



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

**ÇALIŞANLARDA BİREYSEL SAĞLIĞIN YÖNETİMİ AÇISINDAN
BİREYSEL İYİLİK HALİNİN VE SAĞLIK RİSKLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

METİN UYAR

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. GÜLDEN Z. OMURTAG

İSTANBUL - 2017

TEZ ONAYI

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans () Doktora (X)
Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Tez Sahibi : Metin UYAR
Tez Başlığı : Çalışanlarda Bireysel Sağlık Yönetimi Açısından Bireysel
İyilik Halinin ve Sağlık Risklerinin Değerlendirilmesi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi
Sınav Tarihi : 08.11.2017

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

<u>Danışman</u>	<u>Kurumu</u>	<u>İmza</u>
Prof.Dr. Gülden Zehra OMURTAG	İstanbul Medipol Üniversitesi	
<u>Sınav Jüri Üyeleri</u>		
Prof.Dr. Haydar SUR	Üsküdar Üniversitesi	
Prof.Dr.Oğuz ÖZYARAL	İstanbul Rumeli Üniversitesi	
Doç.Dr.Yeter DEMİR USLU	İstanbul Medipol Üniversitesi	
Yrd.Doç.Dr.Banu KUMBASAR	İstanbul Üniversitesi	

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Doktora Tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..16../11../2017.. tarih ve ..2017../...35... - 01... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün saffalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Metin Uyar



TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda desteğini her zaman hissettiğim, kafamdaki soru işaretlerini bilgi birikimiyle en iyi şekilde cevaplayan, anlayışlı bir yol gösterici olarak vizyonumu genişleten ve sağlık sorunu yaşadığı döneme kadar tezimin danışmanlığını üstlenen kıymetli hocam Prof. Dr. Osman Hayran'a sonsuz teşekkürü bir borç bilirim. Danışmanım olmadan önce de günlük hayatın ve çalışma yaşamının temposu ne kadar yoğun olursa olsun, kariyerim açısından tezimin her zaman öncelikler listemde yer alması gerektiği ve yılmadan çalışmanın mutlaka başarıyı beraberinde getireceği konusunda beni her zaman motive eden; danışmanım olduktan sonra ise tüm yoğunluğunda vaktini ve enerjisini bana ayıran, tecrübeleriyle yolumu aydınlatan, pozitif yaklaşımıyla iyilik halimi yükselten kıymetli danışmanım Prof. Dr. Gülden Omurtag'a sonsuz teşekkür ederim. Tecrübelerini paylaşarak tezimin daha iyi bir tez olması konusunda katkılar sunan değerli tez izleme komite üyelerim Prof. Dr. Haydar Sur ve Yrd. Doç. Dr. Banu Kumbasar ile Sağlık Yönetimi Bölümü Başkanı Doç. Dr. Yeter Uslu'ya teşekkür ederim. Tezimin tamamlanması konusunda kimi zaman bilgi birikimleriyle, kimi zaman rahat bir çalışma ortamı sağlayarak, kimi zamansa moral vererek desteklerini her zaman hissettiren Prof. Dr. Ertuğrul Kılıç'a, Prof. Dr. Haluk Yavuzer'e, Doç. Dr. Arzu Yükselen'e, Yrd. Doç. Dr. Asiye Kocatürk'e ve Prof. Dr. Bülent Şerbetçioğlu'na teşekkür ederim. Tezim için sabahladığım bazı gecelerde çalışma arkadaşlarım olan ve sosyal desteklerini her daim hissettiren Doç. Dr. Neslihan Üstündağ Okur'a, Dr. Ecz. Evren Okur'a, Ecz. Cengizhan Ceylan'a, Dr. Sevda Er'e teşekkür ederim. Tez çalışmam için hazırladığım anketleri uygulamam konusundaki destekleri için uygulama yaptığım şirketlerin değerli yöneticilerine ve çalışanlarına teşekkür ederim. Tezimde kullandığım iyilik hali ölçeğini benimle paylaşan ve tüm sorularımı içtenlikle cevaplayan Prof. Dr. Türkan Doğan'a teşekkür ederim. Üniversitedeki yoğun iş temposu, akademik çalışmalar, gazete yazıları ve gece yarılara kadar süren tez çalışmalarım esnasında hayatı benim için olabildiğince kolaylaştırarak, maddi ve manevi her türlü destekleriyle başarıya giden yolda önümü daima açan çok kıymetli annem Süreyya Uyar'a ve babam Ercan Uyar'a da sonsuz teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Sağlık ve İyilik Hali.....	5
4.2. İyilik Hali Modelleri.....	9
4.3. İyilik Halinin Boyutları.....	14
4.3.1. İyilik halinin fiziksel boyutu.....	14
4.3.2. İyilik halinin psikolojik ve duygusal boyutu.....	16
4.3.3. İyilik halinin sosyal boyutu.....	17
4.3.4. İyilik halinin bilişsel ve entelektüel boyutu.....	18
4.3.5. İyilik halinin ruhsal boyutu.....	19
4.3.6. İyilik halinin diğer boyutları.....	20
4.3.6.1. Mesleki iyilik hali.....	20
4.3.6.2. Kültürel iyilik hali.....	21
4.3.6.3. Çevresel iyilik hali.....	22
4.3.6.4. İklimsel iyilik hali.....	23
4.3.6.5. Ekonomik iyilik hali.....	23
4.4. Sağlık Riskleri ve İyilik Hali.....	24

4.4.1. Fiziksel aktivite ve iyilik hali.....	24
4.4.2. Beslenme ve iyilik hali	30
4.4.3. Tütün kullanımı ve iyilik hali	34
4.4.4. Alkol tüketimi ve iyilik hali.....	37
4.4.5. Diğer sağlık riskleri ve demografik özellikler ile iyilik hali.....	40
4.5. Çalışanlarda Sağlık Riskleri ve İyilik Hali	47
5. MATERYAL VE METOT	55
6. BULGULAR.....	61
7. TARTIŞMA	137
7.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri İlgili Tartışma.....	137
7.1.1. Yaş	137
7.1.2. Cinsiyet	139
7.1.3. Beden kitle indeksi:	142
7.1.4. Medeni durum.....	144
7.1.5. Öğrenim düzeyi.....	146
7.1.6. Aynı yerde çalışma süresi	149
7.1.7. Ağrı varlığı.....	149
7.1.8. Sağlık sorunu varlığı.....	150
7.1.9. Genel sağlık durumu	153
7.1.10. Genel sağlık algısı.....	156
7.1.11. Koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma	161
7.1.12. İşe devamsızlık	165
7.2. Araştırma Grubunun Sağlık Riskleriyle İlgili Tartışma	167
7.2.1. Sigara riski	167
7.2.2. Alkol riski	171
7.2.3. Beslenme riski.....	174

7.2.4. Fiziksel aktivite varlığı ve FIT skoru.....	179
7.2.5. Uyku riski	183
7.2.6. Stres riski	187
7.2.7. Mental risk	190
7.3. Araştırma Grubunun Mavi - Beyaz Yaka Olmalarıyla İlgili Tartışma.....	193
7.3.1. Mavi – beyaz yaka çalışanların çeşitli özelliklerinin tartışması	193
7.3.1.1. Koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme.....	193
7.3.1.2. Ağrı varlığı	194
7.3.1.3 İş yeri yaralanmaları.....	194
7.3.1.4. Sağlık sorunu varlığı	195
7.3.1.5. Genel sağlık algısı.....	195
7.3.1.6. İşle ilişkili sağlık geçmişi.....	196
7.3.2. Çalışanların mavi - beyaz yaka olmalarına göre sağlık riskleri ve iyilik hali	197
8. SONUÇ	204
9. KAYNAKLAR	207
10. EKLER	240
11. ETİK KURUL ONAYI.....	250
12. ÖZGEÇMİŞ	253

KISALTMALAR LİSTESİ

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACSM: Amerikan Spor Hekimleri Koleji

AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome - Kazanılmış Bağışıklık Yetmezliği Sendromu

BDNF: Brain Derived Neurotrophic Factor - Beyin Kökenli Nörotrofik Faktör

BED: Bilmiyorum / Emin Değilim

BKİ: Beden Kitle İndeksi

CDC: Centers for Disease Control and Prevention - Amerika Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri

DALY: Disability Life Adjusted Year - Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı

DSM-IV: Akıl Bozuklukları Teşhis ve İstatistik El Kitabı IV

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HIV: Human Immunodeficiency Virus - İnsan Bağışık Yetmezlik Virüsü

İHYM: İyilik Hali Yıldızı Modeli

İHYÖ: İyilik Hali Yıldızı Ölçeği

KİSH: Kas İskelet Sistemi Hastalıkları

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

OECD: Organisation for Economic Cooperation and Development - Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

OSHA: Occupational Safety and Health Administration – İş Güvenliği ve Sağlığı Yönetimi

TURDEP: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 6. 1. Mavi – Beyaz Yaka Dağılımı	62
Şekil 6. 2. Genel Sağlık Algısı Dağılımı	65
Şekil 6. 3. Sigara Riski Dağılımı	69
Şekil 6. 4. Fiziksel Aktivite Seviyesi - Yoğunluğu Dağılımı	71
Şekil 6. 5. Alkol Riski Dağılımı.....	73
Şekil 6. 6. Uyku Riski Dağılımı.....	75
Şekil 6. 7. Stres Riski Dağılımı.....	77
Şekil 6. 8. Beslenme Riski Dağılımı.....	80
Şekil 6. 9. Genel Sağlık Durumu Dağılımı	83
Şekil 6. 10. İHYÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı	90

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.2.1. İyilik Hali Teori Modelleri Bileşenleri.....	12
Tablo 5.1. Sağlık Risklerinin Belirlenmesini Sağlayan Sorular.....	57
Tablo 5.2. Fiziksel Aktivite İndeksi.....	58
Tablo 5.3. İHYÖ Cronbach's Alpha Değerleri.....	60
Tablo 6.1. Araştırma Grubunun Çeşitli Özelliklere Göre Dağılımı.....	62
Tablo 6.2. Araştırma Grubunun Mavi - Beyaz Yaka Olmalarına Göre Çeşitli Özelliklerinin Dağılımı.....	64
Tablo 6.3. Araştırma Grubunun Genel Sağlık Özellikleri.....	65
Tablo 6.4. Araştırma Grubunun Ağrıya İlişkin Dağılımları.....	66
Tablo 6.5. Koruyucu Sağlık Hizmeti Alma ve Zamanına İlişkin Dağılımlar.....	67
Tablo 6.6. Sigara Kullanımına İlişkin Dağılımlar.....	69
Tablo 6.7. Fiziksel Aktiviteye İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	71
Tablo 6.8. Emniyet Kemerinin Kullanımına İlişkin Dağılımlar.....	72
Tablo 6.9. Alkol Kullanımına İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	73
Tablo 6.10. Uyku Sorunlarına İlişkin Dağılımlar.....	75
Tablo 6.11. Stres İle İlgili Dağılım.....	77
Tablo 6.12. Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Dağılımlar.....	80
Tablo 6.13. Mental ve Fiziksel Durum ve Davranış İle İlgili Dağılım.....	82
Tablo 6.14. Bazı Aktivitelerle İlgili Daha Sağlıklı Seçimler Yapma İsteği Konusunda Tutumlar.....	85
Tablo 6.15. İş ile İlişkili Sağlık Geçmişine İlişkin Soruların Dağılımı.....	86
Tablo 6.16. İş Yerinde Devamsızlık ve Yaralanmaya İlişkin Dağılımlar.....	87
Tablo 6.17. Sağlık Konuları Hakkında Bilgi Alma İsteği Oranları.....	88
Tablo 6.18. Sağlık Eğitimleri Planlamasına Yönelik Zaman Verileri.....	88
Tablo 6.19. İyilik Hali Yıldız Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı.....	90
Tablo 6.20. İyilik Hali Yıldız Ölçeğinin Alt Boyutlarına Göre Puanların Dağılımı.....	91
Tablo 6.21. Demografik Özelliklere Göre İyilik Hali Yıldız Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	92

Tablo 6.22. Genel Sağlık Algısına Göre İyilik Hali Yıldızı Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	97
Tablo 6.23. Sağlık Risklerine Göre İyilik Hali Yıldızı Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	99
Tablo 6.24. İş İle İlgili Sağlık Geçmişine ve İşe Devamsızlığa Göre İyilik Hali Yıldızı Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	108
Tablo 6.25. Ağrı Varlığına Göre İyilik Hali Yıldızı Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	110
Tablo 6.26. Sağlık Durumu ve Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Önemsemeye Göre İyilik Hali Yıldızı Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	111
Tablo 6.27. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Genel Sağlık Algısının Değerlendirilmesi.....	116
Tablo 6.28. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Sağlık Sorunu Varlığının Değerlendirilmesi.....	118
Tablo 6.29. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Önemseme Oranlarının Değerlendirilmesi.....	120
Tablo 6.30. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Fiziksel Aktivitenin Değerlendirilmesi.....	122
Tablo 6.31. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Sigara Riskinin Değerlendirilmesi.....	124
Tablo 6.32. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Alkol Riskinin Değerlendirilmesi.....	126
Tablo 6.33. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Beslenme Riskinin Değerlendirilmesi.....	128
Tablo 6.34. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Uyku Riskinin Değerlendirilmesi.....	130
Tablo 6.35. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Stres Riski Düzeyinin Değerlendirilmesi.....	131
Tablo 6.36. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Mental Riskin Değerlendirilmesi.....	132
Tablo 6.37. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Genel Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi.....	133
Tablo 6.38. Mavi – Beyaz Yaka Olma Durumuna Göre İşe Devamsızlık, Sağlıkla İlgili İşe Devamsızlık, İş İle İlgili Sağlık Geçmişi ve Yaralanma Oranlarının Değerlendirilmesi.....	134

Tablo 6.39. Wellness Sağlık Fırsatlarından Alınmak İstenen Toplam Bilgi Sayısı İle İyilik Hali Yıldızı Ölçeği Toplam Puanı İlişkisi.....	135
Tablo 6.40. Wellness Sağlık Fırsatlarından Alınmak İstenen Toplam Bilgi Sayısı.....	135
Tablo 6.41. İyilik Halinin Kötü Olması Üzerine Etki Eden Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Analizi.....	136



1. ÖZET

ÇALIŞANLARDA BİREYSEL SAĞLIĞIN YÖNETİMİ AÇISINDAN BİREYSEL İYİLİK HALİNİN VE SAĞLIK RİSKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu araştırma çalışanlarda bireysel sağlığın yönetimi açısından bireysel iyilik halinin ve sağlık risklerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma kapsamına İstanbul'da belirlenen şirketlerde çalışmakta olan ve anket uygulamasını kabul eden 403 mavi ve 337 beyaz yaka olmak üzere toplam 740 çalışan alınmıştır. Veriler anket uygulanarak toplanmıştır. Anket formunda sosyodemografik özellikler, çeşitli tanımlayıcı özellikler, sağlık riskleriyle ilişkili sorular ve İyilik Hali Yıldızı Ölçeği yer almıştır. Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 20 programı yardımı ile yapılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra normal dağılım gösteren nicel verilerin iki grup karşılaştırmalarında Student t testi, üç ve üzeri grup karşılaştırmalarında Oneway Anova Test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Bonferroni post-hoc test kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi ve Fisher-Freeman-Halton testinden yararlanılmıştır. Parametreler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Spearman's Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Bu istatistiksel çalışmalar sonucunda çalışanların iyilik halini etkileyen faktörler ortaya koyulmuştur. Buna ek olarak; toplam iyilik hali puanı üzerine etki eden faktörlerden cinsiyet, beden kitle indeksi, mavi-beyaz yaka olma durumu, öğrenim düzeyi, genel sağlık algısı, kronik hastalık varlığı, ağrı varlığı, koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme, sigara riski, beslenme riski, uyku riski, mental risk, stres riski, fiziksel aktivite, FIT skoru, genel sağlık durumu ve sağlıkla ilgili işe devamsızlık durumu üzerinde lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Bu analiz sonucunda; çalışanın beyaz yaka olmasının, cinsiyetinin kadın olmasının ve FIT skoru yüksekliğinin katılımcıların iyilik halini olumlu etkileyen üç faktör olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Anahtar kelimeler: İyilik hali, sağlık riskleri, mavi yaka çalışan, beyaz yaka çalışan, sağlık yönetimi

2. ABSTRACT

EVALUATION OF PERSONAL WELLBEING AND HEALTH RISKS OF WORKERS IN TERMS OF PERSONAL HEALTH MANAGEMENT

The aim of this study is to evaluate personal wellbeing and health risks of workers in terms of personal health management. The study is conducted among 403 blue-collar and 337 white-collar workers, totally 740 workers who accepted to fill in the questionnaire from the determined companies in Istanbul. The data are collected by conducting a questionnaire. The questionnaire includes sociodemographic attributes, various descriptive characteristics, health risk-related questions and the Well Star Scale. The statistical analysis is performed using the IBM SPSS Statistics 20 software. When assessing the data alongside the descriptive statistical methods, Student's t-test is used for comparing the quantitative data with normal distribution, Oneway Anova test is used for comparing three or more groups and Bonferroni post-hoc test is used for determining the group that causes difference. Pearson's chi-squared test and Fisher-Freeman-Halton test are used for the comparison of qualitative data. Spearman's correlation analysis is performed to analyze the relations between parameters. Based on the results of those statistical tests, the factors affecting workers' wellbeing are found out. Additionally, logistic regression analysis is performed among the factors affecting the total wellbeing score such as gender, body mass index, being blue-collar/white-collar, education level, the general health perception, presence of chronic diseases and of pain, care for preventive health services, smoking risk, nutritional risk, sleep risk, mental risk, stress risk, physical activity, FIT score, general health status and health related absenteeism in the workplace. Based on this test's results, it is found that working as a white-collar worker, being a female and having a high FIT score are three factors that positively affect the wellbeing of the participants. ($p < 0.05$)

Keywords: Wellbeing, health risks, blue-collar, white-collar, health management.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

İkinci Dünya Savaşı sonrasında tıpta ve teknolojideki gelişmeler ölümcül bulaşıcı hastalıklar tehdidini azaltmış [1], ortalama yaşam süresini ise arttırmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2000 yılı ile 2015 yılları arasında ortalama yaşam beklentisinin 5 yıl arttığını ve bunun 1960'lardan bu yana görülen en hızlı artış olduğunu bildirmiştir [2]. Ancak artan yaşam süresi daha sağlıklı yaşam yılları yerine kronik hastalıkların eşlik ettiği yılları beraberinde getirmiştir [3]. Kalp hastalıkları, diyabet, kanser gibi kronik ve yaşam tarzıyla ilişkili hastalıkların öncül sağlık endişesi haline alması; beden, zihin ve ruh gibi unsurlara bütüncül şekilde odaklanılıp, sağlık kavramının daha kapsayıcı şekilde tanımlanmasına yol açmıştır [1].

1940'lardan önce "hastalık durumunun olmaması" olarak tanımlanan sağlık [4], 1947 yılının başında, DSÖ tarafından "yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali" olarak yeniden tanımlanmıştır. Bu tanım hastalığın zıddı gibi görülen sağlık kavramının içine sağlığın korunması ve yaşam kalitesinin artırılması gibi hedefler katarak sağlığın kapsamını genişletmiştir [5]. İyilik hali kavramı da sağlığa benzer şekilde, pek çok araştırmacı tarafından hastalık karşıtı olarak değerlendirilmemiştir. Üzerinde uzlaşılan bir tanım olmasa da iyilik hali; sağlığın birey tarafından deneyimlenen öznel tecrübesi [6], ulaşılabilecek bir noktadan ziyade yaşam boyu devam eden bir süreç [4], bedenin, zihnin, ruhun ve diğer boyutlarının sinerjik etkisiyle ideal sağlığa ve iyi olma haline yönelmiş bir yaşam şekli [6,7] olarak değerlendirilebilir. İyilik halinin öğrenilebilir ve değiştirilebilir özelliklere sahip olması [8] daha sağlıklı ve iyi bir yaşam hedefiyle iyilik hali programlarının geliştirilmesini sağlamıştır.

Sağlıklı yaşamı teşvik eden, hastalıklara karşı koruyan uygulama ve programların sağlık çıktılarındaki başarı için kritik öneme sahip olduğu giderek daha iyi anlaşılmaktadır. Çünkü kronik hastalıklar sağlık harcamalarını arttırarak sağlık sistemlerinde ciddi bir yıkıma yol açar hale gelmiştir. Oysa bu hastalıkların fiziksel inaktivite, sağlıksız beslenme, sigara ve alkol kullanımı gibi birçok risk faktörü, yaşam tarzındaki değişimlerle ortadan kaldırılabilir [9]. Yetişkinlerin yüzde 65'inin çalıştığı ve çalışan bireylerin uyanık oldukları zaman diliminin çoğunu işyerlerinde

geçirdikleri düşünüldüğünde, işyerleri sağlıksız beslenme gibi risk faktörlerinin ortadan kaldırılması için eşsiz fırsatlar sunmaktadır [10]. Çalışan sağlığının işyerinde üretkenlik ve işe devam üzerinde önemli bir etkisinin olması [11,12] işverenlerin de bu programlara ilgi duymasını sağlamıştır.

