hekimlerin sosyal aktivite, uyku, egzersiz özellikleri

	n (%)
Günlük uyku süresi	
< 5 saat/gün	24 (14.5)
En az 6 saat/gün	65 (39.4)
En az 7 saat/gün	61 (37)
En az 8 saat/gün	15 (9.1)
Günde en az 30 dk egzersiz yapma	
Her gün	6 (3.6)
Haftada birkaç gün	65 (39.4)
Haftada bir gün	27 (16.4)
Ayda birkaç gün	33 (20)
Hiç	34 (20.6)
Mesleki kitaplar haricine kitap-dergi okuma	
Her gün	10 (6.1)
Haftada birkaç gün	47 (28.5)
Haftada bir gün	16 (9.7)
Ayda birkaç gün	65 (39.4)
Hiç	27 (16.4)
Covid 19 pandemisi öncesinde konser tiyatro sinema gibi sosyal etkinliklere katılma	
Her gün	2 (1.2)
Haftada birkaç gün	20 (12.1)
Haftada bir gün	26 (15.8)
Ayda birkaç gün	105 (63.6)
Hiç	12 (7.3)
Gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem kullanma	
Her gün	13 (7.9)
Haftada birkaç gün	32 (19.4)
Haftada bir gün	12 (7.3)
Ayda birkaç gün	39 (23.6)
Hiç	69 (41.8)

Katılımcıların %49.1'inin haftada birkaç gün sağlıksız atıştırmalıkla beslendikleri, %59.4'ünün besin takviyesi kullanmadıklarını, %39.4'ünün gün içinde dengeli besleyici öğünlerle en az 2-3 öğün beslendikleri, %47.9'unun haftada birkaç gün hazır gıda ile beslendikleri ve %40.6'sının gün içerisinde yeterli düzeyde su tükettikleri saptandı.

Tablo 6.6'da asistan hekimlerin beslenme alışkanlıkları belirtilmiştir.

Tablo 6.6. Asistan hekimlerin beslenme özellikleri

	n (%)
Akşamları sağlıksız atıştırmalıklarla beslenme sıklığı	
Her gün	36 (21.8)
Haftada birkaç gün	81 (49.1)
Haftada bir gün	20 (12.1)
Ayda birkaç gün	24 (14.5)
Hiç	4 (2.4)
Besin takviyesi kullanım sıklığı	
Her gün	8 (4.8)
Haftada birkaç gün	22 (13.3)
Haftada bir gün	7 (4.2)
Ayda birkaç gün	30 (18.1)
Hiç	98 (59.4)
Gün içinde dengeli besleyici öğünlerle en az 2-3 öğün beslenme	
Her gün	60 (36.4)
Haftada birkaç gün	65 (39.4)
Haftada bir gün	15 (9.1)
Ayda birkaç gün	15 (9.1)
Hiç	10 (6.1)
Hazır gıda ile beslenme sıklığı	
Her gün	37 (22.4)
Haftada birkaç gün	79 (47.9)
Haftada bir gün	20 (12.1)
Ayda birkaç gün	25 (15.2)
Hiç	4 (2.4)
Gün içerisinde yeterli düzeyde su tüketme	
Evet	67 (40.6)
Hayır	48 (29.1)
Bazen	50 (30.3)

Katılımcıların BKİ düzeyleri %6.1 düşük, %68.5 normal, %23.6 yüksek düzeyde , %1.8'i obez olarak bulunmuştur. Tablo 6.7'de katılımcıların beden kitle indeksi düzeyleri belirtilmiştir.

Tablo 6.7. Asistan hekimlerin BKİ özellikleri

Beden Kitle İndeksi	**n (%)**
Düşük (<18.5 kg/m²)	10 (6.1)
Normal (18.5- 24.5 kg/m²)	113 (68.5)
Yüksek (25-29.9 kg/m²)	39 (23.6)
Obez (>30 kg/m²)	3 (1.8)

Asistan hekimlerin %35.8 'inin DSÖ tarafından tanımlanmış olan sağlık davranışlarını kendileri için uyguladıkları saptandı. Tablo 6.8'de katılımcıların DSÖ tarafından tanımlanan sağlık tanımının kendi hayatlarındaki uygulanabilirlik düzeyi belirtilmiştir.

Tablo 6.8. Asistan hekimlerin DSÖ tarafından tanımlanmış olan sağlık kavramını uygulama

Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış olan sağlık kavramını kendi için uygulama	**n (%)**
Evet	59 (35.8)
Hayır	106 (64.2)

Asistan hekimlerin SYBD ölçek puanları incelendiğinde ortalama 121.27±18.89 puan (minimum 78-maksimum 179 puan) alındığı belirlendi. Alt ölçek ortalamaları sağlık sorumluluğunda 18.95±4.16 puan, fiziksel aktivitede 17.03±4.52, beslenmede 19.53±3.97, manevi gelişimde 23.39±3.97, kişilerarası ilişkilerde 24.25±3.94, stres yönetiminde 18.12±3.52 puan alındığı tespit edildi.

Tablo 6.9'da SYBD ölçeği ve alt ölçeklerin puan hesaplamaları belirtilmiştir.

Tablo 6.9. Asistan hekimlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden aldıkları puanlar

	Ort ± SS	**Ortanca (Min-Max)**
Sağlık sorumluluğu	18.95±4.16	19 (9-30)
Fiziksel aktivite	17.03±4.52	17 (9-32)
Beslenme	19.53±3.97	20 (10-32)
Manevi gelişim	23.39±3.97	23 (11-34)
Kişiler arası ilişkiler	24.25±3.94	24 (12-36)
Stres yönetimi	18.12±3.52	18 (11-32)
Toplam puan	121.27±18.89	121 (78-179)

Tablo 6.10'da katılımcıların özellikleri ile SYBD ölçeğinin sağlık sorumluluğu alt boyut arasındaki ilişkiyi gösteren puanlar ve p değerleri belirtilmiştir.

Tablo 6.10. Asistan hekimlerin özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin sağlık sorumluluğu alt boyut puanları arasındaki ilişki

	Sağlık sorumluluğu puan			
	n	**Ort ± SS**	**Ortanca (Min-Max)**	**p değeri**
Yaş				
21-25	42	18.79±4.10	18 (12-27)	0.112 [b]
26-30	102	19.35±4.21	19 (11-30)	
31-35	21	17.29±3.82	18 (9-25)	
Cinsiyet				
Kadın	81	18.90±3.69	19 (9-30)	0.894 [a]
Erkek	84	18.99±4.60	18(9-30)	
Medeni durum				
Bekar	112	19.16±4.27	19(11-30)	0.336 [a]
Evli	53	18.49±3.94	18(9-29)	
Çocuk sahibi olma				
Evet	29	18,24±3.79	18(9-26)	0.318 [a]
Hayır	136	19.10±4.24	19(11-30)	
Branş				
Temel Bilimler	45	19.76±4.31	19(12-30)	0.306 [b]
Dahili Bilimler	71	18.70±3.70	19(9-27)	
Cerrahi Bilimler	49	18.55±4.62	18(9-30)	
Meslekte geçen süre				
< 1 yıl	34	19.03±3.96	18.5(12-27)	0.212 [b]
1-5 yıl	112	19.19±4.24	19(11-30)	
6-10 yıl	19	17.37±3.19	18(9-25)	
Sigara kullanımı				
Evet	39	17.72±4.63	17(9-30)	0.035 [a]
Hayır	126	19.33±3.95	19(11-30)	
Alkol kullanımı				
Evet	65	18.71±4.44	18(9-30)	0.556 [a]
Hayır	100	19.10±3.99	19(11-30)	
Kronik hastalık öyküsü				
Evet	28	18.21±3.82	17.5(12-27)	0.310 [a]
Hayır	137	19.09±4.23	19(9-30)	
Günlük uyku süresi				
En az 5-6 saat/gün	89	18.18±4.41	17(9-30)	0.010 [a]
En az 7-8 saat/gün	76	19.84±3.68	20(11-28)	

Tablo 6.10. (Devam) Asistan hekimlerin özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin sağlık sorumluluğu alt boyut puanları arasındaki ilişki

Egzersiz yapma				
Evet her gün	6	21.17±5.49	22.5(11-26)	0.001[c]
Ara sıra	125	19.41±3.89	19(9-30)	
Hiç	34	16.85±4.29	16.5(9-29)	
Antidepresan/mod yükseltici ilaç kullanma				
Evet	20	19.85±5.49	19(9-29)	0.302[a]
Hayır	145	18.82±3.95	18(9-30)	
Dengeli beslenme				
Evet	125	19.43±4.09	19(9-30)	0.008 [a]
Hayır	40	17.43±4.07	17(9-26)	
BKİ düzeyi				
Düşük (<18.5 kg/m²)	10	18.20±3.42	19(13-24)	
Normal (18.5- 24.5 kg/m²)	113	19.26±4.03	19(9-30)	0.103 [c]
Yüksek (25-29.9 kg/m²)	39	18.59±4.66	18(9-30)	
Obez (>30 kg/m²)	3	14.33±2.31	13(13-17)	
Gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem kullanma				
Evet	96	20.34±3.88	20(11-30)	<0.001[a]
Hayır	69	17.00±3.76	17(9-29)	
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma				
Evet	21	22.24±3.87	22 (16-30)	<0.001[b]
Hayır	77	17.73±4.03	17 (9-30)	
Bazen	67	19.31±3.81	19 (11-29)	
Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış olan sağlık kavramını kendi için uygulama				
Evet	59	20.00±4.24	19(12-30)	0.015[a]
Hayır	106	18.36±4.03	18(9-29)	

a: Bağımsız gruplarda t testi
b: ANOVA testi
c: Kruskal Wallis Varyans Analizi

Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma özelliklerinin karşılaştırıldığı durumlarda katılımcıların sağlık sorumluluğu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0.05). Temel, dahili ve cerrahi bilimlerde görev almak ve meslek sürelerinin karşılaştırıldığı gruplarda sağlık sorumluluğu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0.05).

Sigara kullanan katılımcıların sağlık sorumluluğu puanı 17.12±4.63, sigara kullanmayan katılımcıların sağlık sorumluluğu puanı 19.33±3.95 olarak bulundu. Sigara kullanan katılımcılarla kullanmayan katılımcıların sağlık sorumluluğu puanları arasında istatiksel

olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Sigara kullanmayan katılımcıların sağlık sorumluluğu puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.

Alkol kullanan katılımcılarla kullanmayan katılımcıların sağlık sorumluluğu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Kronik hastalık öyküsü olanlarla olmayanların sağlık sorumluluğu alt boyut puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Günlük uyku süresi en az 5-6 saat olan katılımcıların sağlık sorumluluğu puanı 18.18±4.41, uyku süresi en az 7-8 saat olan katılımcıların sağlık sorumluluğu puanı 19.84±3.68 olarak bulundu. Günlük uyku süresi en az 5-6 saat olan katılımcılarla 7-8 saat olan katılımcıların sağlık sorumluluğu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptandı ($p<0.05$). Günlük uyku süresi en az 7-8 saat olan katılımcıların sağlık sorumluluğu puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.

Her gün egzersiz yapan katılımcıların sağlık sorumluluğu puanı 21.17±5.49, ara sıra yapanların 19.41±3.89, hiç yapmayanların 16.85±4.29 olarak bulundu. Her gün egzersiz yapanlar, ara sıra yapanlar ve hiç egzersiz yapmayanların sağlık sorumluluğu puanları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Kruskal Wallis çoklu karşılaştırma testi ile incelendiğinde;

- Her gün – Ara sıra $p=0.716$ $p>0.05$ fark yok
- Her gün – Hiç $p=0.031$ $p<0.05$ fark var
- Ara sıra – Hiç $p=0.003$ $p<0.01$ fark var

Her gün ve ara sıra egzersiz yapan katılımcıların sağlık sorumluluğu puanları hiç yapmayanlara göre daha yüksek idi.

Antidepresan/mod yükseltici ilaç kullananlarla kullanmayanların sağlık sorumluluğu alt boyut puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Dengeli beslenenlerin (her gün ve haftada birkaç gün) sağlık sorumluluğu puanı 19.43±4.09, beslenmeyenlerin sağlık sorumluluğu puanı 17.43±4.06 olarak bulundu. Dengeli beslenenlerle beslenmeyenlerin sağlık sorumluluğu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.01$). Dengeli beslenen katılımcıların sağlık sorumluluğu puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.

