



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA  
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI



# CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ'NDE UZMANLIK ÖĞRENCİLERİ HEKİMLERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞININ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

HALK SAĞLIĞI UZMANLIK TEZİ  
DR. BETÜL KAYRAKLİK YÜCE

TEZ DANIŞMANI  
PROF. DR. GÜNAY CAN

İSTANBUL – 2023

**T.C.**  
**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA**  
**CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ**  
**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ'NDE UZMANLIK ÖĞRENCİLERİ**  
**HEKİMLERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞININ VE**  
**İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

**HALK SAĞLIĞI UZMANLIK TEZİ**  
**DR. BETÜL KAYRAKLIK YÜCE**

**TEZ DANIŞMANI**  
**PROF. DR. GÜNAY CAN**

**İSTANBUL – 2023**

## TEŞEKKÜR

Tez hazırlama dönemimde bana desteğini esirgemeyen, asistanlık sürecimde bilgi birikimi ve öğrettikleriyle vizyonumu geliştiren, güler yüzünü bizden hiç esirgemeyen tez danışman hocam Prof. Dr. Günay Can'a,

Halk sağlığının her alanında bize verdiği bilgilerle ve hayata dair fikirleriyle yolumuzu aydınlatan saygıdeğer Prof. Dr. Ethem Erginöz'e,

Uluslararası düzeyde bilgi birikimi ve yol göstericiliğiyle asistanlık sürecimde öğrendiğim çok şey için Prof. Dr. Mehmet Sarper Erdoğan'a,

Uzmanlık eğitimime katkılarında dolayı saygıdeğer hocam merhum Prof. Dr. Selçuk Köksal'a,

Bilgi birikimiyle desteğini bizden esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Uğurcan Sayılı'ya,

Tez veri toplama dönemi bana destek veren asistan arkadaşlarım Dr. Sümeyye Nur Aydın ve Dr. Kevser Sak'a ve asistanlık sürecimde birlikte çalıştığım asistan doktor arkadaşlarıma,

Sevgili eşim, hayatta ve uzmanlık yolunda desteğim, meslektaşım Dr. Ertan Yüce'ye, ve bana olan desteğiyle ve sevgisiyle yanımda olan annem Nurhan Kayhan'a ve biricik kızım Nil Beren Yüce'ye

Teşekkür ederim...

## İÇİNDEKİLER

|                                                                               |            |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>TABLolar</b> .....                                                         | <b>I</b>   |
| <b>SEMBOL VE KISALTMALAR</b> .....                                            | <b>III</b> |
| <b>ÖZET</b> .....                                                             | <b>IV</b>  |
| <b>ABSTRACT</b> .....                                                         | <b>V</b>   |
| <b>ETİK KURUL ONAYI</b> .....                                                 | <b>VI</b>  |
| <b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....                                                 | <b>1</b>   |
| <b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....                                                | <b>2</b>   |
| 2.1. SAĞLIK KAVRAMI .....                                                     | 2          |
| 2.2. SAĞLIĞIN KORUNMASI .....                                                 | 5          |
| 2.2.1.SAĞLIĞIN BİRİNCİL KORUMASI .....                                        | 5          |
| 2.2.2. SAĞLIĞIN İKİNCİL KORUMASI .....                                        | 6          |
| 2.2.3.SAĞLIĞIN ÜÇÜNCÜL KORUMASI .....                                         | 6          |
| 2.3. SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ .....                                            | 6          |
| 2.4. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI.....                                  | 9          |
| 2.4.1.SAĞLIK SORUMLULUĞU .....                                                | 9          |
| 2.4.2.MANEVİ GELİŞİM .....                                                    | 9          |
| 2.4.3.KİŞİLER ARASI İLİŞKİLER.....                                            | 10         |
| 2.4.4.FİZİKSEL AKTİVİTE.....                                                  | 10         |
| 2.4.5.BESLENME .....                                                          | 12         |
| 2.4.6.STRES YÖNETİMİ .....                                                    | 13         |
| 2.5. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ HEKİMLERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ<br>DAVRANIŞLARI..... | 14         |
| <b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....                                               | <b>15</b>  |
| 3.1.ARAŞTIRMANIN YERİ .....                                                   | 15         |

|                                                      |           |
|------------------------------------------------------|-----------|
| 3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....                        | 15        |
| 3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....                  | 15        |
| 3.3.1.BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER .....                     | 15        |
| 3.3.2.BAĞIMLI DEĞİŞKENLER .....                      | 15        |
| 3.4. ARAŞTIRMANIN TEKNİĞİ .....                      | 15        |
| 3.5. VERİ TOPLAMA ARACI.....                         | 16        |
| 3.5.1. KİŞİSEL VE SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU .....   | 16        |
| 3.5.2.SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ- II..... | 16        |
| 3.6. ARAŞTIRMA İZNİ .....                            | 16        |
| 3.7. ARAŞTIRMA ANALİZİ .....                         | 17        |
| <b>4. BULGULAR .....</b>                             | <b>18</b> |
| <b>5. TARTIŞMA .....</b>                             | <b>45</b> |
| <b>6. SONUÇ.....</b>                                 | <b>56</b> |
| <b>7. KAYNAKLAR.....</b>                             | <b>58</b> |
| <b>8. EKLER.....</b>                                 | <b>63</b> |
| EK1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....        | 63        |
| EK2:SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU .....                 | 64        |
| EK3:SAĞLIKLI YAŞAMBİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-II..... | 66        |
| <b>9. ÖZGEÇMİŞ .....</b>                             | <b>67</b> |
| <b>10. İNTİHAL RAPORU .....</b>                      | <b>70</b> |

## TABLÖLAR

**Tablo 1.** Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri-I

**Tablo 2.** Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri- II

**Tablo 3.** Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri-III

**Tablo 4.** Asistanlarda nöbet tutma durumu dağılımı

**Tablo 5.** Yaş, VKİ, Meslekte çalışma yılı ile ilgili değerler

**Tablo 6.** Covid-19 pandemi dönemi hijyen kurallarına uyma durumu ile ilgili değerler

**Tablo 7.** SYBD-II ölçek puanları ile ilgili değerler

**Tablo 8.** SYBD-II ölçeklerinin cinsiyete göre karşılaştırılması

**Tablo 9.** SYBD-II ölçeklerinin ABD'ye karşılaştırılması

**Tablo 10.** SYBD-II ölçeklerinin medeni duruma göre karşılaştırılması

**Tablo 11.** SYBD-II ölçeklerinin eşin öğrenim durumuna göre karşılaştırılması

**Tablo 12.** SYBD-II ölçeklerinin çocuk sahibi olma durumuna göre karşılaştırılması

**Tablo 13.** SYBD-II ölçeklerinin MÇY'ye göre karşılaştırılması

**Tablo 14.** SYBD-II ölçeklerinin yaşa göre karşılaştırılması

**Tablo 15.** SYBD-II ölçeklerinin VKİ' ye göre karşılaştırılması

**Tablo 16.** SYBD-II ölçeklerinin gelir durumuna göre karşılaştırılması

**Tablo 17.** SYBD-II ölçeklerinin SKD'ye göre karşılaştırılması

**Tablo 18.** SYBD-II ölçeklerinin AKD'ye göre karşılaştırılması

**Tablo-19.** SYBD-II ölçeklerinin KH durumuna göre karşılaştırılması

**Tablo-20.** SYBD-II ölçeklerinin DİK'ye göre karşılaştırılması

**Tablo-21.** SYBD-II ölçeklerinin NTD'ye göre karşılaştırılması

**Tablo-22.** SYBD-II ölçeklerinin Covid-19 pandemi dönemi iş yerinde hijyen kurallarına uyumuna göre karşılaştırılması

**Tablo-23.** SYBD-II ölçeklerinin Covid-19 pandemi dönemi sosyal hayatta hijyen kurallarına uyumuna göre karşılaştırılması

**Tablo 24.** SYBD-II ölçekleri ve Yaş arasındaki ilişki

**Tablo 25.** SYBD-II ölçekleri ve VKİ arasındaki ilişki

**Tablo 26.** SYBD-II ölçekleri ve MÇY arasındaki ilişki

**Tablo 27.** SYBD-II ölçekleri ve AKD arasındaki ilişki

**Tablo 28.** SYBD-II ölçekleri ve NTD arasındaki ilişki

**Tablo 29.** Fiziksel aktivite alt ölçeğinde AKD ile Cinsiyet değişkeninin etkileşimi

**Tablo 30.** Fiziksel aktivite alt ölçeğinde İKD ve Cinsiyet değişkeninin etkileşimi

**Tablo 31.** Sağlık Sorumluluğu alt ölçeğinde AKD ile Covid-19 sosyal hayatta hijyen kuralına uyma durumu etkileşimi

**Tablo 32.** Beslenme alt ölçeğinde Çocuk sahibi olma durumu ve Cinsiyet değişkeninin etkileşimi

**Tablo 33.** Beslenme alt ölçeğinde SKD ve Covid-19 sosyal hayatta hijyen kuralına uyma durumu etkileşimi

**Tablo 34.** Beslenme alt ölçeğinde SKD ve Covid-19 iş hayatında hijyen kuralına uyma durumu etkileşimi

**Tablo 35.** Stres yönetimi alt ölçeğinde NTD ve Covid-19 iş hayatında hijyen kuralına uyma durumu etkileşimi

**Tablo 36.** Kişiler arası ilişki alt ölçeğinde Cinsiyet ve Covid-19 iş hayatında hijyen kuralına uyma durumu etkileşimi

## SEMBOLLER VE KISALTMALAR

|          |                                                                                                                                       |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| n        | : Sayı                                                                                                                                |
| %        | : Yüzde                                                                                                                               |
| <        | : Küçüktür                                                                                                                            |
| >        | : Büyüktür                                                                                                                            |
| DSÖ      | : Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)                                                                                     |
| CINDI    | : Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention (Ülke Geneline Entegre Edilmiş Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Müdahalesi) |
| SYBDÖ-II | : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği- II                                                                                           |
| VKİ      | : Vücut Kitle İndeksi                                                                                                                 |
| HİS      | : Herkes İçin Sağlık                                                                                                                  |

## ÖZET

### **Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’nde Uzmanlık Öğrencileri Hekimlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışının ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi**

**Amaç:** Bu çalışmada İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’nde çalışan asistan hekimlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tespiti ve bu değişkenin üzerinde etkili olabilecek sosyodemografik özelliklerle olan ilişkinin incelenmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamız kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini; İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi’ndeki 2020 yılı Eylül ayındaki uzmanlık öğrencileri hekimlerin tamamı oluşturmaktadır. Sosyodemografik form ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II uygulanmıştır. Araştırmada hedeflenen evrenden 401 (%61)’ine ulaşılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmamızda asistan hekimlerin SYBD-II ölçek puanı ortalaması (123,60±18,66) olarak bulundu. En yüksek alt ölçek puanı kişiler arası ilişki ve manevi gelişimde, en düşük puanı fiziksel aktivitede bulunmuştur. Kadınların puanı beslenme ve kişiler arası ilişki alt ölçeğinde, erkeklerin puanı fiziksel aktivite alt ölçeğinde anlamlı yüksekti. Temel bilimlerde çalışan hekimlerin puanları cerrahi ve dahili bilimlerde çalışanlardan yüksektir. Gelir durumu iyi olanlarda, sigara kullanmayanlarda, nöbet tutmayanlarda puanlar anlamlı yüksek bulunmuştur. Covid-19 pandemi döneminde yüksek hijyen davranışı gösteren hekimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları da anlamlı yüksek bulunmuştur.

**Sonuç:** Hekimlerin içinde bulunduğu yoğun çalışma saatleri ve nöbet sayıları, gelir durumları gibi dezavantajlı oldukları konular düzenlenmelidir. Hekimlerin ve tüm sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları teşvik edilmeli, uygun ortamlar oluşturulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık davranışları, asistan hekimler, pandemi

## ABSTRACT

### **Investigation of Healthy Lifestyle Behaviour and Associated Factors in Resident Physicians at Cerrahpaşa Faculty of Medicine**

**Aims:** The aim of this study is to determine healthy lifestyle behaviours in resident physicians working at Istanbul University-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Faculty of Medicine and to examine the relationship between sociodemographic characteristics that may affect this variable.

**Materials and Methods:** This is a cross-sectional study. The universe of the research; In September 2020, the Sociodemographic Questionnaire and the Healthy Lifestyle Behaviours Scale II were administered to all physicians working at Istanbul University-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Medical Faculty Hospital. In the research, 401 (61%) of the target audience were reached.

**Results:** In our study, the HLPL-II scale mean score of the residents was found to be (123.60±18.66). The highest subscale score was found in interpersonal relations and spiritual development, and the lowest subscale score was found in physical activity. Women's scores were significantly higher in the nutrition and interpersonal relationships subscale, and men's scores were significantly higher in the physical activity subscale. Physicians working in basic sciences have higher scores than physicians working in surgery and internal sciences. The scores were found to be significantly higher in those who had a good income, did not smoke, and did not keep watch. It was determined that the healthy lifestyle behaviours of physicians who exhibited high hygiene behaviours during the Covid-19 pandemic period were also significantly higher.

**Conclusion:** Disadvantaged issues such as physicians' busy working hours, number of shifts and income levels should be regulated. Healthy lifestyle behaviours of health professionals, especially physicians, should be encouraged and appropriate environments should be created.

**Keywords:** Health behaviours, resident physicians, pandemic

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

### GİRİŞ:

Sağlık kavramı geçmişten bugüne birden farklı teoriyle açıklanmaya çalışılmıştır. DSÖ' nün ifade ettiği en genel tanımıyla 'Sağlık bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali içinde oluşudur.' (1) Halk sağlığı müdahalelerinin önemli bir parçası olan sağlığı koruma kavramı; hastalıkların önlenmesi, sağlığın geliştirilmesi ve yaşam süresini uzatma adına yapılan 3 basamaklı bir yaklaşımdır. (2) Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavramı ise kişilerin yetenek ve becerilerini güçlendirmeye yönelik eylemlerle sağlık üzerine etkili olan sosyal koşullar, ekonomik koşullar ve çevresel koşullara yönelik eylemleri bir arada toplar. (3)

Bireylerin sağlıklarını korumak ve geliştirme adına kendi karar alma mekanizmalarından geçirdikten sonra ortaya çıkan davranışlara sağlıklı yaşam biçimi davranışı denir. Bu davranışlar sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite yapma, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, maneviyat ve kişiler arası ilişkilerden oluşmaktadır. Tüm bu davranışlar bireyin kronik hastalıklardan korunması, iyilik halinin sağlanması ve devamı için önemli olup, gerek davranışların teşviki gerek destelenmesi adına eğitim, politika, kamuoyu gibi çoklu sistemlerin bir arada çalışması gerekir.

### AMAÇ:

Bu çalışmada amaçlanan; İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde çalışan asistan hekimlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tespiti ile bu değişkenin üzerinde etkili olabilecek sosyodemografik özelliklerle arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlarla, üniversite hastanesinde çalışan asistan hekimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesini sağlamak, mevcut tespit edilen sorunlara öneriler sunmak ve alanyazına katkı sağlamak amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sağlık Kavramı

Tarihte sağlık tanımı 1000 yılında ortaya çıkmış olup, Eski İngilizcede sağlam veya bütün olma anlamına gelmektedir. Eski Yunanlılarda sağlık ilahi bir güç olarak görülüp, hastalık ise doğaüstü bir olay olarak değerlendirilirdi. Yunanlılardan gelen bu görüşler batının sağlık ve hastalık hakkındaki görüşlerinin kaynağı oldu.(4) Sağlık kavramında ortak bir tanımlama yapabilmenin güç olduğu, birçok kişi tarafından tarih boyunca farklı boyutlarda değerlendirildiği ve bu tanımların içinde bulunan toplumların kültürlerine göre değiştiği aşikârdır.

Günümüzde de kabul gören sağlık kavramıyla ilgili 3 ana görüş vardır. Bunlardan en eski olan birinci kavram geleneksel sağlık kavramıdır. Bu görüş yirminci yüzyılın ilk yarısında kabul görmüş olup hastalığın yokluğunu ifade eder. Esas olarak hekimler ve sağlık personeli tarafından büyük ölçüde kabul görmüştür. İkinci tanım, 1940'ların sonlarında ortaya çıkmış olup Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) geliştirdiği bir sağlık kavramıdır. Sağlığı, hastalığın yokluğuyla beraber daha bütüncül yaklaşımla ele alan, iyilik halini içeren bir tanım getirmiştir. 70'li yıllarda ortaya çıkan üçüncü tanımla ise sağlığın göreceli bir kavram olduğu ve bireyin çevresiyle (fiziksel, sosyal) olan ilişkisi ele alınmıştır.(4-6)

**Geleneksel (Tıbbi) Sağlık Kavramı:** Balog (1978) tarafından tanımlanan bu kavram, basitçe kişinin hasta olmadığı durumda geçerli olan ve daha çok doktor ve sağlık personelleri tarafından kabul gören bir durumdur. Sağlık ve hastalık kavramlarının gözleme dayalı bir durum olduğundan bahseder. Anatomi, fizyoloji ve bakteriyoloji gibi alanlar bu tanımı destekleyici katkılarda bulunur. Kişinin bütün halinde değerlendirilmesinden ziyade semptom, belirti ve sorunu olmayan kişiler sağlıklı olarak görülür. Ancak bir bireyin sağlıklı olabilmesi için mutlak hastaliksız olması gerekmez, bütüne bakıldığında daha az semptomlu biri de sağlıklı olabilir.(4, 5)

Tıbbi sağlık kavramı aynı zamanda ölüm ile en iyi düzeyde sağlıklı olma arasında geniş bir yelpazede hastalıkları kategorize etmiştir. Ayrıca bir toplumun sağlık durumunu da bu tanımla göstermek basittir; klinikte hastalık belirtileri gösteren kişilerin sayıları ile belirti göstermeyen kişilerin sayılarının kıyaslanmasıdır.(6, 7)

Bu kavramın kısıtlılıklarından biri ise sađlđın hastalandıktan sonra negatif bir belirteçle tanımlanması ile hastalığın daha oluşmadan önlenmesindeki özellikle koruyucu hekimlik kısmının göz ardı edilmesidir.(7)

Hastalığın yokluğu tanımı ile tıpta hastalığı olmayan kişiler sağlıklı olarak değerdendirilirken, bu durum kişinin nasıl hissettiğiyle alakalı olmayabilir. Bir takım laboratuvar bulguları ve klinik deneyimlerle sınırlı kalabilir.(6)

**Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Sağlık Kavramı:** 1948 yılında imzaladığı anayasanın ilk cümlesinde geçtiği gibi sağlık kişinin sadece fiziksel değil aynı zamanda ruhsal ve sosyal bütün olarak iyilik hali içerisinde olmasıdır. Başlangıçta bu tanım ile sağlık kavramının, hastalığın olup olmaması şeklinde negatif bir kavramdan çok öte bir durum olduğu vurgulanmıştır.(1)

Sağlığı, bütüncül bir yaklaşımla ele almış ve iyilik halini içeren bir tanımla geleneksel sağlık kavramından öteye götürmüştür. Bununla birlikte sađlđın sosyal, psikolojik, fiziksel ve ekonomik yönleri de sağlık tanımına dahil edilmiştir. Böylelikle sađlđın sadece hastalık yokluğu olduğu katı görüş değıştirilmeye çalışılmıştır. Bazılarına göre bu kavram çok geniş bir yelpazede tanımlanmış olup, gerçekçi ve erişilir olmaktan uzaktır.(4)

Bütüncül yaklaşımdan bahsederek bu yaklaşım Larson tarafından **Holistik Model** olarak tanımlanmıştır. Holistik model; kişiyi sosyal, psikolojik ve fiziksel yönden ele alan bir sağlık modelidir. Sađlđın pozitif bileşenlerinden biri olan iyilik halinden bahseder. Sađlđın fiziksel, ruhsal ve sosyolojik açıdan ölçülebilmesi adına DSÖ tarafından birçok model geliştirilmiş olup, bu ölçüm modellerinin gerçekte uygulanması zor olduğu için ütöpik bir tanım olduğunu savunan karşıt görüşler oluşmuştur.(7)

Bir başka eleştiri konusu tanımda ekonomik iyilik halinden ve kişinin manevi iyilik halinden bahsedilmemiş olmasıdır. Talcott Parsons ise sađlđın fiziksel ve işlevsel tanımlamalarının ötesinde kişinin inanç ve değerleriyle birlikte içinde bulunduğu toplumdaki sosyal rollerini yerine getirebilme yeteneği olduğunu söylemiştir.(7, 8)

Herkes için hayat koşulları aynı değildir; savaşlar, doğal afetler, fakirlik ve içinde bulunduğu kültürün değerdargıları tüm bunlar her insanın birbirinden farklı olmasına neden olur. Bu farklılıklar ile her insanın iyilik hali de yaşadığı şartlara göre değışir. Bu yüzden beden, ruh ve sosyal iyilik hali tanımını netleştirmek zordur.(7)

Eleştirilen diğer bir taraf ise, hastalığın yokluğuyla beraber işlevselliğin ve iyilik halinin olduğu duruma sağlıklı denilmesidir. Bir hastalığın belirtilerini gösterip kendini hasta hissetmeyen bireyler olabilir, aksine hasta olmayıp kendini hasta hissedenler de olabilir. Örneğin bir Peptik Ülser hastasının, hastalığını bilmeyip sorun yaşamadan hayatına devam etmesi gibi. Bu tür hastalığı olan kişilerin yaş ve cinsiyetine uygun günlük yaşam işlevlerini yerine getirebildiği için bu kişiler bu tür tanımdan kaçacaktır.(6, 7)

Larson tarafında tanımlanan **İyilik Modeli**, iyi olma durumundan daha kapsamlı bir tanım olup DSÖ' nün iyilik tanımını daha geniş şekilde açıklamıştır. Burada sağlık subjektif olarak hissetmeyle alakalı bir durumdur. Kişi yaşadığı hayat içinde üretirken başarılı, verimli, enerjik bir şekilde tam bir kapasiteyle bunları yapabilmeli ve kendini sağlıklı hissetmelidir. Bu hissetme durumu kişinin yaşı ve içinde bulunduğu kültüre göre değişen aynı zamanda ölçülmesi zor bir konudur.(7)

**Çevresel Sağlık Kavramı**; bu kavram diğerlerinden farklı olarak sağlığın daha göreceli olduğu ve çevreyle birey arasındaki ilişkinin önemine vurgu yapmıştır.(4) Bu model aynı zamanda sistem teorisinin de bir parçası olup, bireyin davranışını ve ilişkili olan sistemleri bir çevre içinde gözlemlemiştir. İnsanlar hiçbir zaman çevreden tamamen soyutlanamaz ve sürekli değişen çevrenin etkisi altında kalır.(7)