İşyeri iyilik hali programlarının; çalışanların sağlığı üzerine olumlu etkileri bulunduğu, işveren açısından maliyet-etkin bir yöntem olduğuna ve sağlık harcamalarını azaltabileceğine yönelik literatürde çok sayıda araştırma bulunmaktadır [13–19]. Bu da işyeri iyilik hali programlarının çalışanlara, işverenlere ve topluma önemli faydaları olacağı anlamına gelmektedir [20]. Ancak işyeri iyilik hali programlarının çalışanların ihtiyaçlarına en uygun şekilde tasarlanabilmesi için çalışanların sosyo-demografik özelliklerinin ve sağlık risklerinin, iyilik halini nasıl etkilediğini ortaya koymak gerekmektedir. Farklı ülkelerde, çalışanların sağlık risklerini azaltmaya yönelik iyilik hali programlarının etkileri üzerine çalışmalar yürütülmüş olsa da bu ilişkiler kültürden kültüre, toplumdan topluma da değişim gösterebilmektedir [17,21–27]. Ülkemizde iyilik haliyle ilgili çalışmalar oldukça yeni olup ağırlıklı olarak üniversite öğrencileriyle yapılmıştır [4,28–33]. Çalışanların sosyo-demografik özelliklerinin ve sağlık risklerinin iyilik halini nasıl etkilediğini ortaya koymaya yönelik bir çalışma ise literatürde yer almamaktadır.

Bu araştırmada, ülkemiz için yeni olan çalışanlarda iyilik hali kavramının, sosyo-demografik özellikler ve bireysel sağlık riskleri ile ilişkisi olup olmadığının incelenmesi ve ilişki var ise bu ilişkilerin ortaya koyulması hedeflenmektedir. Bu çalışma ile mavi ve beyaz yaka çalışanların sağlık algısının, iyilik halinin ve bireysel sağlık risklerinin incelenecek olması ve bu veriler ışığında sağlığın yönetimi konusunda riskleri azaltıcı, iyilik halini arttırıcı önerilerin sunulacak olması çalışmanın özgünlüğünü oluşturmaktadır. Yapılan literatür taramasında Türkiye’de bu konuda yapılmış bir çalışmanın bulunamaması çalışma ile literatüre katkı sunulacağını da ortaya koymaktadır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Sağlık ve İyilik Hali

İyilik hali yeni bir kavram değildir ve tarihi bilinen ilk uygarlıklara kadar uzanmaktadır. Antik Yunan'da sağlık tanrısı olan Asklepio'nun farklı açılardan hastalık ve sağlığa yaklaşan iki kız vardır. Kızlarından biri olan Panacea, sağlığın mevcut hastalıkların tedavi edilmesine yönelik yaklaşımını yüceltmıştır. Diğer kız Hygeia ise sağlığın en iyi yaklaşımının insanlara yaşama yolları öğretmek, onların hasta olmamalarını sağlamak olduğuna inanmıştır. Panacea modern tıbbın öncüsü, Hygeia ise iyilik hali hareketinin 2000 yıl önceki öncüsü olarak görülmektedir. Medikal modelin evrimi sağlam ve bilimsel bir bilgi temeline dayanırken, iyilik halinin gelişimi düzensiz olmuş, “bilim dünyasının dışında” kabul edilmiş ve “alternatif tıp” statüsüne düşürülmüştür. Ancak iyilik hali tarih boyunca özellikle Doğu felsefesinin ve dini geleneklerin sağlık uygulamalarında kendisine yer bulmuştur. Yunan filozof Aristo, M.Ö 15.yüzyılda iyilik hali hakkında yazan ilk kişi olmuştur. Sağlığı ve hastalıkları açıklamak için kullandığı bilimsel yaklaşımı, iyi sağlık modeliyle sonuçlanmıştır. Bu modele göre insanlar eksiklik ve fazlalık konusunda uç yaklaşımlardan kaçınılmalıdır. Özetle, bu felsefe “hiçbir şeyin fazla olmaması” olarak açıklanmaktadır. Aristo, eudaemonia'yı kişinin iyi yaşama ve iyi olma kabiliyetinin tam bir ifadesi olarak belirtip “mutluluk ve gelişme hali” olarak tanımlamıştır [34]. İyilik halinin ilk yazılı kaydı, 1654'te Oxford İngiliz Sözlüğü'nde, günümüzde kullanılan “wellness” kelimesiyle değil, “wealnese” olarak yer almaktadır. Kayıta iyilik hali, “iyi sağlık durumu” olarak ifade edilmektedir. 20. yüzyılın ortalarına kadar da iyilik hali, hastalık kavramının karşıtı bir anlamda kullanılmıştır ve bu kullanım o dönemin sözlüklerinde yer almaktadır [35]. İyilik hali (wellness); iyi olma (well-being) ve fit/zinde olma (fitness) kelimelerinin birleşiminden oluşturulmuştur [36].

İkinci Dünya Savaşı sonrasında toplumun sağlık ihtiyaçlarının değişmesine bağlı olarak iyilik hali hareketi başlamıştır. Tıpta ve teknolojideki gelişmeler, ölümcül bulaşıcı hastalık tehdidinin aşılabilir ve antibiyotikler sayesinde azalmasını beraberinde getirmiştir. Bu hastalıklar yerine günlük hayatta ve iş hayatında strese neden olan

sorunlarla bağdaştırılan; kalp hastalıkları, diyabet, kanser gibi kronik ve yaşam tarzıyla ilişkili hastalıklar öncül sağlık endişesi olmuştur. Bu da kişinin beden, zihin ve ruh gibi tüm unsurlarına odaklanıp sağlık kavramının daha kapsayıcı bir şekilde tanımlanmasına yol açmıştır [1]. Bu da 1940'lardan önce "hastalık durumunun olmaması" olarak tanımlanan sağlığa yaklaşımı değiştirmiştir [4]. 1947 yılının başında, DSÖ sağlığı "yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali" olarak tanımlamıştır [37]. Bu tanımın, optimal insan işlerliğinin ve sağlığın anlaşılmasında büyük etkisi olmuştur ve modern iyilik halinin ilk tohumları bu tanımla atılmıştır [38]. Tanımdaki "tam iyilik hali" mükemmeli hatta ideali ifade ederken, "sosyal yönden" ifadesi sağlığın kapsamını çok genişletmiştir [5]. Ayrıca bu tanımla birlikte insan hayatının zihinsel ve sosyal yönleri ilk defa sağlık kavramıyla bütünleştirilmiştir. Bu tanım sağlık ve iyilik hali arasında ilişki kuran ilk tanım olması sebebiyle de önem arz etmektedir [39].

Hayran (2012), sağlığı ve hastalığı açıklamak amacıyla geliştirilen modeller arasında yer alan; biyomedikal model, davranışçı model ve sosyopolitik modelin iyilik halini kapsayıcılıkları bakımından birbirinden farklılaştığını belirtmektedir. Biyomedikal modele göre sağlık ve hastalıklar bireyin genetik özellikleri, biyolojik durumu ve yapısal özelliklerinin bir sonucu olarak ele alınmaktadır. Sağlıklı olmanın "hasta ya da sakat olmamak" anlamına geldiği bu modelde, iyilik hali göz ardı edilmektedir. Davranışçı model ise sağlığı ve hastalıkları bireyin günlük yaşamdaki alışkanlıklarının, inançlarının, tutumlarının ve davranışlarının, özetle yaşam biçiminin bir sonucu olarak ele almaktadır. Sosyopolitik modele göre ise sağlık ve hastalık, bireyin içinde yaşadığı sosyal, kültürel, ekonomik, politik ve her türlü çevresel etkenin bir sonucu olarak oluşmaktadır. Hayran, model ne olursa olsun, sağlık ve hastalık durumlarının sadece bireylerin yapısal ve bedensel özellikleriyle değil, sosyal değişkenlerle yakından ilişkili olduğuna dair çok sayıda araştırmanın bulunduğunu belirtmektedir [5]. Greenberg, Dintimon ve Oakes (1977) sağlık denilince pek çok insanın sadece fiziksel boyutu düşündüğünü oysa sağlığın; sosyal sağlık, zihinsel sağlık, duygusal sağlık, manevi sağlık ve fiziksel sağlık olarak beş unsurdan oluştuğunu belirtmektedir. Royda ve Nicholas (1992) hem iyilik halini hem de sağlığı çok boyutlu bir sistem olarak tanımlamakta ve sağlığın statik değil

dinamik olduğuna değinmiştir. Ayrıca sağlığı, yaşamın çeşitli boyutları karşısında bireyin “kendisini yönetmesi” olarak ifade etmiştir [39].

İyilik hali, modern iyilik hali hareketinin “mimarı” olarak da tanınan Dunn tarafından ilk kez 1961 yılında tanımlanmıştır [28]. Dunn (1997) iyilik halini “kişinin gerçekleştirebileceği potansiyelini en üst düzeye çıkarmak için yönlendirilmiş, birleşik bir yöntem” olarak tanımlamaktadır [40]. Yüksek seviyedeki iyilik halinin, bireyin işlev gösterdiği çevrede denge sürekliliğini sağlamasını ve amaçlarını sürdürmesini gerektirdiğini belirtmektedir [6]. Dunn iyilik halini hastalığın tam bir karşıtı olarak kullanmıştır [41]. Ancak iyilik halinin hasta olmamanın çok daha ötesinde pozitif bir durum olarak vurgulamıştır. Egbert (1997) iyilik halinin ana hatlarını net bir kimlik duygusunun eşlik ettiği güçlü bir kişilik, gerçeğe yönelik bir perspektif, açık bir hayat amacı ve anlamı olarak belirlemiştir. Ayrıca, iyilik halini bir kuvvetin kişinin hayatında tanınması, yaratıcı biçimde baş etme becerisi, umuttan ilham alma ile yaratıcı ve açık ilişkiler kabiliyeti olarak da tanımlamaktadır [6].

Travis (1981, 1988) hastalığı iyilik halinin tam bir karşıtı olarak değerlendirmemiştir. Travis, hastalığın olmamasının her zaman iyilik halini beraberinde getirmeyeceğini öne sürdüğü gibi, fiziksel olarak hasta olan bir insanın da kaliteli bir yaşam sürdürebileceğine değinmiştir [41]. Travis ve Ryan (1988) iyilik halini sevgi ve sorumluluğu içeren bir hal olarak kavramsallaştırmaktadır [6]. Modern iyilik halinin “babası” olarak kabul edilen halk sağlığı uzmanı Bill Hettler (1984) iyilik halini “insanların daha başarılı bir yaşam için bilinçli tercihler yaptığı aktif bir süreç” olarak tanımlamıştır [34]. Archer, Probert ve Gage (1987) iyilik halini “beden, zihin ve ruhun birleşiminden meydana gelen maksimum işlerliği yükseltme yöntemi” olarak tanımlamıştır. Ardell (2001) iyilik halini “bireyin potansiyellerini en iyi şekilde geliştirdiği/kullandığı aktif bir yaşam biçimi” olarak tanımlamaktadır [4]. Hatfield ve Hatfield (1992) iyilik halini “bireylerin entelektüel, fiziksel, sosyal, duygusal, mesleki ve ruhsal tüm boyutlarıyla iyilik hallerini arttırmak amacıyla bilinçli ve amaçlı bir süreç” olarak tanımlamaktadır [42]. Jensen ve Allen (1994) iyilik halini sağlığın öznel tecrübesi olarak tanımlamaktadır. İyilik hali - sağlık ilişkisini ise sağlığın, iyilik halinin ve hastalıkların özdeş olduğu bir diyalektik olarak tanımlamaktadır. Örneğin, bir diğerini tanımlamak için hem sağlık

hem de hastalık gereklidir yani hastalık kavramının olmaması durumunda, iyilik hali kavramı da olmayacaktır [6]. Myers, Sweeney ve Witmer (2000) iyilik halini “bireyin sosyal ve doğal çevrede tam fonksiyonel olarak yaşaması için beden, zihnin ve ruhun birleştiği, optimal sağlığa ve iyi olma haline yönelmiş bir yaşam şekli” olarak tanımlamaktadır [7]. İdeal olarak, iyilik hali her bireyin ulaşma yeteneğine sahip olduğu, sağlık ve iyi olma halinin optimum durumudur [34].

Literatür bilgilerinden de anlaşıldığı üzere, iyilik halinin üzerinde fikir birliği bulunan bir tanımı olmasa da iyilik halinin doğasını tanımlamadaki tutarlılık pek çok model ve tanımda göze çarpmaktadır. İlk olarak; pek çok yazar iyilik halini tanımlarken “iyilik hali sadece hasta olmamak değildir” fikrini benimsemektedir. İkinci olarak, iyilik hali karmaşık, entegre ve sinerjik bir biçimde etkileşime giren çeşitli unsurlar açısından tanımlanmaktadır. Bu nedenle iyilik hali yaklaşımı kişinin kendi içinde ve çevresiyle bütüncüdür. Üçüncü olarak, pek çok yazar boyutlar arasındaki dinamik dengenin önemini vurgulamaktadır. Ayrıca iyilik halinin çok boyutlu bir kavram olduğu ve boyutların birbirini sinerjik olarak etkilediği fikrine katılmaktadır [6]. Bu nedenle tanımlarda iyilik hali, alt boyutlarıyla bir bütün olarak ele alınmaktadır [4]. Dördüncü olarak, birkaç model iyilik halini daha yüksek seviyedeki iyilik haline veya optimal işleyişe doğru bir hareket olarak tanımlamaktadır. Dolayısıyla, bu iyilik halinin kısmen bireyin öz sorumluluğuna ve motivasyonuna bağlı olduğunu belirtmektedir. Son olarak iyilik nihai bir durum olarak değil, bir süreç olarak görülmektedir [6]. Bu nedenle iyilik halinin ulaşılabilecek bir noktadan çok yaşam boyu devam eden bir süreç olduğuna tanımlarda yer verilmektedir [4]. Bu çalışmada kullanılan İyilik Hali Yıldızı Ölçeği'nin (İHYÖ) dayandığı model olan İyilik Hali Yıldızı Modeli'nin (İHYM) geliştiricileri Korkut-Owen ve Owen (2012); tanımlarda sıklıkla iyilik halinin bir seçim, bir süreç, bir yaşam biçimi olduğunun, çok boyutlu olsa da bütüncül bir yapıya sahip ve denge ile ilgili olduğunun; öznel, algısal ve görelî olma özelliği gösterdiğinin ve sağlıklı insanların özelliklerini temel aldığına vurgulandığını belirtmektedir. Ek olarak iyilik halinin öğrenilebilir ve değiştirilebilir özelliklere sahip ve değişim kavramı ile yakından ilişkili olduğunun da vurgulanması gerektiğine değinmiştir [8].

4.2. İyilik Hali Modelleri

Sarı (2003), Ardell'in (1977) iyilik hali modeli geliştiren ilk kişi olduğunu ve bu modelin "Orijinal İyilik Hali Modeli" olarak adlandırıldığını belirtmektedir [28]. Orijinal İyilik Hali Modeli, öz sorumluluğu merkeze almış bir çembere benzetilebilir. Bu merkezi ise iyilik haline eşit derece katkı sağlayan dört özellik çevrelemektedir. Bu dört özellik: beslenme bilinci, stres yönetimi, fiziksel uygunluk ve çevresel duyarlılıktır. 1982 yılında Ardell öz sorumluluğu merkezde bırakarak modelini değiştirmiştir [34]. Bu model "Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş İyilik Hali Modeli"dir ve çemberin merkezindeki öz sorumluluk ile beraber beş boyuttan oluşmaktadır. Çemberin çevresindeki boyutlar beslenme bilinci, fiziksel uygunluk, anlam ve amaç, ilişkiler dinamiği ve duygusal zekadır. 2001 yılında ise Ardell "Benlik Yönetiminin Üç Alanı" isimindeki son modelini ortaya koymuştur [4]. Bu modelinde Ardell, iyilik hali çemberini üç eşit parçada açıklamıştır. Bu üç parça fiziksel alan, zihinsel alan ve anlam ile amaçtan oluşmaktadır [34]. Bu modelde üç temel boyutun yanı sıra on dört alt beceri alanı yer almaktadır. Bunlar fiziksel alan için; egzersiz ve uygunluk, beslenme, görünüş, uyum/zorlama ve yaşam tarzı alışkanlıklarıdır. Zihinsel alan boyutu için; duygusal zeka, etkili karar alma, stres yönetimi, tam bilgi ve zihinsel sağlıktır. Anlam ve amaç boyutu için ise; anlam ve amaç, ilişkiler, mizah ve oyundur. Ardell'in yıllar boyu bütün boyutları içeriğe dahil ederek modeli geliştirip yenilediği gözlemlenmektedir [4]. Hettler (1980) ise iyilik hali modellerinin altı boyuttan meydana geldiğini belirtmektedir [6]. Bu boyutlar: sosyal, mesleki, ruhsal, fiziksel, entelektüel ve duygusal olarak ayrılmaktadır [28]. Hettler, zamanın ve enerjinin her bir bileşene dengeli bir şekilde ayrılmasını önermektedir. Hettler ayrıca, fitness taraması için bir ekipman geliştirmiş ve medikal kişisel bakımın aktif bir savunucusu olmuştur. Hettler'in modeli iş dünyasında, sanayi sektöründe ve topluluklarda sıkça kullanılmaktadır [34].

Travis ve Ryan (1988) "İyilik Hali Enerji Sistemi Modeli" isimli bir model geliştirmiştir. Bu modelin sağlığa bakmak için mevcut seçeneklere bir alternatif olduğunu savunmuştur. Travis ve Ryan geliştirdikleri modeli insan yaşamının tüm fonksiyonlarının bütünsel bir özeti olarak tanımlamış ve bu fonksiyonları çeşitli enerji türleri olarak görmüştür [28]. Bu modele göre her bir birey, tüm evrenle ilişki

içerisinde olan enerji dönüştürücüleridir. Hastalıkları da içerecek şekilde, bireyin tüm hayatı bu enerjii nasıl kullandığına bağlı olarak şekillenmektedir. Bu modelde bireyin enerjisini iyi bir şekilde dengelemesinin önemi vurgulanmaktadır. İyilik Hali Enerji Sistemi Modeli'nin temel yaklaşımına göre sağlık; bireyin var olan her şeyle arasında gerçekleşen güçlü enerji değişiminin sonucudur ve bu beden ile ruh etkileşiminin de ötesindedir. Bireyler, çevrelerindeki diğer bireylerden ve olaylardan soyutlanıp hayatlarını sürdürdüklerinde mutlu olamamaktadır. Bireyler yaşam sisteminin karşılıklı olarak birbirlerinden etkilenen unsurlarıdır. Herhangi bir parça sağlıklı veya hasta olduğunda, bir bütün olarak insan sağlığında değişiklik meydana gelmektedir ve bunun sebebi enerjinin etkilenmesidir. İyilik Hali Enerji Sistemi Modeli 12 bölümden meydana gelen bir çember şeklinde olup, bölümler; benlik sorumluluğu ve sevgi, nefes almak, duyumsama, yemek, hareket, duygu, düşünce, çalışma, iletişim, seks, anlam ve aşkınlık şeklindedir [4]. “Hasta olmamak iyi halinin bir göstergesidir” fikrine karşı çıkan [34] Travis ve Ryan (1988) iyilik halini sevgi ve sorumluluğu içeren bir hal olarak kavramsallaştırmaktadır [6]. Bununla birlikte yaşam işlevlerinin daha ahenkli dengelenmesinin sağlığı ve refahı arttırdığını belirtmektedir [28].

Diğer iyilik hali araştırmacıları da farklı sayıda bileşenden oluşan, benzer iyilik hali modelleri ortaya koymuştur. Ancak bu modeller; kanser hastaları, şiddet mağduru kadınlar, lise ve üniversite öğrencileri gibi özel gruplar üzerinden geliştirilmiştir. Örneğin, Sleet ve Dane (1985) sağlıklı ergenlerin gelişimine odaklanan bir iyilik hali modeli ortaya koymuştur. Bu modele göre iyilik hali üç bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenler; fiziksel sağlık, sosyal sağlık ve duygusal sağlıktır. Zimpfer (1992), kanser hastalarının tedavisi için bir iyilik hali modeli önermiştir. Hastalarının iyilik hali için önemli olan bu modelde yedi çeşit tedavi türü yer almaktadır. Bunlar: tıbbi sağlık, bağışıklık fonksiyonu, yaşam tarzı yönetimi, ruhsal inanç ve davranışlar, psikodinamikler, enerji kuvvetleri ve kişiler arası ilişkilerdir [28]. Modelin geniş taslağı, uygun değişikliklerle kanser dışında diğer hastalıklarda da uygulanabilir olarak tanımlanmaktadır. Bunlar özellikle multiple skleroz, romatoid artrit ve haşimato hastalığı gibi otoimmün hastalıklardır [43]. Donagy (1995) şiddet görmüş kadınların yer aldığı sığınma evlerinde uygulamak üzere, Hettler'in (1984) iyilik hali modelini benimsemiştir. Donagy bu modeldeki altı

boyutun kadın sığınma evlerinde etkili bir şekilde nasıl uygulanabileceğini değinmiş ve sığınma evlerindeki personelin iyilik halinin çoklu boyutlarını, kadınları güçlendirerek onlara sağlıklarını geliştirici tercihleri benimsetme yönünde, nasıl kullanabileceklerini tanımlamıştır [28].