Beden kitle indeksi düzeyleri arasında sağlık sorumluluğu puanları bakımından fark bulunmadı ($p>0.05$).

Gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem kullananların sağlık sorumluluğu puanı 20.34±3.88, kullanmayanların 17.00±3.76 olarak bulundu. Gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem kullananlarla kullanmayanların sağlık sorumluluğu puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$).

Düzenli sağlık kontrolü yaptıranların sağlık sorumluluğu puanı 22.24±3.87, yaptırmayanların 17.73±4.03, bazen yaptıranların 19.31±3.81 idi. Düzenli sağlık kontrolü yaptıranlar, yaptırmayanlar ve bazen yaptıranların sağlık sorumluluğu puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Tukey test ile incelendiğinde;

- Düzenli yaptıranlar – yaptırmayanlar p=0.000 fark var
- Düzenli yaptıranlar – bazen yaptıranlar p=0.009 fark var
- Bazen yaptıranlar – yaptırmayanlar p=0.044 fark var

Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış olan sağlık kavramını kendi için uygulayanların sağlık sorumluluğu puanı 20.00±4.23, uygulamayanların 18.36±4.02 olarak bulundu. Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış olan sağlık kavramını kendi için uygulayanlarla uygulamayanların sağlık sorumluluğu puanları arasında fark saptandı ($p<0.05$).

Tablo 6.11'de katılımcıların özellikleri ile SYBD ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyut puanları ve p değerleri belirtilmiştir.

Tablo 6.11. Asistan hekimlerin özellikleri ile SYBD ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyut puanları arasındaki ilişki

	Fiziksel aktivite puan			
	n	**Ort ± SS**	**Ortanca (Min-Max)**	**p değeri**
Yaş				
21-25	42	16.50±4.39	16(9-29)	0.442[c]
26-30	102	17.45±4.72	17(9-32)	
31-35	21	16.05±3.65	17(9-32)	
Cinsiyet				
Kadın	81	16.95±4.14	17(9-29)	0.938[d]
Erkek	84	17.11±4.89	17(9-32)	
Medeni durum				
Bekar	112	17.41±4.69	17(9-32)	0.109[d]
Evli	53	16.23±4.08	16(9-28)	
Çocuk sahibi olma				
Evet	29	16.48±4.30	17(10-28)	0.500[d]
Hayır	136	17.15±4.58	17(9-32)	
Branş				
Temel Bilimler	45	17.93±4.06	18(10-26)	0.181[c]
Dahili Bilimler	71	16.55±4.15	17(9-29)	
Cerrahi Bilimler	49	16.90±5.35	16(9-32)	

Tablo 6.11. (Devamı) Asistan hekimlerin özellikleri ile SYBD ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyut puanları arasındaki ilişki

Meslekte geçen süre				
< 1 yıl	34	16.71±4.21	16.5(9-25)	0.472[c]
1-5 yıl	112	17.34±4.75	17(9-32)	
6-10 yıl	19	15.79±3.58	16(10-21)	
Sigara kullanımı				
Evet	39	16.18±5.24	16(9-32)	0.083[d]
Hayır	126	17.29±4.27	17(9-29)	
Alkol kullanımı				
Evet	65	17.92±5.26	18(9-32)	0.087 [d]
Hayır	100	16.45±3.89	16(9-28)	
Kronik hastalık öyküsü				
Evet	28	15.75±4.07	15(11-24)	0.073 [d]
Hayır	137	17.29±4.58	17(9-32)	
Günlük uyku süresi				
En az 5-6 saat/gün	89	16.34±4.82	16(9-32)	0.005 [d]
En az 7-8 saat/gün	76	17.84±4.03	18(9-26)	
Egzersiz yapma				
Evet her gün	6	25.17±6.42	28(13-29)	<0.001[c]
Ara sıra	125	17.94±3.71	18(10-32)	
Hiç	34	12.24±2.32	12(9-19)	
Antidepresan/mod yükseltici ilaç kullanma				
Evet	20	17.35±5.67	17(10-29)	0.964 [d]
Hayır	145	16.99±4.37	17(9-32)	
Dengeli beslenme				
Evet	125	17.40±4.66	17(9-32)	0.125 [d]
Hayır	40	15.88±3.89	16.5(9-22)	
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma				
Evet	21	20.38±6.29	21(10-32)	0.010[c]
Hayır	77	16.10±4.06	16(9-28)	
Bazen	67	17.04±3.92	17(10-29)	
BKİ düzeyi				
Düşük (<18.5 kg/m²)	10	14.30±2.79	14.5(10-18)	0.057[c]
Normal (18.5- 24.5 kg/m²)	113	17.48±4.49	17(9-32)	
Yüksek (25-29.9 kg/m²)	39	16.72±4.73	17(9-29)	
Obez (>30 kg/m²)	3	13.33±4.16	12(10-18)	
Gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem kullanma				
Evet	96	18.47±4.48	18(9-32)	<0.001[d]
Hayır	69	15.03±3.79	15(9-24)	
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma				
Evet	21	20.38±6.29	21(10-32)	0.010[c]
Hayır	77	16.10±4.06	16(9-28)	
Bazen	67	17.04±3.92	17(10-29)	
Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış olan sağlık kavramını kendi için uygulama				
Evet	59	18.69±5.05	18(10-32)	0.001 [c]
Hayır	106	16.10±3.94	16(9-29)	

c: Kruskal Wallis Varyans Analizi
d: Mann Whitney U testi

Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma özellikleri karşılaştırıldığında katılımcıların fiziksel aktivite alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Temel, dahili ve cerrahi bilimlerde görev almak ve meslek sürelerinin karşılaştırıldığı gruplarda fiziksel aktivite alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Sigara ve alkol kullanan katılımcılarla kullanmayan ve kronik hastalık öyküsü olanlarla olmayan katılımcıların fiziksel aktivite alt boyut puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Günlük uyku süresi en az 5-6 saat olan katılımcıların fiziksel aktivite puanı 16.34±4.82, uyku süresi en az 7-8 saat olan katılımcıların fiziksel aktivite puanı 17.84±4.03 olarak bulundu. Günlük uyku süresi en az 5-6 saat olan katılımcılarla 7-8 saat olan katılımcıların fiziksel aktivite puanları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Günlük uyku süresi en az 7-8 saat olan katılımcıların fiziksel aktivite puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.

Her gün egzersiz yapan katılımcıların fiziksel aktivite puanı 25.17±6.24, ara sıra yapanların 17.94±3.71, hiç yapmayanların 12.24±2.32 olarak bulundu. Her gün egzersiz yapanlar, ara sıra yapanlar ve hiç egzersiz yapmayanların fiziksel aktivite puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Kruskal Wallis çoklu karşılaştırma testi ile incelendiğinde;

- Her gün – Ara sıra $p=0.071$ $p>0.05$ fark yok
- Her gün – Hiç $p=0.000$ $p<0.001$ fark var
- Ara sıra – Hiç $p=0.000$ $p<0.001$ fark var

Her gün ve ara sıra egzersiz yapan katılımcıların fiziksel aktivite puanları hiç egzersiz yapmayanlara göre daha yüksek idi.

Antidepresan/mod yükseltici ilaç kullananlarla kullanmayanların, dengeli beslenenlerle beslenmeyenlerin ve BKİ düzeylerinin fiziksel aktivite alt boyut puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem kullananların fiziksel aktivite puanı 18.47±4.48, kullanmayanların 15.00±3.79 olarak bulundu. Gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem kullananlarla kullanmayanların fiziksel aktivite puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem kullananların fiziksel aktivite puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.

Düzenli sağlık kontrolü yaptıranların fiziksel aktivite puanı 20.38±6.28, yaptırmayanların 16.10±4.06, bazen yaptıranların 17.04±3.92 idi. Düzenli sağlık kontrolü yaptıranlar, yaptırmayanlar ve bazen yaptıranların fiziksel aktivite puanları arasında fark saptandı ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Kruskal Wallis çoklu karşılaştırma testi ile incelendiğinde;

- Düzenli yaptıranlar – yaptırmayanlar p=0.008 p<0.01 fark var
- Düzenli yaptıranlar – bazen yaptıranlar p=0.100 p >0.05 fark yok
- Bazen yaptıranlar – yaptırmayanlar p=0.628 p >0.05 fark yok

Düzenli sağlık kontrolü yaptıranların fiziksel aktivite puanları yaptırmayanlara göre daha yüksek idi.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış olan sağlık kavramını kendi için uygulayanların fiziksel aktivite puanı 18.69±5.04, uygulamayanların 16.10±3.94 olarak bulundu. Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış olan sağlık kavramını kendi için uygulayanlarla uygulamayanların fiziksel aktivite puanları arasında fark saptandı ($p<0.01$).

Tablo 12'de katılımcıların özellikleri ile SYBD ölçeğinin beslenme alt boyutları puanları ve p değerleri belirtilmiştir.

Tablo 6.12. Asistan hekimlerin özellikleri ile SYBD ölçeğinin beslenme alt boyut puanları arasındaki ilişki

	Beslenme puan			
	n	**Ort ± SS**	**Ortanca (Min-Max)**	**p değeri**
Yaş				
21-25	42	19.48±4.11	20 (11-27)	0.921[b]
26-30	102	19.48±4.13	19 (10-32)	
31-35	21	19.86±2.88	20 (15-25)	
Cinsiyet				
Kadın	81	19.68±3.92	21 (10-32)	0.631[a]
Erkek	84	19.38±4.03	19 (11-28)	
Medeni durum				
Bekar	112	19.78±4.04	20 (11-32)	0.242 [a]
Evli	53	19.00±3.79	19 (10-25)	
Çocuk sahibi olma				
Evet	29	19.90±3.02	20 (15-25)	0.583[a]
Hayır	136	19.45±4.15	20 (10-32)	
Branş				
Temel Bilimler	45	20.16±3.58	21 (10-27)	0.382[b]
Dahili Bilimler	71	19.48±4.02	19 (11-32)	
Cerrahi Bilimler	49	19.02±4.22	19 (11-27)	

Tablo 6.12.(Devamı) Asistan hekimlerin özellikleri ile SYBD ölçeğinin beslenme alt boyut puanları arasındaki ilişki

Meslekte geçen süre				
< 1 yıl	34	19.44±4.32	20 (11-27)	0.966[b]
1-5 yıl	112	19.52±4.02	20 (10-32)	
6-10 yıl	19	19.74±3.08	20 (15-25)	
Sigara kullanımı				
Evet	39	18.67±4.35	18 (12-28)	0.122[a]
Hayır	126	19.79±3.82	20 (10-32)	
Alkol kullanımı				
Evet	65	19.63±4.05	20 (12-28)	0.788[a]
Hayır	100	19.46±3.93	20 (10-32)	
Kronik hastalık öyküsü				
Evet	28	19.57±2.99	20 (14-25)	0.949[a]
Hayır	137	19.52±4.15	20 (10-32)	
Günlük uyku süresi				
En az 5-6 saat/gün	89	18.70±4.10	18 (10-32)	0.003[a]
En az 7-8 saat/gün	76	20.50±3.59	21 (11-28)	
Egzersiz yapma				
Evet her gün	6	23.50±6.47	24.5 (12-32)	<0.001[c]
Ara sıra	125	20.09±3.55	21 (10-28)	
Hiç	34	16.76±3.56	16 (11-23)	
Antidepresan/mod yükseltici ilaç kullanma				
Evet	20	20.65±4.34	21.5 (12-28)	0.178[a]
Hayır	145	19.37±3.90	20 (10-32)	
Dengeli beslenme				
Evet	125	20.04±3.87	20 (11-32)	0.003[a]
Hayır	40	17.93±3.88	18 (10-24)	
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma				
Evet	21	22.57±3.24	22 (17-27)	<0.001[b]
Hayır	77	18.65±4.09	18 (11-32)	
Bazen	67	19.58±3.58	20 (10-28)	
BKİ düzeyi				
Düşük (<18.5 kg/m²)	10	17.90±3.03	18 (13-22)	0.221[c]
Normal (18.5- 24.5 kg/m²)	113	19.49±3.85	20 (10-37)	
Yüksek (25-29.9 kg/m²)	39	20.26±4.44	21 (12-32)	
Obez (>30 kg/m²)	3	17.00±3.60	16 (14-21)	
Gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem kullanma				
Evet	96	20.85±3.67	21 (10-32)	<0.001[a]
Hayır	69	17.68±3.64	18 (11-25)	
Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış olan sağlık kavramını kendi için uygulama				
Evet	59	20.64±4.18	20 (11-32)	<0.001[a]
Hayır	106	18.91±3.72	19 (10-26)	

a: Bağımsız gruplarda t testi
b: ANOVA testi
c: Kruskal Wallis Varyans Analizi

Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma özelliklerinin karşılaştırıldığı durumlarda katılımcıların beslenme alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Temel, dahili ve cerrahi bilimlerde görev almak ve meslek sürelerinin karşılaştırıldığı gruplarda beslenme alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Sigara ve alkol kullanan katılımcılarla kullanmayan ve kronik hastalık öyküsü olanlarla olmayan katılımcıların beslenme alt boyut puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Günlük uyku süresi en az 5-6 saat olan katılımcıların beslenme puanı 18.70±4.10, uyku süresi en az 7-8 saat olan katılımcıların beslenme puanı 20.50±3.59 olarak bulundu. Günlük uyku süresi en az 5-6 saat olan katılımcılarla 7-8 saat olan katılımcıların beslenme puanları arasında fark saptandı ($p<0.01$).