Herbert Spencer bu tanımlama üzerine sağlığın bir canlı organizmanın çevresiyle olan uyum ve süreklilik halinden bahsetmiştir. Çevreyle olan bu uyum kişinin stresle başa çıkabilme yeteneği olarak görülmüştür. Buradaki stres faktörü kişinin rutin hayatında karşılaştığı olayların dışında yaşadığı bir stres faktörüdür. Buna örnek bir eş kaybı, kişinin yaşadığı sıcak hava dalgası ya da enfektif bir durum (Salmonella typhi) verilebilir. Stresle başa çıkabilme yeteneğini ölçmek kolay olmasa da, sağlık tanımında önemli bir boyutu temsil eder.(8)

Tıpta meydana gelen gelişmelerin, insanın sağlık durumu üzerine beklenenden daha az etki yaptığı görülmüş ve çevrenin insan sağlığı üzerine etkilerinin araştırılmasıyla bu etkinin daha büyük olduğu kanıtlandıkça, çevresel modele olan önem artmıştır.(7)

Çevresel görüşte bazı zorluklar ortaya çıkmıştır. Kişiler yeterince uyum sağlasa bile neyin sağlıklı neyin sağlıklı bir adaptasyon olduğu konusunda yeterince kesin ayrımlar yapmak pek mümkün değildir. Bireyin kendisi ve çevresiyle kurduğu uyumdan bahsederken hastalık varlığında bile kişilerin hayatlarını en iyi şekilde geçirmelerini sağlayan bir iç denge kurma mekanizmaları olduğunu görüyoruz. Bu durum tıpkı bulutlarla kaplandığında bile

yerinde kalan gökyüzü gibi hastalıklarla dolu bir hayatta da insan varlığını sürdürebilir. Bu tanım ile hastalıkların, kişilerin dengelerini etkilese bile sağlıklarının yerine geçmediğini anlıyoruz. Dahası normallik, düzgün işleyiş ve uyum sağlama sosyal olarak inşa edilen kavramlar olup bir kültür tarafından sağlıklı kabul edilenin başka bir kültürde yeri olmayabilir.(4, 6)

## **2.2. Sağlığı Koruma**

Bulaşıcı hastalıklar ile çevresel, kimyasal, radyolojik tehditlerin etkilerinin belirlenmesi ve bu etkilerin önlenmesi ve hafifletilmesinde uzmanlarla işbirliği yoluyla bireylerin, grupların ve toplumun korunmasıdır. Hastalıkların önlenmesi, yaşamı uzatma ve sağlığın geliştirilmesi adına yapılan organize işlerin toplamı olup Halk Sağlığı müdahalelerinin önemli bir parçasıdır. Sağlığın korunması temelde üçe ayrılır.(2)

### **2.2.1.Sağlığın Birincil Koruması**

Hastalık veya sakatlık durumu oluşmadan, hastalığa yatkın veya duyarlı olan özel bir popülasyonu hedef alan eğitim, aşılama, çevresel koruma, sağlığın geliştirilmesi ve teşviki gibi geniş alanda yapılan önleme çabalarıdır. Birincil koruma; evlerde, toplu kullanılan ortamlarda ve sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü birinci basamak olan yerlerde sağlanabilir.(9)

Sağlık Eğitimi, toplumda risk altındaki bireylerin risk durumlarını anlamalarını ve maruz kalabilecekleri durumları azaltmaya yönelik davranışların teşvikini sağlar. Örnek olarak bir bulaşıcı hastalığı önlemek için gerekli mesajın risk altındaki topluma ulaşabilmesi için hedef toplumun eğitim düzeyi, konunun önemi ve hedef kitleye ulaşımında kullanılan medya kanalları doğru tespit edilmelidir.(10)

Sağlığın geliştirilmesine yönelik fiziksel aktivite ile yeterli ve dengeli beslenmeye olan teşvik çalışmalarını içerir. Ayrıca hastalık ve yaralanmalara karşı aşılama, cinsel danışmanlık, aile planlaması da birincil korumanın içerisindedir. Çevresel koruma; temel temizlik ve gıda güvenliğinden, ev ve iş yeri güvenlik planlamasına ve hava kalitesi kontrolüne kadar uzanmaktadır.(9)

Birincil koruma hastalığı oluşturan nedenler bilindiğinde ve önleyici stratejiler yeterli olduğunda uygulanabilmesi mümkündür. Nedenlerin bilinmediği ve önleme stratejilerinin yetersiz olduğu durumlarda, erken teşhis ve tedavi ön plana geçer.(3)

### **2.2.2.Sağlığın İkincil Koruması**

İkincil korumanın temel amacı bir hastalık durumunun varlığını olabildiğince erken aşamada tespit etmek ve hızlı müdahale ile hastalığın iyileşme olasılığını artırmak veya daha fazla komplikasyonun görülme olasılığını azaltmaktır. (10, 11)

Sağlık taramaları ikincil müdahalenin temelini oluşturur. Taramanın teşhis amaçlı olmadığı, pozitif veya şüpheli bulguları olan ve daha sonra tıbbi değerlendirme ya da tedavi gerektiren kişileri belirlemeye yönelik olduğudur. Bunlar serviks, kolon, meme kanseri gibi kanser taramaları, gebelerde doğum öncesi yapılan taramalar, belirli grupların tüberküloz açısından taranması gibidir. Ayrıca ikincil korumada ailesel kalp hastalığı, diyabet ve akıl hastalığı öyküsü olan kişilerde, uygun tarama prosedürleri hakkında eğitim verilerek taramaya bu kişiler de dahile dlebilir.(9-11)

### **2.2.3.Sağlığın Üçüncül Koruması**

Üçüncül koruma, kronik hastalıklarda engelliliğin sınırlandırılması ve rehabilitasyona dayalı müdahaleleri içerir. Tedavi ve rehabilitasyon dışında hastaların yeni oluşan engellilik halleriyle başa çıkmalarına yardımcı olacak danışmanlık hizmetlerini de içerir. Bunlar çoğunlukla sağlık merkezlerinin ikinci ve üçüncü basamaklarında meydana gelir. Üçüncül korumaya örnek olarak tıbbi tedavi; aktif tüberkülozlu bir bireye uygulanan doğrudan gözlemlili tedavinin uygulanmasıdır. Diyabetli bireyde, diyabetik nöropatiye bağlı amputasyonu ve retinopatiye bağlı körlüğü önlemek amaçlı yapılan şeker regülasyonu da üçüncül korumaya başka bir örnektir. Bulaşıcı hastalıklarda ise üçüncül korumaya yönelik yaklaşımlar karantina çalışmalarıyla hastalık kontrolünü içerir.(3, 9-11)

### **2.3.Sağlığın Geliştirilmesi**

Sağlığı geliştirme kavramı temelleri 1970’li yıllarda atılmıştır. 1978 yılında ise Kazakistan’ın Alma Ata kentinde üye ülkeler tarafından kabul edilen ‘Alma- Ata Bildirgesi’ ile Temel Sağlık Hizmetleri’nin önemine vurgu yapılmıştır.

DSÖ tarafından yapılan “Herkes İçin Sağlık” (HİS) sloganıyla ülkelerin kendi temel sağlık hizmetlerini iyileştirici planlar yapması ve 2000 yılına kadar bu planların tamamlanmış olması hedeflenmiştir. DSÖ, HİS stratejisiyle sağlığın merkezinde olduğu bir kalkınma programı oluşturup tüm bireylere sosyal, ekonomik ve üretkenliğin olduğu bir yaşam fırsatı vermeyi amaçlamıştır.(12)

HİS ve temel sağlık hizmetleri özünde eğitim, gıda, barınma, barış, gelir, istikrarlı bir çevre, hak ve adalet ile sürdürülebilir kaynaklar ile var olan hizmetlerdir.(13)

Tüm bu gelişmeler devamında sağlığın geliştirilmesi kavramının önemini artırarak 1986 yılında İlk Sağlığı Geliştirme ve Teşviki Konferansı Ottawa'da yapılmıştır. Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki kavramıyla kişilerin sağlıkları üzerindeki otokontrollerini artırmaları, sağlıklarını geliştirmeleri ve daha iyi bir hale getirmeleri için gerekli süreçler sağlanmışır. Sağlık, insan hayatı için bir kaynak olarak ele alınıp belli amaçlar belirlenip fiziksel, sosyal ve ruhsal olarak bütün bir iyilik hali sağlanmalıdır. Gerekli durumlarda çevre bu amaçlar için değiştirilip daha iyi hale getirilebilmelidir. Bu tanım ile sağlık kavramı; yaşam kaynağı olarak kavramsallaştırılarak, odağı hastalıkları önlemeden sağlık için kapasite geliştirmeye doğru değiştirilmiştir.(3, 12, 13)

Sağlığın geliştirilmesi ve teşvikinin dayandığı beş temel ilkeden birincisi, sağlıklı halk politikalarının gerçekteşmesidir. Politika, bir kuruluşun faaliyetlerine öncülük eden bir dizi kural ve amacı ifade eder. Sağlıklı halk politikalarında sağlık dışındaki sektörler tarafından sağlığın desteklendiği, her düzeyde politika yapıcısının gündeminde sağlığın olduğu sistemlerdir. Böylece sağlık politikası, ihtiyaçlara, mevcut kaynaklara ve diğer siyasi baskılara karşı sağlıkta önceliklerin ne olduğunu tanımlar. Aynı zamanda eşitlik ve sosyal reformların gerçekteştiği, daha sağlıklı kamu hizmetlerinin olduğu ortamlara da katkıda bulunur.(3, 12, 13)

İkinci temel ilke ise sağlık için destekleyici çevreler oluşturmaktır. Destekleyici çevre fiziksel, politik, ekonomik, sosyal çevreyi içermektedir. Destekleyici ortam; tatmin edici, teşvik edici, güvenli ve keyifli yaşam ve çalışma koşulları demektir. Koşulların tam sağlanamaması sağlığın da bozulmasına neden olabilir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, toplumun bireysel, ekonomik ve sosyal açıdan sağlıklı ve üretken bir hayat sürmeleri için gerekli ortamlar yaratır. Ayrıca doğal kaynakların korunması dünyanın sorumluluğuunda olup sağlığın geliştirilmesi ve teşviki stratejilerinde yer almalıdır.(3, 13)

Üçüncü ilke topluluk eylemini güçlendirmektir. Topluluk; ortak yaşam ihtiyaçları, ilgi alanları, değerleri, sosyal sorunları ve kültürel kalıpları olan gruplardır. Belli bir bölgede yaşayan insan grupları olabileceği gibi aynı iş yerinde çalışan veya aynı okula giden gruplardan da bahsedilebilir. İnsanlar önceliklerinin ve ihtiyaçlarının belirlenmesinde, bu ihtiyaçlarının karşılanma sürecinde gerekli plan ve stratejilerin yapılmasında aktif olarak görev alırlar. Bu şekilde toplumun katılımı, sağlığın belirleyicilerini etkilemede hem

kapasiteyi artırır hem de sahiplenme duygusuyla seferberliği artırır. Aynı zamanda toplumdaki kişilerin bilgiye erişimi için finansal kaynaklar da sağlanmalıdır.(3)

Dördüncü ilke kişisel becerileri geliştirmektir. Kişilerin günlük yaşamla başa çıkabilmeleri için gerekli beceriler, çevreyle olan uyumu ve kişinin kendi üzerinde olan kontrollerini artıran davranışlardır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesiyle, kişinin eğitim ve bilgiye ulaşımı artırılarak, kişinin kendi sağlığı için daha elverişli seçimler yapabilmesini kolaylaştırmaktadır. Kişilerin yaşam boyunca kronik hastalıklar, kazalar gibi tüm aşamalara kendilerini alıştırma ve neler ile karşılaşabilecekleri konusunda hazır olup, baş etme kapasitelerini artırmaları sağlanır. Kişisel beceri kazanımı; eğitim, meslek, gönüllü ve ticari kurumlar vasıtasıyla toplu bir hareket olarak sağlanır.(3, 13)

Sonuncu beşinci ilke ise sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesidir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ait sorumluluklar toplum, çevre, sağlık çalışanı ve hükümet arasında paylaşılmalı ve tüm bu sektörler sağlık adına birlikte çalışmalıdır. Sağlık sadece tedavi verici olmanın ötesinde kültürel farklılıklara ve ihtiyaçlara göre yeniden düzenlenmelidir. Ayrıca sağlığın teşviki ve geliştirilmesi adına bilimsel çalışmaların ve araştırmaların da önemi artırılıp insan sağlığını bütünüyle ele alan sistemler inşa edilmelidir.(13)

Aaron Antonovsky tarafından da ‘salutojenik yaklaşım’ olarak tanımlanan sağlıkta, bireyselliğin üstesinden gelinerek sosyal çevre ve politikaların önemi vurgulanırken aynı zamanda sağlığın teşviki ve geliştirilmesiyle ilgili olan bireysel risk faktörü ve davranışlarının yerine sağlık belirleyicilerinin önemi daha çok vurgulanmıştır.(12)

Özet olarak; sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, kişilerin yetenek ve becerilerini güçlendirmeye yönelik eylemlerle sağlık üzerine etkili olan ekonomik koşullara, sosyal ve çevresel koşullara yönelik eylemleri bir arada toplar. Sağlık eğitiminin ise politikalarla desteklendiği boyutta hala sağlığın merkezinde bir yeri vardır. Ayrıca toplumun aktif olarak dahil edilmesi sağlanarak, aktif bilgi paylaşımı ile karar alma süreçlerine aktif katılımlarıyla etkileşimin devam ettiği bir süreç sağlanmalıdır. Bu nedenle sektörler arası iş birliği temel ilke olup sağlığın teşviki ve geliştirilmesi tüm sektörlerin sorumluluğundadır.(3)

## **2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı**

Bireyin gerek sorumluluğu gereği gerek kendi sağlığını korumak ve yükseltmek adına aldığı karar mekanizmalarının bir bütünü olarak göstermiş olduğu davranışların toplamına sağlıklı yaşam biçimi davranışları denir.

Bunlar; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve kişiler arası ilişkiyi kapsamaktadır.

### **2.4.1. Sağlık Sorumluluğu**

Bebekler, ruh hali normal sınırlar içinde olmayanlar ve muhakeme yeteneği açıkça yoksun olan insanlar haricinde genellikle bireyler kendi davranışlarından sorumlu kabul edilir. Sağlık sorumluluğu ise bireyin hem ruhsal hem fiziksel iyilik halini koruyabilmesi adına üzerine düşen her türlü görevi yerine getirmesidir.(14, 15)

Kişinin sağlık davranışı, rol sorumluluğu ve nedensellik sorumluluğu olarak iki farklı tanım ile anlam kazanır. Rol sorumluluğunda kişinin bedeni kendine aittir ve kişi kendi üzerinde otonom karar verir. Nedensellik sorumluluğunda ise kişinin sağlık davranışları büyük ölçüde kişinin karar mekanizmasını etkiler.(16)

Kişisel sağlık davranışlarından birey haricinde toplumun da sorumlu olduğu düşüncesi tartışılmakta olup, sivil toplum örgütleriyle politika yapıcılara da bu konuda sorumluluk yüklenmektedir. Sağlık sunucuları tarafından bireylerin ihtiyacı olan eğitim verilerek hastalık sonrası doktora başvurmak yerine, sağlık davranışı oluşturarak kendilerini koruyabilecekleri öğretiler. Ayrıca kişilerin sosyokültürel durumları, sağlık okuryazarlığı, sağlık arama davranışları da sağlık sorumluluğunu etkilemektedir.(15, 17)

Sağlık sorumluluğu yüksek olan bireylerde yaşamları boyu kendi sağlıkları üzerine olan hakimiyeti ele almış olmaları, sağlıklarını koruyup geliştirmeyi destekleyecek tüm davranışları alışkanlık haline getirmiş ve tüm bunları yaparken yeterli fiziksel ve psikolojik desteğe sahip olmaları beklenir.

### **2.4.2. Manevi Gelişim**

Maneviyat kişinin evrende olan yerini, diğer insanlarla olan ilişkisini ve hayatı anlamlandırmasında yardımcı olan bir içsel güçtür. İnsanın varoluşundan beri sağlık arayışına bakıldığında fiziksel olan dışında maddenin ötesinde, manevi arayışların olduğu da görülür. 20.Yüzyılda insanlar için manevi arayışın tedaviyi destekleyici olduğu görülmüş ve tıbbi

tedavilerde manevi yaklaşımın önemi artmıştır. Bireylerin hayata karşı geliştirdikleri anlam ile hayatta kaldıkları süreçte sağlıkları üzerine olan tercihleri ve sonuçları da değişir.(18) Örneğin manevi gelişimi yüksek kişilerde sağlığı geliştirici olan davranışlarda artış, sağlığı olumsuz etkileyen uyuşturucu gibi yasaklı madde kullanımının azalması sıkça görülür.(19)

Manevi destek, travmatik olaylar sonrası uyumu artırır ve stresle ilişkili hastalıklara karşı koruma sağlar. Düşük kan basıncı, yüksek bağışıklık sistemi ve azalmış depresyon da yüksek manevi gelişim ile ilişkilendirilmiştir.(19)

#### **2.4.3.Kişiler Arası İlişki**

Sosyal ilişkilere bakıldığında sosyal destek ve sosyal bütünleşme kavramları karşımıza çıkar. Sosyal destek denildiğinde; bireyin diğer kişiler tarafından sevildiği, saygı duyulduğu, birlikte bir yardımlaşma ağının içinde olduğu kavramıdır. Bu kavramda kişi desteği aile, arkadaş ve içinde bulunduğu meslek grubundan sağlayabilir. Sosyal bütünleşme ise; kişinin kurduğu sosyal ilişkilerdeki temasın sayısına, yoğunluğuna ve kapsamına bakar.(20)

Sosyal epidemiyoloji çalışmaları, sosyal ilişkinin farklı sağlık davranışlarıyla olan ilişkisini araştırmakta olup, beden ve ruh sağlığına olan etkisini de araştırmaktadır. İyi bir sosyal ilişki yokluğunun, mortalite ve morbidite üzerine önemli bir risk faktörü olduğu ortaya çıkarılmıştır.(20-22) Sanayileşmiş toplumlarda kötü sosyal ilişkisi olan kişilerin mortalite oranı daha yüksek bulunmuştur. Belirli tıbbi hastalığa sahip olan kişilerde de (örneğin koroner arter hastalığı olanlarda) sosyal izole olma arttıkça mortalitede artış görülmüştür.(20) Sosyal ilişki ve ölüm arasındaki bu ilişki yaş, cinsiyet, başlangıçtaki sağlık durumu, takip süresi ve ölüm nedeninden bağımsızdır.(23)

#### **2.3.4.Fiziksel Aktivite**

Enerji tüketerek vücudumuzun kas ve iskelet sistemini günlük yaşam içerisinde hareket ettirmeye fiziksel aktivite denir. Solunum sayısı artışı ve kalp atımında artışla birlikte farklı yoğunluk ve çeşitte olabilir. Örnek olarak; koşma, sıçrama, yürüme, bisiklete binme gibidir. Bunlara ek olarak vücudun kısmi ya da tümünü hareket ettiren dans, oyun ve egzersizler ve günlük hayattaki rutin hareketler de fiziksel aktiviteye girer. Egzersiz ise rutin belli bir düzende olan ve tekrar edilen fiziksel aktivitelerdir.(24)

Yoğunluklarına göre fizik aktiviteler üç gruba ayrılır. Düşük yoğunlukta aktivite; yavaş tempoda yürüme ve ev işleri gibi günlük rutinde az çaba gerektiren hareketlerdir. Kalp ve solunum hızı dinlenmenin biraz üzerindedir. Orta yoğunlukta aktivite; yüzmek, düşük

tempoda koşu, hızlı yürüyüş, düşük tempoda bisiklet sürmek gibi kasların normalden fazla yorulduğu, kalp ve solunum hızının daha yükseldiği aktivitelerdir. Kişiler orta düzeyli aktivitede sırasında rahat konuşabilmesi beklenir. Yüksek yoğunlukta aktivite ise; tempolu koşu, futbol, basketbol, voleybol, tenis oynamak gibi kalp ve solunum hızı çok yüksektir ve egzersiz esnasında kişinin rahat konuşması beklenmez.(24)

Fiziksel aktivitenin çok çeşitli fizyolojik etkileri vardır ve vücutta çeşitli sistemleri etkiler. Özellikle aktiviteyle oluşan enerji kaybı haricinde bazal metabolizmayı hızlandırarak da enerji kaybını önemli ölçüde artırır. Yağ kütlesinde azalmaya neden olur ve vücut kompozisyonunda önemli değişiklikler oluşturur. İstirahat durumundaki kan basıncını azaltır ve koroner arterlerde kan taşıma kapasitesini artırır. Vücutta uygun kan dağılımını sağlar ve lipit profilinde olumlu düzenlemeler yapar. Kan şekeri dengesini düzenler ve bağışıklık üzerinde (yoğun ve uzun aktiviteler hariç) olumlu etkisi vardır.(25)

Fiziksel aktivite kilo alımı ve obezite üzerindeki olumlu etkileriyle kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve tip 2 diyabet gibi birçok kronik hastalık yönünden koruyucudur. Ayrıca tip 2 diyabet üzerine bağımsız olarak %33-50 oranında azaltıcı etkisi vardır. Erkeklerde kolon kanseri ve menopoz sonrası kadınlarda meme kanseri riskini azaltmaktadır. Çocukluk çağında özellikle büyüme dönemlerinde kemik sağlığı üzerine fiziksel aktivitenin uzun süreli etkisi vardır ve koşma, zıplama tarzı egzersizlerin kemik gücünde artış yaptığı bilinmektedir. İleri yaşta erişkinlerde osteoporotik kırık riskinde azalma, denge ve koordinasyondaki artışla meydana gelmektedir. Ruhsal iyilik halini korumada ve bilişsel gerileme, kaygı, depresyon gibi hastalıklarda da olumlu etkileri vardır.(25, 26)

DSÖ tarafından yayınlanan kılavuzda hayat boyu fiziksel aktiviteyi artırmak ve sedanter yaşamın önüne geçmek amaçlanmış olup, politikacılar tarafından bunun desteklenmesi ve bu konuda birlikte çalışmanın önemi belirtilmiştir. Kılavuz her yaş grubunda uygun olan aktivitenin süresinden, sıklığından ve yoğunluğundan bahsederken aslında hiç hareket olmadan yaşamaktansa yapılabilen her hareketin iyi olduğu savunulmuştur. Buna göre çocuk ve ergenler gün içinde en az 60 dakika orta veya şiddetli yoğunlukta egzersiz yapmalı, bu egzersizlerin haftada en az 3 günden fazlası ise şiddetli yoğunlukta kas ve kemik geliştiren egzersizler olmalıdır. 18-64 yaş grubunda ise 150-300 dakika orta yoğunlukta veya 75-150 dakika şiddetli yoğunlukta egzersiz yapılmalı buna ek haftada 2 veya daha fazla kas güçlendirme egzersizleri yapılmalıdır. 65 yaş üzeri kişilerde de benzer şekilde 150-300 dakika orta tempo ya da 75-150 dakika şiddetli tempoda egzersiz

yapmalıdır. Ayrıca daha önceki verilerde de kadınların erkeklerden, sosyoekonomik durumu düşük ülkelerin yükseklerden anlamlı fark olduğu görülmüş olup tüm bu tavsiyeler yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik durumdan bağımsız tüm herkes için eşit bir şekilde yapılmıştır.(27)