İyilik halinin farklı boyutlarının kombinasyonundan yola çıkarak farklı iyilik hali modelleri geliştiren araştırmacılar bulunmaktadır. Bu modellerin bir karşılaştırması Tablo 4.2.1’de gösterilmektedir. Depken (1994) pek çok sağlık ders kitabında iyilik halini; fiziksel, entelektüel, sosyal, duygusal ve ruhsal boyutları kapsayan bir hal olarak tanımlamaktadır. Lafferty (1979) ve Greenberg (1985) de iyilik halini Depken’in kullandığı beş unsurla tanımlamaktadır. Fakat Greenberg, entelektüel boyut yerine zihinsel iyilik halini kullanmıştır. Lafferty ve Greenberg iyilik halini beş boyutun birleşimi olarak tanımlarken, yüksek seviyedeki iyilik halini boyutlar arasındaki denge olarak ifade etmektedir. Diğer iyilik hali modellerinde Depken, Lafferty ve Greenberg tarafından tanımlanan faktörler kullanılmış fakat yeni boyutlar kapsama dahil edilmiştir. Örneğin Adams ve ark. (1997) iyilik halini; altı boyutun (sosyal, ruhsal, fiziksel, entelektüel, duygusal ve mesleki) dengesi ve birleşimi olarak kavramsallaştıran Hettler (1980)’e benzer bir şekilde somutlaştırmıştır. Ancak, Adams ve ark. mesleki iyilik halini, kendi modellerine dahil etmemiştir. Onun yerine, bireyin yaşam koşullarına tepki olarak olumlu sonuçlara ilişkin genel algısını yansıtan psikolojik iyilik haline modellerinde yer vermiştir. Adams ve ark. altı boyutu; sosyal, ruhsal, fiziksel, entelektüel, duygusal ve psikolojik boyutlar olarak ele almış ve iyilik halini bu boyutlara göre kavramsallaştırmıştır. Renger ve ark. (2000), Adams ve ark. (1997) ile Hettler’inkilere (1980) benzer şekilde iyilik hali kavramını altı boyutlu olarak ele almıştır. Renger ve ark. iyilik halinin duygusal, ruhsal, fiziksel, sosyal, entelektüel ve çevresel alanları olduğunu öne sürmüştür. Her bir boyutu tanımlarken, Renger ve ark. bilginin, tutumun, algının, davranışın ve beceri gibi unsurların önemine vurgu yapmaktadır. Hettler’e benzer olarak Renger ve ark. pek çok yazar tarafından eklenen beş ana unsura modellerinde yer vermiş ve bireyin çevresinin önemini vurgulamak için altıncı boyut olarak da çevresel iyilik halini modellerine eklemiştir. Diğer yazarlara benzer şekilde, Renger ve ark. iyilik halini, boyutların dengesi ve

uyumu olarak tanımlamaktadır. Bu uyum ve dengenin de hayat koşullarında optimal başarıyı beraberinde getireceğini belirtmektedir [6].

Tablo 4.2.1. İyilik Hali Teori Modelleri Bileşenleri

İyilik Hali Teori Modelleri Bileşenleri								
Model kaynakları	Boyutlar							
	Sosyal	Duygusal	Fiziksel	Entelektüel	Ruhsal	Psikolojik	Mesleki	Çevresel
1. Lafferty (1979)	X	X	X	X	X			
2.Hettler (1980)	X	X	X	X	X		X	
3.Greenberg (1985)	X	X	X	X	X			
4.Leafgren (1990)	X	X	X	X	X		X	
5.Croze ve ark. (1992)	X	X	X	X	X		X	
6.Depken (1994)	X	X	X	X	X			
7.Adams ve ark. (1997)	X	X	X	X	X	X		
8.Renger ve ark. (2000)	X	X	X	X	X			X
9.Durlak (2000)	X		X	X*				

Kaynak: Roscoe, 2009 [6]

Sarı (2003), önceki modellerin aksine; danışmanlık teorisini baz alan güncel ve bütüncül yaklaşımı olan tek bir teorinin varlığına dikkat çekmiş ve bunun “İyilik Hali Çemberi” olduğunu belirtmiştir. Sweeney ve Witmer tarafından 1990’lı yılların başında tanımlanan bu teori, yaşam boyu gelişime odaklanmıştır. Bu modelde sağlık ve iyilik halini etkileyen dış etkenlere ve cinsiyet farklılıklarına da önem verilmiştir. İyilik Hali Çemberi Modeli Alfred Alder’in (1927, 1954) bireysel psikoloji teorisine dayanmaktadır. Çünkü modeldeki özellikler Adler’in önerdiği üç ana yaşam görevi

olan çalışma, arkadaşlık ve sevgi üzerinden tanımlanmıştır. Orijinal İyilik Hali Çemberi Modeli, sağlıklı insanları merkezine almıştır ve birbirleriyle ilişkili beş yaşam görevi içermektedir. Bu görevler; maneviyat, kendini düzenleme, çalışma, arkadaşlık ve sevgidir [28]. Yıllarca süren klinik ve deneysel çalışmalar orijinal İyilik Hali Çemberi Modeli'nin değişimini beraberinde getirmiştir. Yenilenen modelde; “kendini düzenleme” yaşam görevi alanı “kendini yönetme” olarak tekrar adlandırılmıştır. Orijinal formunda “kendini düzenleme” yaşam görevi yedi alt alanı içerirken, yenilenen halinde “kendini yönetme” yaşam görevinin 12 alt alanı bulunmaktadır. Bu 12 alt alan; değerli olma hissi, kontrol hissi, gerçekçi inançlar, duygusal farkındalık ve başa çıkma, problem çözme ve yaratıcılık, mizah duygusu, beslenme, egzersiz yapma, kendine bakma, stres yönetimi, cinsel kimlik ve kültürel kimliktir. Bu modeldeki her bir alan bir diğerini etkilediği gibi, yaşam alanları; aile, toplum, din, eğitim, hükümet, medya ve iş dünyası gibi yaşam güçleri ile sel, kıtlık ve savaş gibi doğal olan veya olmayan olaylardan etkilenmektedir [7].

Korkut-Owen ve Owen (2012) Türkiye'ye özgü bir modelin bulunmadığını, Myers, Sweeney ve Witmer (2000) tarafından İyilik Hali Çemberi Modeli'ne dayalı olarak geliştirilmiş ölçek uyarlama çalışmalarının (Doğan, 2004; Korkut, 2005) bulunduğunu ancak “Türkiye'ye özgü bir modelin ve bu modele dayalı bir ölçeğin geliştirilmesinin daha anlamlı olacağını” öne sürmüştür. Bununla birlikte önceki kuramsal çalışmalardan, mevcut modellerden ve modellerin Türkiye'de kullanımında karşılaşılan sorunlardan yola çıkarak Türkiye'ye uygun İHYM'yi geliştirmiştir. Bu çalışmada iyilik halini belirlemek amacıyla kullanılan İHYÖ, İHYM'ye dayandığından çalışmada İHYM temel alınmıştır. Bu model; fiziksel, psikolojik/duygusal, sosyal, entelektüel/mesleki ve spiritüel olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutların birbiriyle ilişki halinde olduğu, birbirlerini etkileyebileceği ve hepsinin bir arada bireyin yıldızını oluşturduğu belirtilmektedir. Modelde fiziksel olarak iyi olan birey; “düzenli ve dengeli beslenen, düzenli olarak fiziksel etkinlikler içinde olan ve etkili olarak medikal hizmetlerden yararlanan kişi” olarak ifade edilmiştir. Modelde psikolojik/duygusal boyut; “duygusal ya da zihinsel hastalıklardan arınma değil daha çok günlük olaylarla, kişisel duygularla yapıcı ve olumlu biçimde başa çıkabilme” olarak değerlendirilmiştir. İHYM'nde sosyal olarak iyi olan birey; “iletişimde olduğu herkes için destek vermeye ve onlardan destek

almaya hazır olan ve yaşam kalitesini zenginleştiren ilişkileri artırabilen birey” şeklinde tanımlanmıştır. Modelde entelektüel/mesleki olarak iyi olan birey; “öğrenmeye açık, kendisi için zihinsel uyarıcılar arayan ve iş/okul arkadaşlarıyla dengeli ilişkiler kuran ve okulundan/işinden memnun olan birey” olarak ifade edilmiştir. Modelin beşinci ve son boyutu olan spiritüel iyilik hali açısından iyi olan birey ise “kendini, tamamlamış ve yaşamdan doyum alan biri olarak hissetmektedir”. İHYM’ye göre; iyilik halinin beş boyutunun her birinin belirli bir derece doyurucu olması, bireyin yaşamındaki her şeyin yolunda gittiği duygusunu beraberinde getirebilmektedir. İyilik halinin en az bir boyutunun doyurucu nitelikte olmaması ise, bireye yaşamında yolunda gitmeyen noktaların olduğu duygusunu yaşatabilmektedir. Bunun yanı sıra, iyilik halinin öznel bir yapısının olduğu ve bireyin iyilik hali hakkındaki algısının olaylara ve zamana göre farklılık gösterebileceğinin üzerinde de durulmaktadır. Bu da iyilik halinin durağanlıktan uzak, değişken yapısına dikkat çekmektedir. Modelin öğrencilerde ve yetişkinlerde kullanılabileceğine değinilmiş; bunun yanı sıra 23 kişilik bir grupta yapılan İHYM’nin değerlendirilmesi çalışmasında modelin anlaşılmasının kolay bulunduğu ve yol gösterici, eğlenceli, işe yarayabilir biçimde algılandığı ifade edilmiştir [8].

4.3. İyilik Halinin Boyutları

İyilik haliyle ilgili literatür baz alınarak, iyilik halinin boyutları; fiziksel, psikolojik/duygusal, sosyal, entelektüel, ruhsal, mesleki ve çevresel olarak ele alınmaktadır. Son zamanlardaki gelişmelerin ışığında iyilik haline; ekonomik, kültürel, iklimsel, yönetim ve sosyal adalet olmak üzere yeni boyutlar eklenmiştir [44].

4.3.1. İyilik halinin fiziksel boyutu

İyilik halinin fiziksel boyutu başlangıçta sağlığın bir boyutu olarak değerlendirilmiştir. Bu boyut fiziksel aktiviteyi, beslenmeyi ve öz bakımı kapsamaktadır [45] ve iyilik hali ile sağlığın en yaygın boyutu olarak ele alınmıştır

[44]. Zamanla canlılık [46] ve dayanıklılık [45] da iyilik halinin fiziksel boyutunun kapsamına alınmıştır. İyilik halinin fiziksel boyutu beslenme, bireylerin sağlıklı gıdalara erişim imkanı, sağlıklı kilo, sağlıklı düzeylerde yağ, tuz ve şeker tüketimi gibi unsurları da bünyesinde barındırmaktadır. Buna ek olarak bu boyut sigara içme, yasadışı ilaç kullanma ve aşırı alkol tüketme gibi davranışlardan kaçınmayı ve bunlara karşı bireysel aksiyon planları almayı da içermektedir [44]. Bireysel aksiyon planları; sağlıklı egzersiz rejimini sürdürmeyi, beslenmeyi, vücudun çeşitli durumlara karşı iç ve dış fiziksel belirtilerini gözlemlemeyi ve stres yönetimini içermektedir [45]. Crose ve ark. (1992) iyilik halinin fiziksel boyutunun; sağlık geçmişini, ilaç kullanımını, vücut algısını ve görüntüsünü içerdiğini belirtmişlerdir [47]. Kas kuvveti, kolesterol düzeyi ve kan şekeri gibi fiziksel indeksler, yeme alışkanlıkları ve egzersiz düzeyi gibi davranışlar, fiziksel yaralanmalar, engellilik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar da iyilik halinin fiziksel boyutunun içinde değerlendirilmektedir [45]. Gallup (2014), fiziksel olarak iyi olma halini, sağlıklı olmak ve günlük işleri yapacak enerjiye sahip olmak olarak tanımlamaktadır [48]. Vücut tipi ve genetik yatkınlık gibi iyilik halinin fiziksel boyutunu etkileyen [45] unsurların yanı sıra; pek çok insan, her gün iyilik hallerinin fiziksel boyutuna katkı sağlayabilecek onlarca fırsata sahiptir. Ancak her zaman en sağlıklı olan seçimleri yapmak mümkün olmayabilmektedir. Örneğin bazı günler insan, yetiştirmesi gereken bir iş için, geç saatlere kadar çalışıp uykusuz kalabilmektedir. Özellikle düşük gelir düzeyine sahip toplumlarda, sağlıklı gıdalara erişim sıkıntısı olabilmektedir. Yine de insanların fiziksel iyilik hallerini uzun süre yüksek tutabilmeleri için sağlıklı ve sağlıksız tercihler konusunda bilgilendirilmeli gerekmektedir [48]. Türkan (2004) düzenli fiziksel etkinliğin; hastalıklardan koruyucu, sağlığı güçlendirici ve iyilik halini yükseltici olduğunu belirtmiştir [4]. Buna ek olarak; iyilik halinin fiziksel boyutunun kusursuz olması, iyilik halinin diğer boyutlarının yükselmesine yol açmaktadır [48]. Ryan ve Deci de (2001) sağlık durumu ile iyilik hali arasında ilişki olduğunu belirtmiştir. Hastalık, hoşnutsuzluk ve ağrıyla ilişkilendirilmektedir ve bu nedenle hastalığın varlığı negatif duygulanımı arttırmaktadır. Dahası hastalık sıklıkla fonksiyonel limitleri de beraberinde getirmektedir ki bu durum, kişinin pozitif duygulanımına ve yaşamsal tatminine katkı sağlayacak fırsatlardan kişiyi uzaklaştırmaktadır. Ancak sağlık statüsü ile iyilik hali arasındaki ilişki görünenden

daha karmaşıktır. İyilik halinin fiziksel boyutunun, her zaman, iyilik hali algısıyla ilişkilendirilemeyeceği; örneğin bir kişi hastayken, ruh halinin olumlu olabileceği, kişinin sağlığı fiziksel olarak iyiyken, iyilik hali algısının kötü olabileceği belirtilmektedir [49].

4.3.2. İyilik halinin psikolojik ve duygusal boyutu

Psikolojik ve duygusal iyilik hali; duyguları, davranışları, ilişkileri ve amaçları kapsayan geniş bir terimdir [50]. Duygusal iyilik hali; kişilerin duygularıyla ilgili kontrolü ve farkındalığı; bunun yanı sıra kişinin kendisine gerçekçi, olumlu ve gelişimci bakışı; kendisini değerli bulması; sorunlar ve hayat koşullarıyla baş edebilme kabiliyeti; stresle mücadele edebilmesi ve diğerleriyle tatmin edici ilişkiler sürdürebilmesi olarak kavramsallaştırılmaktadır [45]. Psikolojik ve duygusal iyilik hali, hayatta merakı ve hazzı tecrübe etmeyi, hayata ve geleceğe karşı iyimser olmayı, memnuniyet, özgüven ve kendini kabul etme hisselerinin bütünü, ayrıca başarısızlıklar ve sorunların üstesinden gelebilme kabiliyetini içermektedir [1]. Renger ve ark. (2000) duygusal iyilik halini depresyon, anksiyete, otokontrol ve iyimserlik ile ilişkilendirmektedir [51]. Psikolojik ve duygusal iyilik hali kaygıyı ve endişeyi düşürebildiği gibi bireye zor durumlardan uzak durma ve bu durumlara daha becerikli şekilde tepki verebilme yetisi kazandırmaktadır. İyilik halinin bu boyutu; mutluluğu, hayat memnuniyetini ve olumlu ruh halini de kapsamaktadır [44]. Mutluluğun fiziksel sağlığa katkı sağladığı kabul edilmektedir. Ayrıca mutluluğun hastalıkların iyileşmesine yardımcı olduğuna ve sağlıklı kişileri hasta olmaktan koruduğuna inanılmaktadır [52]. Psikolojik iyilik hali, insanın hayatını kontrol etme yetisini de kapsamaktadır [44]. İnsanların kendi hayatları ve çevreleri üzerinde kontrolü azaldıkça, günlük hayatta karşılaştıkları taleplerin ve stresin sağlıkları üzerine daha fazla olumsuz etkisi olduğu, bulgularla ortaya koyulmuştur [53]. 21. yüzyıl öncesinde psikolojik iyilik hali pek az kişi tarafından bahsedilen bir konu olmasına karşın; iyimserliğin derecesinin etkileri literatürde yer almaktadır. İyimserliği yüksek kişiler, yaşamlarındaki olaylardan ve tecrübelerinden daha olumlu sonuçlar deneyimlemektedir [45]. Genler de duygusal iyilik halini etkilemektedir. Olumlu duygusallıkta genlerin etkisi yüzde 40 olarak ölçülürken; olumsuz

duygusallıkta bu oranın yüzde 55 olduğu belirtilmektedir [54]. Kişilik özellikleri de iyilik halinin güçlü belirleyicilerinden biridir. Dışa dönük kişiler sosyal durumlarda kendilerini daha rahat hissetmektedir ve ortam fark etmeksizin daha mutlu olabilmektedir. Ayrıca dışa dönük kişiler içe dönük kişilere oranla daha yüksek seviyede hayat tatmine sahip olmaktadır. Duygusal iyilik hali birinin tatmini ve merakı tecrübe etmesinin yanı sıra birinin hayattan keyif alabilme, geleceğe olumlu ve iyimser bakabilme yetisini yansıtmaktadır. Duygusal iyi olma hali duyguların farkındalığını ve yönetimini kapsayan aynı zamanda da kişinin kendisi, ilişkileri ve dünya üzerine olumlu görüşlerini barındıran, devam eden bir süreç olarak da ele alınmaktadır [45].

4.3.3. İyilik halinin sosyal boyutu

Sosyal iyilik hali bir kişinin diğer kişilerle, toplumla ve doğayla kurduğu ilişki ve etkileşim ile ilişkilendirilmektedir [1]. İyilik halinin sosyal boyutu gönüllülük dahil kişinin toplumu ve çevreyi geliştirmek adına yaptığı günlük aktiviteleri ve bunları ne ölçüde yaptığını kapsamaktadır [55]. Gallup (2014) sosyal iyilik halini insanın hayatında destekleyici bir ilişki ve sevgiye sahip olması olarak tanımlamaktadır. İyilik halinin sosyal boyutu kişinin aile ilişkilerinden başlayarak sosyal hayatındaki tüm ilişkilerini kapsamaktadır. Bu da kişinin ilişki kurduğu her bir bireyin; ailesinin, arkadaşlarının, çalışma arkadaşlarının ve hatta kişinin doğrudan tanımadığı kişilerin bile, kişinin iyilik halini olumlu veya olumsuz etkilediği anlamına gelmektedir [48]. Diğerleriyle iyi anlaşmak, kişinin duygu, düşünce, ihtiyaç ve fikirlerini ifade etmede tamamen rahat ve istekli olması, cinsel ilişkilerin de dahil olduğu destekleyici ve tatmin edici ilişkiler ile yakın arkadaşlıklar da sosyal iyilik halinin tanımında yer almaktadır [45]. Birbirine bağlı bir ağ içinde bulunan 12 binden fazla insanın yer aldığı 30 yıllık bir araştırmaya göre, Harvard'lı araştırmacılar, kişinin ağ içerisinde doğrudan bağlantıda olduğu bir arkadaşının mutluluğunun, kişinin mutluluğunu da yüzde 15'e kadar, ayrıca doğrudan bağlantısı olmasa bile kişinin mutluluğunu yüzde 10'a kadar artırdığını ortaya koymaktadır [48]. Güven de sosyal iyilik halinin önemli unsurlarından biridir ve toplumun iyilik halini arttırdığı gözlemlenmektedir [44]. Ailenin ve arkadaşların, "iyilik halinin

gelişmiş hali ile sonuçlanan ve diğer insanlara stres yönetiminde ve hayat şartlarının getirdiği olumsuz etkiler konusunda destek olmasını da içeren” sosyal destek ağları sosyal iyilik hali için önemlidir. Bunun yanı sıra; her insanın bir diğeriyle ilişki kurabileceği ve birbirine güvenebileceği toplum organizasyonları ve ağları gibi destekleyici çevrelerin varlığı da sosyal iyilik hali için büyük önem arz etmektedir [56]. Sosyal desteğin özellikleri, kişinin sosyal ağını, arkadaş ve akrabalarıyla görüşme sıklığının yoğunluğunu veya büyüklüğünü kapsamaktadır. Sosyal açıdan entegre olmuş insanların mortalite oranının düşük olduğu gerçeği de epidemiyolojik çalışmalarla ortaya koyulmuştur [45]. Evli insanların daha mutlu olduğu ve ayrılmış bireylerin boşanmış bireylerden bile daha mutsuz oldukları gösterilmiştir [57]. İşsizliğin psikolojik ve sosyal iyilik halini etkilediği, özellikle de erkeklerin kadınlara oranla bu durumdan daha olumsuz etkilendikleri belirtilmiştir. Akran kabulü, diğerleri ile bağlanma, sosyal beceriler (iletişim, girişkenlik, çatışma çözümü) gibi özellikler sosyal iyilik halinin ana unsurları arasında yer almaktadır [45]. Sosyal iyilik halinin; bireyin sosyal, duygusal ve bilgilendirici desteği ile aile, arkadaşlar ve toplumla ne kadar bağlı olduğu ve kişinin aidiyet hissi gibi göstergeleri bulunmaktadır [44]. Aile bireyleriyle, arkadaşlarıyla, toplumla ve iş yerinde daha güçlü ilişkileri olan bireylerin, daha sağlıklı olduğu bildirilmiştir [45].