Her gün egzersiz yapan katılımcıların beslenme puanı 23.50±6.47, ara sıra yapanların 20.09±3.55, hiç yapmayanların 16.76±3.56 olarak bulundu. Her gün egzersiz yapanlar, ara sıra yapanlar ve hiç egzersiz yapmayanların beslenme puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Kruskal Wallis çoklu karşılaştırma testi ile incelendiğinde;

- Her gün – Ara sıra $p=0.194$ $p>0.05$ fark yok
- Her gün – Hiç $p=0.001$ $p<0.01$ fark var
- Ara sıra – Hiç $p=0.000$ $p<0.001$ fark var

Her gün ve ara sıra egzersiz yapan katılımcıların beslenme puanları hiç yapmayanlara göre daha yüksek idi.

Antidepresan/mod yükseltici ilaç kullananlarla kullanmayanların beslenme alt boyut puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Dengeli beslenenlerin (her gün ve haftada birkaç gün) beslenme puanı 20.04±3.87, beslenmeyenlerin beslenme puanı 17.93±3.88 olarak bulundu. Dengeli beslenenlerle beslenmeyenlerin beslenme puanları arasında fark saptandı ($p<0.01$).

BKİ düzeyleri arasında beslenme puanları bakımından fark bulunmadı ($p>0.05$).

Gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem kullananların beslenme puanı 20.85±3.67, kullanmayanların 17.68±3.64 olarak bulundu. Gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem kullananlarla kullanmayanların beslenme puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi

azaltmak için herhangi bir yöntem kullananların beslenme puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.

Düzenli sağlık kontrolü yaptıranların beslenme puanı 22.57±3.24, yaptırmayanların 18.65±4.09, bazen yaptıranların 19.58±3.58 idi. Düzenli sağlık kontrolü yaptıranlar, yaptırmayanlar ve bazen yaptıranların beslenme puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Tukey test ile incelendiğinde;

- Düzenli yaptıranlar – yaptırmayanlar p=0.000 p<0.001 fark var
- Düzenli yaptıranlar – bazen yaptıranlar p=0.005 p<0.01 fark var
- Bazen yaptıranlar – yaptırmayanlar P=0.307 p >0.05 fark yok

Düzenli sağlık kontrolü yaptıranların yaptırmayanlar ve ara sıra yaptıranlara göre beslenme puanları daha yüksek idi.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış olan sağlık kavramını kendi için uygulayanların beslenme puanı 20.64±4.19, uygulamayanların 18.91±3.72 olarak bulundu. Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış olan sağlık kavramını kendi için uygulayanlarla uygulamayanların beslenme puanları arasında fark saptandı ($p<0.01$).

Tablo 6.13'te katılımcıların özellikleri ile SYBD ölçeği manevi gelişim alt boyut puanları ve p değerleri belirtilmiştir.

Tablo 6.13. Asistan hekimlerin özellikleri ile SYBD manevi gelişim alt boyut puanları arasındaki ilişki

	Manevi gelişim puan			
	n	**Ort ± SS**	**Ortanca (Min-Max)**	**p değeri**
Yaş				
21-25	42	23.12±3.73	23 (12-31)	0.263[b]
26-30	102	23.24±4.19	23 (11-34)	
31-35	21	24.71±3.19	24 (19-31)	
Cinsiyet				
Kadın	81	23.56±3.61	23 (15-34)	0.610 [a]
Erkek	84	23.24±4.30	23 (11-34)	
Medeni durum				
Bekar	112	23.46±3.98	23 (12-34)	0.742 [a]
Evli	53	23.25±3.98	23 (11-31)	
Çocuk sahibi olma				
Evet	29	24.21±3.53	24 (18-31)	0.226 [a]
Hayır	136	23.22±4.05	23 (11-34)	
Branş				
Temel Bilimler	45	23.82±3.59	24 (17-34)	0.288[b]
Dahili Bilimler	71	22.83±3.92	23 (11-31)	

Cerrahi Bilimler	49	23.82±4.34	23 (17-34)

Tablo 6.13. (Devamı) Asistan hekimlerin özellikleri ile SYBD manevi gelişim alt boyut puanları arasındaki ilişki

Meslekte geçen süre				
< 1 yıl	34	23.59±3.70	23.5 (12-34)	0.357[b]
1-5 yıl	112	23.14±4.17	23 (11-34)	
6-10 yıl	19	24.53±3.11	24 (18-30)	
Sigara kullanımı				
Evet	39	23.31±4.18	23 (15-34)	0.877[a]
Hayır	126	23.42±3.92	23 (11-34)	
Alkol kullanımı				
Evet	65	23.20±4.09	23 (15-34)	0.615[a]
Hayır	100	23.52±3.91	23.5 (11-34)	
Kronik hastalık öyküsü				
Evet	28	23.21±4.24	24 (12-31)	0.794[a]
Hayır	137	23.43±3.99	23 (11-34)	
Günlük uyku süresi				
En az 5-6 saat/gün	89	23.11±4.22	23 (11-34)	0.326 [a]
En az 7-8 saat/gün	76	23.72±3.66	24 (12-34)	
Egzersiz yapma				
Her gün	6	26.00±5.13	26 (21-31)	0.137 [c]
Ara sıra	125	23.74±3.75	24 (11-34)	
Hiç	34	21.65±4.08	22 (12-31)	
Antidepresan/mod yükseltici ilaç kullanma				
Evet	20	23.55±4.71	22.5 (15-31)	0.852 [a]
Hayır	145	23.37±3.88	23 (11-34)	
Dengeli beslenme				
Evet	125	24.04±3.87	24 (11-34)	<0.001
Hayır	40	21.38±3.62	21 (15-34)	
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma				
Evet	21	26.43±4.06	26 (18-34)	0.001[b]
Hayır	77	23.00±4.01	23 (11-34)	
Bazen	67	22.90±3.51	23 (12-31)	
BKİ düzeyi				
Düşük (<18.5 kg/m²)	10	21.90±3.10	20.5 (18-27)	
Normal (18.5- 24.5 kg/m²	113	23.68±3.92	24 (12-34)	0.144[c]
Yüksek (25-29.9 kg/m²)	39	23.21±4.30	23 (11-34)	
Obez (>30 kg/m²)	3	20.00±1.73	21 (18-21)	
Gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem kullanma				
Evet	96	24.48±3.79	24 (17-34)	<0.001[a]
Hayır	69	21.88±3.74	22 (11-31)	
Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış olan sağlık kavramını kendi için uygulama				
Evet	59	25.56±3.66	25 (17-34)	<0.001[a]
Hayır	106	22.19±3.62	22 (11-34)	

a: Bağımsız gruplarda t testi
b: ANOVA testi
c: Kruskal Wallis Varyans Analizi

Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma özellikleri karşılaştırıldığında katılımcıların manevi gelişim alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Temel, dahili ve cerrahi bilimlerde görev almak ve meslek sürelerinin karşılaştırıldığı gruplarda manevi gelişim alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Sigara ve alkol kullanan katılımcılarla kullanmayan ve kronik hastalık öyküsü olanlarla olmayan katılımcıların manevi gelişim alt boyut puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Günlük uyku sürelerinin ve egzersiz yapma durumunun manevi gelişim alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Antidepresan/mod yükseltici ilaç kullananlarla kullanmayanların manevi gelişim alt boyut puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Dengeli beslenenlerin (her gün ve haftada birkaç gün) manevi gelişim puanı 24.04±3.87, beslenmeyenlerin 21.38±2.62 olarak bulundu. Dengeli beslenenlerle beslenmeyenlerin manevi gelişim puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Dengeli beslenen katılımcıların manevi gelişim puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.

BKİ düzeyleri ile manevi gelişim puanları bakımından fark bulunmadı ($p>0.05$).

Gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem kullananlarla kullanmayanların manevi gelişim puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$).

Düzenli sağlık kontrolü yaptıranların manevi gelişim puanı 26.43±4.06, yaptırmayanların 23.00±4.01, bazen yaptıranların 22.90±3.51 idi. Düzenli sağlık kontrolü yaptıranlar, yaptırmayanlar ve bazen yaptıranların manevi gelişim puanları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Tukey test ile incelendiğinde;

- Düzenli yaptıranlar – yaptırmayanlar $p=0.001$ $p<0.01$ fark var
- Düzenli yaptıranlar – bazen yaptıranlar $p=0.001$ $p<0.01$ fark var
- Bazen yaptıranlar – yaptırmayanlar $P=0.639$ $p>0.05$ fark yok

Düzenli sağlık kontrolü yaptıranların yaptırmayanlar ve bazen yaptıranlara göre manevi gelişim puanları daha yüksek idi.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış olan sağlık kavramını kendi için uygulayanlarla uygulamayanların manevi gelişim puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$).

Tablo 6.14'te katılımcıların SYBD ölçeğinin kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları ve p değerleri belirtilmiştir.

Tablo 6.14. Asistan hekimlerin özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları arasındaki ilişki

	Kişiler arası ilişkiler puan			
	n	**Ort ± SS**	**Ortanca(Min-Max)**	**p değeri**
Yaş				
21-25	42	24.00±3.87	24 (12-36)	0.930[c]
26-30	102	24.35±4.14	24 (16-36)	
31-35	21	24.24±3.20	24 (19-32)	
Cinsiyet				
Kadın	81	24.30±3.73	24 (17-36)	0.939[d]
Erkek	84	24.20±4.16	24 (12-35)	
Medeni durum				
Bekar	112	24.27±4.13	24 (12-36)	0.833[d]
Evli	53	24.21±3.54	24 (17-35)	
Çocuk sahibi				
Evet	29	24.28±3.13	24 (19-32)	0.935[d]
Hayır	136	24.24±4.10	24 (12-36)	
Branş				
Temel Bilimler	45	25.18±4.29	24 (18-36)	0.447[c]
Dahili Bilimler	71	23.85±3.69	24 (12-36)	
Cerrahi Bilimler	49	23.98±3.90	24 (16-35)	
Meslekte geçen süre				
< 1 yıl	34	24.18±4.34	24 (12-35)	0.626[c]
1-5 yıl	112	24.38±4.05	24 (16-36)	
6-10 yıl	19	23.63±2.38	23 (19-30)	
Sigara kullanımı				
Evet	39	24.62±4.27	24 (16-35)	0.732[d]
Hayır	126	24.13±3.85	24 (12-36)	
Alkol kullanımı				
Evet	65	24.60±4.39	24 (16-35)	0.534[d]
Hayır	100	24.02±3.63	24 (12-36)	
Kronik hastalık öyküsü				
Evet	28	24.43±5.17	24 (12-36)	0.820[d]
Hayır	137	24.21±3.66	24 (16-36)	

Tablo 6.14. (Devamı) Asistan hekimlerin özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları arasındaki ilişki