### **2.3.5.Beslenme**

Beslenme en insani ihtiyaçlarımızdan biri olup yaşamın devamı ve sağlığın korunması amaçlı besinlerin kullanılmasıdır. Beslenme yaşa, özel duruma ve cinsiyete göre uygun bir biçimde planlanarak ve besinlerin tüm içeriğindeki bileşimlerin vücuttaki etkileri bilinerek tüketilmesidir. Tüm bunlar yeterli ve dengeli beslenme tanımıyla açıklanmaktadır. Yeterli beslenme alınan enerjinin vücut için yeterli olması anlamına gelirken, dengeli beslenme ise besin öğelerinin yağ, protein, karbonhidrat, vitamin, mineral açısından dengeli olmasıdır.(28)

Beslenme ile sağlık arasındaki ilişki bir takım makro ve mikro düzeyde besin eksikliğine bağlı olup, bazı doymuş yağ asitlerinden zengin, aşırı tuzlu, yüksek şeker içeren ve işlenmiş gıdaların (trans yağlar içeren) tüketiminin fazla olması da aynı zamanda sağlığı olumsuz yönden etkilemektedir. Gıdaya ulaşım ve gıdanın üretimi ve dağıtımı konuları da halk sağlığı açısından önemli olup politikalar buna göre oluşturulmaktadır.(28, 29)

DSÖ tarafından oluşturulan sağlıklı beslenme ve besin seçimini kolaylaştıran CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention) piramidi yeşil, turuncu ve kırmızıdan oluşan üç renk düzenini kullanır. En alttaki yeşil renkli kısım kişilerin yerken tereddüt duymadan ihtiyacına göre tüketebileceği tahıl, ekmek, makarna, pirinç ve patatesten oluşur. Yetişkin bir kişi için bu grup, beslenmesinin günlük en az yarısını oluşturması önerilir. Sebze ve meyvenin olduğu diğer yeşil kısımda yetişkin bir kişi için 400 gram önerilmektedir. Kişi bu miktarı günde 5-6 porsiyon şeklinde tüketebilir. Sebze ve meyve tüketiminde öncelikle taze olması tercih edilmeli ancak dondurulmuş ve konserve şeklinde tüketebileceği de söylenmiştir. Piramidin turuncu kısmı tüketilirken dikkatli olmakta faydalı olan et ve baklagillerden oluşan kısımdır ve kilogram başına 0,8 gram tüketilmesi önerilir. Turuncu tabakanın devamında süt ve süt ürünlerinden oluşan kalsiyum alımının sağlandığı besinler vardır. Porsiyonlar vücut büyüklüğü, yaş ve cinsiyete göre değişmektedir. Kırmızı olan kısım kişilerin tüketmeden önce durup düşünmesi gereken enerjisi yüksek olup mikro besin içeren gıdalardan oluşmaktadır.(30)

Türkiye’de beslenmeyle ilgili duruma bakıldığında genel olarak sorunların başında; besin üretim ve dağıtım aşamasındaki yetersizlikler, besine ulaşımındaki ekonomik alım

gücünün düşüklüğü, kültürel olarak yanlış beslenme alışkanlıkları ve eğitim eksiklikleri, aile üye sayısının yüksek olması ve çevrenin sağlık açışınan uygun olmayışdır. Türkiye de yürütölen sağıklı beslenme eylem planlarında yeterli miktardaki besleyici ve güvenilir gıdaya ulaşım politikaları vardır. Güvenli olmayan gıdalar özellikle yaşlı, hasta, küçük çocuk ve yeni doğanları etkileyen ishalden kansere birçok hastalığa sebep olabilmektedir. Yeni doğan ve gebelerin doğru beslenmesi ileri dönemde yetişkinlik çağındaki kronik hastalık riskini önemli ölçüde azaltır. Gıda kaynaklı hastalıkların sağık sisteminde büyük bir yük oluşturduğu ölkemize dış ekonomi, turizm ve ticaret açısından zarar verdiği görölmüşür.(24, 28, 29, 31)

### **2.3.6. Stres Yönetimi**

Stres insan vücudu üzerinde istenmeyen bir etki olan sıkışma anlamında eski Latince ‘Estrictia’ kelimesinden gelen gerilim, dert anlamında bir kavramdır. Bu istenmeyen yük insan vücudunda hem fizyolojik düzeyde hem de davranışsal anlamda bazı tepkisel değışikliklere yol açar. Stres yönetimi; bireyler tarafından strese verilen tepkinin değıştirilmesi, kişinin yaşam kalitesini bozmadan stresle başa çıkabilme yetisi kazanmasıdır.(32, 33)

Stresin genel yönetiminde kullanılan üç temel teknikle kişilerin stresle başa çıkabilmeleri sağılanır. Bunlar beden olarak gevşeme, kendi kendini yönetebilme ve kişinin yaşam tarzı yönetmesidir. Bedensel gevşeme; stres anında vücudun gevşemesini sağılayacak (derin nefes egzersizleri, meditasyon, gevşeme egzersizleri, biyofeedback) teknikler kullanılır. Kendi kendini yönetme; bireyin kışkırtıcı bir durumda iç uyarılma düzeyinin kontrolünü sağılar ve duruma karşı daha serin kalabilmesine odaklanır. Yaşam tarzı yönetme; hayattaki ödöl ve gerilim arasındaki dengeyi sağılayıp, zamanını ve faaliyetlerini bu dengeyi koruma yönünde ilerletebilmesidir.(33, 34)

Stres yönetiminin öğrenilmesiyle obezite, diyabet, iskemik kalp hastalığı, immün yetmezlik, tükenmişlik sendromu, zihinsel hastalıklar ve aşırı alkol tüketiminin önüne geçildiğı gösterilmiştir.(35) Stresin kanser hastalığında psikososyal uyumu olumsuz etkilediğı, yorgunluk ve uykusuzluğu artırdığı ayrıca kanserin kendisinin ortaya çıkışını, ilerlemesini ve metastazını artırdığı gösterilmiştir. Bu yüzden stres yönetiminin mortalite ve morbidite üzerine etkisi önemlidir.(36)

DSÖ’nün 2020 yılında çıkardığı rehberde stresli durumlarla nasıl baş edilebileceğı hakkında bilgiler içerir. Rehber bireyin öncelikle stresi tanımasını amaçlar. Kişi zihninde beliren acı düşünceleri ve hislerin ne olduğunu anlamaya çalışır. Bu düşüncelere vücudunda

yer verir onları gözlemler ve etrafına karşı nazik olur. Kişinin bu düşüncelerden sıyrılarak etrafındaki olaylara odaklanması gerektiği, dünyayla iletişimde olması gerektiği ve kendi değerine uygun hareket etmesi gerektiği rehberde açıklanmaktadır.(37)

## **2.5. Uzmanlık Öğrencileri Hekimlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı**

Hekimlerin sağlık davranışları hastalar üzerinde rol model olarak etki eder.(38) Sağlık davranışları iyi olan hekimler hastalara iyi bir danışman olarak hizmet ederler. Örneğin; doktorların düşük yağ tüketimi ile hastalara kolesterolü düşürme açısından verdikleri danışmanlık ilişkisi, doktorların kendilerine yaptıkları meme muayenesi ile klinikteki meme muayenesi performansları ve kişisel güneş kremi uygulaması ile cilt kanserine karşı yaptıkları danışmanlık hizmetleri anlamlı bulunmuştur. Ayrıca kadın hekimlerin kişisel sağlık davranışları ile alkol, egzersiz, grip aşısı, sigara ve hormon tedavileri hakkında verdikleri danışmanlık arasındaki ilişkiler anlamlı bulunmuştur.(39)

Sağlık sisteminde, sağlıklı yaşam tarzının teşvik edilmesinde doktor ve hasta bir bütün olarak görülür. Sağlık davranışı bir hekim tarafından tavsiye edilmişse hastaların bunu benimseme oranı daha yüksektir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde doktorların verdiği danışmanlığın önündeki en büyük engel kendilerinin yapmakta zorlandıkları davranışlar konusunda tavsiye vermektir.(40, 41)

Hekimler yoğun çalışma şartları gereği daha fazla uykusuz kalıp daha fazla sağlıklarını ihmal eder, sağlığı korumaya yönelik aldıkları tedbirler de azdır. Aynı zamanda yoğun çalışma şartları hastalara danışmanlık verme önündeki engellerden biridir.(40, 41)

Hekimlerin bağımsız, güçlü, başarılı ve asla hasta olmayacağına dair olan inanışlar değişmiş olup doktor sağlığına yönelik araştırmalar artmaktadır. Hekim sağlığının odaklandığı alanlar daha çok depresyon, anksiyete bozukluğu, madde kullanımı gibi ciddi ruhsal hastalıklar iken yaşam biçimi araştırmaları daha günlük hayatla ilgili sorunlarla ilgilidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışı üzerinde durmak daha çok araştırma yapmak ve önlemler almak doktor sağlığının gelişmesini ve ciddi diğer hastalıkların önlenmesini de sağlar.(40)

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1.Araştırmanın Yeri

Araştırma İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yürütülmüştür.

#### 3.2.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'ndeki 2020 yılı Eylül ayındaki uzmanlık öğrencileri hekimlerin tamamı oluşturmaktadır. Evrenin net sayısına; dekanlıktan alınan asistan sayısı listesinden ulaşılarak hesaplanmıştır. 563 Türk uyruklu, 90 yabancı uyruklu toplam 653 uzmanlık öğrencisi hekim vardır. Araştırmayı kabul eden tüm hekimler dahil edilip örneklem hesaplanmamıştır.

Dekanlık tarafından alınan izinle uzmanlık öğrencisi hekimlerle yüz yüze görüşülmüş olup çalışmanın amacı açıklanıp, aydınlatılmış onamları alınmıştır. Kişilerin isimleri kullanılmamış olup katılımcı kodu ile bilgiler toplanmıştır.

Hedeflenen evrenin 401 (% 61)' ine ulaşılmıştır. Katılımcılarla Cerrahpaşa Tıp Fakültesi poliklinik, servis ve yoğun bakım servisleri ve ameliyathane girişlerinde görüşülmüştür. Covid-19 pandemisi kuralları gereği ve iş yoğunluğu nedeniyle kısıtlı zaman diliminde bazı katılımcılara ulaşılamamıştır. Süre sıkıntısı yaşayan hekimlerden onam alınarak istekleri dahilinde online olarak iş harici bir zaman diliminde anketler kendilerine iletilmiş ve bu şekilde çalışmaya katılımları sağlanmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Değişkenleri

**3.3.1. Bağımsız değişkenler:** Yaş, cinsiyet, hangi bölümde görev aldığı, medeni durum, eşin öğrenim durumu, çocuk sahibi olma durumu, boy ve kilo ile hesaplanan VKİ (vücut kitle indeksi), kronik hastalık durumu, ilaç kullanım durumu, sigara ve alkol kullanım durumları, meslekte çalışma yılı, ailenin aylık geliri, nöbet tutma durumu, COVID-19 pandemi dönemi hijyen kurallarına uyma durumu

**3.3.2. Bağımlı değişkenler:** Sağlıklı yaşam biçimi davranışı

#### 3.4. Araştırmanın Tekniği

Araştırmanın tekniği kesitseldir.

### **3.5. Veri Toplama Aracı**

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulan kişisel veri formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği- II kullanılmıştır.

#### **3.5.1. Kişisel ve Sosyodemografik Veri Formu**

Kişisel veri formu; uzmanlık öğrencisi hekimlerin kişisel özelliklerini belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır. Formda yaş, cinsiyet, hangi bölümde görev aldığı, boy, kilo, medeni durum, eşin öğrenim durumu, çocuk sayısı, meslekte çalışma yılı, ailenin aylık geliri, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, kronik hastalık durumu, düzenli ilaç kullanım durumu, nöbet sayısı, COVID-19 pandemi dönemi hijyen kurallarına uyma durumlarını içeren toplam 17 soru bulunmaktadır. Covid-19 dönemi hijyen kurallarına uyma durumu katılımcılara kendileri için 1 ile 10 arasında puan vermeleri söylenerek not alındı.

#### **3.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği- II**

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği- II; Walker ve ark. (1987) tarafından geliştirilmiş.1996 yılında tekrar revize edilmiştir. (Walker ve ark. 1996). Ölçek bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışını değerlendirmek için 52 maddelik dördümlük likert türünde ölçektir. Ölçekte altı alt faktör olarak; fiziksel aktivite, beslenme, sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler, manevi gelişim ve stres yönetimi bulunmaktadır. Ölçekte Hiçbir zaman 1 puan ile hesaplanırken Bazen 2 Puan, Sık Sık 3 Puan, Düzenli 4 Puan ile hesaplanır. En yüksek 208, en düşük 52 puan alınabilir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranışını, düşük puanlar ise düşük sağlıklı yaşam biçimi davranışını göstermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Bahar ve ark.(2008) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.92 olup yüksek güvenirlik derecesine sahiptir. Alt boyutlara ait güvenirlik katsayıları Fiziksel Aktivite 0.79, Kişiler arası İlişkiler 0.80, Manevi Gelişim 0.79, Sağlık Sorumluluğu 0.77, Beslenme için 0.68 ve Stres Yönetimi 0.64'tür.(42)

### **3.6. Araştırmanın İzni**

Bu araştırmanın etik kurul izni İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Kurum izni İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi dekanlığından alınmıştır.

### **3.7. Araştırmanın Analizi**

Araştırmanın veri girişi ve analizi SPSS 21.0 ve Microsoft Office Excel 2010 programı ile yapılmıştır. Kategorik verilerde frekans ve yüzde, sürekli verilerde ortalama, standart sapma, ortanca ve 25.-75. Persantiller gösterildi. Sürekli değişkenlerde normalliklere değişim katsayısı, histogram, Skewness- Kurtosis, Q-Q grafiği ve normalite testlerinde bakıldı. Analizlerde bağımsız iki grup karşılaştırılmasında normal dağılım koşullarının sağlanamadığı durumlarda Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis testi sonrası ikili karşılaştırmalar için post-hoc Bonferoni testi kullanıldı. İki sürekli değişkenin kıyaslanmasında dağılım normalse Pearson, değilse Spearman korelasyon testi yapıldı. Sağlıklı yaşam biçimi davranış ölçeği toplam ve alt ölçeklerde güvenirlilik için Cronbach alfa hesaplandı. Anlamlı çıkan değişkenlerin birlikte olan etkisini görebilmek adına Faktöryel ANOVA testi yapıldı.

#### 4. BULGULAR

Çalışmaya katılan kişilerin yaş ortalaması  $28,05 \pm 2,5$ 'dir. (Tablo-5) Çalışmaya katılan hekimlerin 229'u (57,1%) kadın, 172'si (42,9%) erkektir. Çalışmaya katılan 257 kişi (64,1%) dahili bilimlerde, 120 (29,9%) kişi cerrahi bilimlerde, 24 kişi (6%) ise temel bilimlerde görev yapmaktadır. Çalışmaya katılan 126 (31,4%) kişinin medeni durumu evli, 272 kişi (67,8%) bekâr, 1 (0,2%) kişinin eşi vefat etmiş, 1 (0,2%) kişi ise boşanmış, evli olup eşinden ayrı yaşayan ise 1 (0,2%) kişidir.

**Tablo 1:Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri-I**

| Özellik                            | n | Sayı | %    |
|------------------------------------|---|------|------|
| <b>Görev yaptığı anabilim dalı</b> |   |      |      |
| Dahili bilimler                    |   | 257  | 64,1 |
| Cerrahi bilimler                   |   | 120  | 29,9 |
| Temel bilimler                     |   | 24   | 6    |
| <b>Cinsiyet</b>                    |   |      |      |
| Kadın                              |   | 229  | 57,1 |
| Erkek                              |   | 172  | 42,9 |
| <b>Medeni durum</b>                |   |      |      |
| Evli                               |   | 126  | 31,4 |
| Bekâr                              |   | 272  | 67,8 |
| Boşanmış                           |   | 1    | 0,2  |
| Eşi vefat etmiş                    |   | 1    | 0,2  |
| Evli, eşinden ayrı yaşıyor         |   | 1    | 0,2  |

Evli olanların eşlerinin öğrenim durumuna bakıldığında yüksek lisans mezunu, doktora yapmış veya uzman doktor olanların sayısı 76 (58,9%), üniversite mezunu olanların sayısı 52'dir (40,3%). 1 (0,8%) kişinin eşinin öğrenim durumu ise yüksek okul mezunudur. Çalışmaya katılanların 360'ının çocuk sahibi olmadığı, 41'nin ise çocuk sahibi olduğu Tablo-2' de belirtilmiştir.

**Tablo 2:Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri- II**

| Özellik                          | n          | Sayı | %    |
|----------------------------------|------------|------|------|
| <b>Eşin öğrenim durumu</b>       | <b>129</b> |      |      |
| Lise mezunu                      |            | 0    | 0    |
| Yüksekokul mezunu                |            | 1    | 0,8  |
| Üniversite mezunu                |            | 52   | 40,3 |
| Yüksek lisans/<br>doktora/ uzman |            | 76   | 58,9 |
| <b>Çocuk sahibi olma durumu</b>  |            |      |      |
| Hayır                            |            | 360  | 89,8 |
| Evet                             |            | 41   | 10,2 |

Çalışmaya katılanların aylık gelir durumuna bakıldığında geliri giderini karşılayanların sayısı 218 (54,4%), kısmen karşılayanlar 121 (30,2%), karşılamayanlar 62'dir (15,5%). Sigara hiç kullanmamış olanlar 302 (45,3%), sigara kullananlar 79 (19,7%), kullanıp bırakmış olanlar ise 20 (5%) kişidir. Alkol kullanım durumuna bakıldığında hiç kullanmayanlar 179 (44,6%), ayda 1 veya daha az kullananlar 97 (24,2%), ayda 2-4 kez kullananlar 85 (21,2%), haftada 2-3 kez 35 (8,7%), haftada 4 veya daha fazla kullananlar ise 5 (1,2%) olarak belirtilmiştir. Kronik bir hastalığa sahip olma durumuna evet diyenlerin sayısı 80 (20%) iken, hayır diyenler 321 (80%) idi. Katılımcıların düzenli ilaç kullanımı sorgulandığında evet diyenlerin sayısı 60 (15%) iken hayır diyenlerin sayısı 341 (85%) idi.(Tablo-3).

**Tablo 3:Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri-III**

| Özellik                                       | n | Sayı | %    |
|-----------------------------------------------|---|------|------|
| <b>Aylık gelirin gideri karşılama durumu</b>  |   |      |      |
| Evet                                          |   | 218  | 54,4 |
| Kısmen                                        |   | 121  | 30,2 |
| Hayır                                         |   | 62   | 15,5 |
| <b>Sigara kullanma durumu</b>                 |   |      |      |
| Hayır                                         |   | 302  | 75,3 |
| Evet, kullanıyorum                            |   | 79   | 19,7 |
| Kullanıyordum, bıraktım                       |   | 20   | 5    |
| <b>Alkol kullanım durumu</b>                  |   |      |      |
| Hayır                                         |   | 179  | 44,6 |
| Ayda 1 veya daha az                           |   | 97   | 24,2 |
| Ayda 2-4 kez                                  |   | 85   | 21,2 |
| Haftada 2-3 kez                               |   | 35   | 8,7  |
| Haftada 4 veya daha fazla                     |   | 5    | 1,2  |
| <b>Kronik bir hastalığa sahip olma durumu</b> |   |      |      |
| Evet                                          |   | 80   | 20   |
| Hayır                                         |   | 321  | 80   |
| <b>Düzenli bir ilaç kullanma durumu</b>       |   |      |      |
| Evet                                          |   | 60   | 15   |
| Hayır                                         |   | 341  | 85   |

Çalışmaya katılan asistanlarda görev yaptıkları bölümlerde nöbet tutma durumuna bakıldığında; 2 günde bir nöbet tutanlar 25 (6,2%), 3-4 günde bir nöbet tutanlar 165 (41,1%), 5 günde bir veya daha az sıklıkta nöbet tutanlar 136 (33,9%) iken hiç nöbet tutmayanların sayısı 75 (18,7%) idi.

(Tablo-4)

**Tablo 4: Asistanlarda nöbet tutma durumu dağılımı**

| Özellik                                                        | n | Sayı | %    |
|----------------------------------------------------------------|---|------|------|
| <b>Asistan olarak görev yaptığı birimde nöbet tutma durumu</b> |   |      |      |
| 2 günde bir nöbet                                              |   | 25   | 6,2  |
| 3-4 günde bir nöbet                                            |   | 165  | 41,1 |
| 5 günde bir ve daha az sıklıkta bir nöbet                      |   | 136  | 33,9 |
| Nöbet tutmuyorum                                               |   | 75   | 18,7 |

Çalışmaya katılan asistanların yaş ortalaması ve standart sapması  $28,05 \pm 2,5$  iken, ağırlık ve boyları ile hesaplanan vücut kitle indekslerinin ortalaması  $23,09 \pm 3,35$  idi. Meslekte çalışma yıllarının ortalama ve standart sapmasına baktığımızda  $3,14 \pm 1,98$  olarak Tablo-5 üzerinde görüyoruz. (Tablo-5)

**Tablo 5: Yaş, VKİ, Meslekte çalışma yılı ile ilgili değerler**

| Özellik                      | Ort. $\pm$ SS    | Min. | Maks. | Yüzdelik |      | Medyan |
|------------------------------|------------------|------|-------|----------|------|--------|
|                              |                  |      |       | 25       | 75   |        |
| <b>Yaş</b>                   | $28,05 \pm 2,5$  | 24   | 45    | 26       | 29   | 28     |
| <b>Vücut kitle indeksi</b>   | $23,09 \pm 3,35$ | 16,1 | 36,3  | 20,6     | 25,2 | 22,5   |
| <b>Meslekte çalışma yılı</b> | $3,14 \pm 1,98$  | 1    | 18    | 2        | 4    | 3      |

VKI: Vücutkitleindeksi

Covid-19 dönemi pandemi kurallarına uyma durumu değerlendirildiğinde iş hayatında kurallara uyma durumu ortalama ve standart sapması  $7,49 \pm 1,63$  iken, sosyal hayatta uyma durumu için  $7,40 \pm 1,72$  dir. (Tablo-6)

**Tablo 6: Covid-19 pandemi dönemi hijyen kurallarına uyma durumu ile ilgili değerler**

| Özellik                                                                                  | Ort.±SS         | Min. | Maks. | Yüzdelik |    | Medyan |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|-------|----------|----|--------|
|                                                                                          |                 |      |       | 25       | 75 |        |
| <b>Covid-19 pandemi sürecinde iş hayatında hijyen ve temas kurallarına uyma durumu</b>   | $7,49 \pm 1,63$ | 1    | 10    | 7        | 9  | 8      |
| <b>Covid-19 pandemi sürecinde sosyal hayatta hijyen ve temas kurallarına uyma durumu</b> | $7,40 \pm 1,72$ | 1    | 10    | 6        | 9  | 8      |

Çalışmaya katılan hekimlerin SYBD-II ölçeği toplam puanlarının ortalama ve standart sapması  $123,60 \pm 18,66$ ’dır. Alt ölçek boyutlarına bakıldığında manevi gelişime ait ortalama puan  $24,57 \pm 4,72$ , sağlık sorumluluğu için  $19,59 \pm 4,15$ , fiziksel aktivite için  $16,14 \pm 5,16$ , beslenme için  $20,99 \pm 4,18$ , kişiler arası ilişkiler için  $25,03 \pm 3,91$ , stres yönetimi için  $17,29 \pm 3,59$ ’dur. (Tablo-7)

**Tablo 7:SYBD-II ölçek puanları ile ilgili değerler**

| Özellik                 | Ort.±SS      | Min. | Maks. | Yüzdelik |       | Medyan |
|-------------------------|--------------|------|-------|----------|-------|--------|
|                         |              |      |       | 25       | 75    |        |
| SYBDÖ<br>puanları       |              |      |       |          |       |        |
| Manevi gelişim          | 24,57±4,72   | 9,0  | 36,0  | 22,0     | 28,0  | 25,0   |
| Sağlık Sorumluluğu      | 19,59±4,15   | 9,0  | 34,0  | 17,0     | 22,0  | 19,0   |
| Fiziksel Aktivite       | 16,14±5,16   | 8,0  | 32,0  | 12,0     | 19,0  | 16,0   |
| Beslenme                | 20,99±4,18   | 10,0 | 34,0  | 18,0     | 24,0  | 21,0   |
| Kişiler Arası İlişkiler | 25,03±3,91   | 13,0 | 36,0  | 23,0     | 27,5  | 25,0   |
| Stres Yönetimi          | 17,29±3,59   | 8,0  | 30,0  | 15,0     | 19,0  | 17,0   |
| Toplam puan             | 123,60±18,66 | 66,0 | 194,0 | 112,0    | 134,0 | 124,0  |

Bizim yaptığımız çalışmada Cronbach alfa değeri toplam test puanı için 0,814 iken kişiler arası ilişkiler için 0,759, sağlık sorumluluğu için 0,754, fiziksel aktivite için 0,749, beslenme için 0,751, stres yönetimi için 0,751 ve manevi gelişim için 0,740'dır. Çalışmamızın ölçek güvenirliği yeterlidir.