4.3.4. İyilik halinin bilişsel ve entelektüel boyutu

Entelektüel iyilik hali olarak da kullanılabilen bilişsel iyilik hali, yaşam boyu öğrenme sorumluluğunu, başkalarıyla bilgi paylaşımı için çabayı ve daha tatminkar bir yaşama ulaşmak için yeteneklerin ve hünelerinin gelişimini yansıtmaktadır. Bilişsel iyilik hali; bireyin kişisel gelişimine, hedeflerine, eğitimine ve yaratıcılığına yönelim ve başarı hali olarak tanımlanmaktadır [45]. Bu boyut entelektüel aktifliği, zihni zorlayıcı etkinlikleri aramayı, problem çözmeyi, gönüllü olarak kişisel değerleri tatmin edecek etkinliklerde yer almayı ve bireyin becerilerini topluma katkı sunacak şekilde kullanmasını da kapsamaktadır [8]. Eğitim ve okuryazarlık entelektüel iyilik haline ulaşmada önemli öğeler olup, bireyin yaşamsal becerilerini ve baş etme mekanizmalarını canlandırarak, sağlığı ve iyilik halini etkilemektedir [44]. Düşük seviyedeki eğitimsel kazanımlar daha düşük seviyede iş güvenliğine dolayısıyla daha

düşük seviyede yaşam kalitesine yol açmaktadır. Okuryazarlık da sağlık göstergelerinden biridir. Okuryazarlık seviyesi düşük insanların daha çok sigara içmesi, hareketsiz kalması, obez olması ve kötü beslenme alışkanlığına sahip olma ihtimali okuryazarlık seviyesi yüksek olanlara göre daha yüksektir. Düşük gelirli ülkelerde eğitimin olumlu etkilerinin daha fazla olduğu da bazı araştırmacılar tarafından ortaya koyulmuştur [45]. Öğrenim düzeyi, yüksek mutluluk düzeyi ile ilişkilendirilmektedir [58]. Daha yüksek seviyede eğitim alanların, daha yüksek yaşam doyumu düzeyine sahip oldukları belirtilmiştir [59]. Kültürel etkinliklerin farkındalığı, sayısız yazar tarafından entelektüel iyilik halinin merkezi olarak görülmektedir. Bu, kültürel etkinliklere katılmak, bilgiyi elde etmek ve paylaşmak için fırsatlar aramak, yerel ve dünyadaki güncel olayları bilmek anlamına gelmektedir [45]. Optimal seviyede zihinsel uyarıcı aktiviteler tarafından harekete geçirilme hissini, entelektüel iyilik halinin merkezinde yer aldığını belirten yazarlar da bulunmaktadır. Uyarıcı entelektüel etkinlikler, konsantrasyon gerektiren zihinsel zorluklar ve eleştirel düşünceleri içerebilmektedir. Uyarılar; kültürel etkinliklere katılmak, çalışmak, gezmek ve medyaya maruz kalmak ile de gelebilmektedir. Entelektüel iyilik hali, kısaca bireyin entelektüel faaliyetlerinin uyarıcı optimal seviyesinin algılanışı ve motivasyonu olarak tanımlanabilmektedir [6].

4.3.5. İyilik halinin ruhsal boyutu

Ruhsal iyilik hali literatürde iyilik halinin maneviyat boyutu olarak da ifade edilmektedir [4]. Ruhsal iyilik hali, varoluşta anlam ve amaç arama süreci olarak tanımlanmaktadır. Ruhsal boyut, varoluşun karmaşasını takdiri ve evrenin bizim dışımızda geliştiği için tamamen anlaşılamayacağı düşüncesinin kabulünü içermektedir. Dünyanın karmaşık doğasını kabul etmek, tanımak ve tolere etmek, yaşamın anlamını ve amacını sorgulamak, hayatın bilinen ve bilinmeyen derinliği ve genişliği hakkında düşünmek ruhsal boyutun parçaları arasında yer almaktadır [45]. Ruhsal iyilik hali, kişiye bir amaç hissi sağladığı gibi, kişinin günlük eylemlerinde kullanacağı değerler ve inançlar bütününe oluşturmasına yardımcı olmaktadır. Ruhsal iyilik halinin din kavramıyla eş değer olmadığını belirtmek gerekir fakat dini inançlar iyilik halinin kavramları arasına dahil edilebilmektedir [44]. Bazı

çalışmalarla dinin bağımsızlık sistemi fonksiyonlarını olumlu yönde etkilediği, kan basıncını düşürdüğü, böbrek yetmezliği, kalp krizi ve diğer kalp hastalıklarının riskini azalttığı ortaya koyulmuştur [53]. Maneviyat, uzun yaşamın gerekli unsurlarından biri olarak tanımlanmaktadır [44]. Maneviyat, iyilik hali düzeyi ile de ilişkilendirilmektedir. Avustralya Birliği İyilik Hali Endeksi Anketi'nde, düşük ruhsal/dini tatmin seviyesine sahip bireylerin düşük öznel iyilik haline sahip oldukları saptanmıştır [60]. İnanç fark etmeksizin, inançlı insanların dini inancı olmayanlara göre genellikle daha mutlu olması, inançlarımızın öznel iyilik halimizi etkilediğine yönelik kanıtları desteklemektedir [45]. Doğada, sanatta, müzikte, sosyal ilişkilerde bulunabilecek yaşamı anlamlandırmayla ilgili bireye esin veren her türlü yaşantıyı kapsayan ruhsal iyilik hali kavramı dinden çok daha geniş bir kavramdır [8]. İnançların ve değerlerin daha geniş kavramları bireyin kişisel maneviyatı ile ifade edilmektedir [45]. Kişinin yaşamını anlamlandıran amaçlarının bulunması ve olaylara bakış açısının olumlu olması da iyilik halinin maneviyat boyutunun kapsamına girmektedir. Bu özelliklerin kişinin hem sağlığını hem de iyilik halini olumlu yönde etkilemektedir [4].

4.3.6. İyilik halinin diğer boyutları

4.3.6.1. Mesleki iyilik hali

Miller ve Foster (2010); Hettler ve Anspaugh'un mesleki iyi halini şu şekilde tanımladıklarını dile getirmektedir: Mesleğin, bireyin değerleriyle örtüşmesi ve bireye değerlerini dışa vurmasını ya da ifade etmesini sağlayarak zenginlik ve tatmin duygusu vermesidir. Mesleki iyilik hali, "kişinin kendine özgü becerileri, yetenekleri ve topluma olan katkılarıyla birlikte, maaşlı ya da maaşsız çalışan olsun, kişinin yaptığı mesleği ne derece ödüllendirici ve anlamlı gördüğü" ile ilgilidir. Mesleki iyilik halini ortaya çıkaran ya da onun gözlemlenmesini sağlayan durum, mesleğin getirdiği sorumluluklar ile diğer sorumluluklar ve/veya alışkanlıklar arasında ulaşılan dengedir. Mesleki sorumluluklar ve alışkanlıklar ile bireyin kişiliği arasındaki ilişkinin mesleki iyilik halini nasıl oluşturduğunu Leafgren, bireyin işine karşı geliştirdiği tutum, kendi kişisel tatmin düzeyi ve işinden elde ettiği kazancın mesleki iyilik halini meydana getirdiğini dile getirerek ortaya koymaktadır. Crose ve ark. ise mesleki iyilik hali tanımına, bireyin geçmişteki iş yaşantılarını ve mesleki

sorumluluklarıyla boş zaman aktiviteleri arasındaki döngü ve dengeyi eklemektedir [45].

Mesleki iyilik halini etkileyen etmenler; çalışma koşulları ve çalışma ortamının rahatlığı ile güvenliği, iyilik hali programlarının varlığı ve sosyal etkileşim olarak sıralanmaktadır [44,45]. Miller ve Foster (2010), iş kazalarının azaltılmasının ve çalışanlar arası sosyal etkileşimin artırılmasının mesleki iyilik halini yüksek bir seviyeye çıkaracağına işaret etmektedir [45]. Foster ve Keller (2011)'a göre ise, bireyler, zamanlarının önemli bir kısmını iş yerlerinde geçirdikleri için çalışma ortamının rahatlığı (güvenli olması ve gerginliğe yol açmaması) mesleki iyilik hali için önemli bir faktördür. Foster ve Keller, mesleki iyilik hali için, iyilik hali programlarının etkilerine de dikkat çekmektedir. Yemekhanelerinde sağlıklı yemek hizmeti veren, tütün kullanımını yasaklayan ve çalışanlarını fiziksel aktiviteler için teşvik eden işverenler aynı zamanda meslek iyilik haline katkıda bulunmaktadır [44].

4.3.6.2. Kültürel iyilik hali

Miller ve Foster (2010), kültürel ve kişisel farklılıkların bireyin iyilik hali üzerinde oldukça önemli etkileri olduğunu ileri sürmektedir. Onlara göre, bireylerin farklı amaç ve değerlere sahip olması, kişisel bir iyilik hali kavramının gelişimine katkı sağlamaktadır. Aynı açıklama, kültürler arası farklılıklar için de geçerlidir. Bu farklılıklar, kişisel iyilik halinin belirlenmesi ve düzeyinin yükseltilmesi amacıyla her kültür ve birey için farklı öngörüler belirlenmesi anlamına gelmektedir. Asya kültürüne mensup ülkeler, kişisel iyilik haline yoğunlaşmaktadır. Batı kültüründe ise çoğunlukla özgürlük kavramı, iyilik halinin merkezine yerleştirilmektedir [45].

Yukarıda da belirtildiği gibi, Miller ve Foster, kişisel iyilik hali ile kültürün birbirinden ayrı düşünülmemesi gerektiğini belirtmektedir; çünkü kültür, doğrudan kişisel iyilik haline etki etmektedir. Miller ve Foster, Schimmak'ın toplumların siyasi yapısı ile bireylerin iyilik hali arasında doğrudan bir ilişki olduğuna ilişkin çıkarımına da vurgu yapmaktadır. Schimmak'a göre, totaliter ülkelerde yaşayan bireylerin, demokratik toplumlarda yaşayanlara göre iyilik hali seviyesi daha düşüktür [45]. Kültürel değerler ve pratiklere göre şekillenen iyilik hali programları bireyler açısından farklı işlevlere sahip olabilmektedir. Müzik, tiyatro, dans gibi sanat alanlarını baz alarak geliştirilen programlar; bireylerde yaratıcı düşünme, etkili karar alma ve problem çözme becerilerini geliştirme amacı taşımaktadır. Bu

programlar, bireyin sadece bilişsel özelliklerini geliştirmeyi amaçlamaz; aynı zamanda onun kendini idare edebilme ve sorumluluk alabilme gibi insani becerileriyle birlikte; diğer insanlarla işbirliği yapabilme, görüş ayrılığı durumunda krizi çözebilme, farklı değer ve görüşlere sahip kişilere hoşgörülü yaklaşabilme gibi sosyal becerilerini de geliştirmeyi hedeflemektedir [44].

4.3.6.3. Çevresel iyilik hali

Roscoe'a göre (2009), Hettler'in mesleki iyilik haline yapmış olduğu katkılar, aynı zamanda çevrenin bir bileşeni olan çalışma ortamına da vurgu yaptığı için önemlidir. Diğer yandan, Roscoe bunun, çevresel iyilik halinin tanımı için yeterli olmadığını dile getirmektedir; çünkü Hettler'in geliştirdiği iyilik hali modeli; çevre kirliliği, tabiat ve doğal kaynakların korunması gibi çevrenin önemli sorunlarını göz ardı etmektedir. Roscoe, Renger'in çevresel iyilik hali tanımını daha tatmin edici bulmaktadır ve Renger'in çevresel iyilik halini; diğer iyilik hali boyutlarından (fiziksel, sosyal, bilişsel ve entelektüel, psikolojik/duygusal ve ruhsal boyut) ayrı ele aldığını ve onu, ev ile iş yaşamı arasındaki dengeye ve aynı zamanda bireyin tabiat ile toplumun ortak kullanım alanlarıyla ilişkisine etki eden bir etmen olarak tanımladığını belirtmektedir. Roscoe, çevre kirliliğinin önüne geçmek için alınacak tedbirlerin veya bölge temizleme çalışmalarına katılmanın da çevresel iyilik halinin kapsamında olduğunu belirtmiştir. Roscoe, Renger ve ark.'nın çevresel iyilik halini, iyilik halinin geniş bir boyutu olarak ele aldıklarından bahsetmektedir; çünkü onlar çevresel iyilik halini açıklarken, bireyin çevreyle yani ev, iş, toplum ve tabiatla olan karşılıklı etkileşimine ve bu etkileşimin doğasına odaklanmaktadır [6].

Anspaugh ve ark. ile Hales'in çıkarımları göz önünde bulundurularak; çevresel iyilik halinin kapsadığı alanlar şu şekilde sıralanmaktadır: gıda temini ve güvenliği ile içme suyu ihtiyacı, bulaşıcı hastalıklardan korunma, radyasyondan, su ve hava kirliliğinden kaçınma ve yeşil alan temini. Miller ve Foster (2010), özellikle büyük şehirlerde yer alan yeşil alanların bireylerin sağlığını olumlu yönde etkilediğini dile getirmektedir; çünkü yeşil alanlar bireylerin fiziksel olarak aktif olabilecekleri alanlardır. Bununla birlikte, yeşil alanlar kişide rahatlama gibi olumlu duygular oluşturmaktadır [45]. İyilik halini arttırmak adına çevreyle ilgili yapılabilecek düzenlemelere; yürüyüş ve bisiklet sürme alanları ayırma/çoğaltma, insanların ev dışı etkinliklere rahat bir şekilde katılması için çevre güvenliğine önem verme, havanın

kalitesini arttırmak için ağaçlandırma yapma, park ve plajları da içerecek şekilde kamusal alanları sigara içilmeyen bir hale getirme örnek gösterilmektedir [44].

4.3.6.4. İklimsel iyilik hali

Miller ve Foster (2010), Barnett ve Adger'ın argümanından yola çıkarak, iklim değişikliğinin insanların can güvenliğini tehdit ettiğini dile getirmektedir; çünkü iklim değişikliği, doğal kaynaklara zarar vermekte ve onlara erişimi kısıtlı hale getirebilmektedir. Bu da kaynaklara erişim konusunda çeşitli taraflar arasında çatışma olasılığını arttırmaktadır. İklim değişikliğinin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini Frumkin şu şekilde sıralamaktadır: kötü hava koşulları ve sıcak hava dalgaları ciddi yaralanmalara ve ölümlere, içme sularına ve gıda ürünlerine yabancı madde karışması bulaşıcı hastalıklara, artan hava kirliliği de akciğer ve kalp hastalıklarına yol açmaktadır. Frumkin'e göre, iklimde yaşanan bu değişimler en nihayetinde, bireylerin akıl sağlığını etkileyebilmekte ve toplumsal düzlemde göç ve iç savaş gibi olaylara zemin hazırlayabilmektedir [45]. Miller ve Foster da iklim değişikliğinin yarattığı sonuçların duygusal sıkıntılara neden olduğunu ve zihinsel sağlığı olumsuz etkilediğini ortaya çıkaran araştırmalardan bahsetmektedir. Miller ve Foster, kötü hava koşullarının hane halkının, bazı toplumsal grupların ve hatta bütün ulusun sosyal ve ekonomik faaliyetlerini etkileyebileceğini ifade etmektedir [44].

4.3.6.5. Ekonomik iyilik hali

Miller ve Foster'ın (2010) Persson ve Tabellini'den aktardığına göre, gelir eşitsizliği ve ekonomik büyümedeki yavaşlık, birey ve toplumların sağlığını etkileyebilmektedir [45]. Mikkonen ve Raphael (2010), ekonomik büyümedeki yavaşlığın bir göstergesi olan işsizliğin çeşitli şekillerde sağlığı olumsuz etkilediğini belirtmektedir. Öncelikle işsizlik, bireyin gelirini düşürdüğü için birey bazı maddi ihtiyaçlarını karşılayamamaktadır. İkincisi, iş sahibi olmamak ya da işten çıkmış olmak bireyin özgüven duygusunu zedeleyebilmekte ve kaygı düzeyini artırabilmektedir. Son olarak, işsizlik, bireyin bazı sağlığa zararlı alışkanlıklar (tütün kullanımı ve aşırı alkol tüketimi gibi) edinmesine neden olabilmektedir [61].

Ekonomik iyilik haliyle ilgili şaşırtıcı olan bulgu ise şudur: Parasal anlamda refah seviyesi yüksek toplumlarda değil; sosyal ve politik kuruluşların etkin olduğu, diğer bir deyişle sivil toplumun sosyal, ekonomik ve politik konularda etkin bir rol üstlendiği; yolsuzluk gibi suçların düşük olduğu ve karşılıklı güvenin yer ettiği toplumlarda ekonomik iyilik hali seviyesi daha yüksek çıkmaktadır [45]. Gallup'a (2014) göre; bireyin, stresini azaltmak ve güvencesini arttırmak için ekonomik hayatını etkili bir şekilde yönetebilmesi ekonomik iyilik halinin temelini oluşturmaktadır. Ekonomik iyilik hali gelişmiş bir bireyin, yaşam standardından memnun olduğu görülmektedir. Ekonomik iyilik hali yüksek bireylerin önemli bir özelliği, kişisel para hesaplarını aktif şekilde yönetebilmeleridir. Sahip olunan para miktarından ziyade o paranın nasıl harcandığı iyilik halini önemli derecede etkilemektedir. Harvard'da yapılan bir çalışmada, iyilik halini arttırmanın en iyi iki yolunun, diğer insanlar için harcama yapmak ve deneyim satın almak (tatile gitmek; aile, arkadaşlar veya iş arkadaşlarıyla dışarı çıkmak gibi) olduğu belirtilmektedir. Bunun nedeni de, diğer insanlar için yapılan harcamanın kişiyi duygusal bir doyuma ulaştırmasıdır [48].

4.4. Sağlık Riskleri ve İyilik Hali

DSÖ'nün 2014 yılında yayınladığı raporda tütün kullanımı, alkol tüketimi, sağlıksız beslenme ve fiziksel inaktivite en yaygın dört sağlık riski olarak belirtilmiştir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünü ele alan bir bildiride, bireylerin ve toplumların bu dört ana risk faktörüne maruz kalmasını azaltmanın ve sağlıklı yaşamı teşvik ederek bireyleri sağlıklı tercihlere yönlendirmenin kritik önemi vurgulanmıştır [62].

4.4.1. Fiziksel aktivite ve iyilik hali

Fiziksel aktivitenin uluslararası kabul görmüş kesin bir tanımı veya ölçümü yoktur [63]. Fiziksel aktivitenin; "Kas ve eklemlerin kullanıldığı, enerji tüketiminin gerçekleştiği bir bedensel hareket" [64], "Enerji harcamalarının taban seviyesinin üzerine çıktığı herhangi bir bedensel hareket" [65], "Günlük yaşam içerisinde kas ve eklemlerimizi kullanarak enerji tüketimi ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını

arttıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler” [66] şeklinde farklı tanımları bulunmaktadır. Düzenli fiziksel aktivite daha sağlıklı bir yaşam ile ilişkilendirilmektedir. Fiziksel aktivite koroner kalp hastalığı, tip 2 diyabet, meme kanseri ve kolon kanseri gibi bazı kanser türleri ile prematüre ölümlerin riskini azaltmaktadır [67]. Fiziksel aktivitenin glikoz metabolizmasını düzenleyerek, vücut yağını azalttığı ve kan basıncını düşürdüğü, böylelikle de kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet riskini azalttığı belirtilmektedir [63]. Fiziksel aktivitenin inme riskini ve depresyonu azalttığı [68], endişe ve stres üzerinde olumlu etkisinin olduğu da [63] bildirilmektedir. Bilimsel çalışmalar, fiziksel aktivitenin kişilerin kendilerini daha iyi hissetmelerini sağladığını ve olumlu duyguları geliştirdiğini ortaya koymaktadır [69]. Düzenli fiziksel aktivite ile kas gücünü ve vücut esnekliğini geliştirmek, ideal vücut ağırlığına ulaşmak, yağ dokusunu azaltmak ve daha iyi motor koordinasyonuna sahip olmak mümkündür. Fiziksel aktivitenin akıl ve ruh sağlığı açısından faydalı olduğu belirtilmektedir [70]. Öz yeterlilik ile fiziksel aktivite arasında korelasyon bulunmuştur [25]. Düzenli fiziksel aktivitenin metabolik sendrom, yüksek kan basıncı, yüksek kolesterol ve trigliserid riskini azalttığı bildirilmektedir [71]. Düzenli yapılan fiziksel aktivitenin kişinin bedensel, ruhsal, entelektüel, sosyal ve çevresel iyi olma halini geliştirme ve korumada etkili olduğu bildirilmektedir. Bunun yanı sıra fiziksel aktivite kişilerin daha enerjik, canlı, hareketli ve huzurlu hissetmelerini sağlayarak yaşam kalitelerini arttırmaktadır [64].