Günlük uyku süresi				
En az 5-6 saat/gün	89	24.06±4.20	24 (16-36)	0.178[d]
En az 7-8 saat/gün	76	24.47±3.64	24 (12-35)	
Egzersiz yapma				
Evet her gün	6	26.33±5.46	28.5 (19-32)	0.178[c]
Ara sıra	125	24.46±3.66	24 (16-36)	
Hiç	34	23.12±4.49	23 (12-36)	
Antidepresan/mod yükseltici ilaç kullanma				
Evet	20	25.60±4.51	25.5 (17-35)	0.104[d]
Hayır	145	24.06±3.84	24 (12-36)	
Dengeli beslenme				
Evet	125	24.83±4.10	24 (12-36)	0.001[d]
Hayır	40	22.42±2.73	23 (16-27)	
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma				
Evet	21	27.43±5.05	26 (19-36)	0.005[c]
Hayır	77	23.69±3.42	24 (16-36)	
Bazen	67	23.90±3.71	24 (12-35)	
BKİ düzeyi				
Düşük (<18.5 kg/m²)	10	23.20±3.91	24 (17-30)	0.084 [c]
Normal (18.5- 24.5 kg/m²	113	24.43±3.71	24 (12-36)	
Yüksek (25-29.9 kg/m²)	39	24.46±4.32	24 (17-36)	
Obez (>30 kg/m²)	3	18.00±3.46	16 (16-22)	
Gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem kullanma				
Evet	96	25.25±3.96	25 (16-36)	<0.001 [d]
Hayır	69	22.86±3.49	23 (12-32)	
Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış olan sağlık kavramını kendi için uygulama				
Evet	59	25.64±3.99	25 (17-36)	0.001 [d]
Hayır	106	23.47±3.71	24 (12-36)	

c: Kruskal Wallis Varyans Analizi
d: Mann Whitney U testi

Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma özelliklerinin karşılaştırıldığı durumlarda katılımcıların kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0.05). Temel, dahili ve cerrahi bilimlerde görev almak ve meslek sürelerinin karşılaştırıldığı gruplarda kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0.05).

Sigara ve alkol kullanan katılımcılarla kullanmayan ve kronik hastalık öyküsü olanlarla olmayan katılımcıların kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Günlük uyku süresi en az 5-6 saat olan katılımcılarla uyku süresi en az 7-8 saat olan, her gün egzersiz yapanlar, ara sıra yapanlar ve hiç egzersiz yapmayan ve antidepresan/mod yükseltici ilaç kullananlarla kullanmayan katılımcıların kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Dengeli beslenenlerin (her gün ve haftada birkaç gün) kişiler arası ilişkiler puanı 24.83±4.10, beslenmeyenlerin kişiler arası ilişkiler puanı 22.42±2.73 olarak bulundu. Dengeli beslenenlerle beslenmeyenlerin kişiler arası ilişkiler puanları arasında fark saptandı ($p<0.01$).

BKİ düzeyleri ile kişiler arası ilişkiler puanları bakımından fark bulunmadı ($p>0.05$).

Gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem kullananlarla kullanmayanların kişiler arası ilişkiler puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$).

Düzenli sağlık kontrolü yaptıranların kişiler arası ilişkiler puanı 27.43±5.05, yaptırmayanların 23.69±3.42, bazen yaptıranların 23.90±3.71 idi. Düzenli sağlık kontrolü yaptıranlar, yaptırmayanlar ve bazen yaptıranların kişiler arası ilişkiler puanları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Kruskal Wallis çoklu karşılaştırma testi ile incelendiğinde;

- Düzenli yaptıranlar – yaptırmayanlar $p=0.004$ $p<0.01$ fark var
- Düzenli yaptıranlar – bazen yaptıranlar $p=0.017$ $p<0.05$ fark var
- Bazen yaptıranlar – yaptırmayanlar $p=1.000$ $p>0.05$ fark yok

Düzenli sağlık kontrolü yaptıranların yaptırmayanlar ve bazen yaptıranlara göre kişiler arası ilişkiler puanları daha yüksek idi.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış olan sağlık kavramını kendi için uygulayanların kişiler arası ilişkiler puanı 25.64±3.99, uygulamayanların 23.47±3.71 olarak bulundu. Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış olan sağlık kavramını kendi için uygulayanlarla uygulamayanların kişiler arası ilişkiler puanları arasında fark saptandı ($p<0.01$).

Tablo 6.15'te katılımcıların SYBD ölçeğinin stres yönetimi alt boyut puanları ve p değerleri belirtilmiştir.

Tablo 6.15. Asistan hekimlerin özellikleri ile SYBD ölçeğinin stres yönetimi alt boyut puanları arasındaki ilişki

	Stres yönetimi puan			
	n	**Ort ± SS**	**Ortanca(Min-Max)**	**p değeri**
Yaş				
21-25	42	17.64±3.11	18 (11-24)	0.564[c]
26-30	102	18.38±3.78	18 (11-32)	
31-35	21	17.81±2.97	18 (13-23)	
Cinsiyet				
Kadın	81	18.49±3.68	18 (11-32)	0.379[d]
Erkek	84	17.76±3.53	18 (11-26)	
Medeni durum				
Bekar	112	18.30±3.56	18.5 (11-32)	0.292[d]
Evli	53	17.74±3.44	18 (13-27)	
Çocuk sahibi olma				
Evet	29	17.72±3.46	18 (13-26)	0.515[d]
Hayır	136	18.21±3.54	18 (11-32)	
Branş				
Temel Bilimler	45	18.38±3.99	18 (11-32)	0.787[c]
Dahili Bilimler	71	18.11±3.21	19 (12-26)	
Cerrahi Bilimler	49	17.90±3.56	18 (11-26)	
Meslekte geçen süre				
< 1 yıl	34	18.18±3.52	18 (11-26)	0.511[c]
1-5 yıl	112	18.25±3.66	18 (11-32)	
6-10 yıl	19	17.26±2.62	18 (13-32)	
Sigara kullanımı				
Evet	39	17.36±3.85	17 (11-26)	0.190[d]
Hayır	126	18.36±3.40	18 (12-32)	
Alkol kullanımı				
Evet	65	17.94±3.69	18 (11-27)	0.723[d]
Hayır	100	18.24±3.42	18 (11-32)	
Kronik hastalık öyküsü				
Evet	28	17.36±3.30	17 (12-24)	0.174[d]
Hayır	137	18.28±3.56	18 (11-32)	
Günlük uyku süresi				
En az 5-6 saat/gün	89	17.27±3.79	17 (11-32)	<0.001[d]
En az 7-8 saat/gün	76	19.12±2.90	19 (11-27)	
Egzersiz yapma				
Her gün	6	21.33±5.64	22.5 (12-27)	<0.001[c]
Ara sıra	125	18.69±3.17	19 (12-32)	
Hiç	34	15.47±2.97	15 (11-32)	

Tablo 6.15. (Devamı) Asistan hekimlerin özellikleri ile SYBD ölçeğinin stres yönetimi alt boyut puanları arasındaki ilişki

Antidepresan/mod yükseltici ilaç kullanma				
Evet	20	17.75±3.90	17 (11-24)	0.681[d]
Hayır	145	18.17±3.48	18 (11-32)	
Dengeli beslenme				
Evet	125	18.44±3.57	19 (11-32)	0.059[d]
Hayır	40	17.13±3.21	17 (11-23)	
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma				
Evet	21	20.19±3.10	20 (12-26)	0.001[c]
Hayır	77	17.29±3.92	17 (11-32)	
Bazen	67	18.42±2.83	19 (12-26)	
BKİ düzeyi				
Düşük (<18.5 kg/m²)	10	17.40±3.30	17.5 (12-24)	0.386[c]
Normal (18.5- 24.5 kg/m²	113	18.35±3.28	19 (11-27)	
Yüksek (25-29.9 kg/m²)	39	17.69±4.21	18 (11-32)	
Obez (>30 kg/m²)	3	17.33±4.50	17 (13-22)	
Gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem kullanma				
Evet	96	19.30±3.17	19 (12-32)	<0.001[d]
Hayır	69	16.48±3.34	16 (11-27)	
Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış olan sağlık kavramını kendi için uygulama				
Evet	59	19.54±3.69	19 (13-32)	<0.001[d]
Hayır	106	17.33±3.18	18 (11-26)	

c: Kruskal Wallis Varyans Analizi
d: Mann Whitney U testi

Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma özelliklerinin karşılaştırıldığı durumlarda katılımcıların stres yönetimi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0.05). Temel, dahili ve cerrahi bilimlerde görev almak ve meslek sürelerinin karşılaştırıldığı gruplarda stres yönetimi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0.05).

Sigara ve alkol kullanan katılımcılarla kullanmayan ve kronik hastalık öyküsü olanlarla olmayan katılımcıların stres yönetimi alt boyut puanları arasında fark bulunmadı (p>0.05).

Günlük uyku süresi en az 5-6 saat olan katılımcıların stres yönetimi puanı 17.27±3.79, uyku süresi en az 7-8 saat olan katılımcıların stres yönetimi puanı 19.12±2.90 olarak bulundu. Günlük uyku süresi en az 5-6 saat olan katılımcılarla 7-8 saat olan katılımcıların stres yönetimi puanları arasında fark saptandı (p<0.001).

Her gün egzersiz yapan katılımcıların stres yönetimi 21.33±5.64, ara sıra yapanların 18.69±3.17, hiç yapmayanların 15.47±2.97 olarak bulundu. Her gün egzersiz yapanlar, ara

sıra yapanlar ve hiç egzersiz yapmayanların stres yönetimi puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Kruskal Wallis çoklu karşılaştırma testi ile incelendiğinde;

- Her gün – Ara sıra $p=0.577$ $p>0.05$ fark yok
- Her gün – Hiç $p=0.003$ $p<0.01$ fark var
- Ara sıra – Hiç $p=0.000$ $p<0.001$ fark var

Her gün ve ara sıra egzersiz yapan katılımcıların stres yönetimi puanları hiç yapmayanlara göre daha yüksek idi.

Antidepresan/mod yükseltici ilaç kullananlarla kullanmayanların stres yönetimi alt boyut puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Dengeli beslenenlerle beslenmeyenlerin ve BKİ düzeyleri arasında stres yönetimi alt boyut puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem kullananlarla kullanmayanların stres yönetimi puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem kullananların stres yönetimi puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.

Düzenli sağlık kontrolü yaptıranların stres yönetimi puanı 20.19 ± 3.10, yaptırmayanların 17.29 ± 3.92, bazen yaptıranların 18.43 ± 2.83 idi. Düzenli sağlık kontrolü yaptıranlar, yaptırmayanlar ve bazen yaptıranların stres yönetimi puanları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Kruskal Wallis çoklu karşılaştırma testi ile incelendiğinde;

- Düzenli yaptıranlar – yaptırmayanlar $p=0.001$ $p<0.01$ fark var
- Düzenli yaptıranlar – bazen yaptıranlar $p=0.132$ $p>0.05$ fark yok
- Bazen yaptıranlar – yaptırmayanlar $P=0.066$ $p>0.05$ fark yok

Düzenli sağlık kontrolü yaptıranların stres yönetimi puanları yaptırmayanlara göre daha yüksek idi.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış olan sağlık kavramını kendi için uygulayanlarla uygulamayanların stres yönetimi puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Sağlık kavramını kendi için uygulayanların stres yönetimi puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 6.16'da katılımcıların SYBD ölçek puanları ve p değerleri belirtilmiştir.