Kadın ve erkekler arasında ilişkiye bakıldığında SYBD-II ölçek toplam puanı açısından anlamlı bir fark göstermedi.(p=0,258) Kadınlarda, kişiler arası ilişki (p=0,040) ve beslenme (p<0,001) alt ölçek puanları erkeklere kıyasla anlamlı olarak yüksekti. Erkeklerde ise fiziksel aktivite alt ölçek puanı kadınlara kıyasla anlamlı olarak yüksekti.(p=0,003) Manevi gelişim, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Tablo-8)

**Tablo 8:SYBD-II ölçeklerinin cinsiyete göre karşılaştırılması**

|                      | <b>Erkek<br/>n=130</b> |                               | <b>Kadın<br/>n=177</b> |                               | <b>p*</b>        |
|----------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------|
|                      | <b>ort±ss.</b>         | <b>ortanca<br/>(25.-75.p)</b> | <b>ort±ss.</b>         | <b>ortanca<br/>(25.-75.p)</b> |                  |
| <b>SYBD-II</b>       |                        | 123                           |                        | 125                           |                  |
| <b>Toplam Puan</b>   | 122,17±18,26           | (111,25-133,00)               | 124,67±18,92           | (113-137)                     | 0,258            |
| <b>Alt Ölçekler</b>  |                        |                               |                        |                               |                  |
| <b>Sağlık</b>        |                        | 19                            |                        | 20                            |                  |
| <b>Sorumluluğu</b>   | 19,30±4,061            | (17-22)                       | 19,80±4,21             | (17-22)                       | 0,503            |
| <b>Kişiler arası</b> |                        | 25                            |                        | 25                            |                  |
| <b>İlişkiler</b>     | 24,55±3,85             | (22-27)                       | 25,39±3,93             | (23-28)                       | <b>0,040</b>     |
| <b>Manevi</b>        |                        | 24                            |                        | 25                            |                  |
| <b>Gelişim</b>       | 24,41±4,98             | (21-28)                       | 24,69±4,52             | (22-28)                       | 0,489            |
| <b>Fiziksel</b>      |                        | 17                            |                        | 15                            |                  |
| <b>Aktivite</b>      | 16,88±5,04             | (13-20)                       | 15,58±5,18             | (12-18)                       | <b>0,003</b>     |
| <b>Beslenme</b>      |                        | 20                            |                        | 21                            |                  |
|                      | 20,01±4,23             | (17-23)                       | 21,72±4,00             | (19-24)                       | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>Stres</b>         |                        | 17                            |                        | 17                            |                  |
| <b>Yönetimi</b>      | 17,02±3,39             | (15-19)                       | 17,49±3,72             | (15-20)                       | 0,547            |

ort±ss.: ortalama±standart sapma, 25.-75.p: 25.Ve 75.Persantil, \*Mann-Whitney U Testi

Hekimlerin görev yaptığı anabilim dallarına göre SYBD-II ölçek toplam puanı, sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişki, fiziksel aktivite ve beslenme arasında anlamlı bir fark yoktu. (sırasıyla p=0,376, p=0,213, p=0,496, p=0,192, p=0,129) Manevi gelişim alt ölçek puanında, temel bilimlerde çalışan hekimlerin cerrahi bilimlerde çalışanlara kıyasla puanı anlamlı olarak yüksekti.(p=0,028) Stres yönetimi puanı ise dahili bilimlerde çalışanlarda cerrahi bilimlere göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu.(p=0,028) (Tablo-9)

**Tablo 9: SYBD-II ölçeklerinin ABD’de karşılaştırılması**

| ABD                                | Cerrahi Bilimler |                       | Dahili Bilimler |                       | Temel Bilimler |                       | p             |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|----------------|-----------------------|---------------|
|                                    | n=120            |                       | n=257           |                       | n=24           |                       |               |
|                                    | ort±ss.          | ortanca<br>(25.-75.p) | ort±ss.         | ortanca<br>(25.-75.p) | ort±ss.        | Ortanca<br>(25.-75.p) |               |
| <b>SYBD-II Ölçeği</b>              | 121,47±18,60     | 123<br>(109,5-123)    | 124,30±18,92    | 124<br>(112-135,5)    | 126,75±15,47   | 123,5<br>(117,5-137)  | 0,376         |
| <b>Alt Ölçekler</b>                |                  |                       |                 |                       |                |                       |               |
| <b>Sağlık S.</b>                   | 19,13±4,27       | 18<br>(16-22)         | 19,75±4,11      | 20<br>(17-22)         | 20,17±3,89     | 20<br>(17-22,75)      | 0,213         |
| <b>Kişiler arası<br/>İlişkiler</b> | 24,61±4,16       | 25<br>(22-27)         | 25,21±3,88      | 25<br>(23-28)         | 25,17±2,76     | 25<br>(23-28)         | 0,496         |
| <b>Manevi Gelişim</b>              | 23,66±4,69       | 24<br>(21-27)         | 24,88±4,77      | 25<br>(22-28)         | 25,92±3,27     | 25<br>(23,25-29)      | <b>0,028*</b> |
| <b>Fiziksel Aktivite</b>           | 16,93±5,51       | 16<br>(13-21)         | 15,79±4,98      | 15<br>(12-19)         | 15,88±4,92     | 15<br>(12,25-19)      | 0,192         |
| <b>Beslenme</b>                    | 20,55±4,17       | 20<br>(17-23)         | 21,10±4,26      | 21<br>(19-24)         | 21,96±3,15     | 21,5<br>(20-24)       | 0,129         |
| <b>Stres Yönetimi</b>              | 16,60±3,43       | 16<br>(15-19)         | 17,58±3,63      | 18<br>(15-20)         | 17,67±3,57     | 18<br>(16,25-19)      | <b>0,028*</b> |

ort±ss.: ortalama±standart sapma, **25.-75.p:** 25.Ve75.Persantil, Kruskall-WallisTesti ABD: Anabilim Dalı

Çalışmamızda SYBD-II ölçek toplam puanı ve alt ölçek puanlarının medeni duruma göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu. (Tablo-10)

**Tablo 10:SYBD-II ölçeklerinin medeni duruma göre karşılaştırılması**

|                                | <b>Evli<br/>n:126</b> | <b>Bekar<br/>n=275</b>        | <b>p*</b>                     |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|
|                                | <b>ort±ss.</b>        | <b>ortanca<br/>(25.-75.p)</b> | <b>ortanca<br/>(25.-75.p)</b> |
| <b>SYBD-II</b>                 |                       | 124,5                         | 124                           |
| <b>Toplam Puan</b>             | 124,17±17,37          | (113-135,25)                  | 123,34±19,24 (112-134) 0,605  |
| <b>Alt Ölçekler</b>            |                       |                               |                               |
| <b>Sağlık Sorumluluğu</b>      | 20,10±3,78            | 20 (18-22)                    | 19 (16-22) 0,082              |
| <b>Kişiler arası İlişkiler</b> | 25,13±3,60            | 25 (23-27,25)                 | 25 (22-28) 0,804              |
| <b>Manevi Gelişim</b>          | 24,63±4,50            | 25 (22-28)                    | 24 (21-28) 0,608              |
| <b>Fiziksel Aktivite</b>       | 15,67±5,20            | 15 (12-19)                    | 16 (13-20) 0,170              |
| <b>Beslenme</b>                | 21,41±3,86            | 21 (19-24)                    | 21 (18-24) 0,174              |
| <b>Stres Yönetimi</b>          | 17,23±3,42            | 17 (15-19)                    | 17 (15-20) 0,737              |

ort±ss.: ortalama±standart sapma, 25.-75.p:25.Ve 75.Persantil, \* Mann-Whitney U Testi

SYBD-II ölçek toplam puanı ve alt ölçek puanları ile eşin öğrenim durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu. (Tablo-11)

**Tablo 11:SYBD-II ölçeklerinin eşin öğrenim durumuna göre karşılaştırılması**

|                      | <b>Üniversite Mezunu<br/>n: 53</b> |                               | <b>YL ve Doktora<br/>n: 76</b> |                               | <b>p*</b> |
|----------------------|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------|
|                      | <b>ort±ss.</b>                     | <b>ortanca<br/>(25.-75.p)</b> | <b>ort±ss.</b>                 | <b>ortanca<br/>(25.-75.p)</b> |           |
| <b>SYBD-II</b>       |                                    | 124,5                         |                                | 124                           |           |
| <b>Toplam Puan</b>   | 124,17±17,37                       | (113-135,2)                   | 123,34±19,24                   | (112-134)                     | 0,605     |
| <b>Alt Ölçekler</b>  |                                    |                               |                                |                               |           |
| <b>Sağlık</b>        |                                    | 20                            |                                | 19                            |           |
| <b>Sorumluluğu</b>   | 20,10±3,78                         | (18-22)                       | 19,36±4,29                     | (16-22)                       | 0,082     |
| <b>Kişiler arası</b> |                                    | 25                            |                                | 25                            |           |
| <b>İlişkiler</b>     | 25,13±3,60                         | (23-27,25)                    | 24,98±4,05                     | (22-28)                       | 0,804     |
| <b>Manevi</b>        |                                    | 25                            |                                | 24                            |           |
| <b>Gelişim</b>       | 24,63±4,50                         | (22-28)                       | 24,55±4,82                     | (21-28)                       | 0,608     |
| <b>Fiziksel</b>      |                                    | 15                            |                                | 16                            |           |
| <b>Aktivite</b>      | 15,67±5,20                         | (12-19)                       | 16,35±5,13                     | (13-20)                       | 0,170     |
| <b>Beslenme</b>      |                                    | 21                            |                                | 21                            |           |
| <b>Stres</b>         | 21,41±3,86                         | (19-24)                       | 20,79±4,32                     | (18-24)                       | 0,174     |
| <b>Yönetimi</b>      |                                    | 17                            |                                | 17                            |           |
|                      | 17,23±3,42                         | (15-19)                       | 17,32±3,67                     | (15-20)                       | 0,737     |

ort±ss.: ortalama±standart sapma, 25.-75.p:25.Ve 75.Persantil, \* Mann-Whitney U Testi

SYBD-II ölçek toplam puanı ve alt ölçek puanları ile çocuk sahibi olma durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu. (Tablo-12)

**Tablo 12:SYBD-II ölçeklerinin çocuk sahibi olma durumuna göre karşılaştırılması**

| Çocuk Durumu                       | Hayır<br>n: 360 |                       | Evet<br>n: 41 |                       | p <sup>*</sup> |
|------------------------------------|-----------------|-----------------------|---------------|-----------------------|----------------|
|                                    | ort±ss.         | ortanca<br>(25.-75.p) | ort±ss.       | ortanca<br>(25.-75.p) |                |
| <b>SYBD-II<br/>Toplam Puan</b>     | 123,52±18,96    | 124<br>(112-134)      | 124,31±15,95  | 124<br>(113-136,5)    | 0,677          |
| Alt Ölçekler                       |                 |                       |               |                       |                |
| <b>Sağlık<br/>Sorumluluğu</b>      | 19,53±4,16      | 19<br>(17-22)         | 20,12±4,05    | 20<br>(17,5-23)       | 0,400          |
| <b>Kişiler arası<br/>İlişkiler</b> | 25,04±3,98      | 25<br>(23-27,75)      | 24,93±3,27    | 25<br>(22-27,5)       | 0,840          |
| <b>Manevi<br/>Gelişim</b>          | 24,45±4,80      | 24,50<br>(22-27)      | 25,68±3,83    | 25<br>(23-29)         | 0,134          |
| <b>Fiziksel<br/>Aktivite</b>       | 16,29±5,18      | 16<br>(12-19)         | 14,83±4,837   | 14<br>(11-17)         | 0,063          |
| <b>Beslenme</b>                    | 20,90±4,32      | 21<br>(18-24)         | 21,76±2,59    | 22<br>(20-24)         | 0,098          |
| <b>Stres<br/>Yönetimi</b>          | 17,33±3,62      | 17<br>(15-19,7)       | 17±3,26       | 17<br>(14,5-19)       | 0,626          |

ort±ss.: ortalama±standart sapma, 25.-75.p: 25.Ve 75.Persantil, \*Mann-Whitney U Testi

SYBD-II ölçek toplam puanı ve alt ölçek puanları ile meslekte çalışma yılına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu. (Tablo-13)

**Tablo 13:SYBD-II ölçeklerinin MÇY'ye göre karşılaştırılması**

|                         | 1 Yıl        |                       | 2-4 Yıl      |                       | 5 Yıl ve Üzeri |                       | p*    |
|-------------------------|--------------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------------|-----------------------|-------|
|                         | n=99         |                       | n=207        |                       | n=95           |                       |       |
|                         | ort±ss.      | ortanca<br>(25.-75.p) | ort±ss.      | ortanca<br>(25.-75.p) | ort±ss.        | Ortanca<br>(25.-75.p) |       |
| SYBD-II Ölçeği          | 122,92±19,38 | 123<br>(111-136)      | 123,83±19,25 | 124<br>(112-134)      | 123,81±16,64   | 125<br>(115-132)      | 0,887 |
| Alt Ölçekler            |              |                       |              |                       |                |                       |       |
| Sağlık S.               | 19,36±4,27   | 19<br>(16-22)         | 19,81±4,10   | 20<br>(17-22)         | 19,34±4,13     | 19<br>(17-22)         | 0,509 |
| Kişiler arası İlişkiler | 25,32±4,74   | 25<br>(22-29)         | 24,93±3,74   | 25<br>(23-27)         | 24,93±3,31     | 25<br>(23-28)         | 0,689 |
| ManeviGelişim           | 24,60±5,12   | 25<br>(22-28)         | 24,60±4,79   | 25<br>(21-28)         | 24,48±4,16     | 24<br>(22-28)         | 0,973 |
| FizikselAktivite        | 15,83±4,68   | 16<br>(12-18)         | 16,25±5,24   | 16<br>(12-20)         | 16,21±5,48     | 15<br>(12-20)         | 0,877 |
| Beslenme                | 20,87±4,02   | 20<br>(18-23)         | 20,78±4,32   | 21<br>(18-24)         | 21,55±4,03     | 21<br>(19-24)         | 0,331 |
| StresYönetimi           | 16,95±3,68   | 17<br>(15-19)         | 17,45±3,54   | 17<br>(15-20)         | 17,31±3,60     | 17<br>(15-19)         | 0,567 |

**ort±ss.:** ortalama±standart sapma, **25.-75.p:** 25.Ve75.Persantil, Kruskall-WallisTesti\* MÇY: Meslekte Çalışma Yılı

SYBD-II ölçek toplam puanı, sağlık sorumluluğu, kişiler arası iletişim, manevi gelişim, fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanları ile hekimlerin yaşları karşılaştırıldığında gruplar arası anlamlı bir fark yoktu. Beslenme alt ölçek puanında gruplar arası anlamlı fark bulunmuş olup, bu fark 30 yaş ve üzeri olan hekimlerin beslenme puanlarının 30 yaş altı olanlardan anlamlı olarak yüksek olmasından kaynaklanıyordu.(p=0,042) (tablo-14)

**Tablo14: SYBD-II ölçeklerinin yaşa göre karşılaştırılması**

|                      | <b>30 Yas altı<br/>n: 313</b> |                               | <b>30 Yaş ve Üzeri<br/>n: 88</b> |                               | <b>p*</b>    |
|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------|
|                      | <b>ort±ss.</b>                | <b>ortanca<br/>(25.-75.p)</b> | <b>ort±ss.</b>                   | <b>ortanca<br/>(25.-75.p)</b> |              |
| <b>SYBD-II</b>       |                               | 124                           |                                  | 127                           |              |
| <b>ToplamPuan</b>    | 123,27±18,22                  | (112-133,5)                   | 124,77±20,21                     | (112-136,75)                  | 0,384        |
| <b>Alt Ölçekler</b>  |                               |                               |                                  |                               |              |
| <b>Sağlık</b>        |                               | 19                            |                                  | 18,5                          |              |
| <b>Sorumluluğu</b>   | 19,63±4,01                    | (17-22)                       | 19,45±4,63                       | (16-22,75)                    | 0,493        |
| <b>Kişiler arası</b> |                               | 25                            |                                  | 25                            |              |
| <b>İlişkiler</b>     | 25,08±3,90                    | (23-27)                       | 24,85±3,99                       | (22,25-28)                    | 0,924        |
| <b>Manevi</b>        |                               | 25                            |                                  | 25                            |              |
| <b>Gelişim</b>       | 24,47±4,64                    | (22-27)                       | 24,93±5,01                       | (22-29)                       | 0,359        |
| <b>Fiziksel</b>      |                               | 16                            |                                  | 16                            |              |
| <b>Aktivite</b>      | 16,09±5,09                    | (12-19)                       | 16,32±5,42                       | (12-20)                       | 0,740        |
| <b>Beslenme</b>      | 20,79±4,24                    | (18-23)                       | 21,69±3,93                       | (19-24)                       | <b>0,042</b> |
| <b>Stres</b>         |                               | 17                            |                                  | 17                            |              |
| <b>Yönetimi</b>      | 17,23±3,46                    | (15-19)                       | 17,52±4,02                       | (15-20)                       | 0,722        |

ort±ss.: ortalama±standart sapma, 25.-75.p: 25. Ve 75.Persantil, \* Mann-Whitney U Testi

SYBD-II ölçek toplam puanı ve alt ölçek puanları ile vücut kitle indeksine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu. (Tablo-15)

**Tablo 15:SYBD-II ölçeklerinin VKİ' ye göre karşılaştırılması**

| VKİ                  | Normal<br>n: 293 |                       | Yüksek<br>n: 108 |                       | p*    |
|----------------------|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|-------|
|                      | ort±ss.          | ortanca<br>(25.-75.p) | ort±ss.          | ortanca<br>(25.-75.p) |       |
| <b>SYBD-II</b>       |                  | 124                   |                  | 124                   |       |
| <b>Toplam Puan</b>   | 124,33±18,56     | (112-136)             | 121,62±18,87     | (111-131)             | 0,424 |
| <b>Alt Ölçekler</b>  |                  |                       |                  |                       |       |
| <b>Sağlık</b>        |                  | 19                    |                  | 19                    |       |
| <b>Sorumluluğu</b>   | 19,66±4,14       | (17-22)               | 19,40±4,17       | (17-22)               | 0,748 |
| <b>Kişiler arası</b> |                  | 25                    |                  | 25                    |       |
| <b>İlişkiler</b>     | 25,08±3,81       | (23-27)               | 24,88±4,20       | (22,25-28)            | 0,886 |
| <b>Manevi</b>        |                  | 25                    |                  | 24                    |       |
| <b>Gelişim</b>       | 24,69±4,55       | (22-28)               | 24,26±5,17       | (21-28)               | 0,462 |
| <b>Fiziksel</b>      |                  | 16                    |                  | 16                    |       |
| <b>Aktivite</b>      | 16,18±5,28       | (12-19)               | 16,03±4,83       | (12-19)               | 0,828 |
| <b>Beslenme</b>      |                  | 21                    |                  | 20                    |       |
|                      | 21,23±4,24       | (18-24)               | 20,31±3,96       | (18-23)               | 0,076 |
| <b>Stres</b>         |                  | 17                    |                  | 17                    |       |
| <b>Yönetimi</b>      | 17,49±3,56       | (15-20)               | 16,74±3,62       | (15-19)               | 0,141 |

ort±ss.: ortalama±standart sapma, **25.-75.p**: 25.Ve 75.Persantil, \*Mann-Whitney U Testi, VKİ:Vücut kitle indeksi

Gelir durumuna göre SYBD-II ölçek toplam ve alt puanları kıyaslandığında anlamlı fark bulunanlar; toplam test puanı ( $p=0,03$ ), sağlık sorumluluğu ( $p=0,002$ ). Her ikisinde de fark geliri giderini karşılayanların puanının geliri giderini kısmen karşılamayanlara göre anlamlı olarak yüksek olmasından kaynaklanıyordu. (Tablo-16)

Sigara kullanım durumuna göre SYBD-II ölçek toplam ve alt puanları kıyaslandığında manevi gelişim ( $p=0,038$ ), stres yönetimi ( $p=0,048$ ) ve beslenmede ( $p=0,023$ ) gruplar arasında anlamlı bir fark vardı. Yapılan post-hoc analizlerde manevi gelişim ile stres yönetimi ikili grupları arasında anlamlı bir farkı bulunmazken, beslenmede fark hiç sigara kullanmayanlar ile kullanıp bırakanlardan kaynaklıydı. Sigarayı hiç kullanmayanların beslenme puanları kullanıp bırakanlara göre anlamlı olarak yüksekti.(Tablo-17)