Fiziksel aktivite ile sağlık arasındaki ilişki açıkça ortaya koyulmuştur ve egzersiz evrensel olarak hemen her kronik hastalığın tedavisinde atılacak ilk adım olarak tanımlanan, maliyeti düşük bir tedavi biçimi olarak görülmektedir. Güncel bulgular, kronik hastalıkların tedavisinin yanı sıra kronik hastalıkların önlenmesinde de fiziksel aktivitenin ilk tedavi adımı olarak kullanılmasını tavsiye etmektedir [72]. Ancak günlük yaşamda ve çalışma hayatındaki değişimler fiziksel aktivitenin ve fiziksel iş gücünün azalmasına yol açmaktadır. Günümüzde televizyon ve bilgisayar insanların bir önceki nesle göre göreceli olarak daha az aktif olmalarının ve daha çok oturmalarının iki ana sebebi olarak görülmektedir [63]. Oturma süresinin uzaması kalbin etrafını saran kesede yağlanmayı arttırarak kalp hastalıkları riskini yükseltmektedir. Ofis çalışanları arasında yapılan bir araştırmada, çalışanların yüzde 66’sının günde 10 saatini oturarak geçirdikleri ortaya koyulmuştur [73]. Türkiye’de

masa başı çalışanlarda yapılan bir araştırmaya göre; masa başı çalışanların yüzde 25.2'sinin fiziksel olarak aktif olmadığı, yüzde 48,9'unun düşük düzeyde aktif olduğu ve sadece yüzde 25.9'unun yeterli düzeyde aktif olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada 20-29, 30-39 ve 40 ve üzerindeki yaş aralıklarında bulunan bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin kıyaslanması sonucunda masa başı çalışan, yaşı 40 ve üzerinde olan bireylerin en yüksek oranda fiziksel aktivite düzeyine sahip oldukları belirtilmiştir. Bunun yanı sıra hem ülkemizde hem de diğer ülkelerde yapılan araştırmalarda erkeklerin fiziksel aktivite düzeylerinin kadınlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur [74]. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması"na (2010) göre hem erkeklerde hem de kadınlarda 50 yaşından sonra ortalama fiziksel aktivite düzeyi, 65-74 yaşlarına kadar azalmış ve 75 yaş üzerinde en düşük düzeye ulaşmıştır. Aynı araştırmada 75 yaş ve üzerindeki bireyler haricinde, tüm yaş gruplarında ortalama fiziksel aktivite düzeyinin kırsal bölgelerdeki bireylerde, kentsel bölgedeki bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur [75]. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın 7 coğrafi bölgeden seçilen 7 ilde 30 yaş üstü 15.468 birey ile yaptıkları "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım" (2004) çalışmasında, bireylerin sadece yüzde 3.5'inin haftada en az 3 gün, 30 dakika, orta şiddete, düzenli aktivite yaptıkları ortaya koyulmuştur [76]. Beş bölgede, 18 yaş üzerindeki 11.481 birey ile yapılan "Ulusal Hanehalkı Araştırması"nda (2003) da ülkemizde fiziksel aktivitede bulunan nüfusun yüzde 20.32'sinin hareketsiz yaşadığı, yüzde 15.99'unun ise yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yaptıkları saptanmıştır [77].

Fiziksel inaktivite insanların günlük hayatta; iş yerinde, seyahat ederken (örneğin yürüyerek veya bisikletle işe gitmek), evde (örneğin ev işleri) veya boş zamanlarında (örneğin spor aktiviteleri) çok az veya hiç fiziksel aktivitede bulunmaması olarak tanımlanmaktadır [63]. Fiziksel inaktivite dünyadaki ölümlerin ana nedenlerinden biridir [67]. DSÖ fiziksel inaktiviteyi küresel ölümlerin dördüncü büyük risk faktörü olarak tanımlamaktadır ve tüm dünyadaki ölümlerin yüzde 6'sının fiziksel inaktiviteden kaynaklandığını belirtmektedir [78]. Fiziksel inaktivitenin küresel olarak 3.2 milyon ölüme yol açtığı bildirilmektedir [3]. Fiziksel inaktivite en az diğer sağlık riskleri olan aşırı kilo ve obezite kadar mortalite ile ilişkilendirilmektedir. Beden kitle indekslerine (BKİ) bakılmaksızın fiziksel aktif

bireyler, fiziksel inaktif bireylere göre daha düşük ölüm riski taşımaktadır. Aşırı kilolu veya obez aktif bireylerin, normal kilolu inaktif bireylere göre daha düşük morbidite ve mortalite oranına sahip olması da bu bulguyu desteklemektedir [79]. Bu nedenle fiziksel aktivitenin BKİ, yaş, cinsiyet ve ırk gibi değişkenlerden bağımsız olarak genel sağlığı geliştirmek amacıyla teşvik edilmesi önerilmektedir [72]. DSÖ'nün 2002 yılında yayımlanan "Dünya Sağlık Raporu"na göre; fiziksel inaktivitenin küresel olarak meme, kolon ve rektal kanserler ile diyabetin yüzde 10-16'sına, iskemik kalp hastalıklarının ise yüzde 22'sine sebep olduğu tahmin edilmektedir [63]. 2013 yılında Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017)"nda ise meme ve kolon kanserlerinin yaklaşık yüzde 21-25'inin, diyabetin yüzde 27'sinin ve iskemik kalp hastalığının yüzde 30'unun ana nedeninin fiziksel aktivite yetersizliği olduğunun tahmin edildiği belirtilmektedir [80]. Türkiye'de 2002-2004 yılları arasında yürütülen, "Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması"nda fiziksel aktivite alışkanlığının yeterli olması durumunda iskemik kalp hastalığına bağlı ölümlerin yüzde 31,519'unun, iskemik inmeyle ilgili ölümlerin ise yüzde 10.269'unun önlenilebileceği belirtilmektedir. Önlenilen hastalık yükü açısından bakıldığında ise fiziksel aktivitenin olması ile iskemik kalp hastalığı (300.850 Disability Adjusted Life Year – Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY)), iskemik inme (101.578 DALY), Diabetes Mellitus (37.456 DALY), meme kanseri (14.399 DALY) ile kolon ve rektum kanserlerine (10.343 DALY) bağlı olarak toplamda 464.627 DALY önlenilebilmektedir ve bunun tüm hastalık yükünün yüzde 4.3'üne denk geldiği bildirilmektedir [81]. Fiziksel inaktivitenin küresel olarak ise 19 milyon DALY'ye sebep olduğu tahmin edilmektedir [63].

Fiziksel aktivite eksikliği sağlık sorunlarına yol açtığı gibi bu sağlık sorunlarının neden olduğu sağlık harcamalarını da arttırmaktadır. Hareketsiz yaşamın ve fiziksel aktivite eksikliğinin Amerika'da 24.3 milyar dolarlık direkt sağlık harcaması maliyetine yol açtığı belirtilmektedir. 1995 yılında fiziksel aktivite eksikliğinden kaynaklanan sağlık harcamalarının, Amerika'daki toplam sağlık harcamalarının yüzde 2.4'üne eş değer olduğu bildirilmiştir [82]. Dünya genelinde fiziksel hareketsizlik ve kötü beslenmenin yol açtığı sağlık sorunları için yapılan harcama, ortalama toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yüzde 2'sini

oluşturmaktadır. Avrupa’da fiziksel hareketsizliğin maliyetinin kişi başı yıllık yaklaşık 150-300 Euro olduğu tahmin edilmektedir [80]. Kanada’da fiziksel inaktivitenin maliyeti 2.1 milyar dolar, İsviçre’de ise bu maliyetin yaklaşık olarak 1.65 milyar dolar olduğu hesaplanmaktadır. Üstelik bunlara fiziksel inaktiviteye bağlı olarak; iş yerinde düşen verim, depresyon ve anksiyete gibi hastalıkların gelişmesinin beraberinde getirdiği dolaylı maliyetler dahil edilmemiştir. Fiziksel aktivitedeki ortalama bir artış bu maliyetleri azaltabilmektedir. Örneğin fiziksel aktivitedeki yüzde 10’luk bir artışın Kanada’da yılda 150 milyon dolar civarında tasarruf sağladığı, benzer bir oranın Amerika’daki sağlık harcamalarını düşürmede de geçerli olduğu bulunmuştur. Bunun yanı sıra, fiziksel inaktiviteden kaynaklanan bulaşıcı olmayan hastalıkların tedavisinin ekonomik yükü, fiziksel aktivitenin yaşama dahil edilmesiyle önemli ölçüde azaltılabilmektedir. Günümüzün teknolojik olarak gelişmiş toplumları, küresel olarak yıkıcı bir etkiye ulaşan bulaşıcı olmayan hastalıkların riskini azaltmak, genel sağlık ve iyilik halini geliştirmek amacıyla fiziksel aktiviteyi günlük yaşamın içine dahil etmek için uğraşmaktadır. Fiziksel aktiviteyi günlük rutinin içine dahil etmek, fiziksel hareketsizliği azaltarak genel yaşam kalitesini arttırmanın ve sağlığı iyileştirmenin en etkili yöntemlerinden biri olarak görülmektedir [72]. Ancak fiziksel aktiviteyi artırma girişimleri yetişkinler arasında yaygın olsa da gelişmiş ülkelerdeki yetişkinlerin sadece küçük bir kısmı güncel fitness seviyelerini koruyabilmekte ve artırabilmektedir. ABD’de halk sağlığı için ulusal hedef, işyeri iyilik hali programları aracılığıyla fiziksel aktiviteyi artırmaktadır. İşyerleri iyilik hali programları, yetişkinleri ve ailelerini fiziksel aktivite düzeylerini yükseltmeye teşvik etmek için benzersiz fırsatlar sunmaktadır. Pek çok yetişkin uyanık olduğu zamanının çoğunu işyerinde harcamaktadır. Dolayısıyla, büyük kitlelere erişim ve davranışsal müdahale potansiyelleri iş yerinde diğer toplum alanlarına göre daha fazladır. İş yeri iyilik hali programlarının bazıları özel olarak fiziksel aktiviteyi artırmak ve fitness’ı geliştirmek için tasarlanmış olsa da pek çok programın, fiziksel aktiviteyi de içeren sağlıkla ilgili davranışlar geliştirmeyi amaçlayan birçok bileşeni bulunmaktadır [83]. İşyeri iyilik hali programlarına katılan bireylerin fiziksel aktivite seviyelerinde ve yaşam kalitelerinde artış görüldüğü de bildirilmektedir [84].

Fiziksel aktivitenin türü, sıklığı ve şiddeti konusunda öneriler bulunmaktadır. Çalışmalar günde 10 bin adım atmanın kan basıncını düşürme, kilo kaybını artırma ve sağlıklı bir yaşam sürdürmede önemli bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır. 10 bin adım atan bireylerin Amerika Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (CDC) ve Amerikan Spor Hekimliği Koleji gibi kuruluşların teşvik ettiği fiziksel aktivite kriterlerini sağladığı belirtilmiştir [68]. Amerikan Spor Hekimleri Koleji (ACSM) ve Amerikan Diyetisyenler Birliği Rehberi'ne göre, yetişkinlerin haftanın her günü veya çoğu gününde en az 30 dakikalık orta düzeyde şiddetli aktivite yapması gerekmektedir [74]. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı'nda (2014); 45-60 dakika voleybol, 45-60 dakika futbol, 35 dakika hızlı tempolu yürüyüş, 30 dakika bisiklete binme, 20 dakika yüzme, 15 dakika ip atlama gibi sporlar veya 45-60 dakika araba yıkama, 45-60 dakika cam veya yer silme, 30-45 dakika bahçe işi, 15 dakika merdiven çıkma orta şiddetteki fiziksel aktivite örnekleri olarak sıralanmaktadır [85]. Amerikalılar için Fiziksel Aktivite Rehberi, yetişkin bireylere haftada 150 dakika orta yoğunlukta (tempolu yürüyüş) veya 75 dakika yoğun (koşu) egzersiz veya haftada iki gün ana kas gruplarını güçlendirme egzersizi yapmalarını önermektedir [72]. DSÖ'nün 2002 yılında yayınlanan Dünya Sağlık Raporu'nda haftada 2,5 saat orta yoğunlukta veya bir saat yoğun egzersiz yapılmasının inme, iskemik kalp hastalıkları, meme ve kolon kanseri ile diyabet riskini azalttığı belirtilmektedir [63]. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi'nde yetişkin bireylere haftalık en az 150 dakika orta şiddette egzersiz yapmaları tavsiye edilmektedir. Bu egzersizler; yürüyüş, hafif koşu, bisiklet veya yüzme gibi dayanıklılık aktiviteleri olduğundan, her bir egzersiz seansının en az 10 dakika olmasının ve haftanın 3-5 gününe yayılmasının tercih edildiği belirtilmektedir [64]. Çok hareketsiz yaşam tarzı olanların, başlangıçta çok hafif egzersizlerle başlamaları ve egzersiz şiddetinin kişinin uyumuna göre zamanla artırılması tavsiye edilmektedir [85]. Pedometre takmanın da fiziksel aktiviteyi arttırdığı birçok çalışma ile ortaya koyulmuştur [68,86].

4.4.2. Beslenme ve iyilik hali

Aşırı veya yetersiz beslenme küresel olarak ana sağlık riskleri arasında yer almaktadır [63]. Dünyadaki ölümlerin yüzde 60'ından sorumlu olan ve görülme sıklığı giderek artan bulaşıcı olmayan hastalıklar, küresel beslenme alışkanlıkları ve işlenmiş yağlı, tuzlu ve şekerli yiyeceklerin artan tüketimi ile açıkça ilişkilendirilmektedir [87]. Amerikalılar için Beslenme Rehberi 2010, düşük besin değeri taşıyan gıda tüketimi ile fazla kilo arasında bir ilişki bulmuştur [88]. Yüksek enerjili, besleyici olmayan beslenme alışkanlıkları fazla kilo ve obezitenin ana risk faktörlerindedir [89]. Günümüzde gıda işleme ve üretimi ile tarım ve ticaret politikalarındaki değişim milyonlarca insanın günlük beslenme şekillerini etkilemektedir. Son yıllarda çocuklarda, ergenlerde ve yetişkinlerde obezite yoğun bir şekilde artmıştır [87]. Gelişmiş ülkelerde aşırı beslenme sorunu bulunmaktadır. Aşırı beslenmenin neden olduğu fazla kilo veya obezite, kan basıncının artması, kolesterol seviyesinin yükselmesi ve insülin direncinin artması gibi metabolik değişimlere yol açmaktadır. Bu değişimler ise koroner kalp hastalığı, inme, diyabet ve pek çok kanser türünün görülme riskini arttırmaktadır [63]. Obezitenin solunum sistemi hastalıklarına, kas iskelet sistemi hastalıklarına da zemin hazırladığı, bireylerin psikososyal durumunu, yaşam kalitesini ve süresini olumsuz yönde etkilediği de bildirilmektedir. DSÖ verilerine göre, Avrupa'daki yetişkinlerde; tip 2 diyabet vakalarının yüzde 80'i, hipertansiyonun yüzde 55'i, iskemik kalp hastalıklarının yüzde 35'i obezite ve fazla kilodan kaynaklanmaktadır [90]. Her yıl 2.8 milyon insan fazla kilo ve obezite nedeniyle hayatını kaybetmektedir [80]. Raporlara göre obezite sadece Amerika ve Kanada'da 220 bin ölümle, Batı Avrupa'daki 20 ülkede 320 bin ölümle ilişkilendirilmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkeler ise yetersiz beslenme sorunu ile mücadele etmektedir. Yetersiz beslenmenin bağışıklık sistemi üzerine etkileri yetersiz beslenen insanlarda enfeksiyon hastalıklarının daha sık görülmesine yol açmaktadır. Daha düşük gelirli ülkelerde enfeksiyon hastalıklarıyla daha sık karşılaşılıyor olması da bu bilgiyi desteklemektedir [63]. Sağlıksız beslenmeden kaynaklanan sağlık sorunlarının önlenmesi için bireylerin vücutlarının sağlıklı çalışmasını sağlayan makro (karbonhidrat, yağ ve proteinler) ve mikro (mineraller ve vitaminler) besin öğelerini yeterli ve dengeli bir şekilde alacakları bir diyet programları olmalıdır [69].

Beslenme kalitesini belirlemek için bireylerin meyve, sebze, tam tahıl, baklagil, az yağlı süt ürünü, işlenmiş kırmızı et, tatlandırılmış atıştırmalık ve içecek ile tuzlu atıştırmalık ve sodyum tüketimleri sorgulanmaktadır [91].

Günümüzde en büyük salgınlardan biri olarak kabul edilen bulaşıcı olmayan hastalıkların altında yatan sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği, obezitenin en önemli nedenlerinden kabul edilmekte ve ABD’de önlenebilir ölümlerin ikinci en sık nedeni olarak bildirilmektedir [80]. Obezite tipik olarak kişinin BKİ’nin 30’u aşmasıyla tanımlanmaktadır. BKİ vücut ağırlığının boy ile ilişkili biyometrik ölçümüdür. BKİ, kişinin ağırlığının (kilogram cinsinden) boyunun karesine (metrekare cinsinden) bölünmesi ile hesaplanır. Klinisyenler; zayıf, normal, fazla kilolu ve obez şeklinde BKİ bazlı bir sınıflama sistemi geliştirmiştir [92]. DSÖ’nün 20 yaşın üzerindeki yetişkin bireylere özgü hazırladığı sınıflandırmaya göre; kişinin BKİ değerinin 18.5’den küçük olması durumunda kişi zayıf, BKİ değerinin 18.50 ile 24.99 arasında olması durumunda kişi normal kilolu, BKİ değerinin 25.00 ile 29.99 arasında olması halinde kişi fazla kilolu ve BKİ değerinin 30 ve üzerinde olması durumunda ise kişi obez olarak tanımlanmaktadır. Obez kategorisi de kendi içinde üç gruba ayrılmaktadır. BKİ değerinin 30-34.99 aralığında olması 1. derece obez, BKİ değerinin 35-39.99 aralığında olması 2. derece obez ve BKİ değerinin 40 ve 40’ın üzerinde olması ise 3. derece obez anlamına gelmektedir [93].

Obezite hem gelişmiş hem de gelişen ülkeler için büyük bir sağlık sorunudur [94]. Son yıllarda tüm dünyada obezitenin ve fazla kilonun görülme sıklığı giderek artmaktadır [90]. Enerji zengini besinlere erişimi olan ve düşük fiziksel aktivite seviyeleri olan toplumların fazla kilo almaya ve obeziteye meyilleri daha yüksektir [94]. Türkiye’de 2010 yılında, 15 ilde, 540 merkezde, 20 yaş ve üzerindeki 26.499 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması II (TURDEP II) sonuçları ile 1997-1998 yılları arasında yapılan TURDEP 1 çalışmasının sonuçları karşılaştırıldığında; aradaki 14 yılda obezitenin yüzde 44 oranında arttığı tespit edilmiştir [95]. TURDEP II sonuçlarına göre ülke nüfusumuzun yüzde 31.2’si obez, yüzde 37,5’i fazla kilolu olarak sınıflandırılmaktadır [96]. TURDEP II sonuçları erkeklerde kilo fazlalığıyla, kadınlarda ise obeziteyle daha sık karşılaşıldığını da ortaya koymaktadır [95].

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü ile yürüttüğü ve sonuçları 2014 yılında yayınlanan, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010'nda; tüm yetişkinlerde obezitenin görülme sıklığı yüzde 30.3, fazla kilonun görülme sıklığı ise yüzde 34.6 olarak bulunmaktadır [75].

Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de ciddi bir halk sağlığı sorunu halini alan obezitenin önlenmesi ile 29.581 iskemik kalp hastalığı, 11.109 iskemik inme, 7.674 diyabet, 7.174 hipertansif kalp hastalığı, 724 meme kanseri, 646 kolon ve rektum kanseri, 235 korpus uteri kanseri olmak üzere toplamda 57.143 ölüm önlenebilmektedir ki bu tüm ölümlerin yüzde 13.3'üne denk gelmektedir. Obezitenin önlenmesi ile iskemik kalp hastalıklarında 346.294 DALY, diyabette 152.240 DALY, iskemik inmede 146.930 DALY'nin önlenileceği hesaplanmıştır. Obezitenin önlenmesiyle ile önlenilecek DALY sayısı toplamı 787.183'tür ki bu toplam DALY'nin yüzde 7.3'ünü oluşturmaktadır [81]. Obezite küresel bir halk sağlığı sorunu olmasının yanı sıra [90] bireylere ve Amerikan sağlık sistemine azımsanamayacak ölçüde doğrudan ve dolaylı maliyeti olan ana sağlık problemlerinden biri olarak tanımlanmaktadır [97]. Gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının yüzde 2-7'si obeziteyle ilişkili sağlık harcamalarıdır. ABD'de obezitenin tanı ve tedavisini kapsayan doğrudan maliyetlerin yaklaşık 70 milyar dolar olduğu, bu rakamın da toplam sağlık harcamalarının yüzde 7'si olduğu belirtilmektedir. Erken ölüm ve çalışma hayatındaki verim kaybı gibi dolaylı maliyetlerinse ABD'de yaklaşık 48 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir [90]. Azalan kilo ise azalan sağlık maliyetleri ile ilişkilendirilmektedir. %10 azalmış beden kütlesi; hipertansiyonun, hiperkolestrolün, tip 2 diyabetin, koroner kalp rahatsızlığının ve inmenin maliyetini erkeklerde 7504 dolardan 3258 dolara, kadınlarda ise 7365 dolardan 3116 dolara düşürerek yaşam boyu sağlık maliyetlerini düşürmüştür. 1.45 dolarlık bir yatırımla beden kütlesinde %1'lik bir düşüş sağlanabilmekte, artan verimi de hesaba katırsak bu düşüşün getirisi, harcanan miktardan çok daha fazla olabilmektedir [94]. Hem küresel bir halk sağlığı sorunu halini alan hem de ülke ekonomilerini olumsuz etkileyen obeziteyle ilgili olarak DSÖ başta olmak üzere çeşitli kurum ve kuruluşlar, strateji ve eylem planları geliştirmektedir [90]. DSÖ tarafından "Küresel Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sağlık

Stratejisi”nin [98] geliştirilmesi, Avrupa Birliği (AB) “Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Platformu”nun [99] oluşturulması bunlara örnek gösterilebilir. Türkiye’de de Sağlık Bakanlığı tarafından “Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014)” [90] ve “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017)” [80] gibi çeşitli programlar uygulanmaktadır. Uzun, sağlıklı ve mutlu bir yaşam beklentisi bulunan günümüz insanı için obezitenin önlenmesi çok büyük bir önem taşımaktadır [90].