Tablo 6.16. Asistan hekimlerin özellikleri ile SYBD ölçeğinin Toplam puanları arasındaki ilişki

		SYBD ölçeği toplam puan		
	n	**Ort ± SS**	**Ortanca (Min-Max)**	**p değeri**
Yaş				
21-25	42	119.52±18.52	120.5 (78-162)	0.694 [b]
26-30	102	122.25±20.24	121 (86-179)	
31-35	21	119.95±11.88	119 (100-141)	
Cinsiyet				
Kadın	81	121.88±17.93	121 (90-173)	0.685 [a]
Erkek	84	120.68±19.86	119.5 (78-179)	
Medeni durum				
Bekar	112	122.38±19.86	121 (78-179)	0.271 [a]
Evli	53	118.91±16.58	118 (90-161)	
Çocuk sahibi				
Evet	29	120.83±14.59	119 (98-161)	0.891 [a]
Hayır	136	121.36±19.73	121 (78-179)	
Branş				
Temel Bilimler	45	125.22±18.20	124 (91-173)	0.255 [b]
Dahili Bilimler	71	119.52±17.58	121 (78-168)	
Cerrahi Bilimler	49	120.16±21.07	115 (86-179)	
Meslekte geçen süre				
< 1 yıl	34	121.12±19.49	120.5 (78-169)	0.758 [b]
1-5 yıl	112	121.81±19.65	121 (86-179)	
6-10 yıl	19	118.32±12.75	117 (98-141)	
Sigara kullanımı				
Evet	39	117.85±22.12	115 (86-179)	0.197 [a]
Hayır	126	122.33±17.74	122 (78-173)	
Alkol kullanımı				
Evet	65	122.00±21.22	120 (86-179)	0.689 [a]
Hayır	100	120.79±17.31	121 (78-173)	
Kronik hastalık öyküsü				
Evet	28	118.54±19.25	118 (78-157)	0.403 [a]
Hayır	137	121.82±18.84	121 (86-179)	
Günlük uyku süresi				
En az 5-6 saat/gün	89	117.65±19.92	113 (89-179)	0.007 [a]
En az 7-8 saat/gün	76	125.50±16.76	127 (78-162)	
Egzersiz yapma				
Evet her gün	6	143.50±29.60	155 (89-168)	<0.001 [c]
Ara sıra	125	124.33±16.82	123 (90-179)	
Hiç	34	106.09±14.65	103 (78-146)	

Tablo 6.16. (Devamı) Asistan hekimlerin özellikleri ile SYBD ölçeğinin Toplam puanları arasındaki ilişki

Antidepresan/mod yükseltici ilaç kullanma				
Evet	20	124.75±23.68	123.5 (86-162)	0.381 [a]
Hayır	145	120.79±18.18	120 (78-179)	
Dengeli beslenme				
Evet	125	124.18±18.92	122 (78-179)	<0.001 [a]
Hayır	40	112.15±15.80	109.5 (86-144)	
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma				
Evet	21	139.24±20.41	144 (103-179)	<0.001[b]
Hayır	77	116.45±18.12	115 (86-173)	
Bazen	67	121.16±15.90	121 (78-162)	
BKİ düzeyi				
Düşük (<18.5 kg/m²)	10	112.90±13.65	114.5 (92-134)	0.386 [c]
Normal (18.5- 24.5 kg/m²	113	122.69±18.44	121 (78-179)	
Yüksek (25-29.9 kg/m²)	39	120.92±20.77	122 (90-173)	
Obez (>30 kg/m²)	3	100.00±5.29	98 (96-106)	
Gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem kullanma				
Evet	96	128.70±17.92	128 (94-179)	<0.001 [a]
Hayır	69	110.93±15.02	110 (78-149)	
Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış olan sağlık kavramını kendi için uygulama				
Evet	59	130.08±20.10	124 (96-179)	<0.001[a]
Hayır	106	116.36±16.31	117.5 (78-157)	

a: Bağımsız gruplarda t testi
b: ANOVA testi
c: Kruskal Wallis Varyans Analizi

Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma özelliklerinin karşılaştırıldığı durumlarda katılımcıların SYBD ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0.05). Temel, dahili ve cerrahi bilimlerde görev almak ve meslek sürelerinin karşılaştırıldığı gruplarda SYBD ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0.05).

Sigara ve alkol kullanan katılımcılarla kullanmayan ve kronik hastalık öyküsü olanlarla olmayan katılımcıların SYBD ölçeği puanları arasında fark bulunmadı (p>0.05).

Kronik hastalık öyküsü olanlarla olmayanların SYBD ölçeği toplam puanları arasında fark bulunmadı (p>0.05).

Günlük uyku süresi en az 5-6 saat olan katılımcıların SYBD ölçeği toplam puanı 117.65±19.92, uyku süresi en az 7-8 saat olan katılımcıların SYBD ölçeği toplam puanı

125.50±16.76 olarak bulundu. Günlük uyku süresi en az 5-6 saat olan katılımcılarla 7-8 saat olan katılımcıların SYBD ölçeği toplam puanları arasında fark saptandı ($p<0.01$).

Her gün egzersiz yapan katılımcıların SYBD ölçeği toplam puanı 143.50±29.60, ara sıra yapanların 124.33±16.82, hiç yapmayanların 106.09±14.65 olarak bulundu. Her gün egzersiz yapanlar, ara sıra yapanlar ve hiç egzersiz yapmayanların SYBD ölçeği toplam puanları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Kruskal Wallis çoklu karşılaştırma testi ile incelendiğinde;

- Her gün – Ara sıra $p=0.236$ $p>0.05$ fark yok
- Her gün – Hiç $p=0.000$ $p<0.001$ fark var
- Ara sıra – Hiç $p=0.000$ $p<0.001$ fark var

Her gün ve ara sıra egzersiz yapan katılımcıların SYBD ölçeği toplam puanları hiç yapmayanlara göre daha yüksek idi.

Antidepresan/mod yükseltici ilaç kullananlarla kullanmayanların SYBD ölçeği toplam puanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Dengeli beslenenlerin (her gün ve haftada birkaç gün) SYBD ölçeği toplam puanı 124.18±18.92, beslenmeyenlerin 112.15±15.80 olarak bulundu. Dengeli beslenenlerle beslenmeyenlerin SYBD ölçeği toplam puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$).

BKİ düzeyleri arasında SYBD ölçeği toplam puanları bakımından fark bulunmadı ($p>0.05$).

Gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem kullananlarla kullanmayanların SYBD ölçeği toplam puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Gün içinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem kullananların SYBD ölçeği toplam puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.

Düzenli sağlık kontrolü yaptıranların SYBD ölçeği toplam puanı 139.24±20.41, yaptırmayanların 116.45±18.12, bazen yaptıranların 121.16±15.90 idi. Düzenli sağlık kontrolü yaptıranlar, yaptırmayanlar ve bazen yaptıranların SYBD ölçeği toplam puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Tukey test ile incelendiğinde;

- Düzenli yaptıranlar – yaptırmayanlar $p=0.000$ $p<0.001$ fark var
- Düzenli yaptıranlar – bazen yaptıranlar $p=0.000$ $p<0.001$ fark var
- Bazen yaptıranlar – yaptırmayanlar $p=0.246$ $p>0.05$ fark yok

Düzenli sağlık kontrolü yaptıranların yaptırmayanlar ve bazen yaptıranlara göre SYBD ölçeği toplam puanları yaptırmayanlara göre daha yüksek idi.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış olan sağlık kavramını kendi için uygulayanlarla uygulamayanların SYBD ölçeği toplam puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Sağlık kavramını kendi için uygulayanların SYBD ölçeği toplam puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.

7. TARTIŞMA

Çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapmakta olan asistan hekimler ile tamamlandı. Çalışmaya 45 temel bilim, 85 dahili bilim, 50 cerrahi bilim asistanı olacak şekilde toplamda 180 asistan katılmış olmakla birlikte 14 dahili bilim ve 1 cerrahi bilim asistanının doldurduğu anketlerdeki veri eksikliği nedeniyle çalışmaya dahil edilmedi, çalışma 165 asistanın sonuçları ile değerlendirildi.

Çalışmada SYBD ölçeğinden alınan puan ortalaması 121.27±18.89 olarak hesaplanmıştır. Alınan en düşük puan 78 iken en yüksek puan 179 olmuştur. Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde en yüksek puan 24.25±3.94 ile kişiler arası ilişkiler olmuş, en düşük puan ise 17.03±4.52 ile fiziksel aktivite olmuştur. 2012 yılında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde asistan hekimler ile yapılan çalışmada alınan toplam puan ortalaması 116.31±17.80 olarak bulunmuş, alt ölçeklerde ise en yüksek ortalama 23.72±3.73 ile kişiler arası ilişkiler olmuş, en düşük olarak ise 14.68±4.24 ile fiziksel aktivite olarak bulunmuştur (50). Çakır ve arkadaşlarının 2014 yılında Ankara'da bir tıp fakültesinde öğretim üyeleri ile yürüttüğü çalışmada SYBD ölçeği puan ortalaması 111,1±18,7 olarak hesaplanmış olmakla birlikte, alt ölçeklerde en yüksek ortalama 23,3±4,4 ile kişiler arası ilişkiler, en düşük ortalama ise 14,4±4,5 ile fiziksel aktivite olmuştur (51). Hong Kong'da hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmada ise toplam SYBD puanı ortalaması 116.28±16.82 olarak sonuçlanmış alt ölçeklerde ise yine en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite iken en yüksek puan ortalamasını kişiler arası ilişkiler oluşturmuştur. (52). Tüm bu sonuçlar incelendiğinde çalışmamıza katılan asistan hekimlerin SYBD toplam puan ortalaması diğer ortalamalardan bir miktar daha yüksek olmasıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kendi hayatlarında bir miktar daha iyi uygulayabildikleri sonucuna varılmıştır. Bununla birlikte yapılan tüm çalışmalarda fiziksel aktivite en düşük puan ortalamasına sahip alt ölçek olarak bulunmuştur. Çalışma saatlerindeki yoğunluk ve uygunsuz uyku-uyanıklık döngüleri sağlık çalışanlarında bedensel olarak aşırı bir yorgunluğa sebep olduğu bilinmekte, bu koşulların fiziksel aktivite alt ölçeğini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Fiziksel aktivitenin kişinin kendini kronik hastalıklardan korumada ve kronik hastalığa sahip olan kişilerde ise hastalığın ilerlemesinde ve oluşabilecek sakatlıkların önlenmesinde ayrıca ruhsal sağlığı korumada ve stresi yönetebilmede en önemli basamaklardan biri olduğu düşünülürse sağlık çalışanlarında fiziksel aktivitenin artırılması yönünde çalışmalar yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %49,1'i kadın, %50,1'i erkek olmakla birlikte yaş dağılımları 21-25 yaş aralığında %25,5, 26-30 yaş aralığında %61,8, 31-35 yaş aralığında %12,7 olarak belirlendi. Çalışmamızda cinsiyet ve yaş grupları arasında SYBD ölçeği toplam

puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. 26-30 yaş aralığında SYBD toplam puan ortalaması diğer yaş gruplarından daha yüksek olmak ile birlikte, alınan en yüksek puan 179 olup yine bu yaş grubunda bulunmaktadır. Washington D.C'de bir hastanede hemşireler ile yapılan çalışmada yaş aralığı 30-45 yaş olarak belirlenmiş olup SYBD toplam ölçek puanı yaş ile negatif korelasyon göstererek istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışmada manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler puan ortalamaları ile yaş arasında negatif korelasyon olduğu gözlemlenmiştir (53). Yaşlı popülasyon ile yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edildiği, yaş ilerledikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında azalma olduğu görülmüştür (54, 55,56). Bu çalışmaların aksine yaş artması ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında artma olduğunu gösteren çalışmalar literatürde yer almaktadır (57,58,59). Çalışmamıza katılan katılımcıların yaş aralığının 21-35 yaş grubu arasında olması yaş ile ilgili değerlendirmede kısıtlılığa sebep olmaktadır.

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %32,2'si evli , %11,6'sı ise çocuk sahibidir. Çalışma sonuçlarında medeni durumun ve çocuk sahibi olmanın SYBD ölçeği puan ortalamasında ve alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı görülmüştür. Bununla birlikte SYBD ölçeği toplam puan ortalaması ve sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, fiziksel aktivite alt boyutları puan ortalamasının bekar olan kişilerde daha yüksek olduğu görülmüştür. Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği 2016 yılında yapılan çalışmada SYBD toplam puan ortalaması çalışmamızla benzer olarak evli olan bireylerde daha düşük iken evli olan hemşirelerin beslenme puan ortalamalarının, bekar olanların ise egzersiz puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır (60). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesinde asistan hekimler ile yapılan araştırmada ise bunların aksine sağlık sorumluluğu ve SYBD ölçeği toplam puanı evli olan bireylerde daha yüksek olarak bulunmuştur (50). Farklı sonuçlar elde edilmesi bireyin evli ve çocuk sahibi olmasıyla hayata karşı artan sorumluluğunu ve kendi yaşam koşullarını şekillendirirken, sağlıklı yaşam alışkanlıklarını uygulamada her alanda başarılı olamadığını düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %27,3'ü temel, %43'ü dahili, %49'u ise cerrahi bilimlerde görev yapmaktadır. Çalışılan bölümler ise %40 ile anabilim dalları, %15,2 servis, %36,4 poliklinik, %1,2 acil servis ve %7,3 ile yoğun bakımdır. Asistan hekimlerin %20,6'sı meslekte bir yıldan az süre geçirmiş iken, %67,9'u 1-5 yıl, %11,5'i ise 6-10 yıl süre ile çalışmaya devam etmektedir. Görev yapılan bölümler ile meslekte geçirilen süreler arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmamaktadır. Bununla birlikte SYBD ölçeği puan

ortalamalarının ve alt ölçek puan ortalamalarının temel bilimlerde en yüksek olduğu görülmüş, meslekte 6 yıl ve üzeri çalışan hekimlerde ise tüm puan ortalamalarının en düşük olduğu belirlenmiştir. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan araştırmada da temel bilimlerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür (50). Bunun sonucunda temel bilimlerdeki çalışma koşullarının asistan hekimlerde sağlıklı yaşam alışkanlıklarını uygulayabilmede kolaylaştırıcı bir faktör olduğu öngörülmektedir.