**Tablo 16:SYBD-II ölçeklerinin gelir durumuna göre karşılaştırılması**

| <b>Gelir</b>                       | <b>Evet</b>    |                               | <b>Hayır</b>   |                               | <b>Kısmen</b>  |                               | <b>p*</b>    |
|------------------------------------|----------------|-------------------------------|----------------|-------------------------------|----------------|-------------------------------|--------------|
|                                    | <b>n=218</b>   |                               | <b>n=62</b>    |                               | <b>n=121</b>   |                               |              |
|                                    | <b>ort±ss.</b> | <b>ortanca<br/>(25.-75.p)</b> | <b>ort±ss.</b> | <b>ortanca<br/>(25.-75.p)</b> | <b>ort±ss.</b> | <b>Ortanca<br/>(25.-75.p)</b> |              |
| <b>SYBD-IIÖlçeği</b>               | 125,51±18,53   | 125<br>(114,75-137,25)        | 122,85±23,74   | 123<br>(108-135,5)            | 120,54±15,38   | 120<br>(110-130)              | <b>0,030</b> |
| <b>AltÖlçekler</b>                 |                |                               |                |                               |                |                               |              |
| <b>SağlıkS.</b>                    | 20,17±4,16     | 20<br>(18-23)                 | 19,03±4,94     | 18<br>(15-22)                 | 18,83±3,50     | 18<br>(17-21)                 | <b>0,002</b> |
| <b>Kişiler arası<br/>İlişkiler</b> | 25,23±3,93     | 25<br>(23-28)                 | 24,68±4,67     | 24<br>(22-28)                 | 24,83±3,45     | 25<br>(23-27)                 | 0,458        |
| <b>ManeviGelişim</b>               | 25,02±4,70     | 25<br>(22-28)                 | 23,77±5,48     | 24<br>(20-27,25)              | 24,17±4,27     | 24<br>(21-27)                 | 0,095        |
| <b>FizikselAktivite</b>            | 16,44±4,95     | 16<br>(13-20)                 | 16,95±6,30     | 16<br>(12-21)                 | 15,17±4,77     | 15<br>(12-18)                 | 0,059        |
| <b>Beslenme</b>                    | 21,08±4,20     | 21<br>(18-24)                 | 21,23±4,85     | 21<br>(18-25)                 | 20,69±3,78     | 20<br>(18-23)                 | 0,548        |
| <b>StresYönetimi</b>               | 17,56±3,61     | 18<br>(15-20)                 | 17,19±4,14     | 17<br>(14,75-20)              | 16,85±3,21     | 17<br>(15-18,5)               | 0,082        |

**ort±ss.:** ortalama±standart sapma,**25.-75.p:** 25.Ve75.Persantil, Kruskall-WallisTesti\*

**Tablo17:SYBD-II ölçeklerinin SKD'ye göre karşılaştırılması**

| SKD                                | Hayır<br>n=302 | ortanca<br>(25.-75.p) | Evet<br>n=79 | ortanca<br>(25.-75.p) | Bıraktım<br>n=20 | Ortanca<br>(25.-75.p)   | p*           |
|------------------------------------|----------------|-----------------------|--------------|-----------------------|------------------|-------------------------|--------------|
|                                    | ort±ss.        |                       | ort±ss.      |                       | ort±ss.          |                         |              |
| <b>SYBD-II Ölçeği</b>              | 124,46±17,64   | 125<br>(113-134)      | 122,46±21,59 | 122<br>(110-138)      | 115,15±19,89     | 114,5<br>(106,25-130,5) | 0,116        |
| <b>Alt Ölçekler</b>                |                |                       |              |                       |                  |                         |              |
| <b>Sağlık S.</b>                   | 19,79±4,04     | 20<br>(17-22)         | 19,10±4,59   | 18<br>(16-22)         | 18,50±3,81       | 19<br>(16,25-20,75)     | 0,080        |
| <b>Kişiler arası<br/>İlişkiler</b> | 24,98±3,89     | 25<br>(22-27)         | 25,30±4,01   | 28<br>(23-28)         | 24,70±4,105      | 25<br>(22,25-27,75)     | 0,692        |
| <b>Manevi Gelişim</b>              | 24,85±4,47     | 25<br>(22-28)         | 24,13±5,36   | 25<br>(20-28)         | 22,10±5,06       | 22,5<br>(18,25-24)      | <b>0,038</b> |
| <b>Fiziksel Aktivite</b>           | 16,13±5,07     | 15,5<br>(12-19)       | 16,34±5,33   | 16<br>(13-19)         | 15,50±5,93       | 13,5<br>(11-20)         | 0,639        |
| <b>Beslenme</b>                    | 21,23±3,93     | 21<br>(19-24)         | 20,66±4,97   | 20<br>(17-24)         | 18,65±3,92       | 19<br>(15,25-22)        | <b>0,023</b> |
| <b>Stres Yönetimi</b>              | 17,49±3,44     | 17<br>(15-19)         | 16,94±4,09   | 17<br>(14-20)         | 15,70±3,27       | 16<br>(13,25-17)        | <b>0,048</b> |

ort±ss.: ortalama±standart sapma, **25.-75.p:** 25.Ve75.Persantil, Kruskall-WallisTesti\* SKD: Sigara Kullanma Durumu

**Tablo18:SYBD-II ölçeklerinin AKD'ye göre karşılaştırılması**

| Alkol kullanımı                    | Hayır<br>n=179 | ortanca<br>(25.-75.p) | Ayda 1 kez<br>n=97 | ortanca<br>(25.-75.p) | Ayda 1 den fazla<br>n=125 | Ortanca<br>(25.-75.p) | p*           |
|------------------------------------|----------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|--------------|
|                                    | ort±ss.        |                       | ort±ss.            |                       | ort±ss.                   |                       |              |
| <b>SYBD-II Ölçeği</b>              | 123,18±17,75   | 123<br>(113-133)      | 125,59±19,72       | 126<br>(112-133,5)    | 122,64±19,11              | 123<br>(112-137)      | 0,693        |
| <b>Alt Ölçekler</b>                |                |                       |                    |                       |                           |                       |              |
| <b>Sağlık S.</b>                   | 19,83±3,91     | 20<br>(17-22)         | 20,43±4,49         | 20<br>(17-22,5)       | 18,58±4,04                | 18<br>(16-21,5)       | <b>0,004</b> |
| <b>Kişiler arası<br/>İlişkiler</b> | 24,66±3,85     | 25<br>(22-27)         | 25,20±3,87         | 25<br>(23-27)         | 25,42±4,02                | 26<br>(23-28)         | 0,208        |
| <b>Manevi Gelişim</b>              | 24,98±4,69     | 25<br>(22-28)         | 24,74±4,59         | 25<br>(22,5-27)       | 23,86±4,82                | 24<br>(21-27,5)       | 0,136        |
| <b>Fiziksel Aktivite</b>           | 15,39±4,51     | 15<br>(12-18)         | 16,16±5,49         | 15<br>(12-19)         | 17,18±5,60                | 16<br>(13-21,5)       | <b>0,035</b> |
| <b>Beslenme</b>                    | 20,91±3,68     | 21<br>(19-23)         | 21,56±4,23         | 21<br>(19-24)         | 20,65±4,77                | 20<br>(17-24)         | 0,281        |
| <b>Stres Yönetimi</b>              | 17,41±3,29     | 18<br>(15-19)         | 17,51±3,98         | 17<br>(15-20)         | 16,96±3,68                | 17<br>(15-19)         | 0,485        |

ort±ss.: ortalama±standart sapma, **25.-75.p:** 25.Ve75.Persantil, Kruskall-WallisTesti\* AKD: Alkol Kullanım Durum

Alkol kullanım durumuna göre SYBD-II ölçek toplam ve alt puanları kıyaslandığında sağlık sorumluluğu ( $p=0,004$ ) ve fiziksel aktivite ( $p=0,035$ ) puanlarında gruplar arasında anlamlı bir fark vardı. Sağlık sorumluluğunda bu fark; ayda 1 kez alkol kullananların puanının hiç alkol kullanmayanlara göre anlamlı yüksek olması, diğer ikinci fark ayda 1 alkol kullananların ayda 1 den fazla alkol kullananlara göre puanlarının anlamlı olarak yüksek olmasından kaynaklıydı. Ayda 1 den fazla alkol kullananların fiziksel aktivite puanı ise hiç alkol kullanmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti. (Tablo-18)

Kronik hastalık durumuna göre hekimlerin SYBD-II ölçek toplam ve alt puanları kıyaslandığında gruplar arası anlamlı fark bulunamadı. (Tablo-19)

**Tablo-19:SYBD-II ölçeklerinin KH durumuna göre karşılaştırılması**

| KH                             | Yok<br>n: 321 | Var<br>n: 80          | p <sup>*</sup>                  |
|--------------------------------|---------------|-----------------------|---------------------------------|
|                                | ort±ss.       | ortanca<br>(25.-75.p) | ortanca<br>(25.-75.p)           |
| <b>SYBD-II</b>                 |               | 123                   | 126                             |
| <b>Toplam Puan</b>             | 123,32±17,8   | (112-133)             | 124,72±21,74 (113-137,75) 0,407 |
| <b>Alt Ölçekler</b>            |               |                       |                                 |
| <b>Sağlık Sorumluluğu</b>      | 19,50±3,96    | 19 (17-22)            | 19,5 (16,25-23) 0,635           |
| <b>Kişiler arası İlişkiler</b> | 25,03±3,81    | 25 (22,5-27,5)        | 25 (23-27,75) 0,865             |
| <b>Manevi Gelişim</b>          | 24,62±4,62    | 24 (22-28)            | 25 (22-27,75) 0,979             |
| <b>Fiziksel Aktivite</b>       | 16,14±5,02    | 16 (12-19)            | 15 (11-19,75) 0,783             |
| <b>Beslenme</b>                | 20,84±4,14    | 21 (18-23,5)          | 21 (18-24,75) 0,255             |
| <b>Stres Yönetimi</b>          | 17,20±3,58    | 17 (15-19)            | 18 (15-20) 0,301                |

ort±ss.: ortalama±standart sapma, 25.-75.p: 25. Ve 75. Persantil, \* Mann-Whitney U Testi KH: Kronik Hastalık

Araştırmamızda düzenli ilaç kullanım durumuna göre hekimlerin SYBD-II ölçek toplam ve alt puanları kıyaslandığında gruplar arası anlamlı fark fiziksel aktivite alt ölçeğindeydi. Düzenli ilaç kullanımı olan hekimlerin düzenli ilaç kullanmayanlara göre fiziksel aktivite puanı anlamlı olarak düşüktü. (Tablo-20)

**Tablo-20:SYBD-II ölçeklerinin DİK'ya göre karşılaştırılması**

| <b>DİK</b>                     | <b>Yok<br/>n: 341</b> | <b>Var<br/>n: 60</b>          | <b>p<sup>*</sup></b>              |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
|                                | <b>ort±ss.</b>        | <b>ortanca<br/>(25.-75.p)</b> | <b>ortanca<br/>(25.-75.p)</b>     |
| <b>SYBD-II</b>                 |                       | 124                           | 127                               |
| <b>Toplam Puan</b>             | 123,78±17,74          | ( 112-134)                    | 122,55±23,36 (108,25-135,5) 0,884 |
| <b>Alt Ölçekler</b>            |                       |                               |                                   |
| <b>Sağlık Sorumluluğu</b>      | 19,55±3,98            | 19<br>(17-22)                 | 20<br>(16-22,75) 0,795            |
| <b>Kişiler arası ilişkiler</b> | 25,01±3,84            | 25<br>(22-27,5)               | 25<br>(23-27,75) 0,564            |
| <b>Manevi Gelişim</b>          | 24,73±4,56            | 25<br>(22-28)                 | 24<br>(21,25-26) 0,272            |
| <b>Fiziksel Aktivite</b>       | 16,34±5,00            | 16<br>(13-19)                 | 13,5<br>(11-18) <b>0,014</b>      |
| <b>Beslenme</b>                | 20,85±4,05            | 21<br>(18-23,5)               | 21<br>(18-25,75) 0,306            |
| <b>Stres Yönetimi</b>          | 17,31±3,52            | 17<br>(15-19)                 | 17,5<br>(15-20) 0,977             |

ort±ss.:ortalama±standart sapma,25.-75.p<sup>25.</sup>Ve 75.Persantil,<sup>\*</sup>Mann-Whitney U Testi, DİK: Düzenli ilaç Kullanımı

Nöbet tutma durumuna göre hekimlerin SYBD-II ölçek toplam ve alt puanları kıyaslandığında; SYBD-II toplam test puanındaki fark (p=0,003), hiç nöbet tutmayanların puanı ayda 7 ve daha fazla nöbet tutanlardan anlamlı yüksekti. Bir diğer fark ise hiç nöbet tutmayanların puanının 6 ve daha az nöbet tutanlardan yüksek olmasından kaynaklıydı. Kişiler arası ilişkideki fark (p=0,024); hiç nöbet tutmayanların puanlarının 6 ve daha az nöbet tutanlardan anlamlı olarak yüksek olmasından kaynaklıydı. Manevi gelişim arasındaki fark (p=0,002); hiç nöbet tutmayanların puanının 7 ve daha fazla nöbet tutanlardan anlamlı olarak yüksekti. Bir diğer fark ise; 6 ve daha az nöbet tutanların manevi gelişim puanları 7 ve daha fazla nöbet tutanlardan anlamlı olarak yüksekti. Beslenme puanındaki fark (p=0,025); hiç nöbet tutmayanların puanının 7 ve daha fazla nöbet tutanlardan anlamlı yüksek olmasından kaynaklıydı. Stres yönetimi alt ölçeğindeki fark ise (p<0,001); hiç nöbet tutmayanların puanının 7 ve daha fazla nöbet tutanlardan daha yüksek olması ile hiç nöbet tutmayanların puanının 6 ve daha az nöbet tutanlardan anlamlı yüksek olmasından kaynaklıydı. (Tablo-21)

**Tablo 21:SYBD-II ölçeklerinin NTD'ye göre karşılaştırılması**

| NTD                                | Ayda $\geq 7$      |                       | Ayda $\leq 6$      |                       | Tutmuyorum         |                       | p*               |
|------------------------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|------------------|
|                                    | n:190              |                       | n:136              |                       | n:75               |                       |                  |
|                                    | ort $\pm$ ss.      | ortanca<br>(25.-75.p) | ort $\pm$ ss.      | ortanca<br>(25.-75.p) | ort $\pm$ ss.      | Ortanca<br>(25.-75.p) |                  |
| <b>SYBD-II Ölçeği</b>              | 122,28 $\pm$ 18,36 | 124<br>(111,75-133)   | 122,13 $\pm$ 19,29 | 119<br>(110,25-131)   | 129,60 $\pm$ 17,25 | 129<br>(119-140)      | <b>0,003</b>     |
| <b>Alt Ölçekler</b>                |                    |                       |                    |                       |                    |                       |                  |
| <b>Sağlık S.</b>                   | 19,30 $\pm$ 3,93   | 19<br>(16,75-22)      | 19,40 $\pm$ 4,40   | 19<br>(17-22)         | 20,67 $\pm$ 4,09   | 20<br>(18-23)         | 0,060            |
| <b>Kişiler arası<br/>İlişkiler</b> | 25,06 $\pm$ 4,22   | 25<br>(22,75-28)      | 24,46 $\pm$ 3,68   | 25<br>(22-26)         | 25,99 $\pm$ 3,33   | 26<br>(24-28)         | <b>0,024</b>     |
| <b>Manevi Gelişim</b>              | 24,09 $\pm$ 4,90   | 24<br>(21-27)         | 24,32 $\pm$ 4,81   | 25<br>(21-27)         | 26,25 $\pm$ 3,68   | 26<br>(24-29)         | <b>0,002</b>     |
| <b>Fiziksel Aktivite</b>           | 16,51 $\pm$ 5,13   | 16<br>(13-20)         | 15,80 $\pm$ 5,35   | 15<br>(12-19)         | 15,80 $\pm$ 4,88   | 16<br>(12-18)         | 0,283            |
| <b>Beslenme</b>                    | 20,62 $\pm$ 4,05   | 20,5<br>(18-23)       | 20,88 $\pm$ 4,42   | 20<br>(18-24)         | 22,12 $\pm$ 3,93   | 22<br>(20-25)         | <b>0,025</b>     |
| <b>StresYönetimi</b>               | 16,72 $\pm$ 3,61   | 17<br>(14-19)         | 17,28 $\pm$ 3,38   | 17<br>(15-19)         | 18,77 $\pm$ 3,52   | 19<br>(17-22)         | <b>&lt;0,001</b> |

ort $\pm$ ss.: ortalama $\pm$ standart sapma, **25.-75.p**: 25.Ve75.Persantil, Kruskall-WallisTesti\* NTD: Nöbet Tutma Durumu

Çalışmamızın sürdürüldüğü Covid-19 pandemi döneminde hekimlerimizin iş yerinde pandemi hijyen kurallarına uyumu ile SYBD-II ölçek toplam ve alt puanları kıyaslandığında; SYBD-II ölçek toplam puanında ( $p<0,001$ ), sağlık sorumluluğu alt ölçek puanında ( $p<0,001$ ), manevi gelişim alt ölçek puanında ( $p=0,002$ ), beslenme alt ölçek puanında ( $p=0,002$ ), stres yönetimi alt ölçek puanında ( $p<0,001$ ) gruplar arasında anlamlı bir fark vardı. Covid-19 dönemi hijyen kurallarına uyumu yüksek olan kişilerin hijyen kurallarına uyumu düşük olan kişilerden ölçek puanları anlamlı olarak yüksek bulundu. (Tablo-22)

**Tablo 22:SYBD-II ölçeklerinin Covid-19 pandemi dönemi iş yerinde hijyen kurallarına uyumuna göre karşılaştırılması**

| COVID-İŞ             | Düşük<br>n: 173 |                       | Yüksek<br>n: 228 |                       | p*               |
|----------------------|-----------------|-----------------------|------------------|-----------------------|------------------|
|                      | ort±ss.         | ortanca<br>(25.-75.p) | ort±ss.          | ortanca<br>(25.-75.p) |                  |
| <b>SYBD-II</b>       |                 | 119                   |                  | 127                   |                  |
| <b>Toplam Puan</b>   | 119,97±17,86    | (109,5-129,5)         | 126,35±18,82     | (115-138)             | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>Alt Ölçekler</b>  |                 |                       |                  |                       |                  |
| <b>Sağlık</b>        |                 | 18                    |                  | 20                    |                  |
| <b>Sorumluluğu</b>   | 18,62±3,86      | (16-21)               | 20,32±4,22       | (17-23)               | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>Kişiler arası</b> |                 | 25                    |                  | 25                    |                  |
| <b>İlişkiler</b>     | 24,67±4,11      | (22-27)               | 25,30±3,75       | (23-28)               | 0,101            |
| <b>Manevi</b>        |                 | 24                    |                  | 25                    |                  |
| <b>Gelişim</b>       | 23,77±4,62      | (21-26)               | 25,18±4,72       | (22-28)               | <b>0,002</b>     |
| <b>Fiziksel</b>      |                 | 15                    |                  | 16                    |                  |
| <b>Aktivite</b>      | 15,97±5,17      | (12-19)               | 16,26±5,16       | (12-20)               | 0,384            |
| <b>Beslenme</b>      |                 | 20                    |                  | 21                    |                  |
|                      | 20,28±4,13      | (17-23)               | 21,52±4,16       | (19-24)               | <b>0,002</b>     |
| <b>Stres</b>         |                 | 16                    |                  | 18                    |                  |
| <b>Yönetimi</b>      | 16,65±3,52      | (15-18)               | 17,78±3,57       | (16-20)               | <b>&lt;0,001</b> |

ort±ss.: ortalama±standart sapma, **25.-75.p** 25. Ve 75. Persantil, \*Mann-Whitney U Testi

Aynı zamanda Covid-19 pandemi döneminde hekimlerimizin kendi sosyal hayatlarının içinde hijyen kurallarına uyma durumu ile SYBD-II ölçek toplam ve alt puanları kıyaslandığında; SYBD-II ölçek toplam puanında ( $p=0,002$ ), sağlık sorumluluğu alt ölçek puanında ( $p=0,003$ ), manevi gelişim alt ölçek puanında ( $p=0,011$ ), beslenme alt ölçek puanında ( $p<0,001$ ), stres yönetimi alt ölçek puanında ( $p=0,042$ ) gruplar arasında anlamlı bir fark vardı. Bu anlamlı farklar Covid-19 dönemi sosyal hayatta pandemi kurallarına uyma durumu yüksek olanların ölçek puanlarının hijyen kurallarına uyumu düşük olanlara göre daha yüksek olmasından kaynaklanıyordu. (Tablo-23)

**Tablo 23: SYBD-II ölçeklerinin Covid-19 pandemi dönemi sosyal hayatta hijyen kurallarına uyumuna göre karşılaştırılması**

| COVID-Sosyal                   | Düşük<br>n: 190 | Yüksek<br>n: 211      | p*                                  |
|--------------------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------------|
|                                | ort±ss.         | ortanca<br>(25.-75.p) | ortanca<br>(25.-75.p)               |
| <b>SYBD-II</b>                 |                 | 120                   | 127                                 |
| <b>ToplamPuan</b>              | 121,02±18,28    | (110-132,25)          | 125,92±18,74 (115-137) <b>0,002</b> |
| <b>Alt Ölçekler</b>            |                 |                       |                                     |
| <b>Sağlık Sorumluluğu</b>      | 18,98±3,89      | 19 (16-21)            | 20 (17-23) <b>0,003</b>             |
| <b>Kişiler arası ilişkiler</b> | 24,80±3,92      | 25 (23-27)            | 25 (22-28) 0,278                    |
| <b>Manevi Gelişim</b>          | 23,95±4,82      | 24 (21-27)            | 25 (22-28) <b>0,011</b>             |
| <b>Fiziksel Aktivite</b>       | 16,05±5,17      | 15 (12,75-19)         | 16 (12-20) <b>0,632</b>             |
| <b>Beslenme</b>                | 20,27±4,18      | 20 (17-23)            | 21 (19-24) <b>&lt;0,001</b>         |
| <b>Stres Yönetimi</b>          | 16,97±3,48      | 17 (15-19)            | 18 (15-20) <b>0,042</b>             |

ort±ss.: ortalama±standart sapma, 25.-75.p 25.Ve 75.Persantil, \*Mann-Whitney U Testi

Çalışmamıza katılan hekimlerin yaşları ile SYBD-II ölçek toplam puanı, sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler, manevi gelişim, fiziksel aktivite, stres yönetimi arasında anlamlı bir korelasyon yoktu. Beslenme ile yaş arasında anlamlı bir düşük düzeyde pozitif korelasyon saptandı. ( $p<0,001$ ) (Tablo-24)