Çalışma koşullarına ve çalışanlarda fazla kilo veya obeziteye ilişkin epidemiyolojik çalışmalar; BKİ ile uzun çalışma saatleri, vardiyalı çalışma sistemi ve iş stresini bağdaştırmaktadır [94]. Çalışanlar; daha düşük statülü işe, daha kötü çalışma koşullarına, daha çok iş yüküne sahip olduklarında ve sağlıklı besinlere erişim imkanları azaldığında daha kötü beslenme eğilimi göstermektedir [10]. Fazla kilo ve obezite ile ilişkili ölümcül hastalıkların görülme sıklığındaki artış, obeziteden kaynaklanan sağlık sorunları, artan işe devamsızlık ve yükselen sağlık hizmetlerinin maliyetleri işverenleri endişelendirmektedir [88]. İşçi sağlığını artırıp sağlık harcamalarını azaltan program ve politikalar işverenler için büyük önem taşımaktadır [97]. İşverenler açısından obezite ve kilo yönetimiyle ilgili iş yerinde uygulanan davranışsal sağlık promosyonu müdahaleleri maliyet tasarrufu sağlamaktadır [10]. İşverenler sağlık maliyetlerini düşürmek ve işçilerinin verimini artırmak için iş yeri iyilik hali programlarından daha çok yararlanmaktadır [94]. Bireyler uyanık oldukları saatlerin büyük bir çoğunluğunu iş yerlerinde geçirdikleri için iş yerleri sağlıksız beslenme alışkanlıklarına çözüm üretmek için eşsiz fırsatlar sunmaktadır [10]. İş yerleri pek çok işçi için hareketsiz bir ortamdır ve bu ortamlarda enerji yoğunluklu yiyecek ve içeceğe erişim yaygındır [94]. Bunun yerine işyerlerinde düşük maliyetli sağlıklı ürünlerin sunulduğu otomatlar ile çekici, maliyet açısından karşılanabilir ve sağlıklı gıdaların sunulduğu kafeteryalar, çalışanların beslenme tercihini değiştirmede başarılı olmuştur [10]. Beslenmeyi ve fiziksel aktiviteyi artırmayı amaçlayan işyeri sağlık teşvik programları BKİ’yi düşürmede etkili bulunmuştur [97]. Beslenme ve fiziksel aktivite müdahalelerini içeren bir işyeri yaşam tarzı değiştirme programının, kilo kaybını sağlamanın yanı sıra çalışanların yeme davranışlarını olumlu anlamda geliştirdiği de belirtilmiştir [100]. İş yeri obezite önleme programları çalışanların özgüvenini arttırıp, yönetim ile işçi arasındaki

ilişkiyi güçlendirmektedir. Bunun yanı sıra iş yeri obezite önleme programları çalışan verimini arttırarak ve sağlık hizmetlerine yönelik maliyetleri azaltarak şirketlerin karını arttırmaktadır [94].

4.4.3. Tütün kullanımı ve iyilik hali

Tütün kullanımı; sigara, puro, nargile ve pipo gibi ürünlerin yakılarak ve/veya tütürülerek tüketilmesi olarak tanımlanmaktadır [101]. Tütün kullanımı şu anda dünyadaki önlenebilir ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir [62]. Avrupa bölgesi için tütün kullanımının sağlıksız yaşam açısından en önemli risk faktörü olduğu bildirilmektedir [102]. Sağlık riskleri yalnızca tütünün doğrudan tüketiminden değil, pasif olarak dumana maruz kalınmasından da kaynaklanmaktadır. Tütün kullanımı uzun vadede kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum sistemi hastalığı, diyabet ve prematür ölüm riskini arttırmaktadır [62]. Aynı zamanda tütün kullanımının beyinde ve solunum, kardiyovasküler, gastrointestinal, immün ve metabolik sistemlerde ani sağlık etkileri vardır [103]. Dünya genelinde her beş kanserden biri sigaradan kaynaklanmaktadır [104]. Dünya genelinde yaklaşık 1,5 milyar kişinin tütün ürünü kullandığı ve bu kişilerin yarısının bu nedenle öleceği öngörülmektedir [101].

Her sene 7 milyon fazla kişinin tütün kullanımından öldüğü, bu kişiler arasında yaklaşık 890 bin kişinin ise pasif içicilik yüzünden hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir [105]. Bu sayı tüberküloz, Human Human Immunodeficiency Virus - İnsan Bağışık Yetmezlik Virüsü (HIV)/Acquired Immunodeficiency Syndrome - Kazanılmış Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (AIDS) ve sıtmaya bağlı ölümlerin toplamından daha fazladır. 2030 yılına gelindiğinde tütün kullanımına bağlı olarak ölen kişi sayısının yılda 8 milyondan fazla olacağı öngörülmektedir. Bu ölümlerin yüzde 80'inden fazlasının düşük ve orta gelirli ülkelerde olacağı da öngörülmektedir [106]. Dünyada erkeklerde meydana gelen ölümlerin yüzde 12'si, kadınlardaki ölümlerinse yüzde 7'si tütün kullanımından kaynaklanmaktadır [62]. Dünya çapında tütün kullanımının ölümlerin yüzde 8.7'sini, DALY'inin ise yüzde 3.7'sini oluşturduğu tahmin edilmektedir [107]. Türkiye'de de DALY'nin yüzde 8,6'sı tütün kullanımına atfedilmiştir [101].

Tütün kullanımı artan tıbbi maliyetler ve verim kaybı şeklinde ekonomik bir yük getirmektedir. Pek çok ülke ekonomisinde, tütün kullanımından kaynaklanan sağlık maliyetleri, tütün ürünlerinin satışından elde edilen toplam vergi miktarını büyük bir oranda aşmaktadır [62]. Tütün ürünlerinin kullanımı DSÖ Avrupa Bölgesi'nde 200 milyar dolar maliyete yol açmaktadır [102]. Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının yüzde 9'unun tütüne atfedileceği hesaplanmaktadır [101]. Tütün kullanımı ekonomiye ciddi bir yük oluşturduğu gibi kullanan bireylerde ve bu kişilerin ailelerinde ve arkadaşlarında sayısız sıkıntıya neden olmaktadır. Bunların yanı sıra tütün kullanımı çevresel bozulmalara ve yangınlara da yol açmaktadır [102]. Sağlığa doğrudan etkilerinin yanı sıra tütün kullanımının beslenme yetersizliğine yol açmak gibi sağlık üzerinde dolaylı etkileri de bulunmaktadır. Bunun sebebi paranın besinler yerine tütüne harcanmasıdır. Örneğin Bangladeş'te fakir insanlar sigara içmeseydi, ülkede beslenme yetersizliği 10.5 milyon kişide görülmeyecekti. Üstelik düşük gelir ve düşük öğrenim düzeyine sahip kişilerin tütün kullanmaya daha yatkın oldukları bildirilmektedir [108].

Türkiye'de yaklaşık 21 milyon kişi, ki bu toplumun dörtte birinden fazladır, tütün ürünü kullanmaktadır. Tütün kontrol önlemleri Türkiye'de 2013 yılına kadar tütün tüketimini azaltmıştır. Erkeklerde tütün kullanımı 2010 yılında yüzde 39'ken, 2012 yılında bu oran yüzde 35.9'a düşmüş ancak 2014 yılında yüzde 41.8'e yükselmiştir. Benzer şekilde kadınlarda tütün kullanımı 2010 yılında yüzde 12.3'iken, 2012 yılında bu oran yüzde 10.8'e düşmüş ancak 2014 yılında yüzde 13.1'e yükselmiştir [109]. Türkiye'de 2008 ve 2012 yıllarında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçlarına göre 2008 yılında yüzde 31.2 olan tütün kullanım prevalansı 2012 yılında yüzde 27.1'e düşmüştür. Türkiye'de tütün ürünü kullananların yüzde 94.8'ünün sigara içtiği bildirilmektedir. 2008 ile 2012 yılları arasında Türkiye'de sigara dumanından pasif etkilenme sıklığı da anlamlı düzeyde azalmıştır. Çalışanlarda pasif içicilik değerlendirildiğinde, Türkiye'de yetişkinlerin yüzde 15.6'sının iş yerinde sigara dumanından pasif olarak etkilendiği ortaya çıkmaktadır ki bu kişilerin yüzde 12.3'ü sigara içmemektedir. Türkiye'de yılda 100 binden fazla insanın tütün kullanımıyla ilişkili hastalıklar nedeniyle hayatını kaybettiği belirtilmektedir. Tütün kontrolü çalışmaları ile Türkiye'de yılda tütün kullanımına bağlı yaklaşık 55 bin ölümün önlenilebileceği hesaplanmıştır [101].

Acil önlemler alınmadığı takdirde bu yüzyıl boyunca tütün kullanımının 1 milyar kişinin ölümüne yol açacağı öngörülmektedir. 2030 yılında tütün nedeniyle meydana gelen ölümlerin beşte dördü gelişmekte olan ülkelerde görülecektir [106]. Gelişmekte olan ülkeler bulaşıcı hastalıkların yüküyle birlikte, artan bulaşıcı olmayan hastalıklar ve zihinsel hastalıklarla da mücadele etmektedir ki tütün kullanımının tüm bu hastalıkların ana etkeni olduğu belirtilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde, hastalıklardan kaynaklanan yıkımın yarısından fazlasının sorumlusu olarak da tütün kullanımı gösterilmektedir. Tütün kullanımındaki bu artış ekonomik ve sosyal gelişmeyi tehdit etmektedir [103]. Gelişmekte olan ülkelerde tütüne bağlı ölümler daha çok üretim çağındaki gençlerde olduğundan, bu ülkeler için tütün kullanımının beraberinde getirdiği ekonomik kayıp daha önemlidir [106]. Sigara tüketimi ile çalışanların iş yerinde verimi ciddi şekilde azalmaktadır. Sigara molalarının alınması sonucu iş saatlerinin verimli kullanılmaması ve sigaradan kaynaklanan hastalık izinleri iş yeri verimliliğini olumsuz etkilemektedir [110]. Son yıllarda iş yerlerinde içilen sigaranın sağlığa ve ekonomiye olan etkisi üzerine ilgi artmaktadır. Bununla birlikte işverenler de sigara bıraktırma politikaları üzerinde daha çok durmaya başlamıştır [111]. İş yerleri sigarayla mücadele için ideal ortamlardır. Çünkü sigara içenlerin dörtte üçü çalışan bireyler olmakla birlikte, sigarayı bırakma arzusu içindedir. Bunun yanı sıra işverenler çalışanlarına sigarayı bıraktırma konusunda oldukça isteklidir [110]. Ayrıca iş yerlerinde geçirdikleri zaman göz önüne alındığında, iş yerleri çalışanlar için etkili bir sigara bıraktırma ortamı olmaktadır. İş yeri sigara bıraktırma programları çalışanların sigarayı bırakmasına yardımcı olmakla kalmamış; çalışanların günlük sigara tüketimini azaltmış, iş ilişkilerini ve moralini artırmış ve sigarayla ilişkili hastalıklarının azalmasını sağlamıştır. Sigara bıraktırma programları sigara içmeyenlerin pasif içiciliğe maruz kalmasını da azaltmıştır. İş yeri sigara bıraktırma programlarının sağlık ve ekonomik faydaları hakkında pek çok değerlendirme ve model bulunmaktadır. Bu değerlendirmeler, sigara bıraktırma programlarının çalışanların sigarayı bırakmasını ve sağlıklarını geliştirmesini sağlamakla kalmayıp önemli bir ekonomik tasarruf sağladıklarını da ortaya koymaktadır. Dünya Bankasına göre iş yeri sigara bıraktırma programları göreceli maliyet-etkindir ve uzun vadede getirisi programların maliyetlerinde çok daha fazladır [111].

Sigarasız bir iş yeri ortamının sağlanması hem işverenler hem de çalışanlar tarafından sigara bırakmada etkili bir strateji olarak değerlendirilmiştir [111]. İşverenler bazı ödül ve ceza metotları uygulayarak çalışanlarını programlara katılma konusunda teşvik edebilmektedir. Ödüller, ufak para ödülleri veya başka türlü hediyeler gibi teşvik edicilerden oluşabilmektedir. Bir yandan da, caydırıcı olarak programlara katılmayanların sağlık sigorta primlerinde kesintiye gidilebilmektedir. Buna karşın, işverenler sigara içenlerin sigarayı bırakma konusunda başarılı olabilmeleri için çoğu kez birkaç girişime gerek duyduğunu göz önünde bulundurmalıdır. Nikotin bağımlılığı kronik ve tekrar etme ihtimali olan bir durumdur. Nüksetmesi yaygındır ve eğer olursa başarısızlık olarak sayılmamalıdır. Çalışanlar tütün kullanımı bırakmak için birçok engel ve ihtiyaç ile karşılaşmaktadır. İşverenler programların başarılı olmasını sağlamak için ilaç ve danışma gibi hizmetler sunmalı, sigara bıraktırma hattı ve sigarasız ortamlar gibi imkanlar yaratmalıdır [112]. Sigaranın etkileri uzun vadede ortaya çıksa da, hangi yaşta olursa olsun sigarayı bırakmak faydalıdır. Kişinin 60-75 yaşında bile sigarayı bırakması, sigaraya bağlı ortaya çıkan erken ölümleri yüzde 50'ye kadar azaltmaktadır [113].

4.4.4. Alkol tüketimi ve iyilik hali

Alkol nesiller boyu pek çok kültürde yaygınca kullanılan bağımlılık yapan psikoaktif bir maddedir. Alkol karaciğer sirozu ve kanser gibi 200'den fazla hastalığa sebep olabildiği gibi toplumda sosyal ve ekonomik yıkımlara da neden olmaktadır. Alkolün zararları; tüketilen alkol miktarına, alkol tüketim alışkanlıklarına ve bazı durumlarda tüketilen alkol kalitesine bağlıdır. Dünya genelinde 15 yaşın üzerindeki nüfusun yüzde 61.7'si son 12 ayda alkol tüketmemiştir. Dünya nüfusunun yüzde 16'sı ise alkoliktir [114]. DSÖ'nün Avrupa Bölgesi alkol tüketiminin ve alkole ilişkin zararların en sık görüldüğü bölgedir [115]. Bu bölgede alkolün tüketimi ve alkolün neden olduğu hastalık yükü dünya ortalamasının iki katı kadardır [116]. Aşırı alkol tüketiminin her yıl yaklaşık 2.5 milyon ölüme sebep olduğu ve bu rakamın büyük bir çoğunluğunu gençlerin oluşturduğu tahmin edilmektedir. Alkolün, sağlık sorunlarına en sık neden olan risk faktörleri arasında dünya genelinde üçüncü sırada yer aldığı bildirilmektedir. Alkolle ilgili sorunlar birey üzerinde olduğu gibi aile bireylerinde ve toplum yaşamında da ciddi yıkıcı etkiler olmaktadır. Aşırı alkol

tüketimi bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenebilir ve düzeltilebilir dört ana risk faktöründen biridir. Bunun yanı sıra aşırı alkol tüketiminin HIV ve tüberküloz gibi bulaşıcı olmayan ciddi hastalıklara da yol açtığı yönünde kanıtlar ileri sürülmektedir. 2004 yılında aşırı alkol tüketimi, dünyadaki ölümlerin yüzde 3.8'inden, küresel hastalık yükünün ise yüzde 4.5'inden sorumlu tutulmuştur [117]. 2012 yılında gerçekleşen ölümlerin yüzde 5.9'u (3.3 milyon ölüm) ile küresel hastalıklar ve rahatsızlıkların yüzde 5.1'i (139 milyon DALY) alkol tüketimi ile ilişkilendirilmektedir [114].

Alkol bağımlılığı, alkol kullanımına bağlı gelişen en önemli nöropsikiyatrik sorundur. Epilepsi, depresyon ve anksiyete gibi nöropsikiyatrik bozukluklar da alkol tüketimi ile ilişkilendirilmektedir. Karaciğer sirozu ve pankreatit alkol tüketimi ile ilgili bulunmuştur. Alkol, bazı kanser türleri (ağız, boğaz, kolon, rektum, karaciğer, meme gibi) için karsinojenik bir madde olarak kabul edilmektedir. Alkol tüketimi (özellikle de fazla miktarda tüketimi) intihar ve şiddet eğilimini arttırmaktadır. Alkol kullanımının, hipertansiyon gibi bazı kardiyovasküler hastalıkları olumsuz etkileyebildiği bildirilmektedir. Aşırı alkol tüketiminin bağışıklık sistemini zayıflatarak tüberküloz ve zatürre gibi enfeksiyon hastalıklarına neden olabildiği de belirtilmektedir [114]. Bunların yanı sıra aşırı alkol tüketimi kişinin kilosunu arttırmakta, kısa ve uzun dönemli hafızasını olumsuz etkilemekte ve tip 2 diyabet riskini arttırmaktadır [118]. Aşırı alkol tüketimi trafik kazaları gibi kasıtlı veya kasıtsız yaralanmalara zemin hazırlaması ve kullanan bireylerin şiddet eğilimini arttırması gibi sebeplerle, tüketen kişilerin dışındaki bireylere de zarar vermektedir [115]. Kasıtlı veya kasıtsız yaralanmalardan kaynaklı ölümlerin yüzde 40-60'ı alkol tüketimine atfedilmektedir [102]. Alkol kullanımı; aile içi problemler, finansal kaygılar, suçluluk psikolojisi, düşük özgüven ve ilişki problemleri gibi sosyal ve psikolojik olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Bireylerde üretkenliğin azalması ve işsizlik gibi sorunlar da aşırı alkol tüketiminin yol açtığı sosyal sorunlara örnek gösterilmektedir [119]. Alkol; yol açtığı hastalıklar ve sosyal sorunların yanı sıra ciddi bir mali sorun halini de almaktadır. Alkolün, kişinin kendisinin veya başka kişilerin sağlık ve iyilik halini olumsuz etkileyecek düzeyde tüketimi olarak tanımlanan aşırı alkol tüketimi; ABD'ye yılda 223.5 milyar dolara mal olmaktadır. Bu maliyetin yaklaşık dörtte üçünü iş verimliliği kaybına bağlı maliyet (159.2 milyar

dolar) oluşturmaktadır. Aşırı alkol tüketiminin maliyeti, sigaranın maliyeti olan 193 milyar dolardan ve fiziksel inaktivitenin maliyeti olan 150 milyar dolardan daha fazladır. Üyesi olan 15 devlette kişi başı yıllık alkol tüketimi 8 litre saf alkolün üzerinde olan Avrupa’da, alkolün topluma maliyeti gayrisafi milli hasılanın yüzde 2-5’i olduğu tahmin edilmektedir [120].

Dünya nüfusunun yarısı alkol tüketmektedir [115]. DSÖ’nün yaptığı araştırmaya göre erkeklerin alkol tüketimi kadınlara oranla daha fazladır. Fiziksel, mental veya sosyal sağlığı daha kötü durumda olan bireyler ile sosyoekonomik düzeyi daha düşük olan bireyler alkol tüketimiyle ilişkili problemlere daha yatkındır [114]. Çalışan bireyler arasında mavi yaka işçilerin, beyaz yaka çalışanlara göre aşırı alkol tüketimine ve alkolle ilişkili problemlere daha yatkın oldukları belirtilmektedir [121]. Ülkelerin ekonomik düzeyine göre alkol tüketimi değerlendirildiğinde ise; bir ülkenin ekonomik düzeyi yükseldikçe o ülkedeki alkol tüketiminin arttığı, hiç alkol kullanmayan bireylerin sayısının ise azaldığı gözlemlenmektedir [114]. Türkiye, Avrupa ülkeleri ve Organisation for Economic Cooperation and Development - Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkeleri içerisinde kişi başına alkol tüketiminde son sırada gelmektedir. Türkiye’de kişi başına yıllık alkol tüketiminin 1.5-1.6 litre olduğu tahmin edilmektedir [122]. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2012 Sağlık Araştırması’na göre Türkiye’de 15 yaş ve üzeri bireylerin yüzde 79,9’u hiç alkol kullanmamış olup, yüzde 9,7’si ise alkol kullanmamaktadır. Araştırma sonucuna göre Türkiye’de 15 yaş ve üzerinde olup alkol kullanan bireyler toplumun sadece yüzde 10,4’üdür. Aynı araştırmada erkeklerin kadınlara göre alkol tüketiminin daha fazla olduğu da ortaya koyulmuştur [123].

DSÖ alkol kullanımını azaltmayı ve önlemeyi, halk sağlığı önceliklerinden biri olarak görmekte ve alkolün sağlığa ve sosyal yaşama yıkıcı etkilerini azaltmayı amaçlamaktadır [114]. Tütün ve alkol tüketimini azaltmak için pek çok ülkede geniş çaplı yasal düzenlemeler ve mali önlemler artan bir şekilde yürürlüğe konmaktadır. Alkol ve tütün içeren ürünlerin alımıyla ilgili yaş sınırlamaları bulunmaktadır ve bu ürünlerin üzerinde sağlığı tehdit edici özelliklerine dair uyarılar yer almaktadır. Alkollü içecekler ve tütün ürünlerin reklamıyla ilgili ciddi kısıtlılıklar bulunmaktadır ve bu ürünlere yüksek vergiler uygulanmaktadır. Tüm bu önlemler alkollü

içeceklerin ve tütün içeren ürünlerin kullanımını etkilemiştir ve DSÖ tarafından maliyet etkin bulunmuştur [124]. Türkiye de alkol kullanımının azaltılması ve nlenmesine yönelik mücadele programları geliştirmektedir. Türkiye’de alkol tkretimini azaltılması için en etkili yöntem olarak vergileri arttırmak benimsenmiş olsa da, toplumu alkolün zararları konusunda bilinçlendirme çalışmaları gibi ekonomik müdahaleler dışı yöntemler de alkol tkretimini azaltmak amacıyla uygulanmaktadır [125]. Alkol tüketimi ile ilgili daha güçlü aksiyon alan ülkelerin, toplumsal sağlığın iyileştirilmesi ve iyilik halinin güçlendirilmesinde oldukça büyük kazanımları olacağı da belirtilmektedir [115].