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %23,6'sının sigara, %39,4'ünün alkol kullanmakta olduğu görülmüştür. Sigara ve alkol kullanımı SYBD ölçeği toplam puan ortalamasında kullanmayanlara kıyasla istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır. Alkol kullanan kişilerin alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Alkol kullanım sıklığının yüksek olmaması nedeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları alışkanlıklarının etkilenmediği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra sağlık sorumluluğu alt boyutunda sigara kullanmayan bireylerin sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Filistin'de tıp fakültesi öğrencileri ile yürütülen çalışmada sigara içen ve içmeyen öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kıyaslandığında sigara içmeyen öğrencilerin SYBD toplam puanları ve kişiler arası ilişkiler alt ölçeğinde sigara içen öğrencilere göre anlamlı fark bulunmuştur. Diğer alt ölçek puanları ise sigara içmeyen öğrencilerde, istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen sigara içenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (61).

Çalışmaya dahil olan asistan hekimlerin %17'sinde kronik hastalık öyküsü bulunmakta iken asistan hekimlerde düzenli sağlık kontrollerini tamamlama %12,7 ve bazen sağlık kontrollerini yaptırma %40,6 oranında bulunmuştur. Kronik hastalık öyküsü olmayan asistan hekimlerde SYBD ölçeği toplam ortalama puanı daha yüksek olmasına rağmen herhangi bir kronik hastalığı olanlarla istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan öğrenciler ile yapılan bir çalışmada benzer şekilde toplam ölçek puanı ve alt ölçekler ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (62). Bununla birlikte düzenli sağlık kontrollerini yaptıran hekimler ile bazen yaptıranlar ve hiç yaptırmayanlar arasında SYBD ölçeği toplam puanı ve tüm alt ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu durum bize farkındalık ile artan sağlıklı yaşam alışkanlıklarını göstermektedir.

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %12,1'i antidepresan veya mod yükseltici bitkisel veya farmakolojik ilaç kullanmaktadır. Bu durum kullanmayanlarla kıyaslandığında ölçeğin toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmamıştır. Çin'de üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada depresyon ile

sağlıklı yaşam alışkanlıkları değerlendirilmiş, toplam SYBD ölçeği puanı ortalaması 71.91±11.47 olarak hesaplanmıştır (63). Çalışmamızda ise SYBD toplam puan ortalaması antidepresan veya mod yükseltici bitkisel veya farmakolojik ilaç kullananlarda 124,75±23,68 iken kullanmayanlarda 120.79±18.18 olduğu görülmektedir. Bu karşılaştırma duygu durumdaki iyileşme halinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında olumlu etki yarattığını göstermektedir.

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %3,6'sı her gün, %75,8'lik bir kesimi ise haftada bir veya birkaç gün olacak şekilde egzersiz yapmakta olduğunu belirtmişlerdir. Egzersiz yapmanın sağlıklı yaşam alışkanlarının düzenli beslenme ile birlikte önemli bir basamağı olduğu bilinmektedir. Egzersiz yapan kişilerde SYBD ölçeği toplam puanı ve sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutlarında hiç egzersiz yapmayanlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Yalçınkaya ve arkadaşlarının Afyon ve Denizli il merkezindeki üniversite ve devlet hastanelerinde görev yapmakta olan sağlık çalışanları ile yürüttüğü çalışmada haftada en az 3-4 gün egzersiz yapanlarda SYBD ölçeğinin genel toplamından ve tüm alt ölçeklerinden daha fazla puan aldıkları gözlenmiştir (64). Düzenli egzersiz yapabilen kişilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha iyi uygulanabildiği görülmektedir.

Uyku tüm canlılar için hayati bir süreç olmakla birlikte uyku eksikliğinin duygu durumda, bilişsel performansta ve motor becerilerde doza bağlı bir düşüşe neden olduğu gösterilmiştir (65). Yetişkinler için ortalama uyku ihtiyacının 7-8 saat olduğu varsayılmaktadır(66). Uzun süre boyunca yetersiz uyku sağlık üzerinde olumsuz sonuçlara sahiptir ve yaklaşık %12 oranında artan bir ölüm oranı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (67). Gece çalışma sonucu kazalar, tip 2 diyabet, kilo alımı, kardiyovasküler hastalık, felç ve kanser gibi olumsuz sağlık sonuçları arasında bir bağlantı olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (68). Uyku ile bağışıklık sisteminin birbiriyle ilişkili olduğu yüzyıllar öncesinde kanıtlanmış olmakla birlikte enfeksiyon durumlarında uyku isteğinin arttığı, uykusuzluğun ise vücudun bağışıklık sistemini baskıladığı ve enfeksiyona daha yatkın hale getirdiği bilinmektedir. Bunun bağışıklık sisteminin inhibisyonunu indükleyen uyanma stresi sinyalleme maddeleriyle ilgili olduğu düşünülmektedir (69). Çalışmamıza katılan asistan hekimlerin belirtilen uyku süreleri günde 5-6 saat olan kişi sayısı %53,9 oranında, günde 7-8 saat uyuyan kişi sayısı %46,1 olarak hesaplanmıştır. Günde en az 7-8 saat uyuyan kişilerle 5-6 saat uyuyan kişiler arasında SYBD ölçek tam puanı ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt boyutları içerisinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmakta ve yeterli uyku süresinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilediği

görülmektedir. Ross ve arkadaşlarının hasta bakıcıların uyku düzeylerini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesiyle uyku kalitesi ve düzeyinin arttığı görülmüştür (70). Sonuç olarak hem sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uyku kalitesini etkilediği hem de yeterli seviyede uyuyan kimselerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında daha bilinçli yaklaşımlarda bulunduğu görülmektedir.

Sağlıklı beslenme özellikleri değerlendirildiğinde asistan hekimlerin %36,4'ünün her gün, %39,4'ünün ise haftada birkaç gün dengeli ve besleyici öğünlerle en az 2-3 öğün beslenmekte olduğu %24,3 oranında ise yeterli düzeyde dengeli beslenme olmadığı belirlenmiştir. Buna göre SYBD ölçeği toplam puanı ve sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup dengeli beslenmenin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir. Sağlıklı beslenme alışkanlıkları BKİ ile yakından ilişkilidir. Çalışmaya katılan asistan hekimlerin BKİ incelendiğinde %6,1'i düşük kilolu (<18.5 kg/m²), %68,5'i normal kilolu (18.5- 24.5 kg/m²), %23,6'sı yüksek kilolu, %1,8'i ise obez (>30 kg/m²) olduğu görülmüştür. BKİ grupları arasında SYBD ölçek tam puanı ve alt boyutların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir fakat sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve SYBD ölçeği tam puanı BKİ normal olan grupta daha yüksek hesaplanmıştır. Araştırma evreninin çoğunluğunu normal kilolu kişiler oluşturmakta iken fazla kilolu olma ve obezitenin birçok kronik hastalığın kolaylaştırıcı faktörü olduğu göz önüne alınarak, bu grupların ihmal edilmemesi gerektiği düşünülmektedir. Tedik ve Hacialioğlu'nun Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde fazla kilo durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini incelemek amacıyla hemşirelik öğrencileri ile yürüttüğü çalışmada normal kilolu olan öğrencilerin SYBD ölçeği toplam puanının ve alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (71). Kişinin normal kilosunu koruyabilmenin sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite yapma ve mevcut sağlığını da koruyabilmek adına yapması gereken davranışlar ile yakından ilişkili olduğu düşünülürse BKİ oranlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamadaki başarıyla yakından ilişkili olduğu görülmektedir.

Stres yönetimi SYBD ölçeği alt boyutlarından biri olmakla birlikte hekimlik mesleğinde çok fazla hastaya ve iş yüküne maruz kalma, uzun çalışma süreleri, günümüzde hekime karşı önyargılı ve agresif davranış şekilleri nedeniyle çalışmanın en önemli basamaklarından birini oluşturmaktadır. Kişi gün içerisinde oluşan yorgunluk ve stresli durumlardan sıyrılabilmek için kendine vakit ayırmalı; meditasyon, yoga, dua, nefes egzersizleri farkındalığı artırma yöntemlerini kullanmayı gündelik yaşamının içerisine özenli bir şekilde yerleştirmelidir. Çalışmamızda asistan hekimlerin %58,2'si stresi azaltmak için yoga, meditasyon nefes

egzersizleri, dua benzeri etkinlikleri hayatlarında belli sıklıklarla uygulamaktadır. Bu yöntemleri kullanan kişilerin SYBD ölçeği toplam puanı ve alt boyut toplam puanları arasında yapmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Lim ve Hyun tarafından Güney Kore'de pilates ve yoga ile 8 haftalık program sonrası SYBD ölçeğinde ve alt öçek puan ortalamalarında anlamlı artış olduğu gösterilmiştir (72). Hewitt ve ark. Avusturalya'da yürüttüğü bir çalışmada katılımcılara 16 haftalık Bikram yoga eğitimleri verilmiş öncesi ve sonrası sağlıkla ilgili yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde deney grubunun, zaman içinde kontrol grubuna kıyasla algılanan stresi önemli ölçüde azalmış ve genel öz yeterliliği artmış genel sağlık ve enerji/yorgunluk alanları önemli ölçüde artmış olarak sonuçlanmıştır (73). Bu çalışmaların sonuçları çalışmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir. Stres yönetiminde kullanabilecek yöntemler hakkında hekimler ve sağlık çalışanları için uygulanabilecek eğitimler ile mesleğin en önemli sorunu haline gelmekte olan tükenmişlik sendromunun önüne geçilebileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Son olarak asistan hekimlerin tıp fakültesi eğitiminden önemli bir bilgi birikimiyle mezun oldukları göz önüne alınarak DSÖ'nün sağlık tanımına dayanan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kendi hayatlarında ne kadar uygulayabildiklerini değerlendirmeleri istenmiştir ve %64,2'lik bir oranda uygulayamadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Tüm çalışma ile orantılı olarak sağlıklı yaşam biçimi alışkanlarını uygulayabildiklerini belirten kişilerin SYBD ölçek tam puanı ve tüm alt boyut puanları uygulayamayanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Sağlıklı yaşam biçimini oluşturmanın en önemli basamağının ise farkındalığı artırmak olduğu bu sonuçlar ile desteklenmektedir.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapmakta olan asistan hekimlerin katılımı ile gerçekleşen çalışma anket verilerini eksiksiz tamamlayan 165 asistanın sonuçları ile değerlendirilmiştir. SYBD ölçeğinden alınan puan ortalaması 121.27±18.89 olarak hesaplanmıştır. Alınan en düşük puan 78 iken en yüksek puan 179 olmuştur. Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde en yüksek puan kişiler arası ilişkiler, en düşük puan ise fiziksel aktivite olmuştur.

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %49,1'i kadın, %50,1'i erkek olmakla birlikte yaş dağılımları 21-25 yaş aralığında %25,5, 26-30 yaş aralığında %61,8, 31-35 yaş aralığında %12,7 olarak belirlenmiştir. Yaş ve cinsiyet ile SYBD ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %32,2'si evli , %11,6'sı ise çocuk sahibidir. Çalışma sonuçlarında medeni durumun ve çocuk sahibi olmanın SYBD ölçeği puan ortalamasında ve alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı görülmüştür.