**Tablo 24: SYBD-II ölçekleri ve Yaş arasındaki ilişki**

|                                | Yaş<br>r                  |
|--------------------------------|---------------------------|
| <b>SYBD-II toplam puanı</b>    | 0,020*                    |
| <b>Kişiler arası ilişkiler</b> | -0,025*                   |
| <b>Beslenme</b>                | <b>0,149* (&lt;0,001)</b> |
| <b>Sağlık Sorumluluğu</b>      | -0,013**                  |
| <b>Fiziksel Aktivite</b>       | -0,014**                  |
| <b>Stres Yönetimi</b>          | 0,047*                    |
| <b>Manevi Gelişim</b>          | 0,036*                    |

SYBD-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları: Korelasyon katsayısı,\*Pearson Korelasyon Testi,\*\*Spearman Korelasyon Testi

Vücut kitle indeksi ile SYBD-II ölçek toplam puanı, sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler, manevi gelişim, fiziksel aktivite, stres yönetimi arasında anlamlı bir korelasyon yoktu. Beslenme ile VKİ arasında anlamlı bir düşük düzeyde pozitif korelasyon saptandı. ( $p<0,05$ ) (Tablo-25)

**Tablo 25:SYBD-II ölçekleri ve VKİ arasındaki ilişki**

|                                | VKİ<br>r      |
|--------------------------------|---------------|
| <b>SYBD-II toplam puanı</b>    | -0,080        |
| <b>Kişiler arası ilişkiler</b> | -0,042        |
| <b>Beslenme</b>                | <b>0,127*</b> |
| <b>Sağlık Sorumluluğu</b>      | -0,021        |
| <b>Fiziksel Aktivite</b>       | -0,054        |
| <b>Stres Yönetimi</b>          | -0,095        |
| <b>Manevi Gelişim</b>          | -0,017        |

SYBD-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, VKİ: Vücut Kitle İndeksi r: Pearson korelasyon katsayısı, \* $p<0,05$ , \*\* $p<0,001$

Hekimlerin meslekte çalışma yılları ile SYBD-II ölçeği ve alt ölçekler değerlendirildiğinde herhangi bir korelasyon saptanmamıştır. (Tablo-26)

**Tablo 26:SYBD-II ölçekleri ve MÇY arasındaki ilişki**

|                                | MÇY<br>r |
|--------------------------------|----------|
| <b>SYBD-II toplam puanı</b>    | 0,022**  |
| <b>Kişiler arası ilişkiler</b> | -0,015*  |
| <b>Beslenme</b>                | 0,096*   |
| <b>Sağlık Sorumluluğu</b>      | 0,033**  |
| <b>Fiziksel Aktivite</b>       | 0,010**  |
| <b>Stres Yönetimi</b>          | 0,057*   |
| <b>Manevi Gelişim</b>          | 0,015*   |

SYBD-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, MÇY: Meslekte Çalışma Yılı r: Korelasyon katsayısı, \*Pearson Korelasyon Testi, \*\*Spearman Korelasyon Testi

Çalışmaya katılan hekimlerin alkol kullanımları ile sağlık sorumluluğu ( $p<0,001$ ) ve manevi gelişim( $p<0,05$ ) arasında ters yönde bir korelasyon varken, fiziksel aktivite ile arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. ( $p<0,001$ ) SYBD-II ölçeği, kişiler arası ilişki, beslenme, stres yönetimi ile alkol kullanım durumu arasında bir korelasyon saptanmamıştır. (Tablo-27)

**Tablo 27:SYBD-II ölçekleri ve AKD arasındaki ilişki**

|                                | <b>AKD</b>      |
|--------------------------------|-----------------|
|                                | <b>r</b>        |
| <b>SYBD-II toplam puanı</b>    | -0,011          |
| <b>Kişiler arası ilişkiler</b> | 0,077           |
| <b>Beslenme</b>                | -0,039          |
| <b>Sağlık Sorumluluğu</b>      | <b>-0,131**</b> |
| <b>Fiziksel Aktivite</b>       | <b>0,131**</b>  |
| <b>Stres Yönetimi</b>          | -0,063          |
| <b>Manevi Gelişim</b>          | <b>-0,109*</b>  |

SYBD-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, AKD: Alkol Kullanma Durumu r:Spearmen korelasyon katsayısı, \*p<0,05, \*\*p<0,001

Hekimlerin görev yaptıkları birimlerdeki nöbet tutma durumları azalan sayıda sıralanmış olup SYBD-II ölçeği ve alt ölçekler ile aralarındaki korelasyon değerlendirildi. SYBD-II ölçeği, beslenme, stres yönetimi ve manevi gelişim ile aralarında pozitif korelasyon saptandı.(sırasıyla p<0,05, p<0,05, p<0,001, p<0,001) Nöbet tutma sıklıkları azaldıkça SYBD-II ölçeği, beslenme, stres yönetimi ve manevi gelişimin korele bir şekilde arttığı gözlemlendi. Kişiler arası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ile nöbet tutma durumu arasında bir korelasyon yoktu.(Tablo-28)

**Tablo 28:SYBD-II ölçekleri ve NTD arasındaki ilişki**

|                                | <b>NTD</b>     |
|--------------------------------|----------------|
|                                | <b>r</b>       |
| <b>SYBD-II toplam puanı</b>    | <b>0,110*</b>  |
| <b>Kişiler arası ilişkiler</b> | 0,054          |
| <b>Beslenme</b>                | <b>0,126*</b>  |
| <b>Sağlık Sorumluluğu</b>      | 0,090          |
| <b>Fiziksel Aktivite</b>       | -0,046         |
| <b>Stres Yönetimi</b>          | <b>0,198**</b> |
| <b>Manevi Gelişim</b>          | <b>0,140**</b> |

SYBD-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, r:Spearmenkorelasyon katsayısı, \*p<0,05, \*\*p<0,001  
NTD: Nöbet Tutma Durumu

Çalışmamızda SYBD-II ölçeği ve alt ölçeklerde anlamlı çıkan değişkenlerde bir ileri analizle değişkenlerin birbiriyle olan etkileşimlerine ve bu etkileşimin bağımlı değişken üzerinde olan etkisine bakıldı.

Fiziksel aktivite alt ölçeğinde alkol kullanım durumu ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir etkileşim vardı ( $p=0,006$ ) .(Tablo-29) Kadınlarda alkol içme sıklığı arttıkça fiziksel aktivite puanları yükselirken, erkeklerde sosyal içici olma durumunda fiziksel aktivite puanı yüksekti. Ayda 1 den fazla alkol kullanan kadınların erkeklerden fiziksel aktivite puanı yüksekken, diğerlerinde (ayda 1, hiç kullanmayan) bu durum tam tersiydi.

**Tablo 29:Fiziksel aktivite alt ölçeğinde AKD ile Cinsiyet değişkeninin etkileşimi**

| Değişkenler                           | F           | df       | p             |
|---------------------------------------|-------------|----------|---------------|
| <b>Alkol kullanım durumu*Cinsiyet</b> | <b>5,26</b> | <b>2</b> | <b>0,006*</b> |
| Alkol kullanım durumu                 | 3,82        | 2        | 0,023*        |
| Cinsiyet                              | 4,46        | 1        | 0,035*        |

AKD: Alkol Kullanım Durumu,  $p^*<0,005$

İlaç kullanım durumu ile cinsiyet arasında fiziksel aktivite alt ölçeğinde etkileşim anlamlıydı ( $p=0,001$ ). ( Tablo-30) İlaç kullanan erkeklerin fiziksel aktivite puanı kadınlardan düşükken, ilaç kullanmayanlarda bu durum tam tersiydi.

**Tablo 30:Fiziksel aktivite alt ölçeğinde İKD ve Cinsiyet değişkeninin etkileşimi**

| Değişkenler         | F            | df       | p             |
|---------------------|--------------|----------|---------------|
| <b>İKD*Cinsiyet</b> | <b>10,56</b> | <b>1</b> | <b>0,001*</b> |
| İKD                 | 8,23         | 1        | 0,004*        |
| Cinsiyet            | 1,02         | 1        | 0,312         |

İKD: İlaç kullanım durumu,  $p^*<0,005$

Sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde alkol kullanım durumuyla ile Covid-19 dönemi sosyal hayatta hijyen kurallarına uyma durumu arasında anlamlı etkileşim vardı. (Tablo-31) Alkol kullanım sıklığı arttıkça düşük hijyen davranışı olanlarda sağlık sorumluluğu puanları azalıyorken, yüksek hijyen davranışı gösterenlerde sosyal içici olma durumu sağlık sorumluluğu puanını artırıyordu. Alkol kullanmayıp düşük hijyen davranışı gösterenlerde sağlık sorumluluk puanı, yüksek hijyen davranışı gösterenlerden daha yüksekken, diğerlerinde (ayda 1, ayda 1’den fazla kullanan) bu durum tam tersiydi.

**Tablo 31:Sağlık Sorumluluğu alt ölçeğinde AKD ile Covid-19 sosyal hayatta hijyen kuralına uyma durumu etkileşimi**

| Değişkenler                                   | F           | df       | p             |
|-----------------------------------------------|-------------|----------|---------------|
| <b>Alkol kullanımı* Covid-19 sosyal hayat</b> | <b>4,09</b> | <b>2</b> | <b>0,017*</b> |
| Alkol kullanımı                               | 5,30        | 2        | 0,005*        |
| Covid-19 sosyal hayat                         | 4,09        | 1        | 0,002*        |

p\*<0,005

Çocuk sahibi olma durumuyla cinsiyet arasında beslenme alt ölçeğinde anlamlı bir etkileşim vardı (p=0,031). (Tablo-32) Çocuk sahibi olan kadınların beslenme puanları erkeklerden düşükken, çocuk sahibi olmama durumunda bu tam tersiydi.

**Tablo 32:Beslenme alt ölçeğinde Çocuk sahibi olma durumu ve Cinsiyet değişkeninin etkileşimi**

| Değişkenler                              | F           | df       | p             |
|------------------------------------------|-------------|----------|---------------|
| <b>Çocuk sahibi olma durumu*Cinsiyet</b> | <b>4,68</b> | <b>1</b> | <b>0,031*</b> |
| Çocuk sahibi olma durumu                 | 2,70        | 1        | 0,101         |
| Cinsiyet                                 | 0,32        | 1        | 0,568         |

p\*<0,005

Sigara kullanma durumuyla Covid-19 sosyal hayat ve iş hayatında hijyen kurallarına uyma durumu ile anlamlı bir etkileşim vardır (sırasıyla p=0,001,p=0,048). (Tablo-33,34) Sigara kullanan ve sigara hiç kullanmamış yüksek hijyen davranışı gösterenlerde beslenme puanları, düşük hijyen davranışı gösterenlerden yüksektir. Ancak sigara kullanıp bırakanlarda bu durumun tam tersi görülmüştür.

**Tablo 33:Beslenme alt ölçeğinde SKD ve Covid-19 sosyal hayatta hijyen kuralına uyma durumu etkileşimi**

| Değişkenler                       | F           | df       | p             |
|-----------------------------------|-------------|----------|---------------|
| <b>SKD *Covid-19 sosyal hayat</b> | <b>6,71</b> | <b>2</b> | <b>0,001*</b> |
| SKD                               | 2,70        | 2        | 0,039*        |
| Covid-19 sosyal hayat             | 0,86        | 1        | 0,353         |

SKD: Sigara Kullanım Durumu p\*<0,005

**Tablo 34: Beslenme alt ölçeğinde SKD ve Covid-19 iş hayatında hijyen kuralına uyma durumu etkileşimi**

| Değişkenler                    | F           | df       | p             |
|--------------------------------|-------------|----------|---------------|
| <b>SKD *Covid-19 iş hayatı</b> | <b>3,06</b> | <b>2</b> | <b>0,048*</b> |
| SKD                            | 3,47        | 2        | 0,032*        |
| <b>Covid-19 iş hayatı</b>      | <b>0,86</b> | <b>1</b> | <b>0,354</b>  |

SKD: Sigara Kullanım Durumu, p\* < 0,005

Nöbet tutma durumu ile covid-19 iş hayatında hijyen kurallarına uyma durumu arasında stres yönetim alt ölçeğinde anlamlı etkileşim vardı (p=0,010). (Tablo-35) Düşük hijyen davranışı gösterenlerde nöbet tutma sıklığı azaldıkça stres yönetim puanları yükselirken, yüksek hijyen davranışı gösterenlerde ayda 6 ve daha fazla nöbet tutma durumu stres yönetim puanını düşürüyordu. Nöbet tutmayan ve 7 ve daha fazla nöbet tutan yüksek hijyen davranışı gösterenlerin stres yönetim puanı, düşük hijyen davranışı gösterenlerden yüksekken, 6 ve daha fazla nöbet tutanlarda bu durum tam tersiydi.

**Tablo 35: Stres yönetimi alt ölçeğinde NTD ve Covid-19 iş hayatında hijyen kuralına uyma durumu etkileşimi**

| Değişkenler                    | F           | df       | p             |
|--------------------------------|-------------|----------|---------------|
| <b>NTD *Covid-19 iş hayatı</b> | <b>4,66</b> | <b>2</b> | <b>0,010*</b> |
| NTD                            | 7,53        | 2        | 0,001*        |
| <b>Covid-19 iş hayatı</b>      | <b>2,36</b> | <b>1</b> | <b>0,125</b>  |

NTD: Nöbet Tutma Durumu, p\* < 0,005

Covid-19 iş hayatında hijyen kurallarına uyma durumu ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı ilişki vardı (p=0,05). (Tablo=36) Yüksek hijyen davranışı gösteren kadınların kişiler arası ilişki alt ölçek puanları, erkeklerden daha düşükken, düşük hijyen davranışı gösterenlerde bu durum tam tersiydi.

**Tablo 36: Kişiler arası ilişki alt ölçeğinde Cinsiyet ve Covid-19 iş hayatında hijyen kuralına uyma durumu etkileşimi**

| Değişkenler                         | F           | df       | p             |
|-------------------------------------|-------------|----------|---------------|
| <b>Cinsiyet *Covid-19 iş hayatı</b> | <b>3,86</b> | <b>1</b> | <b>0,050*</b> |
| Cinsiyet                            | 4,94        | 1        | 0,027*        |
| <b>Covid-19 iş hayatı</b>           | <b>2,69</b> | <b>1</b> | <b>0,101</b>  |

p\* < 0,005

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda SYBD-II ölçeği toplam ve alt ölçek puanları ayrı ayrı değerlendirilerek asistan hekimlerde sosyodemografik faktörlerin etkisine bakılmıştır.

Çalışmamızda asistan hekimlerin SYBD-II ölçek puanı ortalaması ( $123,60 \pm 18,66$ ) olarak bulundu. Sırasıyla en düşükten yükseğe alt ölçek puanları; fiziksel aktivite ( $16,14 \pm 5,16$ ), stres yönetimi ( $17,29 \pm 3,59$ ), sağlık sorumluluğu ( $19,59 \pm 4,15$ ), beslenme ( $20,99 \pm 4,18$ ), manevi gelişim ( $24,57 \pm 4,72$ ) ve kişiler arası ilişkilerdir ( $25,03 \pm 3,91$ ).

Kırklareli merkezli sağlık çalışanlarına yapılan bir araştırmada SYBD-II toplam ölçek puan ortalaması ( $130,228 \pm 19,122$ ) olarak bulundu. Çalışmada en yüksek alt ölçek puanı manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler olarak bulundu. En düşük alt ölçek puanı fiziksel aktivite alt ölçeğinde bulundu.(43) İnönü üniversitesi de asistan hekimlere yapılan araştırma kapsamında SYBD-II ait toplam puan ortalaması ( $116,31 \pm 17,80$ ) olarak saptanmıştır. Bu çalışmada da en düşük puan fiziksel aktivite iken en yüksek puanı kişiler arası ilişki ve manevi gelişim almıştır. (38) Ankara’da tıp fakültesinde asistan hekimler üzerinde yapılan başka bir çalışmanın sonuçlarına bakacak olursak SYBD-II ölçek puan ortalaması ( $111,1 \pm 18,7$ ) iken yine en yüksek puanı kişiler arası destek ve manevi gelişim, en düşük puan fiziksel aktivite alt ölçeğinden kaynaklıydı. (44) Yine Denizli ve Afyon merkezli 316 sağlık çalışanında yapılan bir başka çalışmada da en yüksek puan kişiler arası ilişkide en düşük puan egzersizdeydi. (45) Literatürde en yüksek ve en düşük olan alt ölçekler başka çalışmalarda da benzerdi. (46-48) Asistan hekimlerde yapılan diğer çalışmalardan bizim çalışmamızdaki toplam ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuş olup ancak yeterli yükseklikte olmadığı görülmüştür.

Yapılan bu çalışmalarda benzer şekilde manevi gelişim puanının yüksek olması, hekimlik mesleğinde yaptıkları iş itibarıyla gerek insan hayatına dokunmaları gerekse toplumun gösterdiği ilgi gereği hem iş doyumlarının hem manevi doyumlarının yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir. Yine aynı şekilde hekimlerin insan hayatına dokunurken diğer meslek gruplarına göre çok fazla insanla iletişim kurma halinde olması kişiler arası iletişim puanlarındaki yüksekliğin nedeni olabilir.

Yapılan bu çalışmalarda benzer şekilde en düşük alt ölçek puanının fiziksel aktivitede olması gözden kaçmıyordu. Literatürde hastanelerde uzun saatler çalışmanın sonucu olarak hekimlerin kendilerini daha yorgun hissediyor ve fiziksel aktivite yapamıyor olduğu düşünülmüştür.(49)

Fiziksel aktivitesi yüksek olan doktorların aynı zamanda hastalara aktivite hakkında verdikleri bilgilendirici tavsiyelerin de yüksek olması beklenir. Bizim çalışmamızın aksine Estonya’da aile hekimlerinde yapılan bir çalışmada hekimlerin Estonya genel popülasyonuna kıyasla daha yüksek düzeyde egzersiz yaptığı bulunmuştur. Hekimlerin fiziksel aktivitesinin yüksek olduğu için kronik hastalıklara sahip olanlara fiziksel aktivite konusunda tavsiye verme oranları da yüksek bulunmuştur. Estonyalı aile hekimlerine göre, hastalara sağlıklı bir yaşam tarzı için danışmanlık yaparken onlar için en önemli konu fiziksel aktiviteydi. Aile hekimlerinin %94’ünden fazlası, kronik hastalıkları olan hastalarına egzersiz konusunda danışmanlık yaptıklarını ifade etmişti. Danışmanlık hastaya, hastanın risklerine, sağlık sorunlarına ve yaşam tarzına bağlı olduğundan, esnek ve hasta merkezli olmak esas görülmüştü. Bu nedenle, fiziksel aktiviteyi her zaman bireysel olarak hastalara tavsiye etmekteydiler. (50) Bizim yaptığımız bir çalışmaya benzer şekilde, İrlanda’da pratisyen hekimlerde yapılan bir çalışmada ise genel popülasyon ve profesyonellerden oluşan gruplara göre hekimlerin daha düşük düzeyde fiziksel egzersiz yaptığı görülmüştür. (51) Birleşik Krallık’ta çalışan birinci basamak hekimlerinde yapılan bir araştırmaya göre, hekimler için hastalarda sağlığı geliştirmede en önemli konu sigara kullanımı, alkol kullanımı ve ardından düzenli egzersiz yapmaktır. (52) Bu çalışmalarda Avrupa ülkelerinde fiziksel aktivite konusunda hekimlerin daha istekli ve böylece hastalarına verdikleri hizmetlerin iyi olduğu düşünülmüştür. Bizim de gerek hastalara örnek olmak gerekse kendi sağlığımız için asistan hekimlik sürecinde fiziksel aktiviteyi daha çok hayatımıza entegre edebilmemiz gerekir.

### **Cinsiyet;**

Çalışmamızda cinsiyetler arası anlamlı fark kişilerarası ilişki, beslenme ve fiziksel aktiviteden kaynaklıydı. Kadınların erkeklere göre kişilerarası ilişki ve beslenme alt ölçek puanları yüksekti. Erkeklerin ise kadınlara göre fiziksel aktivite puanları anlamlı yüksekti. Çalışmamıza benzer şekilde Ankara’da asistan hekimler üzerinde yapılan çalışmada da kadınların beslenme puanları anlamlı yüksek bulundu. (44) Yalçinkaya ve ark’nın yaptığı çalışmada da kadınların erkeklere göre beslenme ve sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı anlamlı yüksekti. (45) Amerika’da 223 afroamerikan üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların beslenme, kişiler arası ilişki ve sağlık sorumluluğu puanları erkeklere göre anlamlı yüksek bulunmuştur. (53) Literatürde kadınların beslenme ve kişiler arası ilişki puanlarının daha yüksek olduğuna dair başka çalışmalar da vardı. (46, 47, 53-58)

Çalışmamıza benzer şekilde Amerika’da yapılan bir çalışmada gençler üzerinde ivme ölçer ile hesaplanan fiziksel aktivite süresine bakıldığında erkeklerin kadınlara göre anlamlı

olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak beslenme davranışları hakkında anlamlı bir fark bulunamamıştır.(45) Erkeklerin fiziksel aktivite puanlarının anlamlı yüksek olduğu başka çalışmalarda vardır.(48)

Çakır ve ark'nın yaptığı çalışmada ise kadın ve erkek cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunamamıştı.(44)

Çalışmamızın sonuçlarına göre toplumsal cinsiyet rolü çerçevesinde kadınların beslenme konusunda iyi olması, çocukluk çağından itibaren yemek hazırlamak gibi eylemlerin içinde olmasından, erkeklerin fiziksel daha aktif oluşu kadınlara göre çocukluk çağından itibaren spor kollarına yönlendiriliyor oluşundan ileri gelmiş olabilir. Yine kadınların kişiler arası iletişimlerinin daha iyi olması kadınların dil yeteneklerinin iyi oluşu ile kendilerini daha rahat ifade ediyor oluşundan olabilir.

### **Yaş;**

Çalışmamızda 30 yaş altı ve 30 yaş üzeri hekimlerimizde SYBD-II ölçeği ve alt ölçekleri puanları açısından beslenme hariç anlamlı olarak bir fark görülmedi. Ancak yaş ile beslenme arasında pozitif bir korelasyon saptanmış olup, yaş arttıkça hekimlerin beslenme düzenlerinin iyileştiği söylenebilir. Literatüre baktığımızda çalışmamızdan farklı olarak 30 yaş altı çalışanların, 30 yaş üzeri çalışanlara göre stres yönetimlerinin anlamlı daha yüksek olduğu gösterilmiştir.(43) Yaş ile stres yönetiminin bozulduğuna dair literatürde başka çalışmalar da vardır.(58, 59)

Literatürde öğretim üyelerinde yapılan bir çalışmada yaş ile stres yönetimi, beslenme, egzersiz ve toplam ölçek puanı arasında anlamlı fark bulunmuş olup, yaşı yüksek olanların (42 yaş ve üzeri) bu ölçeklerde aldığı puan daha yüksektir. (60) Çalışan Meksikalı kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada da yaş ile sağlıklı yaşam biçimi tüm alt ölçeklerinde anlamlı fark vardır, yaş arttıkça ölçek puanı arttığı gözlemlenmiştir. (61) Yine İranlı kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada yaş ile sağlık davranış puanları pozitif korele bulunmuştur. (62) Yalçınkaya ve ark'nın yürüttüğü çalışmada ise 40 yaş üstü grupta beslenme davranışının anlamlı yüksek olduğu ayrıca çalışmamıza benzer bir şekilde yaş ile beslenmenin anlamlı bir şekilde arttığı gözlemlenmiştir. (45) Yaşla beraber artan sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları, kişilerin bilgi birikimi ve deneyimlerinin yaşla artmasına, yaş almaya bağlı ortaya çıkan hastalıklar ve bunlara bağlı oluşan ölümlerin kişilerde sağlığa verdikleri önemin artışına neden oluyor olabilir.