4.4.5. Diğer sağlık riskleri ve demografik özellikler ile iyilik hali

Alkol tüketimi, beslenme, fiziksel aktivite ve tütün kullanımının yanı sıra uyku, stres, yaşlanma, kronik hastalıklar, cinsiyet, öğrenim durumu, sağlık algısı, zihin sağlığı gibi faktörler de bireyin iyilik haline etki etmektedir. Diğer risk faktörleri başlığı altında bu etmenler ele alınmaktadır. Stres, bu etmenler içinde kronik hastalıklara en sık yol açan faktör olarak ne çıkmaktadır. Soldano (2016), kronik hastalıkların yaklaşık yüzde 75’ine yol açan dört ana etmeden birinin (diğerlerini tütün kullanımı, hareketsiz yaşam ve sağlıksız beslenme olarak sıralamaktadır) stres olduğunu belirtmektedir [126]. Kısa süreli stres, bireyleri hastalıktan koruma işlevi görürken; kronik hale gelen stres bireyler üzerinde yıkıcı etkilere sahip olabilmektedir. Stres hormonlarının yüksek seviyede salgılanması, özellikle kandaki kortizol miktarının artması, kardiyovasküler hastalık risklerinin ortaya çıkmasıyla ilişkilendirilmektedir [127].

Bireyler, zamanlarının büyük bir kısmını iş yerinde geçirdiklerinden iş-ilişkili stres ve bunun iyilik haline yansımaları araştırmacıların dikkatini çekmektedir. AB Occupational Safety and Health Administration – İş Güvenliği ve Sağlığı Yönetimi (OSHA) 2013 anketi, alışan AB vatandaşlarının yarısından fazlasının stresi genel bir sorun olarak değerlendirdiklerini ve yüzde 40’ından fazlasının iş başındayken stresleriyle yeterli düzeyde baş edemediklerini ortaya koymuştur. Yapılan bazı anketler de, çalışanların sık sık iş ilişkili stresi hastalık sebebi olarak belirttiklerini ortaya çıkarmaktadır. Bununla birlikte, Marcatto ve ark. (2016), rahat olmayan

çalışma ortamının; çalışanların kaygı düzeylerini arttırarak ve bu kişilerde depresif davranışlara yol açarak iyilik halini olumsuz etkilediğini belirten araştırmaların varlığından bahsetmektedir. Çalışma ortamının rahat olmaması; hipertansiyon, gastrit ve ülser gibi rahatsızlıklara yol açabilmektedir [128]. Stres, sadece çalışanları değil; şirketleri de etkilemektedir. Amerikan Stres Enstitüsü'ne göre aşırı stres; üretim, işe devamlılık, kazalar ve sağlık harcamaları dikkate alındığında yıllık 300 milyar dolar zarar anlamına gelmektedir [126]. Stresin neden olduğu hastalıklar o kadar yaygındır ki araştırmacılar, çalışanların devamsızlıklarının, tahminen yarısının, bu hastalıklardan kaynaklandığını ileri sürmektedir [128].

Kişinin yaşı, sağlığını ve iyilik halinin etkileyen bir özelliktir. Yaşın artmasıyla birlikte fiziksel, zihinsel ve sosyal problemler göz önüne alındığında sağlıklı kalma ihtiyacı da artmaktadır. Bireyler, yaşlandıkça akut ve kronik hastalıklara karşı hassaslaşmaktadır [11]. Yaşla birlikte fiziksel kapasitenin azalmasına bağlı olarak bireylerin fiziksel işlev ve becerileri (görme ve duyma gibi duyuşal işlevlerde azalma, denge kaybı, el becerisi ve eklem hareketliliğinde azalma gibi) olumsuz etkilenebilmektedir [11,129]. Bununla birlikte, depresyon gibi bazı ruhsal rahatsızlıklar çalışan yaşlı bireylerde daha fazla görülmektedir. Bu çıkarımlar, yaşlı ilerlemiş çalışan kesime şu şekilde yansımaktadır: Fiziksel kapasitelerindeki yavaşlama ve hızla değişen teknoloji, işe devam etmeleri ya da işlerinde ilerlemeleri açısından yaşlı çalışanları genellikle gereken beceriyi gösterememeleri yönünde olumsuz etkilemektedir [11]. Fiziksel işlevler dışında, yaş ilerledikçe hafıza, zeka ve dil kullanımı, karar alma, öğrenme ve bilgi işleme gibi bilişsel süreçlerde yavaşlama ve azalma meydana gelmektedir. Örneğin; kısa süreli belleğin yavaşlaması, yeni kavramların öğrenilmesini ya da karmaşık kuralların hatırlanmasını güçleştirebilmektedir. Öğrenmenin gerçekleşmesi için verinin algılanması ve anlamlandırılması, kısa süreli belleğe gelmesi ve uzun süreli bellekte depolanması gerekmektedir. Bellekte meydana gelen yaşa bağlı değişimler bu süreci olumsuz etkileyebilmektedir [129]. Shephard (2000), yaşlanmanın bireyin kendini algılayış biçimini de etkileyebileceğini belirtmektedir. Yaşları ilerledikçe çalışanlar, iş için gereken teknik ve fiziksel beceriye artık sahip olmadıkları düşüncesine kapılabilmektedir. Bu düşünce biçimi, bireyin benlik algısında bozulmaya ve öz yetersizlik duygusuna işaret etmektedir [11]. Oğuz-Duran ve Tezer (2009)'in

Türkiye’de üniversite öğrencileri üzerine yapmış oldukları araştırma, bireyin kendine duyduğu saygı ile iyilik hali arasında anlamlı bir ilişki olduğunu dile getiren literatür ile örtüşen bulgular ortaya koymaktadır. Kendine duyduğu özsaygının düşük olduğunu beyan eden öğrencilerle kıyaslandığında, yüksek özsaygısı olduğunu dile getiren öğrencilerin fiziksel iyilik halinin daha yüksek olduğu görülmektedir [130].

Cinsiyetin sağlığı ve iyilik halini etkilediğine dair çalışmalar bulunmaktadır. Oğuz-Duran ve Tezer (2009), Wagstaff’ın iyilik halinin cinsiyete göre farklı deneyimlendiğine dair şu çıkarımına yer verir: erkeklerin iyilik hali kadınlara oranla daha düşük seviyededir. İyilik halinin sosyal boyutu dikkate alındığında, başkalarından destek almaları bakımından kadınların iyilik hali seviyesinin erkeklerinkinden daha yüksek olduğu görülmektedir. Oğuz-Duran ve Tezer, fiziksel iyilik hali seviyesinin yine kadınlarda daha fazla olduğunu belirtmekte; bunun altında yatan sebebi de kadınların beslenme ve sağlık konularında erkeklerden daha fazla sorumluluk almaları ve sağlık açısından daha az tehlikeli ve/veya sağlığı geliştiren davranışlara yönelmeleri olarak açıklamaktadır. Oğuz-Duran ve Tezer, kendi bulgularından da yola çıkarak şu varsayımın geçerli olabileceğine dikkat çekmektedir: “Kadınların, insan ilişkileri konusunda daha becerili olması ve sağlığa karşı duydukları ilgi, onları daha sağlıklı bir yaşam tarzını seçmeye itiyor olabilir”. Bununla beraber, şu görüşe de yer vermektedir: “Günümüz toplumu kadınlara, özellikle fiziksel görünüşlerine dikkat etmeleri konusunda erkeklerden daha fazla baskı uygulamaktadır. Bu da, cinsiyetler arası fiziksel iyilik hali arasındaki farklı düzeyler için bir açıklama olabilir” [130].

Erkeklerin, toplam ölüm oranının kadınların ölüm oranından yüzde 41 daha yüksek olduğunu Harvard’da yapılan bir çalışma ortaya koymuştur. 2007 yılında ABD’de erkeklerin yaşam süresi 75.3 ölçülürken kadınlar için bu süre 80.4’tür. Bununla birlikte, erkeklerin 10 ana ölüm sebebinden (kalp hastalığı, kanser, diyabet vb.) 8’ine yakalanma riski kadınlardan daha fazladır. Amerikalılar üzerinde yapılan ilgili araştırmada erkeklerin karaciğer hastalığından ölme riskinin kadınlardan 2.1 kat, HIV/AIDS’ten ölme riskinin ise 2.7 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu verilerin yanı sıra, erkeklerin intihar etme eğiliminin kadınlardan 4.1 kat daha fazla olduğu ortaya koyulmuştur. Erkekler, kadınlara kıyasla daha genç bir yaşta ölmekte

ve hayatları boyunca daha fazla hastalığa, özellikle kronik hastalıklara yakalanmaktadır. Örneğin; erkeklerin kasık fitığına yakalanma riskleri kadınlardan neredeyse 10 kat daha fazladır. Erkekler ile kadınlar arasındaki bu farklılık, hormonlar ve metabolizma gibi biyolojik faktörlerle açıklanabileceği gibi iş stresi, sosyal ilişkiler, alkol tüketimi ve sigara kullanımı gibi faktörlerle de açıklanabilmektedir [131].

Mesleki sağlık alanında yapılan çalışmalarının en önemli konularından biri, sağlık harcamalarıyla ilişkili risk faktörleridir. Sağlık harcamaları; hastaneye gitme, muayene olma, ilaç yazdırma ve tedavi olma gibi hastalığın iyileştirilmesine yönelik doğrudan olabileceği gibi işe devamsızlık yapma gibi dolaylı yollardan da gerçekleşebilmektedir. Bir hastalığa bağlı olarak işe gelememe durumu olan işe devamsızlık; işverenler açısından üretkenlik kaybı demektir ve maddi zararlara neden olmaktadır. Örneğin; 2012’de ABD’de işe devamsızlığa bağlı üretkenlik kaybı 118 milyar dolar olarak ölçülmüştür. İşe devamsızlık; grip, alerji, akut ve kronik ağrı durumları, akciğer hastalıkları, anksiyete ve depresyon gibi hastalıklarla ilişkilendirilmektedir [92]. Özel olarak, ağrı ve devamsızlık arasındaki bağlantıyı açıklayacak olursak; Avrupa’da altı aydan fazladır orta ve ağır şiddette ağrıdan mustarip olduğunu belirten insanların oranı yüzde 19’dur. Bu ağrıların büyük bir bölümünü, boyun ve omuz ağrısı oluşturmaktadır. Kronik ağrılarla ilişkili harcamalar, medikal harcamalardan kaynaklandığı gibi hastalık izni ve çalışma kaybı gibi durumlardan da kaynaklanmaktadır. Hermens, şiddetli ağrısı olan hastaların büyük bir kısmının işe gidemediğini ve normalden 8 kez daha fazla devamsızlık yaptıklarını belirtmektedir. Bu da devamsızlığın ağrının şiddetine göre arttığını göstermektedir [3]. Kronik ağrı, bireylerin spor yapma gibi gündelik etkinliklere katılmalarını ve sosyalleşmelerini de engelleyebilmektedir. Kronik ağrılar dışında, obezitenin de devamsızlıkla anlamlı bir ilişkisi olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Örneğin; Oklahoma Devlet Üniversitesi’nin erkek çalışanları üzerinde yapılan bir çalışma, BKİ ile artan işe devamsızlık oranı arasında olumlu bir ilişkinin olduğunu, 2005’te yine ABD’de yapılan ve tam zamanlı çalışanları kapsayan bir anket, fazla kiloların ve obezitenin işe devamsızlığı arttırdığını ortaya koymuştur. Obezitenin varlığı ve şiddeti hipertansiyon, diyabet gibi başka hastalıklarla da ilişkili olduğu için, bu hastalıklardan bir ya da birkaçının obeziteyle birlikte seyretmesi işe

devamsızlığa makul derecede etki etmektedir. Bu noktada, bireyin iyilik hali ile iş devamsızlığı arasında bir ilişki den bahsedilebilir. Howard ve Potter (2014); iş devamsızlığı, bireyin mesleki sağlık durumunun ve iyilik halinin belirleyicisi olarak görmektedir [92].

Zhang (2007), Andersen'in ölçeğine atıfta bulunarak iyi sağlığın değerinin beş maddeyle açıklanabileceğini belirtmektedir. Bunlar; egzersiz yapma, sağlıklı yiyeceklerden uzak durma, arkadaş ve akrabalarla daha fazla vakit geçirme, yapılan işin miktarını azaltma ve bu paragrafta üzerinde duracağımız, daha fazla dinlenme ve uyumadır [132]. ABD'de medikal doktorlar üzerinde yapılan bir araştırmada, yeteri kadar egzersiz yapamayan ve uyuyamayan doktorların mesleklerini gerektiği gibi icra edemedikleri (hastalara karşı anlayışlı olmak gibi) belirtilmiştir [133]. Japonya halkı üzerine yapılan araştırmaların bulguları, yaşlı insanların üçte birinin, her beş yetişkinden birinin ve her beş öğrenciden birinin insomnia (uykusuzluk / uyuma güçlüğü) yaşadığını göstermektedir. Tanaka ve Tamura (2016), insomniayı 21.yüzyılın en ciddi hastalıklarından biri olarak tanımlamaktadır [134]. ABD'de yapılan bir araştırmaya göre ise yetişkinlerin yaklaşık yüzde 30'u uykuya dalmakta zorluk yaşamakta, sağlıklı ve düzenli bir uyku deneyimleyememektedir. Birçok çalışma, insomnia olan ya da insomnia belirtisi gösteren kişilerin hayat kalitesinde düşüşlerin olduğunu ve hem iş hem de ev hayatında güçlüklerle karşılaştıklarını dile getirmektedir. Bununla birlikte, insomnia bireylerin sağlık hizmetleri ve ürünlerine yönelmelerini arttırmış; ve doğal olarak bireyler için sosyoekonomik bir yük haline gelmeye başlamıştır [135]. Uykuyu meydana getiren beş boyutun (uyku süresi, uyku devamlılığı, uykunun zamanlaması, tatmin/kalite ve uykulu olma hali) işlevinde yaşanabilecek aksaklıklar potansiyel sağlık riskleri taşımaktadır. Buysse (2014)'un, uykunun boyutları ve sebep olabileceği risk faktörlerini çeşitli çalışmalardan derleyerek tablo haline getirdiği araştırmasında, uyku tatmini/kalitesi ve uyku devamlılığının depresyon, koroner kalp hastalığı, şeker hastalığı ve hipertansiyonla; uyku süresinin ise obezite, koroner kalp hastalığı ve nöro-davranışsal bozukluklarla; uykunun zamanlamasının koroner kalp hastalığı, şeker hastalığı ve kazalarla ve uykulu olma halinin koroner kalp hastalığıyla ilişkili olduğu dile getirilmektedir [136].

Bireylerin iyilik halini etkileyen faktörlerden biri de medeni durumdur. Acabchuk ve ark. (2017), bekar annelerde kronik stres ve depresyona daha sık rastlandığına dikkat çekmektedir. Bunun altında yatan sebepler, bekar annelerin strese daha fazla maruz kalmaları ve daha az sosyal destek görmeleri olarak belirtilmektedir [127]. Birlikte yaşayan bireyler ise birbirlerine destek oldukları için, her iki tarafta da gelişmiş bir iyilik halinin gözlemlendiği söylenebilmektedir. Bu çiftler; çocuk bakımını, gündelik işleri ve hane gelirine katkıda bulunmayı ortak olarak gerçekleştirebilmektedir [137]. Diğer taraftan, Çinliler üzerine yapılan bir araştırmada daha farklı bulgulara rastlanmıştır. Evli çiftler, aile içi sorumluluklarından dolayı daha fazla stres yaşamaktadır; çünkü birçok çiftin sadece çocuklarının değil, yaşlı ebeveynlerinin de sorumluluklarını aldıkları görülmektedir. Bununla birlikte evli Çinlilerin, bekar akranlarından daha az oranda ekonomik iyilik haline sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Kosta Rika’da yapılan bir araştırmada; bekar, ayrılmış, boşanmış ya da dul kalmış kişilerin evli ya da birlikte yaşayan çiftlere nazaran fiziksel iyilik halinin gelişmeye daha yatkın olduğu ortaya çıkarılmıştır. Panama’da yapılan araştırma ise bekar, ayrılmış, boşanmış ya da dul kişilerin evli ya da birlikte yaşayanlara oranla daha iyi bir ekonomik iyilik haline sahip olduğu ortaya koyulmuştur. Sosyal iyilik haline ilişkin bulgular ise daha farklı bir seyir izleyebilmektedir. Amerikalı bekar, ayrılmış, boşanmış ya da dul kişilerin yüzde 17’sinin sosyal iyilik hali yetersiz iken bu oran evli ya da birlikte yaşayan çiftlerde yüzde 13’tür [48].

Sosyoekonomik farklılıklar, bireylerin sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hatta bu farklılıkların etkileri erken yaşlanmanın organizmada yarattığı etkilerle benzerlik göstermektedir [127]. Bunun dışında, DiBonaventura ve ark’nın (2015) uyku bozukluğu üzerine yapmış oldukları çalışmada, insomniaya sahip bireylerin daha düşük bir sosyoekonomik düzeye sahip oldukları ve sağlık durumlarının daha yetersiz olduğu ortaya çıkmıştır [135]. Zhang (2007), sosyoekonomik olarak dezavantajlı bir konuma sahip olan bireylerin diğer toplumsal gruplara göre daha yüksek ölüm ve hastalık oranına sahip olduğunu belirten uluslararası çalışmalardan bahsetmektedir. Zhang, hem kardiyovasküler rahatsızlıkların hem de diyabetin Avustralya’nın hastalık yükünü oluşturan ana

etmenler olduğunu ve bu ikisinin en çok düşük sosyoekonomik seviyeye sahip olan insanları etkilediğini dile getirmektedir [132].

Sosyoekonomik durum, bireyin öğrenim düzeyi ve haneye sağladığı gelir olmak üzere iki etmenle ölçülmektedir. Hem öğrenim düzeyi hem de ekonomik geliri düşük olan bireyler; ulaşımı, sağlık hizmetinin erişilebilirliğini ve masrafını, sosyoekonomik durumlarından dolayı, her zaman dikkate almak zorundadır. Buna paralel olarak, düşük eğitilmiş bireylerin sağlık hizmetlerine karşı daha az olumlu bir tutum geliştirdikleri gözlemlenmektedir. Düşük gelirli aileler de düzenli sağlık kontrolünden geçmemektedir. Avustralya'nın gelir seviyesi düşük aileleri de, ülkede önemli bir tehdit oluşturan kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet için düzenli bir sağlık kontrolünden geçmemekte ve hastalıkları önlemek adına check-up yaptırmaya daha az sıcak bakmaktadır. Sosyoekonomik geliri yüksek olan gruplar ise önleyici sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaktadır [132].

Bireyler arası gelir farklılıkları, bireylerin mavi veya beyaz yaka olup olmamalarıyla da ilişkilidir. Mavi veya beyaz yaka olma durumu ve bu durumun işaret ettiği sosyoekonomik statü farklılığı, bir önceki paragrafta belirtilen sağlık hizmetlerinden yararlanma sıklığı ve sağlık hizmetlerine karşı geliştirilen tutumu etkileyebilmektedir. Sadece sağlık hizmetlerine karşı tutumlarını değil; çalışanların, (buldukları pozisyona göre) iş yerlerinde uygulanan iyilik hali programlarına katılım durumlarını da etkileyebilmektedir. İşlerine karşı besledikleri tatmin duygusuna göre, çalışanlar iş yeri iyilik hali programlarına karşı olumlu ya da olumsuz bir tutum sergileyebilmektedir. “Amerika’da İş” (Work in America) başlıklı bir rapor, mavi yaka çalışanların işlerinden haz almadıklarını ortaya çıkarmıştır. Diğer yandan, özellikle beyaz yaka çalışanlar arasında yapılan bir araştırma, Kuzey Amerikan şirketlerinde çalışanların iş tatmini seviyelerinin yüksek olduğunu bulmuştur. Shephard’a (2000) göre, çalışanlar, yönetimin uygulamaya koyduğu iyilik hali programlarıyla; terfi olanaklarının azlığı, düşük maaş ve iş güvencesinin olmaması gibi çeşitli nedenlerden dolayı açığa çıkan iş memnuniyetsizliği arasında bir bağlantı kurmayabilmektedir [11].

İyilik hali ile sosyoekonomik statü arasındaki ilişkiden bahsedecek olursak, Kolombiya özelinde, gelir eşitsizliği ve yüksek işsizlik oranı Kolombiyalıların

ekonomi iyilik halini olumsuz yönde etkilemektedir. Malezya ise daha farklı bir profil çizmekte ve Güneydoğu Asya'nın en canlı ekonomilerinden birine sahip olması ve nüfusunun büyük bir kısmını üst-orta sınıfın oluşturması bireylerin iyilik haline yansımaktadır. Malezya; sosyal, ekonomik ve fiziksel iyilik halinde Asya'nın ve dünya ortalamasının üstündedir [48].