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %27,3'ü temel, %43'ü dahili, %49'u ise cerrahi bilimlerde görev yapmaktadır. Görev yapılan bölümler ile meslekte geçirilen süreler arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmamak ile birlikte SYBD ölçeği puan ortalamalarının ve alt ölçek puan ortalamalarının temel bilimlerde en yüksek olduğu görülmüş, meslekte 6 yıl ve üzeri çalışan hekimlerde ise tüm puan ortalamalarının en düşük olduğu belirlenmiştir. Burada temel bilimlerin hastanede daha az vakit geçirmeleri, sosyal hayata, sağlıklı beslenmeye, fiziksel aktiviteye daha çok vakit ayırabilmeleri, nöbet usulü çalışmamaları sebebi ile psikolojik olarak da daha az yıprandıkları düşünülmektedir. Buradan yola çıkarak dahili ve cerrahi birimlerdeki doktorların çalışma şartlarında düzenlemeye gitmek önemli bir adım oluşturmaktadır. Mesai saatlerindeki düzenlemeler başta olmak üzere çalışma yoğunluğunda insani şartlar oluşturmak doktorların sağlıklı yaşam alışkanlıklarını düzenlemeye büyük katkı sağlayacaktır.

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %23,6'sının sigara, %39,4'ünün alkol kullanmakta olduğu görülmüştür. Alkol kullanımını genellikle sosyal ortamlarda gerçekleştirdiklerini ve sıklığının ayda birkaç defa ile sınırlı olduğunu belirtmişlerdir. Sigara kullanımı nispeten çok yüksek bir oranda olmamak ile birlikte, hem doktorların kendi sağlıklarını önemsemeleri hem de hastalara kötü örnek olmamaları adına farkındalığı artırmak üzerine hastanelerde düzenli aralıklarla sigara bırakma seminerleri düzenlemek faydalı olacaktır.

Çalışmaya dahil olan asistan hekimlerin %17'sinde kronik hastalık öyküsü bulunmakta iken asistan hekimlerde düzenli sağlık kontrollerini tamamlama %12,7 ve bazen sağlık kontrollerini yaptırma %40,6 oranında bulunmuştur. Kronik hastalık öyküsü olmayan asistan hekimlerde SYBD ölçeği toplam ortalama puanı daha yüksek olduğu görülmüştür. Burada sürekli hastane ortamında bulunmanın kendi sağlık kontrollerini ertelemede önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Rutin hastane taramalarını tüm sağlık çalışanlarına zorunlu hale getirmek erken tanı ve tedavide büyük fayda sağlayacaktır.

Çalışmaya katılan asistan hekimler %3,6'sı her gün, %75,8'lik bir kesimi ise haftada bir veya birkaç gün olacak şekilde egzersiz yapmakta olduğunu belirtmişlerdir. Egzersiz yapan kişilerde SYBD ölçeği toplam puanı ve sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutlarında hiç egzersiz yapmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmakla birlikte puanları daha yüksek olarak bulunmuştur. Fiziksel aktivitedeki yetersizlik yine çalışma şartlarındaki yoğunluktan ve spor yapılmaya elverişli olmayan yaşam alanları ve spor merkezlerine ulaşımdaki zorluklardan kaynaklanmaktadır. Hastane içi ve yakınlarına sağlık çalışanlarına özel yeterli spor alanları oluşturmak fiziksel aktiviteyi artırmada önemli katkı sağlayacaktır.

Çalışmamıza katılan asistan hekimlerde uyku süreleri günde 5-6 saat olan kişi sayısı %53,9 oranında, günde 7-8 saat uyuyan kişi sayısı %46,1 olarak bulunmuştur. Günde en az 7-8 saat uyuyan ve daha az uyuyan kişiler arasında SYBD ölçek tam puanı ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt boyutları içerisinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmakla birlikte yeterli uyku süresinin sağlıklı yaşam biçim, davranışlarını olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Yetersiz uyku sürelerinin kişinin sağlığını olumsuz etkilemesinin yanı sıra gün içerisinde mesleki hataları artırdığı da bilinmektedir. Bu sebeple çalışılan birimlerde nöbet sonrası dinlendirmelerin artırılması hayati önem arz etmektedir. Ayrıca hastane içerisinde doktor odaları ve dinlenme alanlarının oluşturulması gün içerisinde oluşan yorgunluğun da azaltılmasına, nöbet sonrası araç kullanımı öncesi dinlenerek yola çıkılması ile trafik kazalarını önlemede büyük fayda sağlayacaktır.

Sağlıklı beslenme özellikleri değerlendirildiğinde asistan hekimlerin %36,4'ünün her gün, %39,4'ünün ise haftada birkaç gün dengeli ve besleyici öğünlerle en az 2-3 öğün beslenmekte olduğu görülmüştür. Dengeli beslenmenin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir. Hastane yemek hizmetlerinin çoğu hastanede yeterli ve besleyici olmadığı bilinmektedir. Bu durum gündüz ve nöbet şartlarında hazır yemek

tüketiminin artmasına sebep olmaktadır. Bunun önüne geçmek için hastane yemek servislerinin her gün besleyici ve dengeli öğünlerden oluşturulması gerekmektedir.

Çalışmamızda asistan hekimlerin %58,2'si stresi azaltmak için yoga, meditasyon nefes egzersizleri, dua benzeri etkinlikleri hayatlarında belli sıklıklarla uygulamaktadır. Bu yöntemleri kullanan kişilerin SYBD ölçeği toplam puanı ve alt boyut toplam puanları arasında yapmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Hayat şartlarının giderek zorlaşması, dünya üzerinde yaşanan salgın hastalıkların hız kazanması ile hastanelerde artan iş yükü ile orantılı stres seviyeleri ve tükenmişlik de doktorlar arasında giderek yaygınlaşmaktadır. Hastane içerisinde düzenli aralıklarla farkındalık, nefes egzersizleri gibi stres seviyesini azaltıcı seminerler verilmesi, yoga meditasyon gibi uygulamalı derslerin küçük gruplara özel kurslar ile devamlılığın sağlanması anksiyete bozukluğu, depresyon, tükenmişlik gibi bir çok psikolojik rahatsızlığın önüne geçmede ve yönetmede başarılı olacaktır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımına dayanarak asistanların sağlıklı yaşam alışkanlıklarını kendileri değerlendirmeleri istenmiş %64,2'lik bir oranda uygulayamadıklarını belirtmiştir. Bununla birlikte tüm ölçek skorlarının uygulayabildiklerini belirtenlerde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu aşamada ise önemli olan farkındalığın artırılmasıdır. Doktorlar hastalardan önce kendilerini de dinlemeyi öğrenmeli, en önemli basamağın sağlıklı yaşam alışkanları kazanmak olduğunun farkına varmalı, önce zarar verme ilkesini kendileri için de uygulamaya koymalıdırlar.

9. KAYNAKLAR

1- Turancı E, Eşiyok E. Sağlık ve Kültür İlişkisi Bağlamında Popüler Sağlık Dergilerinde Sağlığın Sunumu. İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi. 2021 (54), 96-114. DOI: 10.47998/ikad.903290.

2- Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025), Sağlık Bakanlığı 1056, Ankara 2017, ISBN: 978-975-590-645-4.

3- Traina G, Martinussen PE, Feiring E. Being Healthy, Being Sick, Being Responsible: Attitudes towards Responsibility for Health in a Public Healthcare System. Public Health Ethics. Volume 12, Issue 2, July 2019, 145–157.

4- Dereli F, Yıldırım B, Özvurmaz S, Adana F. Üniversite Hizmet Personelinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2021; 16(2): 30-37.

5- Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;12(1):1-13.

6- Puhl R, Gold J, Luedicke & J A DePierre. The Effect of Physicians' Body Weight on Patient Attitudes: Implications for Physician Selection, Trust and Adherence to Medical Advice. International Journal of Obesity. Volume 37. 2013: 1415–1421.

7- Wiskar K. Physician health: A review of lifestyle behaviors and preventive health care among physicians. BC Medical Journal. Vol. 54, no 8. 2012: 419,429.

8- Dünya Sağlık Örgütü Anayasa. https://www.who.int/about/governance/constitution Erişim Tarihi: 02/11/2021.

9- Somunoğlu S. Kavramsal açıdan Sağlık. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. Cilt 4, Sayı 1, 1999: 51-62.

10- T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. Ankara 2021, ISBN: 978-975-590-792-5, sayfa:30-31.

11- Değerli H, Yiğit A. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeyinin Belirlenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 2020, cilt: 11, sayı: 27, 573-586.

12- Aslan D. Koruyucu hekimlik ve telesağlık/teletıp uygulamaları. In: Kutsal Gökçe Y, Aslan D, eds. Yaşlılık ve Teletıp Uygulamaları, Türk Geriatri Derneği. Ankara 2021, ISBN: 978-605-9028-62-2, sayfa 17-25.

13- Akdeniz M, Kavukçu E. Dördüncül Koruma: Önce Zarar Verme. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2017; 21 (2): 74-81

14- Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. European Journal of General Practice. 2018: vol:24 (1), 106-111.

15- Chen H, Hsieh P. Applying the Pender's Health Promotion Model to Identify the Factors Related to Older Adults' Participation in Community-Based Health Promotion Activities. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021 ;18(19):9985.

16- Bahar Z, Açıl D. Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2014, 7 (1), 59-67.

17- Raffaele B, Matarese M, Alvaro R، Marinis M. Health-promotion theories in nutritional interventions for community-dwelling older adults: a systematic review. Ann Ist Super Sanità. 2017, vol. 53, no 2: 146-151.

18- Baran E, Özvarış-Bahar Ş. Yaşlılık Döneminde Sağlığın Geliştirilmesi. In, Aslan D, Ertem M,eds. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. 2012-1, ISBN:978-975-97836-1-7, sayfa:32-37.

19- O'Donnell MP. The Science of Health Promotion. American Journal of Health Promotion, 2009;24 (1): 4.

20- Aydın N. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi. Black Sea Journal of Health Science, 2019: cilt 2, sayı 1, 21-29.

21- Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, Ankara 2011, 1. baskı, ISBN: 978-975-590-361-3, sayfa 1-4.

22- Çalık A, Kapucu S. Diyabetli Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017, 4(2), 62-75.

23- https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases. Erişim Tarihi: 17.12.2021

24- Sharp GC, Relton CL. Epigenetics and noncommunicable diseases. Epigenomics. 2017, vol. 9, issue 6, 789-791.

25- Traina G, Martinussen PE, Feiring E. Being Healthy, Being Sick, Being Responsible: Attitudes towards Responsibility for Health in a Public Healthcare System. Public Health Ethics. 2019; 12(2): 145–157.

26- Avcı YD. Kişisel Sağlık Sorumluluğu. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2016, cilt 15, sayı 3, 259-266.

27- R.C.H. Brown, H. Maslen, J. Savulescu. Responsibility, prudence and health promotion. Journal of Public Health. Vol. 41, No. 3, pp. 561–565.

28- Thompson D, Karpe F, Lafontan M, Frayn K. Physical activity and exercise in the regulation of human adipose tissue physiology. Physiological Reviews. 2012, vol 92, issue 1, 157-191.

29- Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et all. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. British Journal of Sports Medicine. 2020, 54(24): 1451-1462.

30- Azboy Y. Fiziksel Aktivite ve Sağlık. Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi. 2021: 3(2): 140-144.

31- Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam, Ankara 2008, ISBN: 978-975-590-245-6.

32- Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER), Ankara 2019, ISBN:978-975-590-608-9.

33- Cena H, Calder PC. Defining a Healthy Diet: Evidence for the Role of Contemporary Dietary Patterns in Health and Disease. Nutrients. 2020 Feb; 12(2): 334.

34- Aydın GE. Sağlıklı Bireyler İçin Temel Beslenme El Kitabı. 2017.

35- Heffernan SM, Horner K, De Vito G, Conway GE. The Role of Mineral and Trace Element Supplementation in Exercise and Athletic Performance: A Systematic Review. Nutrients. 2019 Mar; 11(3): 696.

36- Garcia-Garcia FJ, Monistrol-Mula A, Cardellach F, Garrabou G. Nutrition, Bioenergetics, and Metabolic Syndrome. Nutrients. 2020, 12(9), 2785.