Literatürde yaş ile beslenme puanının anlamlı yüksek bulunduğu başka çalışmalar da vardır.(54, 58, 63, 64)Çalışmamızın aksine literatürde yaş ve beslenmenin ters korele olduğu çalışmalar vardır.(54, 65)

Yaptığımız çalışmanın evreni gereği asistan hekimlerin yaş aralığının dar olması ve çoğunun daha genç olması nedeniyle gruplar arası bir fark yakalayamamış olabiliriz.

### **Medeni durum;**

Çalışmamızda medeni duruma göre ölçek toplam puanında ve alt ölçek puanlarında grupları arası anlamlı bir fark yoktu. Benzer şekilde Tayvan’da yapılan bir çalışmada medeni duruma göre sağlıklı yaşam biçimi davranışında anlamlı fark yoktu.(64)

Literatüre bakıldığında evli olanların sağlık sorumluluğunun bekarlardan yüksek olduğu görüldü.(38) Başka bir çalışmada ise asistan hekimlerden evli olanların beslenme ve toplam ölçek puanı anlamlı yüksek bulundu.(44) Öğretim üyelerinde yapılan bir çalışmada ise evlilerin toplam ölçek puanı, kişiler arası iletişim puanı, beslenme puanı, manevi gelişim puanı ve stres yönetim puanları anlamlı olarak yüksekti.(60) Literatürde başka çalışmalarda da evlilik hayatında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek olduğu gösterilmiştir.(66, 67) Düzenli aile hayatının içinde olmak sağlık davranışlarını olumlu etkileyeceği düşünüldü. Aynı zamanda evlilik kişilere daha çok sorumluluk yüklüyor olabilir.

Yanık ve ark’nın çalışmalarında beklenenin aksine bekarların sağlık sorumluluk, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim ve toplam ölçek puanı daha yüksekti.(43) Başka bir çalışmada da bekarların evlilere göre fiziksel aktivite, stres yönetimi, sorumluluğu ve toplam puanları anlamlı yüksekti.(58) Afroamerikanlar üzerinde yapılan bir çalışmada bekar olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı anlamlı yüksek bulundu.(53)

Literatürde orta yaş ve ileri yaşlarda medeni durum ile medeni durumda meydana gelen değişikliklerin bireyin sağlığı ve ölüm oranı üzerinde etkileri olduğu gösterilmiştir. Medeni duruma göre sağlık ve ölüm oranına bakıldığında, evli olmayan bireylerin genellikle daha kötü sağlık durumu bildirdiklerini ve evli meslektaşlarına göre ölüm risklerinin daha yüksek olduğu ve bu durumdan özellikle erkeklerin etkilendiği tespit edilmiştir. (68) Çalışmamızda yaşları nedeniyle daha kısa süreli evlilik içinde bulunan hekimlerin beklenen düzenli hayatın içinde olma durumu henüz oluşmamış olabilir.

### **Eşin öğrenimi;**

Çalışmamızda eşin öğrenim durumu açısından SYBD-II ölçeği ve alt ölçekleri puanlarında anlamlı bir fark görülmedi. Literatürde eğitim durumu arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek olduğunu gösteren çalışmalar vardı.(55, 69) Aynı zamanda literatürde evli kişilerin bekarlara göre puanları da anlamlı yüksekti.(66, 67) Düzenli evlilik kurumu içinde eşlerin sağlık davranışlarının birbirini etkileyebileceği düşünülmüştür. Ancak hekimlerin eş seçimlerinin büyük oranı yüksek eğitim düzeylerinde olması nedeniyle araştırmamızda bu kıyas yakalanmamış olabilir.

### **Meslekte çalışma yılı;**

Çalışmamızda meslekte çalışma yılı açısından incelendiğinde toplam ölçek puanında ve alt ölçek puanlarında anlamlı fark bulunamadı. Literatürde yapılan bir çalışmadan 1 yılın altında çalışanların stres yönetimi ve fiziksel aktiviteleri daha düşük bulunmuş. 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışanların ise 11-15 yıl çalışanlara göre fiziksel olarak daha aktif oldukları görülmüş.(43)

Bizim çalışmamızda da toplam ölçek puan ortalaması, stres yönetimi puan ortalaması ve fiziksel aktivite puan ortalaması 2-4 yıl arasında çalışanlarda diğer gruplara göre (1 yıl ve 5 yıl ve üzeri) daha yüksekti ancak anlamlı bir fark oluşturmuyordu. Başka bir çalışmada ise bizim çalışmamıza benzer şekilde 1-5 yıl çalışanlarda SYBD-II puanları diğerlerinden yüksek bulunmuştur. Meslekte uzun yıllar çalıştıkça stres yönetiminde bozulduğu gösterilmiş. (70) Yalçinkaya ve ark'nın yaptığı çalışmada bizim çalışmamızın aksine meslekte uzun yıllar çalışmanın (20 yıl üzeri) beslenme ve fiziksel egzersiz puanlarında iyileşmeye neden olduğu gösterilmiştir.(45) Literatürde meslekte çalışma yılı artışı ile beslenme ve fiziksel egzersizin arttığına dair başka çalışmalarda vardı.(54, 63)

Asistan hekimlerin genellikle meslekte uzun yıllar çalışmamış, yeni hekimlik hayatına başladıktan kısa bir süre sonra asistan olmaları nedeniyle, uzun çalışma yıllarından kaynaklı sağlık davranışlarında oluşan bu farklılıklar bizim çalışmamızda yakalanamamış olabilir.

### **Anabilim dalı;**

Çalışmamızda hekimlerin çalıştığı bilim dalına göre karşılaştırılma yapıldığında manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçeklerinde gruplar arası anlamlı fark görülmüştür. Temel bilimlerde çalışan hekimlerin puan ortalamaları cerrahi ve dahili klinikte çalışan asistan hekimlere göre daha yüksektir. Manevi gelişim alt ölçeğinde; gruplar arası anlamlı

farkın nedeni, temel bilimlerde çalışan hekimlerin puanlarının cerrahi bilimde çalışan hekimlerden yüksek olmasından kaynaklıydı. Stres yönetimindeki fark ise; dahili bilimlerde çalışan hekimlerin cerrahi bilimlerde çalışanlara göre puanın yüksek olmasından kaynaklıydı. Çalışmamızın aksine literatüre baktığımız zaman yapılan bir çalışmada cerrahi bilimlerde çalışanlarda manevi gelişim puanlarının dahili bilimlerden anlamlı yüksek olduğu görülmüş. Aynı çalışmada stres yönetiminin temel kliniklerde çalışanlarda dahili kliniklere göre daha yüksek olduğu kanıtlanmıştır.(43) Yapılan başka bir çalışmada temel bilimlerde çalışan hekimlerde bizim çalışmamıza benzer şekilde fiziksel aktivite, beslenme, sağlık sorumluluğu ve toplam ölçek puanları diğer tıp bilimlerinden yüksektir.(38) Temel bilimlerde çalışan hekimlerin çalışma şartları gereği bu tür sağlık davranışı ile ilgili olan şeyler için daha çok zamanları vardır. Ancak çalışmamızda anlamlı bulunan cerrahi bilimlerin manevi gelişim ve stres yönetimlerinin kötü olması, daha stresli olan iş ortamında kendileri için olumsuzluklar oluşturabilir, ileri dönemde gerek psikolojik gerek fiziksel hastalıklara yol açabilir.

#### **Gelir durumu;**

Çalışmamızda gelir durumu iyi olanların toplam test puanları ( $p=0,03$ ) ve sağlık sorumluluğu puanları ( $p=0,002$ ) gelir durumu kısmen iyi olanlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Literatüre baktığımızda bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde aylık gelire göre toplam ölçek puanı anlamlı bulundu. Geliri düşük olan grubun toplam ölçek puanı da en düşük düzeydeydi. Bu çalışmada gelir ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında doğru orantılı ilişki bulunmuştur. Gelir arttıkça sağlıklı yaşam biçimi alışkanlığının arttığı gösterildi.(43) Gelir durumu düşük Siyahi ve Latin Amerikalı 243 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada da sağlıklı yaşam biçimi davranışının düşük olduğu gözlemlendi.(71) Çalışmamıza benzer literatürde gelir durumu iyileştikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek olduğu başka çalışmalar da vardı.(53, 58, 67)

Bizim çalışmamızın aksine literatürde gelir durumu ile beslenmeyi anlamlı bulan çalışmalar vardır. Gelir durumu iyi olanlarda beslenme puanlarının yüksek olduğu gösterilmiştir.(38, 72)

#### **Çocuk durumu;**

Çalışmamızda çocuk varlığı ve yokluğu ile kıyaslandığında toplam ölçek puanı ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir fark yoktu. Literatürde benzer şekilde çocuk sayısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında anlamlı fark bulunamamıştır.(63) Öğretim üyelerinde yapılan başka bir çalışmada çocuğu olanlarda beslenme alt ölçek puanı anlamlı

yüksek bulunmuş. Bu farkın nedeni çocuk sahibi olmanın sorumluluk duygusunu artırdığı için denilmiş.(46) Literatürde öğretim üyelerinde yapılan bir başka çalışmada ise çocuk sahibi olanlardan, 3 ve daha fazla çocuğu olanların diğer gruplara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları anlamlı yüksekti.(60)

Kadınlarda yapılan bir çalışmada çocuk sayısı ile sağlık davranışlarının anlamlı ters korele olduğu görüldü.(62) Bizim çalışmamızda da çocuk sahibi olan kadınların beslenme puanları çocuk sahibi olan erkeklere göre daha düşük bulundu. Çocuğun bakımını üstlenme konusunda annelere babalardan daha çok görev düşmesi ve zaman kısıtlılığı nedeniyle kadının kendi yaşam davranışlarını ihmal ediyor oluşu bunun nedeni olabilir. Başka bir çalışmada ise çocuk sahibi olmayanların stres yönetimi, fiziksel aktivite ve toplam ölçek puanları anlamlı daha yüksekti.(58)

### **Vki;**

Çalışmamızda hekimlerin vücut kitle indeksleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark yoktu. Ancak normal vücut kitle indeksine sahip olanlarda yüksek olanlara göre SYBD-II toplam ölçek ve alt ölçek puanları bir miktar yüksekti. Sağlıklı yaşam biçimi davranışını hayatına entegre etmiş kişilerin vücut kitle indekslerinin normal olması beklenen bir sonuçtur. Çalışmamızda Vücut kitle indeksiyle beslenme arasında pozitif bir korelasyon saptandı. Çalışmamıza benzer şekilde sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada dagruplar arası anlamlı fark bulunamadı.(43) Eğitimli Afroamerikan kadınlar üzerinde yapılan çalışmada normal kilolu, fazla kilolu ve obezler arasında sağlığı geliştirici davranışlar arasında anlamlı fark yoktu.(73) Yine literatürde gençler üzerinde yapılmış gruplar arası anlamlı farkın olmadığı çalışmalar vardı.(74-78)

### **Sigara ve alkol alışkanlıkları;**

Çalışmamızda sigara kullanım durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda manevi gelişim, beslenme ve stres yönetimi anlamlı bulunmuştur. Bu alt ölçeklerde sigarayı hiç kullanmayanların puanları en yüksekti. Beslenme alt grubunda ise hiç kullanmayanların puanı kullanıp bırakanlara göre anlamlı yüksek bulundu.

Çalışmamıza benzer şekilde sigarayı bırakanların alt ölçek puanı stres yönetiminde anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Sigarayı bırakmanın verdiği gerilimin stres yönetimini bozmuş olabileceği düşünülmüştür.(38) Çalışmamızda asistan hekimlerde kişiler arası ilişki hariç diğer toplam puan ve alt ölçek puanlarında hiç sigara kullanmamış olanların puanları en

yüksekti. Öğretim üyelerinde yapılan bir çalışmada da hiç sigara kullanmayanların kullananlara göre sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları anlamlı yüksekti.(60) Yalçinkaya ve ark' nın yaptığı çalışmada da benzer şekilde kişiler arası ilişki hariç diğer alt ölçek ve toplam ölçek puanı sigara hiç kullanmamış olanlarda yüksekti. (45) Literatürde bazı çalışmalarda benzer şekilde beslenmeyle ilişkili olarak hiç sigara kullanmayanların puanı anlamlı daha yüksekti.(44, 58)

Literatürde sigara kullanım oranları hekim ve sağlık çalışanlarında daha düşük bulunmuştur.(45, 51, 79) Bizim çalışmamızda genel olarak sigara kullanım oranlarının düşük olması ve sigara kullanmayan kişilerde sağlıklı yaşam biçimi puanlarının yüksek olması topluma örnek olma adına asistan hekimlerimiz için olumlu bir sonuçtur.

Çalışmamızda alkol kullanım durumuna göre kıyaslama yapıldığında; sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite puanlarının anlamlı daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayda 1 kere alkol kullanan (sosyal içici) hekimlerin sağlık sorumlulukları hiç kullanmayanlar ve ayda 1 den fazla kullananlardan anlamlı yüksekti. Aynı zamanda sağlık sorumluluğu ile alkol kullanma durumu arasında ters bir korelasyon saptandı. Ayda 1 kez alkol kullanımının sağlık sorumluluğu yüksek olan kişiler tarafından kendi sağlıkları için zararlı görülmediği düşünülebilir. Yine bir çalışmada ölçülü miktarda alkol kullanan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışının iyi olduğu gösterilmiş(80) Çalışmamızın aksine başka bir çalışmada hekimlerde ara sıra alkol kullananlarda daha sık ve daha az kullananlara göre sağlık sorumluluğu puanı daha düşük bulunmuş olup, anlamlı fark yoktur.(44)

Ayda 1 den fazla alkol kullananların fiziksel aktivitesi ise hiç kullanmayanlara göre anlamlı yüksek bulundu. Alkol kullanım durumu ile fiziksel aktivite arasında aynı zamanda pozitif anlamlı korelasyon saptandı. Ayrıca çalışmamızda alkol kullanımı ile cinsiyetin birlikte fiziksel aktivite üzerine etkisi bulunmuş olup, sosyal içici (ayda 1 kez) erkeklerin fiziksel aktivite puanı yüksekken, kadınlarda ayda 1 den fazla alkol içenlerde fiziksel aktivite puanı daha yüksektir. Ayrıca ayda 1 den fazla alkol içen erkeklerin yarısından fazlasının VKİ değerleri normalin üzerindedir. Yüksek düzey ve uzun süreli alkol kullanımının lipit profilinde değişmeye ve obeziteye neden olduğu literatürdeki çalışmalarda bilinmektedir.(80, 81) Yüksek düzey alkol kullanımının erkeklerde VKİ de artışa ve bunun getirdiği hareket kısıtlılığı ile fiziksel aktivitede puanlarında düşüşe neden olmuş olabilir.

Çalışmamızın aksine literatürde 33,625 kişiyle yapılan prospektif kohort çalışmasında; fiziksel aktif kadınların oranı orta düzey alkol kullananlarda fazla iken, fiziksel

aktif erkeklerde ise ağır içicilerde oran daha fazlaydı. (82) Sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada çalışmamızın aksine orta ve ağır düzeyde alkol kullanan sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite ve sağlık davranışları diğerlerine göre anlamlı olarak düşük bulundu. (83)

Çalışmamızda alkol kullanımı ile manevi gelişim arasında ters korele anlamlı ilişki saptandı. Toplumumuzda dini inanış gereği alkol kullanımı ile maneviyat arasında ters bir ilişki olması bu sonucu destekliyor olabilir. Yine çalışmamızın aksine bir çalışmada, her gün alkol kullananlarda manevi gelişim puanı anlamlı en yüksekti.(43)

Literatürde çalışmamızın aksine alkol kullanan ile kullanmayanların sağlık davranışları arasında fark olmayan çalışmalar da vardı.(45, 74, 84, 85)

Çalışmamızda ayda 1 kere alkol kullanan sosyal içicilerin oranı daha fazla kullananlara oranla yüksekti.(Tablo-3) İrlanda’da yapılan çalışmada alkol kullanımında sosyal içici olma durumu genel popülasyona göre pratisyenlerde yüksekken, aşırı tüketme oranı daha düşük bulunmuştur.(5)

#### **Kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanımı;**

Çalışmamızda kronik hastalığa sahip olanların hastalığı olmayanlara kıyasla sağlıklı yaşam biçimi ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarında anlamlı fark bulunamadı. Düzenli ilaç kullananların fiziksel aktivite puanları, düzenli ilaç kullanmayanlara göre anlamlı düşük bulundu. Kronik bir hastalık varlığının sağlık davranışı üzerine olumlu ya da olumsuz etkisi gözlemlenirken, aynı zamanda sağlıklı yaşam biçimi davranışı yüksek kişilerde kronik hastalığa sahip olma durumu da düşük olması beklenir. Bu durum iç içe geçmiş bir neden sonuç ilişkisi içindedir.

Literatürde Tayvan’da yapılan bir çalışmada metabolik sendrom riski açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; fiziksel aktivite puanları daha yüksek olan katılımcıların normal trigliseritlere ve normal bel çevresine sahip olma ihtimallerini anlamlı yüksek, metabolik sendrom açısından ise anlamlı olarak daha düşük riske sahip oldukları bulundu. (64) Kalp hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada ek olarak hipertansiyon ve diyabet hastalığı olmayanların sağlıklı yaşam biçimi puanları, ek hastalığı olanlara göre anlamlı yüksekti.(67) Hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise sağlıklı yaşam biçimi davranışı yüksek olanlarda diyabet riski düşük bulunmuştur.(86) Yine Tip-2 diyabetli hastalarda yapılan bir çalışmada diyabetlilerde sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları ortalamanın altında bulundu.(87) Avusturalya’da orta yaş kadınlarda yapılan bir çalışmada

kronik hastalığa sahip kadınların fiziksel aktivite puanlarında anlamlı düşüklük varken, depresif semptom varlığında da fiziksel aktivite puanları düşük bulunmuş.(88) Yine Amerikada eğitimli kadınlarda sağlığı geliştirici davranışların benimsenmesinde stres seviyesinin az olması anlamlıydı.(73) Başka bir çalışmada sağlığı teşvik eden davranışlar ile depresif belirtilerin varlığı ters anlamlı korele bulunmuştur.(76) Bizim çalışmamızda düzenli ilaç kullanan erkek asistanlarda fiziksel aktivite puanları düşük bulundu. Bu asistanların kullandıkları düzenli ilaçlara bakıldığında büyük çoğunluğu antidepresanlar oluştuyordu. Bu ilaçlar anksiyete, depresyon gibi fiziksel aktivitenin düşük olduğu hastalık varlığında kullanılıyor oluşu, erkek asistanların fiziksel aktivite puanlarının düşüklüğünü açıklıyor olabilir.

Çalışmamızda kronik hastalığa sahip olma oranı (%20) ve yaş ortalaması  $28,05 \pm 2,5$ 'dir. Ancak kronik hastalık oranı yüksek yaşlılar üzerinde yapılan bir çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde kronik hastalığı olanların, olmayanlara göre SYBD-II ölçek ve alt ölçek puanlarında anlamlı bir fark bulunamadı.(89) Yine sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada kronik hastalık durumuna göre anlamlı bir fark yoktu.(43)

#### **Nöbet:**

Çalışmamızda nöbet tutma durumuna göre asistanlarda stres yönetimi, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişki ve toplam ölçek puanında anlamlı fark vardır. Hiç nöbet tutmayanların toplam sağlık puanları ayda 7 ve daha fazla tutanlar ile 6 ve daha az tutanlardan anlamlı yüksekti. Alt ölçeklere bakıldığında da nöbet tutmayanların puanları diğer gruplardan fazla olduğu görüldü. Ayrıca nöbet tutma ile korelasyona bakıldığında toplam ölçek puanı, beslenme, stres yönetimi ve manevi gelişimde pozitif korelasyon saptanmıştır. Hekimlerin nöbet tutma durumu iyileştikçe, nöbet sayıları azaldıkça hem toplam ölçek puanlarında iyileşme hem de alt ölçek puanlarında iyileşme mevcuttur. Nöbet sayısının azalması ile sağlık davranışının daha yüksek olması asistanların kendilerine ayırabilecek zamanın çok olmasıyla uyumluydu. İnönü üniversitesi asistan hekimlerinde yapılan çalışmada benzer şekilde nöbeti olmayanlarda sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi ve SYBD-II toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.(38). Yine yapılan başka bir çalışmada nöbet ile çalışan hemşirelerde gündüz çalışanlara göre beslenme alt ölçek puanları daha düşük bulunmuştur.(47) Literatürde çalışmamızın aksine bir çalışmada, sağlık çalışanlarında nöbet usulü çalışma ile sürekli gündüz çalışma arasında anlamlı bir fark yoktu.(43) Tayvan'da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarında günlük çalışma süreleri daha uzun olanlarda stresle ilgili semptomlar daha fazla gösterildi.(90) Bu durum stres yönetimlerinin kötü olması ile alakalı olabilir.

### **Covid-19 dönemi iş ve sosyal hayatta hijyen kurallarına uyma;**

Literatürde pandemide sağlık çalışanlarının meslek etiği gereği sorumluluklarından birinin başka insanları enfekte etmekten kaçınmak olduğu söylenmiş bu bağlamda hijyen konularına değinilmiştir.(91) Literatürde Covid-19 dönemi önlem kurallarına uyma adına yapılan bir ölçek geliştirme çalışmasına göre; kamu personellerinin önlem kurallarına uyum puan ortalaması girişimci ve diğer meslek gruplarından yüksekken, öğrenci ve özel sektör çalışanlarından düşük bulunmuştur.(92) Literatürde el hijyeni, mikroorganizmaların çapraz bulaşını önlemek ve sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyonların insidansını azaltmak için en önde gelen önlem olarak kabul edilmektedir. Hastanede el hijyeninin teşviki amacıyla sağlık çalışanlarına yapılan bir çalışmada doktorların hijyen davranışlarının önemli ölçüde iyileşmediği gözlemlenmiştir.(93) Literatürde başka çalışmalarda da doktorların el hijyeni konusunda uyumlarının düşük olduğu gösterilmiştir.(94-96) Literatürde düşük ve orta gelirli ülkelerde hastane ortamlarının aşırı kalabalık ve çalışma saatlerinin uzun süreler olması, alkol bazlı el dezenfektanlarının teminin kısıtlı olması gibi nedenlerin el hijyeninde uyumun daha kötü olduğu saptanmıştır.(97) Yine benzer şekilde yapılan bir müdahale çalışmasında; el hijyeni konusunda düşük ve orta gelirli ülkelere, müdahalenin etkisinden bağımsız kişi başına düşen gayri safi milli gelirin etkisi, yüksek gelirli ülkelere göre fazla bulunmuştur.(69) Literatürün aksine çalışmamızın yapıldığı pandemi döneminde asistan hekimlerde yüksek hijyen kurallarına uyum oranları daha yüksek bulduk. Bu durum pandemide sağlık çalışanlarında yaşanan kayıpların etkisiyle oluşan sorumluluk duygusu ve pandemiye özel bakanlık tarafından oluşturulan özel bütçelerde hijyen malzemelerine ulaşımın kolay oluşu, ve bu dönem hastanede dönüşümlü çalışma ile çalışma saatlerinde azalmayla hijyen uyumunun artmış olabileceği düşünüldü.

Bizim çalışmamızda asistan hekimlerin Covid-19 pandemi dönemi içinde hijyen kurallarına uyumu sorgulanıp, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla olan ilişkisine bakılmıştır. Sosyal hayatta hijyen kurallarına uyma durumu düşük ve yüksek olanlar arasında kişiler arası ilişkiler hariç SYBD-II toplam ölçek ve alt ölçek puanlarında anlamlı ilişki varken, iş hayatında hijyen kurallarına uymada düşük ve yüksek olanlar arasında kişiler arası ilişki ve fiziksel aktivite hariç SYBD-II toplam ölçek ve alt ölçek puanlarında anlamlı fark vardı. Hijyen kurallarına uyumu yüksek kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları anlamlı yüksekti. Bu kişilerin normal hayatta sağlıkları hakkında farkındalıkları yüksek, sorumluluk sahibi, düzenli yaşayan ve kuralları olan kişiler oldukları için hijyen kurallarına olan uyumlarının da yüksek olduğu düşünüldü.

## 6. SONUÇLAR

Çalışmamız tıp fakültesi hastanesinde çalışan asistan hekimlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin yaş ortalaması  $28,05 \pm 2,5$  ve yaşları 24-45 yaş arasında değişmektedir. Çalışmaya katılan hekimlerin yarısından fazlası (%57,1) kadındır. Hekimlerin büyük bir çoğunluğu (%64,1) dahili bilimlendedir. Bekar ve çocuk sahibi olmama oranı yüksektir. Hekimlerin yarısından fazlası (%54,4) gelir durumlarının giderlerini karşıladığını belirtmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin büyük bir çoğunluğu (%75) sigara tüketmezken, alkol tüketim oranı yarıdan daha fazladır (%55,4). Hekimlerin çoğunluğu nöbet tutarken, nöbet tutmayanların oranı %18,7'dir. Çalışmaya katılan asistan hekimlerin VKİ ortalaması  $23,09 \pm 3,35$  iken %73,1'i normal ağırlıktadır. Asistan hekimlerin meslekte çalışma yılı ortalaması  $3,14 \pm 1,98$ 'dir.

Asistan hekimlerde SYBD-II ölçek puanı ortalaması  $123,60 \pm 18,66$  olarak bulundu. Alt ölçekler incelendiğinde en yüksek puan ortalaması kişiler arası ilişkiler ve manevi gelişim ölçeklerinde, en düşük puan fiziksel aktivite alt ölçeğinde olduğu görüldü. Kadınlarda beslenme ve kişiler arası ilişki alt ölçeği, erkeklerde fiziksel aktivite alt ölçeği puanı daha yüksekti. Temel bilimlerde çalışan asistanlarda manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçek puanları yüksekti. Medeni durum, eşin öğrenim durumu, çocuk sahibi olma durumu ve meslekte çalışma yılı, VKİ ile SYBD-II toplam ölçek ve alt ölçekle puanlarında anlamlı fark yoktu. 30 yaş ve üzeri hekimlerde beslenme puanları anlamlı yüksekti. Gelir durumu iyi olan hekimlerde SYBD-II toplam ölçek puanı ve alt ölçek puanı daha yüksekti. Sigara hiç kullanmamış hekimlerin stres yönetimi, manevi gelişim ve beslenme alt ölçek puanları yüksekti. Alkol kullanan hekimlerde sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite puanları yüksekti. Kronik hastalığı olan hekimlerde SYBD-II toplam ölçek ve alt ölçekle puanlarında anlamlı fark yokken, düzenli ilaç kullanmayan hekimlerin fiziksel aktivite puanı yüksekti. Nöbet tutmayan hekimlerde sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite hariç SYBDÖ- II toplam ölçek ve alt ölçek puanları yüksekti. Covid-19 dönemi iş hayatı yüksek hijyen davranışı gösteren hekimlerde, kişiler arası ilişki ve fiziksel aktivite hariç SYBDÖ- II toplam ölçek ve alt ölçek puanları yüksekti. Covid-19 dönemi sosyal hayatta yüksek hijyen davranışı gösterenlerde ise kişiler arası ilişki hariç SYBD-II toplam ölçek ve alt ölçek puanları yüksekti.

## ÖNERİLER

Sağlığı geliştirici davranışlarda asistan hekimlerin hastalara yol gösterici olarak daha dikkatli olmaları, sigara ve alkol gibi kötü alışkanlıklardan uzak durmaları gerekmektedir. Hekimlerin çalışma saatleri gereği üzerlerinde oluşan iş yükü politika yapıcılar tarafından düzenlenmeli, hekimlerin kendi sağlıkları için özel vakitler yaratılmalıdır. Düzenli beslenmeyi desteklemek amaçlı hastane içi yemekhaneler ve büfelerde diyetisyenlerle birlikte sağlıklı alternatifler oluşturulmalı. Özellikle pandemi dönemi hastanelerde asistanlar için hastane içinde dağıtılan yemeklerin salgın kuralları gereği paketli, aseptik ve basit şeker, karbonhidrattan zengin yiyecekler olduğu görülmüştür. Bunlar yerine proteinden zengin kaliteli besinlerin temini gerekmektedir. Hastane içi alanlarda asistan hekimlerin kullanabileceği spor kompleksleri oluşturulmalı, mesai dışı saatler ya da öğle arası gibi sürelerde toplu halde yapılan meditasyon ve yoga egzersizleri hem fiziksel aktivite hem de stres yönetimi açısından asistan hekimlerin iş ve hayat kalitesini artırabilir. Hijyen kurallarının öneminin daha derinden hissedildiği pandemi döneminde, hekimlerin kurallara uyma durumunun teşviki adına eğitim ve toplantıların sayısının artırılması önerilir.

## KISITLILIKLAR

Araştırmamız Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde görev yapan asistan hekimler ile sınırlıdır. Sağlık davranışlarının etkisi SYBDÖ- II ile sınırlı olup, alt ölçek maddeleri dışında olan kısım ölçülememiştir. Sosyodemografik soru formunda; yaş, meslekte çalışma yılı gibi verilerde ortaya çıkabilecek farklılıklar daha genç bir evrenin oluşturduğu çalışmamızda yakalanamamıştır. Medeni durumun uzun yıllarda oluşturabileceği etki, henüz genç olan bireylerde evlilik süresi sorgulanmamış olup bu fark yakalanmamıştır. Covid- 19 pandemi dönemi hijyen kurallarına uyma durumu ile ilgili sorumuz, subjektif bir ölçme oluşturmamış olup bu konuda geliştirilmiş çalışmalara ihtiyaç vardır. Pandemi dönemi yapılan çalışmamızın birebir görüşmelerde iş yoğunluğu nedeniyle kısıtlı zaman diliminde yapılmış olması, asistan hekimlerin ankete verdikleri yanıt oranını düşürmüştür.

## 7. KAYNAKLAR

1. Organization WH. Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 1948.
2. Ghebrehewet S, Stewart AG, Baxter D, Shears P, Conrad D, Kliner M. Health Protection: principles and practice: Oxford University Press; 2016.
3. Koelen MA, Van den Ban AW. Health education and health promotion: Wageningen Academic Publishers; 2004.
4. Boruchovitch E, Mednick BR. The meaning of health and illness: some considerations for health psychology. *Psico-USF*. 2002;7(2):175-83.
5. Balog JE. An Historical Review and Philosophical Analysis of Alternative Concepts of Health and Their Relationship to Health Education: University Microfilms.
6. Sartorius N. The meanings of health and its promotion. *Croatian medical journal*. 2006;47(4):662.
7. Somunoğlu S. Kavramsal açıdan sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 1999;4(1).
8. Stokes J, 3rd, Noren J, Shindell S. Definition of terms and concepts applicable to clinical preventive medicine. *J Community Health*. 1982;8(1):33-41.
9. Stanhope M, Lancaster J. Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community. St. Louis Missouri. Elsevier; 2015.
10. Allender JA. Community health nursing promoting and protecting the public's health: Wolters Kluwer Health; 2010.
11. Fair SE. Wellness and physical therapy: Jones & Bartlett Publishers; 2009.
12. Kickbusch I. The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American journal of public health*. 2003;93(3):383-8.
13. Organization WH. Milestones in health promotion: Statements from global conferences. World Health Organization; 2009. Report No.: 6161115336.
14. Avcı YD. Kişisel sağlık sorumluluğu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15(3).
15. Lakeman R. Paradoxes of personal responsibility in mental health care. *Issues in mental health nursing*. 2016;37(12):929-33.
16. Minkler M. Personal responsibility for health? A review of the arguments and the evidence at century's end. *Health Education & Behavior*. 1999;26(1):121-41.
17. Wikler D. Personal and social responsibility for health. *Ethics & international affairs*. 2002;16(2):47-55.
18. Boztılki M, Ardiç E. Maneviyat ve sağlık. *Journal of Academic Research in Nursing*. 2017;3(1):39-45.
19. Musgrave CF, Allen CE, Allen GJ. Spirituality and health for women of color. *American Journal of Public Health*. 2002;92(4):557-60.
20. Tay L, Tan K, Diener E, Gonzalez E. Social relations, health behaviors, and health outcomes: A survey and synthesis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2013;5(1):28-78.
21. Umberson D, Karas Montez J. Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of health and social behavior*. 2010;51(1\_suppl):S54-S66.
22. Cacioppo JT, Cacioppo S. Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and personality psychology compass*. 2014;8(2):58-72.
23. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*. 2010;7(7):e1000316.
24. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi [Internet]; [Erişim tarihi:4 Temmuz 2023] [Available from: [https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Fiziksel\\_Aktivite\\_Rehberi/Turkiye\\_Fiziksel\\_Aktivite\\_Rehberi.pdf](https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Fiziksel_Aktivite_Rehberi/Turkiye_Fiziksel_Aktivite_Rehberi.pdf)].
25. Miles L. Physical activity and health. *Nutrition bulletin*. 2007;32(4):314-63.

26. Bulut S. Sağlıkta sosyal bir belirleyici; fiziksel aktivite. Turkish Bulletin of Hygiene & Experimental Biology/Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji. 2013;70(4).
27. Organization WH. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. 2020.
28. Baysal A. Beslenme: Hatiboğlu Yayınevi; 2004.
29. Organization WH. Global strategy on diet, physical activity and health. 2004.
30. World Health Organization: CINDI Dietary Guide [Internet] [ErişimTarihi: 20 Nisan 2023] [Available from: [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0010/119926/E70041.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/119926/E70041.pdf)].
31. T.C. Sağlık Bakanlığı Yetişkin ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı 2019-2023 [Internet] [ErişimTarihi: 6 Nisan 2023]. [Available from: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem\\_Planlari/Turkiye\\_Saglikli\\_Beslenme\\_ve\\_Hareketli\\_Hayat\\_Programi\\_Yetiskin\\_ve\\_Cocukluk\\_Cagi\\_Obezitesinin\\_Onlenmesi\\_ve\\_Fiziksel\\_Aktivite\\_Eylem\\_Plani\\_2019-2023\\_2.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem_Planlari/Turkiye_Saglikli_Beslenme_ve_Hareketli_Hayat_Programi_Yetiskin_ve_Cocukluk_Cagi_Obezitesinin_Onlenmesi_ve_Fiziksel_Aktivite_Eylem_Plani_2019-2023_2.pdf)].
32. Sürme Y. STRES, STRESLE İLİŞKİLİ HASTALIKLAR VE STRES YÖNETİMİ. Journal of International Social Research. 2019;12(64).
33. Güçlü N. Stres yönetimi. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2001;21(1).
34. Akgemci T. Örgütlerde stres ve yönetimi. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2001;15(1-2).
35. Duhault JL. Stress prevention and management: A challenge for patients and physicians. Metabolism-Clinical and Experimental. 2002;51(6):46-8.
36. Carlson LE, Toivonen K, Subnis U. Integrative approaches to stress management. The Cancer Journal. 2019;25(5):329-36.
37. Örgütü DS. Stresli anlarda ne yapmalı?: resimli rehber. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi; 2020.
38. Türköl E, Güneş G. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Journal of Turgut Ozal Medical Center. 2012;19(3):159-66.
39. Frank E. Physician health and patient care. JAMA. 2004;291(5):637-.
40. Wiskar K. Physician health: A review of lifestyle behaviors and preventive health care among physicians. BC Med J. 2012;54(8):419-23.
41. Oberg E, Frank E. Physicians' health practices strongly influence patient health practices. The journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh. 2009;39(4):290.
42. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;12(1):1-13.
43. YANIK A, NOĞAY NH. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi. 2017;22(4).
44. ÇAKIR M, Piyal B, Aycan S. Hekimlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi: tıp fakültesi tabanlı kesitsel bir çalışma. Ankara Medical Journal. 2015;15(4).
45. Yalçinkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(6):409-20.
46. GÖKTAŞ F. Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2008;59(64).
47. DURAN Ü, Serdal Ö, ASGARPOUR H, KUNTER D. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2018;2(3):138-47.
48. Gürsel N, Özbey S, Güzel P. Öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi. International Journal of Social Science Research. 2016;5(2):10-25.
49. Profis M, Simon-Tuval T. The influence of healthcare workers' occupation on Health Promoting Lifestyle Profile. Industrial health. 2016;54(5):439-47.
50. Suija K, Pechter Ü, Maaroos J, Kalda R, Rätsep A, Oona M, et al. Physical activity of Estonian family doctors and their counselling for a healthy lifestyle: a cross-sectional study. BMC family practice. 2010;11(1):1-6.

51. McGrady FP, McGlade KJ, Cupples ME, Tully MA, Hart N, Steele K. Questionnaire survey of physical activity in general practitioners (PHIT GP study). *The Ulster medical journal*. 2007;76(2):91.
52. McAvoy B, Kaner E, Lock CA, Heather N, Gilvarry E. Our Healthier Nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counselling. *British Journal of General Practice*. 1999;49(440):187-90.
53. Johnson RL. Gender differences in health-promoting lifestyles of African Americans. *Public health nursing*. 2005;22(2):130-7.
54. Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1998;2(2):60-8.
55. Baheiraei A, Mirghafourvand M, Charandabi SM-A, Mohammadi E, Nedjat S. Health-promoting behaviors and social support in Iranian women of reproductive age: a sequential explanatory mixed methods study. *International journal of public health*. 2014;59:465-73.
56. Pirincci E, Rahman S, Durmuş A, Erdem R. Factors affecting health-promoting behaviours in academic staff. *Public health*. 2008;122(11):1261-3.
57. Alpar ŞE, Şenturan L, Karabacak Ü, Sabuncu N. Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish University nursing students from beginning to end of nurse training. *Nurse Education in Practice*. 2008;8(6):382-8.
58. Bostan N, Beser A. Factors affecting the healthy lifestyle behaviors of nurses/Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. *Journal of Education and Research in Nursing*. 2017;14(1):38-45.
59. Ayaz S, Tezcan S, Eker F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlık geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005;9(2).
60. Güler G, Güler N, Kocataş S, Yildirim F, Akgül Gündoğdu N. BİR ÜNİVERSİTEDE ÇALIŞAN ÖĞRETİM ELEMANLARININ SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI \*. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*. 2008;12.
61. Duffy ME, Rossow R, Hernandez M. Correlates of health-promotion activities in employed Mexican American women. *Nursing research*. 1996;45(1):18-24.
62. Enjezab B, Farajzadegan Z, Taleghani F, Aflatoonian A, Morowatisharifabad MA. Health promoting behaviors in a population-based sample of middle-aged women and its relevant factors in Yazd, Iran. *International journal of preventive medicine*. 2012;3(Suppl1):S191.
63. Emel E, ZİNCİR H, GÜNEŞ G, BİLGİN N. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik-yeterlik düzeylerinin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2003;14(2):83-92.
64. Chen YC, Wu HP, Hwang SJ, Li IC. Exploring the components of metabolic syndrome with respect to gender difference and its relationship to health-promoting lifestyle behaviour: a study in Taiwanese urban communities. *Journal of clinical nursing*. 2010;19(21-22):3031-41.
65. Turan T, Ceylan SS, Çetinkaya B, Altundağ S. Meslek Lisesi Öğrencilerinin Obesite Sıklığının ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009;8(1).
66. Tokgöz E. Kadın öğretim elemanlarının sağlık geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2002.
67. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2011;11:619-26.
68. Robards J, Evandrou M, Falkingham J, Vlachantoni A. Marital status, health and mortality. *Maturitas*. 2012;73(4):295-9.
69. Allegranzi B, Gayet-Ageron A, Damani N, Bengaly L, McLaws M-L, Moro M-L, et al. Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study. *The Lancet infectious diseases*. 2013;13(10):843-51.
70. Cürçani M, Tan M, Özdelikara A. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2010;9(5).
71. Sanders-Phillips K. Correlates of health promotion behaviors in low-income Black women and Latinas. *American journal of preventive medicine*. 1996;12(6):450-8.

72. Meemee R, Ohn Khin Khin N, Htike Aung M. Factors Affecting Health-Promoting Lifestyles Among Community Residents at East Gyogone Ward, Insein Township. 2021.
73. Edmonds JC. The relationship of stress to health-promoting behaviors of college-educated African American women. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*. 2010;5(4):305-12.
74. Nacar M, Baykan Z, Cetinkaya F, Arslantaş D, Özer A, Coşkun Ö, et al. Health promoting lifestyle behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey. *Asian Pacific journal of cancer prevention*. 2014;15(20).
75. KALELİ S, KILIÇ N, ERDOĞAN M, ERDOĞAN N. Sakarya Üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;2(2):12-8.
76. Savoy SM, Penckofer S. Depressive symptoms impact health-promoting lifestyle behaviors and quality of life in healthy women. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2015;30(4):360-72.
77. Ataei J, Kamran A, Shekarchi A, Etebar I, Haghiri E, Gorbani M. Study of Health Promotion Life Style (HPLP) of Rural Primary Health-Care Workers (Behvarzes) in Khalkhal and Kosar Counties, 1395. *Journal of Health*. 2018;9(5):530-40.
78. Mohamed SH, Eker HH, Ozcoba K, Hacimustafaoglu F, Abdi İA. HEALTH-PROMOTING LIFESTYLE AND ITS DETERMINANTS AMONG UNIVERSITY STUDENTS IN MOGADISHU, SOMALIA. *HEALTH*. 2022;5(4):71-86.
79. Alcelik A, Deniz F, Yesildal N, Mayda A, Serifi B. AIBU Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2005;4(2):55-65.
80. Traversy G, Chaput J-P. Alcohol consumption and obesity: an update. *Current obesity reports*. 2015;4:122-30.
81. VURAL H, AKKUŞ İ, KOÇYİĞİT A, KAPTANOĞLU B, BÜYÜKBAŞ S, AKÖZ M. Alkol içiminin serum lipid profili üzerine etkileri. *İç Hastalıkları Dergisi (: Dahili Tıp Bilimleri Dergisi)*. 1997;4(3):153-8.
82. Joosten MM, Grobbee DE, Van Der A DL, Verschuren WM, Hendriks HF, Beulens JW. Combined effect of alcohol consumption and lifestyle behaviors on risk of type 2 diabetes. *The American journal of clinical nutrition*. 2010;91(6):1777-83.
83. Dayoub E, Jena AB, editors. Chronic disease prevalence and healthy lifestyle behaviors among US health care professionals. *Mayo Clinic Proceedings*; 2015: Elsevier.
84. Kolaç N, Balcı AS, Şişman FN, Ataçer BE, Dinçer S. Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2018;14(3):267-74.
85. ÖZPULAT F. ÖZ YETERLİLİK DÜZEYİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİ. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;5(4):37-44.
86. BÜLBÜL E, ÇELİK S, ALÇİÇEK H, DİNDAR A, FURTANA M, GÜNAL M, et al. Hemşirelik Öğrencilerinde Diyabet Riski ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*. 2020;4(3):230-8.
87. Taşkın Yılmaz F, Karakoç Kumsar A, Celik S. The Association Between Healthy Lifestyle Behaviors and Level of Knowledge About Cardiovascular Disease Risk Factors in People With Type 2 Diabetes. *Journal of Education and Research in Nursing*. 2018;15(2):63-70.
88. Brown WJ, Ford JH, Burton NW, Marshall AL, Dobson AJ. Prospective study of physical activity and depressive symptoms in middle-aged women. *American journal of preventive medicine*. 2005;29(4):265-72.
89. Polat Ü, Kahraman BB. Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Dergisi*. 2013;18(4):213-8.
90. Tsai Y-C, Liu C-H. Factors and symptoms associated with work stress and health-promoting lifestyles among hospital staff: a pilot study in Taiwan. *BMC health services research*. 2012;12(1):1-8.
91. Selgelid MJ. Pandethics. *Public health*. 2009;123(3):255-9.
92. TÜRKMEN İ, KAYA RR, ERSAN H. COVID-19 KİŞİSEL TEHDİT ALGISININ COVID-19 ÖNLEMLERİNE UYMA DAVRANIŞLARI ÜZERİNE ETKİSİ. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2021;14(1):208-22.
93. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *The Lancet*. 2000;356(9238):1307-12.

94. GÜRBÜZ E. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ EL HİJYENİ KONUSUNDA DEĞERLENDİRİLMESİ. Medical Research Reports. 2023;6(1):1-11.
95. Pittet D, Mourouga P, Perneger TV, Program MotIC. Compliance with handwashing in a teaching hospital. Annals of internal medicine. 1999;130(2):126-30.
96. Erasmus V, Daha TJ, Brug H, Richardus JH, Behrendt MD, Vos MC, et al. Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. Infection Control & Hospital Epidemiology. 2010;31(3):283-94.
97. Loftus MJ, Guitart C, Tartari E, Stewardson AJ, Amer F, Bellissimo-Rodrigues F, et al. Hand hygiene in low-and middle-income countries. International Journal of Infectious Diseases. 2019;86:25-30.