37- Türkiye Endokrin Metabolizma Derneği Obezite Kılavuzu,2019 Ankara, ISBN: ISBN: 978-605-4011-31-5.

38- Yıldırım İ. Stres ve Stresle Başa Çıkmada Gevşeme Teknikleri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 1991, sayı 6: 175-189.

39- Kupriyanov R, Zhdanov R. The Eustress Concept: Problems and Outlooks.World Journal of Medical Sciences. 2014, 11(2): 179-185.

40- Güçlü N. Stres Yönetimi. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2001, cilt 21, sayı 1: 91-109.

41- Braun-Lewensohn O, Mayer CD. Salutogenesis and Coping: Ways to Overcome Stress and Conflict. Int J Environ Res Public Health. 2020 Sep; 17(18): 6667.

42- Friganovic A, Selic P, Ilic B, Sedic B. Stress And Burnout Syndrome And Their Associations With Coping And Job Satısfaction In Critcial Care Nurses: A Literature Review. Medicina Academica Mostariensia. 2018; Vol. 6, No. 1-2: 21-31.

43- Clough BA, March S, Chan JR, Casey, ML, Phillips R, Ireland MJ. Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: a sysrematic review. Systematic Reviews. 2017, 6:144.

44- Yates SW. Physician Stress and Burnout. The American Journal of Medicine. 2020, vol. 133, issue 2:160-164

45- Brooke T, Brown M, Orr R, Gough S. Stress and burnout: exploring postgraduate physiotherapy students' experiences and coping strategies. BMC Medical Education. 2020, Volume 20, article number: 433.

46- Steinhorn DM, Din J, Johnson A. Healing, spirituality and integrative medicine. Annals of Palliative Medicine. 2017;6(3):237-247.

47- Karaırmak Ö. Tinsel Anlayışın Psikolojik Danışmadaki Rolü. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2014, 3 (22), 45-55.

48- Nita M. 'Spirituality' in Health Studies: Competing Spiritualities and the Elevated Status of Mindfulness. Journal of Religion and Health. 2019, 58, 1605-1618.

49- Carmody J, Reed G, Kristeller J, Merriam P. Mindfulness, spirituality, and health-related symptoms. Journal of Psychosomatic Research. 2008, 64(4): 393-403.

50- Türkol E, Güneş G. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2012;19(3): 159-66.

51- Çakır M, Piyal B, Ayçan S. Hekimlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi: Tıp Fakültesi Tabanlı Kesitsel Bir Çalışma. Ankara Medical Journal. 2015, 15(4): 209-219.

52- WAI-HING CHOI HUI, MN, BN, RM, RN. The Health-Promoting Lifestyles of Undergraduate Nurses in Hong Kong. Journal of Professional Nursing. 2002, Volume 18, Issue 2, Pages 101-111.

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

54- Zanjani S, Tol A, Mohebbi B, Sadeghi R, Jalyani KN, Moradi A. Determinants of healthy lifestyle and its related factors among elderly people. Journal of Education and Health Promotion. 2015;4:103-108.

55- Softa HK, Bayraktar T, Uğuz C. Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Sistemleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2016;9:1-12.

56- 56-Yılmaz CK. Yaşlı Bireylerin Yaşlılığa Uyum Düzeyi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020; 13(3):305-317.

57- Kulakçı H, Kuzlu Ayyıldız T, Emiroğlu ON, Köroğlu E. Huzurevinde yaşayan yaşlıların özyeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektornik Dergis. 2012;5(2):53-64.

58- Patrão AL, Almeida MDC, Matos SMA, Chor D, Aquino EML. Gender and psychosocial factors associated with healthy lifestyle in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil) cohort: a cross-sectional study. BMJ Open. 2017;7(8): e015705, 2017 Aug 28, doi:10.1136/bmjopen-2016-015705.

59- Korkmaz Aslan G, Kartal A, Çınar İÖ, Koştu N. The relationship between attitudes toward aging and health promoting behaviors in older adults. International Journal of Nursing Practice. 2017;23:1-9.

60- Şimşekoğlu N, Mayda AS. Bir Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016; 6(1): 19-29.

61- Al-Othman N, Ghanim M, Alqaraleh M. Comparison between smoking and nonsmoking Palestinian Medical Students in the Health-Promoting Behaviors and Lifestyle Characteristics. Biomed Research International. 2021: 5536893.

62- Gömleksiz M., Yakar B., Pirinçci E. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler. Dicle Tıp Dergisi. 2020, 47 (2) : 347-358.

63- Tang Z, Feng S, Lin J. Depression and its correlation with social support and health-promoting lifestyles among Chinese university students: a cross-sectional study. BMJ Open 2021,11:e044236.

64- Yalçınkaya M, Gök Özer F, Yavuz Karamanoğlu A. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007, 6(6): 409-420.

65- Pilcher JJ, Huffcutt AI. Effects of sleep deprivation on performance: a meta-analysis. Sleep. 1996;19:318-26.

66- Abrams RM. Sleep Derivation. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. Volume 42, Issue 3, September 2015, Pages 493-506.

67- Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P et al. Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Sleep. 2010;33:585-92.

68- Kecklund G, Axelsson J. Health consequences of shift work and insufficient sleep. BMJ 2016;355:i5210.

69- Besedovsky L, Lange T, Haack M. The Sleep-Immune Crosstalk in Health and Disease. Physiol Review. 2019 Jul 1; 99(3): 1325–1380.

70- Ross A, Yang L, Klagholz SD, Wehrlen L, Bevans MF. The relationship of health behaviors with sleep and fatigue in transplant caregivers. Psychooncology. 2016 May; 25(5): 506–512.

71- Tedik SE, Hacıalioğlu N. Hemşirelik Öğrencilerinde Fazla Kilo Durumu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi. 2017, 10: 59-82.

72- Lim EJ, Hyun EJ. The Impacts of Pilates and Yoga on Health-Promoting Behaviors and Subjective Health Status. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021. 18(7), 3802.

73- Hewett ZL, Pumpa KL, Smith CA, Fahey PP, Cheema BS. Effect of a 16-week Bikram yoga program on perceived stress, self-efficacy and health-related quality of life in stressed and sedentary adults: A randomised controlled trial. Journal of Science and Medicine in Sport. Volume 21, Issue 4, April 2018, Pages 352-357.

10. EKLER

Ek 1- Sağlıklı Yaşam Alışkanlıkları Anketi

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ASİSTAN HEKİMLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM ALIŞKANLIKLARI

1- Yaş
() 21-25
( ) 26-30
( ) 31-35
( ) >35

2- Cinsiyet ( ) Kadın ( ) Erkek

3- Medeni Durum ( ) Bekar ( ) Evli ( ) Diğer …… (Belirtiniz)

4- Çocuğunuz var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

5- Branşınız

1- Dahili bilimler ( ) 2- Cerrahi bilimler ( ) 3-Temel bilimler ( )

Açıklayınız……

6- Çalıştığınız Bölüm,

Servis ( ) Poliklinik ( ) Acil ( ) Yoğun bakım ( ) Diğer:…….

7- Meslekte geçirdiğiniz süre? ( ) 1 yıldan az ( ) 1-5 yıl ( ) 6-10 yıl

8- Sigara kullanıyor musunuz? (Yanıtınız hayır ise 10a geçiniz)

( ) Hayır ( ) Evet

9- Sigara kullanım sıklığı nedir?

( ) Günde bir paketten fazla

( ) Günde bir paket

( ) Günde birkaç adet

( ) Ara sıra

10- Alkol kullanıyor musunuz? (Yanıtınız hayır ise 12 e geçiniz)

( ) Evet ( ) Hayır

11 -Alkol kullanma sıklığı nedir ?

( ) her gün

( ) haftada birkaç kez

( ) Haftada bir kez

( ) Ayda birkaç kez

12- Kronik hastalık öykünüz var mı?

( ) Evet ( ) Hayır

13- Hastalığınız (15. Soruya yanıtınız hayır ise geçiniz.)

( ) Diyabet

( ) Hipertansiyon

( ) Kalp hastalığı

( ) KOAH / Astım

( ) Psikiyatrik hastalık ( ) Diğer: …… (Lütfen belirtiniz)

14- Kronik hastalığınız için rutin takiplerinizde ilgili branşa başvuruyor musunuz ?

( ) evet

( ) hayır

( ) bazen

15- Günlük uyku sürenizi işaretleyiniz

( ) <5 saat/gün

( ) en az 6 saat/gün

( ) en az 7 saat/gün

( ) en az 8 saat/gün

16- Günde en az 30 dakika ve üzeri egzersiz yapıyor musunuz ? (yüzme, koşu, yürüyüş, fitness veya diğer direnç egzersizleri)

( ) her gün

( ) haftada bir kaç gün

( ) haftada 1 gün

( ) ayda birkaç gün

( ) hiç

17- Antidepresan veya mod yükseltici, sakinleştirici bitkisel veya farmakolojik ilaç kullanıyor musunuz ?

( ) Evet ( ) Hayır

Yanıtınız evetse ne kullanıyorsunuz?

18- Psikoterapi danışmanlığı alıyor musunuz ?

( ) Evet ( ) Hayır

19- Mesleki kitaplar haricinde kitap-dergi okuyor musunuz ?

( ) her gün

( ) haftada bir kaç gün

( ) haftada bir gün

( ) ayda birkaç gün

( ) hiç

20- Covid-19 pandemisi öncesinde konser tiyatro sinema gibi sosyal etkinliklere katılıyor muydunuz ?

( ) her gün

( ) haftada bir kaç gün

( ) haftada bir gün

( ) ayda birkaç gün

( ) hiç

21- akşamları sağlıksız atıştırmalıklarla beslenme sıklığınız nedir ?

( ) her gün

( ) haftada bir kaç gün

( ) haftada bir gün

( ) ayda birkaç gün

( ) hiç

22- besin takviyesi kullanım sıklığınız nedir ?

( ) her gün

( ) haftada bir kaç gün

( ) haftada bir gün

( ) ayda birkaç gün

( ) hiç

23- Düzenli sağlık kontrollerinizi yaptırıyor musunuz ?

( ) evet ( ) hayır () bazen

24- Hastalarınıza önerdiğiniz/önerilen erken teşhis muayenelerini kendinizde uyguluyor musunuz ?

( ) evet ( ) hayır ( ) bazen

25- herhangi bir hastalık sürecinde verilen tedaviyi düzenli ve doğru bir şekilde tamamlıyor musunuz ?

( ) evet ( ) hayır (( ) bazen

26- Gün içerisinde dengeli besleyici öğünlerle en az 2-3 öğün besleniyor musunuz ?

( ) her gün

( ) haftada bir kaç gün

( ) haftada bir gün

( ) ayda birkaç gün

( ) hiç

27-Hazır gıda ile beslenme sıklığınız nedir?

( ) her gün

( ) haftada bir kaç gün

( ) haftada bir gün

( ) ayda birkaç gün

( ) hiç

28- Gün içerisinde yeterli düzeyde su tüketiyor musunuz ?

( ) evet ( ) hayır (( ) bazen

29- Beden kitle indeksinizi işaretleyiniz

( ) düşük (<18,5 kg/m2)

( ) normal (18,5-24,5 kg/m2)

( ) yüksek (25-29.9 kg/m2)

( ) obez (>30 kg/m2)

30- Gün içerisinde oluşan yorgunluk ve stresi azaltmak için herhangi bir yöntem kullanıyor musunuz ? (yoga, meditasyon, dua, nefes egzersizleri vs...)

( ) her gün

( ) haftada bir kaç gün

( ) haftada bir gün

( ) ayda birkaç gün

( ) hiç

30-WHO tarafından tanımlanmış olan sağlık kavramanı kendiniz için uygulayabildiğinizi düşünüyor musunuz ? (Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir.)

( ) evet () hayır

Ek 2: SYBD 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	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda 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				
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 parkederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün 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				

Ek 3: Ölçek Kullanım İzni

> Ayşe Beşer şunları yazdı (13 Haz 2021 16:07):
>
> Merhaba,
> Çalışmanızda ölçeğimizi kullanabilirsiniz, kolaylıklar dilerim
>
>
> Veri Sınıflandırma Tipi: Kurum İçi / Internal
•••
> <HPLP II.pdf>