Sağlık konusunda yeterli bilgiye sahip olmayan bireylerin, sağlık problemlerine yakalanma riskleri artmaktadır. Bu gerçek göz önünde bulundurulduğunda; sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlık hizmetlerini daha etkin kullanması ve önleyici hizmetlerle hastalık yönetimi gibi uygulamalara yönelimini arttırması açısından etkili olabilmektedir [138]. Sağlık okuryazarlığı şu şekilde tanımlanmaktadır: “bireylerin, sağlık konusunda doğru karar verecek kadar temel sağlık bilgisi ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama kapasitedir”. Sağlık okuryazarlığı sosyoekonomik koşullardan etkilenebilmektedir. Bunun yanı sıra, sağlık okuryazarlığının sağlık algısıyla ilişkili olduğunu ortaya koyan çalışmalar yapılmıştır. Toci ve ark. (2014), birçok araştırmanın sağlık okuryazarlığının arttıkça bireylerin olumlu bir sağlık algısı geliştirdiğini ortaya çıkardığını belirtmektedir. Bununla beraber, sağlık okuryazarlığı arttıkça, kişilerin daha az hastalandıklarını beyan ettikleri ortaya çıkarılmıştır. Sağlık algısının yaş arttıkça ve kronik hastalıklar baş gördükçe azaldığı bulunmuştur. Toci ve ark. (2014); sağlık problemi yaşadıklarını dile getiren yaşlı insanların sağlık okuryazarlığının, sağlık durumlarını iyi olarak algılayan ve hiçbir kronik hastalık şikayetinde bulunmayan kişilere oranla daha düşük olduğunu ve en az bir tane kronik rahatsızlığa sahip olduğunu bulmuştur [139].

4.5. Çalışanlarda Sağlık Riskleri ve İyilik Hali

Çalışanların ve işverenlerin sağlıklarını korumalarına ve etkili karar verebilmelerine yardımcı olacak şekilde hazırlanan ve bu yönüyle toplumun sağlıklı bir yapıya kavuşmasını hedefleyen uygulamaların tümüne iş yeri sağlık ve iyilik hali programları adı verilmektedir. Kişisel gelişimi odağına alan bu programların tek amacı, bireylerin ruhsal ve fiziksel durumlarını iyileştirmek ve onların iyilik halini arttırmak değil, aynı zamanda bireylere, hayat standartlarını yükseltecek çeşitli yaşam

tarzlarını benimsetmeye çalışmaktadır [21]. İş yerini, iyilik hali programlarının uygulanması açısından biricik yapan etkenler ise bu ortamların doğal sosyal ilişkiler barındırması, geniş bir kitleye ulaşma olasılığı ve insanların günlerinin önemli bir kısmını burada geçirmeleri oluşturmaktadır [140].

İyilik hali programları; toplumdan topluma değişiklik gösterebilmektedir. AB ülkelerinde yapılan ve yıllardır varlığını sürdüren iyilik hali programlarının her biri farklı tanımlarla oluşturulmuştur. Ortak bir tanım yerine, her ülke söz konusu programları kendi şartlarına ve yapısına uyarlamıştır. Bu programlar incelendiğinde genel olarak iyilik halinin fiziksel ve bilişsel niteliğinin ve çalışma ortamının özelliklerinin ön plana çıktığı görülmektedir. Bunun yanında özel olarak kardiyovasküler hastalık risk faktörleri ve bu riskleri önleyici uygulamalar dile getirilmiştir. Programın ilkeleri ve uygulanışı; toplumun kültürüne, şirketin kurumsal yapısına ve bireyin bilişsel ve fiziksel niteliklerine göre değişkenlik gösterebilmektedir. Farklı ülkelere örnek vermek gerekirse; Yunanistan daha çok fiziksel iyilik hali üzerinde dururken, Litvanya programın çerçevesini sosyal iyilik hali üzerinden çizmektedir [21]. İyilik hali programlarının hedef kitlesini genellikle programın uygulanacağı zaman diliminde çalışıyor olan bireyler oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra bazı programlar, çalışan yakınlarını ve emeklileri de kapsayacak şekilde işlevlerini sürdürebilmektedir [141].

İş yeri sağlık ve iyilik hali programları, işverenler açısından önemli bir yere sahiptir. İşverenler, çalışanlarının performansları ile sağlık durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu kanısındadır. Diğer bir ifadeyle, çalışanların sağlık durumları kötüleşirse; bu, onların iş performanslarına ve üretkenliklerine olumsuz bir şekilde yansımaktadır. Şirketler; bu programlar aracılığıyla çalışanlarına; onların, şirketin ve temsil ettiği kültürün bir parçası olduklarını benimsetmeye çalışmaktadır. Bu da, çalışanların iş yerinde bulunmaktan mutluluk duymalarını, iş arkadaşlarıyla iyi geçinmelerini ve şirkete karşı yoğun güven duygusuna sahip olmalarını sağlamak gibi amaçları kapsamaktadır [141].

Sağlık teşvik ya da iyilik hali programları, daha önce de belirtildiği gibi her şirket için farklı anlamlar ifade etmektedir. Öte yandan, birçok programın ortak noktası, bireyleri hastalıklardan korumak ve erken yaşta ölüm riskini en aza indirmeye

odaklanmaktadır. Bu yüzden, bu programlar hazırlanırken, erken yaşta ölüm ve yüksek hastalık risklerinin nedenleri araştırılıp, ki bu nedenlerin temelinde yaşam tarzları yatmaktadır, bunların önlenabilir oldukları hesaba katılmaktadır. Sağlık teşvik programları, bireyleri hastalıklardan ve erken ölümden korumak için gerekli tedbirleri içermekte ve bu tedbirlerin bireyler tarafından içselleştirilmesini amaçlamaktadır. Böylelikle, bireylerin yaşam kalitesi arttırılabilecektir. İşverenler açısından çalışanların yaşam kalitesinin artması, hastalıkların sebep olacağı sağlık masraflarının azalması ve hastalık sebebiyle devamsızlık yapılmaması anlamlarına geldiği için mali kazanca işaret etmektedir. Aldana ve ark. (2005) şirketlerin maliyet düşürme güdülerinin sağlık programlarının temelini oluşturmaması, sadece programların bir getirisi olarak bakılması gerektiğini vurgulamaktadır. Diğer bir deyişle, sağlık programları ilk etapta masrafları azaltmak için oluşturulmamalı ve bu, bir gereklilik olarak algılanmamalıdır [142].

İşverenlerin, çalışanlarının sağlığıyla ilgilenmesi yeni bir olgu değildir. 1940'lar ve 1950'lerde, çalışanlar için sağlık sigortası vergi teşviki yapılmaya başlanmıştır. 1960'lara gelindiğinde çalışanlarını sigortalatan şirketlerin sayısı artmıştır [141]. İyilik hali programları ise sağlık sigortasına oranla hem oldukça geniş çalışan kitlesine daha geniş çözümler üretmekte hem de daha yaratıcı bakış açıları ortaya koymaktadır. Bu yaratıcılıklar, gelişen teknolojiye ve değişen toplumsal yapılarla bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Günümüzde iyilik hali programları mobil sağlık uygulamalarıyla daha fazla insana ulaşılabilmekte, birebir yaşam koçluğu tekniğiyle bireylere karar verme süreçlerinde yardımcı olabilmektedir [143]. Bu farklı uygulamalar, daha bütünleyici ve kapsayıcı modellerin geliştirilmesinin bir sonucudur. Modeller, özellikle kardiyovasküler hastalık riskini ve bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını yükselten faktörleri azaltmak üzere oluşturulmuştur. Healthy People 2010, bir iş yeri iyilik hali programının kapsayıcılık yönüne işaret eden eğitim alanları, uygulama ve özelliklerini şu şekilde belirlemektedir: sağlık eğitimi, iş yeri taraması ve eğitimi, çalışan destek programları; destekleyici, sosyal ve fiziksel bir iş ortamı ve son olarak kaynaştırma [141]. Soldano (2016); kapsayıcılığın, sağlığı tehlikeye atan etmenlerin ortadan kaldırılması ya da azaltılması konusunda önleme ile müdahale yöntemlerinin sağlık eğitiminin mutlak

bir parçası olmasıyla arttırılacağını belirtmektedir. Sağlığı tehlikeye atan etmenler, genellikle kronik hastalıklara davetiye çıkaran faktörlerdir [126].

Kronik hastalığa sebep olan yaşam tarzı bileşenleri; tütün kullanımı, hareketsiz yaşam, sağlıksız ve düzensiz beslenme ile stres olarak sıralanmaktadır. Bu yaşam tarzı bileşenleri, tüm kronik hastalık vakalarının %75'inde görülmektedir. Kronik hastalıkların etkileri yaşam tarzının değiştirilmesiyle birlikte kontrol altına alınabilmekte, hatta hastalık tamamen ortadan kaldırılabilir [126]. Milani ve Lavie (2009); sağlık eğitmenleri, fizyoterapistler, psikologlar ve hemşirelerin rehberliğinde uygulanan iş yeri sağlık ve iyilik hali programını bir grup çalışan üzerinde denemiştir. Bu program; iş yeri sağlık eğitimi, beslenme danışmanlığı, tütünü bırakma danışmanlığı ve fiziksel aktivitelere teşvik gibi alt başlıkları kapsamaktadır. 6 ay süreyle uygulanan programın sonuçları olumlu yönde olmuştur. Çalışanların hayat kalitesinde gözle görülür bir artış; depresyon, kaygı durumu gibi davranışsal bozukluklarında azalma ve vücut yağ oranında düşüş gözlemlenmiştir. Bununla birlikte, programdan önce yüksek sağlık riskine sahip olduğu bulunan katılımcıların %57'si düşük risk profiline ulaşmıştır [19]. Bu çalışma, yaşam tarzının değiştirilmesiyle birlikte hastalıkların ya da hastalık risklerinin kontrol altına alınabileceğini kanıtlamaktadır. Diğer taraftan, çoğu şirket, iyilik hali programlarını; tütün kullanımı, beslenme ve fiziksel aktivite üzerinden kronik rahatsızlıkları ortadan kaldırma amacıyla uygulamaktadır. Bunlardan bazıları, “çözümlememiş stres” in (unresolved stress) işgücü üzerinde önemli bir etkisi olduğunun farkına daha yeni yeni varmaya başlamıştır. 2014'te yapılan bir ankete göre, Amerikalı çalışanların yüzde 83'ü, iş yerinde en az bir etken yüzünden strese girdiğini belirttiğini ortaya koymuştur. Yine bu çalışma, stresli olduğunu beyan eden çalışanların sağlık harcamalarının diğer bireylerin sağlık harcamalarından %46, depresyonda olduğunu belirtenlerin harcamalarının ise diğerlerinden %70 daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Depresyon ve stresten dolayı yapılan masraflar; obezite, tütün kullanımı ve yüksek kan basıncından kaynaklanan rahatsızlıklar için yapılan masrafların toplamından daha yüksektir [126].

İş yeri iyilik hali programlarının çalışanların sağlığı üzerinde etkili olabilmesi ve dolayısıyla bireylerin hayat kalitesini arttırabilmesi, programın uygulanabilirliğine

bağlıdır. Uygulanabilirlik, programın içeriğine ve çalışanların katılma düzeyleriyle ilişkilidir. Büyük şirketlerde çalışanların, iş yeri iyilik hali programlarına erişimleri, 50'den az çalışanı olan şirkettekilere göre çok daha fazladır. Halbuki, küçük şirketler ve serbest çalışanlar, iş gücünün büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu da, söz konusu programların yaygınlaşmasının önünde duran en büyük engeldir [11].

Farklı ülkelerde, çalışan bireylerin sağlık risklerini azaltmak ve iyilik hallerini geliştirmek için çeşitli sağlık teşviki ve iyilik hali programları uygulanmaktadır. Literatürde buna örnek gösterilebilecek programlar bulunmaktadır. Örneğin; Kanada'da sağlık teşvik programları, erken ölümleri engelleyerek ortalama yaşam süresini yükseltecek şekilde kardiyovasküler riskleri azaltmaya hatta ortadan kaldırmaya odaklanmaktadır. Kardiyovasküler riskleri arttıran en önemli sebepler sigara kullanımı, sağlıksız ve düzensiz beslenme ile hareketsiz yaşam olarak belirlenmiştir. Bu faktörler, Kanada'da kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan ölümleri arttırmış ve Kanada ekonomisini olumsuz bir şekilde etkilemiştir. Kanadalılar, sağlık teşvik programlarıyla birlikte iş yerlerinde sigara tüketimini azaltmaya başlamışlardır. Bununla birlikte Kanada, sadece iş yerleri ile sınırlı kalmamış; hem bireylere hem de topluma fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmeyi önemsetmek için kapsamlı bir sağlık risk faktörü önleme çalışması düzenlemiştir [22]. ABD'de ise iş yeri risk faktörlerine daha fazla önem verilmektedir. Cahalin ve ark. (2014), Amerikan iş gücünün, hareketsiz yaşam süren ve kalorisi yüksek besinler tüketen bireylerden meydana geldiğini belirtmektedir. Çalışanların büyük bir kısmı, hareketsiz yaşam ve sağlıksız beslenmenin oluşturduğu kardiyovasküler risk faktörlerini taşıdığına bilincinde değildir. Çarpıcı olan nokta ise, bu risk faktörlerini taşıdığına farkında olan bireyler bile uygun ve yeterli bir sağlık programından geçmemektedir. Bunlar göz önünde bulundurularak, çalışanlarda bu risk faktörlerini azaltmak için, ABD'de temel önleme (ortaya çıkmadan önce soruna müdahale etme) ve ikincil önleme (ortaya çıktıktan sonra ilerlemesini durdurmak amacıyla soruna müdahale etme) merkezli sağlık ve iyilik hali programları uygulanmaktadır [17].

İş gücünün yoğun olduğu bir ülke olan Hindistan'da ise sağlık programları, kardiyovasküler riskler ile bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda temel ve önleyici sağlık hizmetlerine odaklanmaktadır. Ülkedeki ölümlerin büyük bir kısmı

kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Bu sebeple, Hindistan’da kardiyovasküler risk faktörünü oluşturan yaşam tarzı bileşenlerinden sağlıksız beslenmenin üzerine gidilmekte ve obeziteyi önlemek ve azaltmak için yoğun bir çaba harcanmaktadır. Hindistan’da uygulanan iş yeri iyilik hali ve sağlık teşvik programları sonucunda; sağlık bakım harcamalarının %26, tazminatların %30 ve hastalık izni kullanma oranının ise %28 düştüğü belirtilmektedir [24]. Japonya’da ise, batıdaki ülkelere kıyasla kardiyovasküler hastalıklar arasında yer alan koroner arter hastalığına daha az rastlanmaktadır. Diğer yandan, son yirmi senede Japonlarda kolesterol yoğunluğu ile toplam BKİ’de artış olduğu gözlemlenmiştir. Bunun sonucu olarak da, Japonya Sağlık Bakanlığı’nın 2000’den beri yürüttüğü; erken ölümlerin oranını azaltmayı, ortalama yaşam süresini arttırmayı ve bireylerin yaşam standartlarını yükseltmeyi hedefleyen sağlık teşvik programları 2013’de daha da genişletilmiş ve programların önceliği, bulaşıcı olmayan hastalıklardan temel ve ikincil olarak korunma olarak belirlenmiştir. Bu sayede, koroner arter hastalığından kaynaklanan yaşa bağlı ölüm oranını düşük seviyelere çekmek hedeflenmektedir. Bunu gerçekleştirmek için hipertansiyon, tütün tüketimi, kandaki yağ oranı gibi önemli risk faktörlerinin başarılı bir şekilde kontrol edilmesi planlanmaktadır. Kardiyovasküler hastalıkların azalmasında hipertansiyonu kontrol etmek önemli bir yere sahiptir. Hipertansiyon kontrolü ise, tuz kullanımını azaltmak, BKİ’yi düşürmek ve aşırı alkol tüketimini azaltmak ile meyve-sebze tüketimine ağırlık vermek ve fiziksel aktiviteyi arttırmak ile sağlanabilmektedir [23].

İsveç’te iş yeri iyilik hali programları farklı şekillerde uygulanmaktadır; ama en yaygın program, sağlık teşvik faaliyetleri için gereken harcamaların bir kısmını karşılama amacı taşıyan programlardır. Bu programların hangi sağlık teşvik faaliyetlerini karşılayacağı ise İsveç Vergi Dairesi tarafından belirlenmiştir. Sağlık harcamaları üzerine yapılan değerlendirmelerde, ABD ve İsveç’te iş yeri sağlık teşviki programlarına yapılan yatırımların çok büyük oranda geri dönüşünün sağlandığı belirtilmektedir [25]. Hawaii’de iyilik hali programları araştırmacılar ve sivil toplum örgütleri gibi birçok aktörün yan yana gelerek oluşturduğu ve uyguladığı bir proje olarak karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde, dünyanın pek çok bölgesinde olduğu gibi Hawaii halkı da yüksek obezite riskiyle karşı karşıyadır. “Sağlıklı İş Yerleri Planlama” (The Designing Healthy Worksites) projesi, bazı yerel hizmet ve

organizasyon şirketlerinde obezite risk faktörlerini ve obezitenin yol açabileceği kronik hastalıkları önlemek amacıyla çalışanları sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konusunda desteklemektedir. Araştırmacılar ve sivil toplum kuruluşları, obezite riskini düşürmek ve kronik hastalıkları kontrol altına almak için en çok geleneksel Hawaii diyeti üzerine çalışmıştır. Geleneksel Hawaii diyeti, karbonhidrat bakımından oldukça zengin, yağ miktarı düşük ve aşırıya kaçmayacak şekilde protein içeren yiyeceklerden oluşmaktadır. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar obezite riskini azaltmak adına önemlidir; çünkü diyeti uygulayan kişilerin kanında yağ ve glikoz oranı düşük çıkmış; aynı zamanda bu kişilerde kilo kaybı da gözlemlenmiştir. Karşılaşılan sorun ise, bu diyeti uygulayanların program bittiğinde diyetle devam etmemesidir. Katılımcılar, buna sebep olarak evde diyet yapma konusunda yeterli destek görmemelerini ve işlerinin diyet yapmalarına engel olmasını göstermektedir. Bu noktada, Leslie ve ark. (2010), iş yerlerinin diyet uygulama gibi sağlık teşvik programları için uygun yerler olduğunu ifade etmektedir; çünkü iş ortamı, diyeti uygulamak ve sürdürmek için gereken desteği bireylere sosyal ilişkiler vasıtasıyla sunmaktadır. Bu yüzden, bu iyilik hali programları iş yerlerine uygulanmaya başlamıştır. Hawaii'deki iyilik hali programlarının önemli bir özelliği de akademisyenler, aktivistler ile çeşitli kurum ve enstitüler arası iş birliğine dayanmasıdır [27].

Meslek hastalıkları, iş yeri iyilik hali programlarının oluşturulmasında önemli bir rol oynayabilmektedir. Fransa, dünyadaki toplam şarap üretiminin %17'sinden sorumludur. Şarap sektöründe 500 binden fazla kişiyi istihdam ettiği bilinmektedir. Bu sektörde çalışan insanların büyük bir kısmı kas-iskelet sistemi hastalıklarından (KİSH) şikayet etmektedir. 4000 Fransız üzüm bağı işçisini kapsayan bir çalışmaya göre, işçiler birincil olarak bel bölgelerinden etkilenmektedir. Bunun sebebi, işçilerin ağır iş yapmaları olarak gösterilmektedir; ama Balaguie ve ark. (2017), kas dayanıklılığının ve esnekliğinin düşük olmasının KİSH'ye, özellikle bel bölgesinde ağrılara yol açabileceğini ortaya koyan araştırmalardan bahsetmektedir. Bu sebeple, Balaguie ve ark.'na göre, KİSH'yi kontrol altına alabilmek için uygulanacak en uygun adım, kas dayanıklılığını ve esnekliğini artıracak bir egzersiz programı geliştirmektir. Bundan yola çıkarak Balaguie ve ark. iş yerinde uygulanmalı bir fiziksel aktivite programı oluşturmuştur. Bu programa katılan işçilerin kas

dayanıklılığının ve esnekliğinin arttığı ve bel bölgesindeki ağrıların da azaldığı kaydedilmiştir [144].

Daha önce de belirtildiği gibi, iş yeri iyilik hali programları toplumdan topluma, kültürden kültüre değişiklik göstermektedir. Hollanda'nın "Brabantia'da Daha Sağlıklı Çalışma" (The Healthier Work at Brabantia) isimli projesi, her ne kadar ABD menşeli iş yeri iyilik hali programlarından esinlenmiş olsa da felsefesini daha farklı oluşturmuştur. ABD'de uygulanan iyilik hali programları bireylerin yaşam tarzlarına odaklanırken, Brabantia projesi çalışma ortamına odaklanmaktadır; çünkü çalışma ortamının bireylerin iyilik halini ve sağlığını etkilediği düşünülmektedir. Öyle ki; Hollanda, çalışanların sağlığını ve iyilik halini geliştirmek için çalışma ortamında yapılacak değişiklik ve düzenlemeleri, çalışma koşullarını ele alan yasada belirtmektedir [145]. Ülkelerin kendi nitelik ve ihtiyaçlarına göre düzenledikleri iyilik hali programlarının yanı sıra, küresel çapta faaliyet gösteren firmaların birçok ülkede ortak olan iyilik hali programları bulunabilmektedir. Bu firmalardan biri Johnson & Johnson'dır. Firmanın her çalışanı şirketin sağlık ve iyilik hali programından yararlanabilmektedir. Program, sağlık uzmanlarından oluşan profesyonel bir grup tarafından yönetilmektedir ve uzmanlar, çalışanları sağlıklı bir yaşam tarzı edinmeleri için teşvik etmekte ve desteklemektedir. Firmanın programları, fiziksel aktiviteye yönlendirici uygulamalar içermektedir. Örneğin; iş yerinde fitness salonu yer alabilmektedir. Uzmanlar, çalışanları iş yeri kafeteryasından sağlıklı yiyecek almaya ya da kilo verme konusunda online kilo yönetimi uygulamaları kullanmaya teşvik etmektedir. Program, yaşam tarzı yönetimi konusunda ise, yaşam koçluğu programları (tütünü bırakma gibi) sunmaktadır. Johnson & Johnson, çalışanlarının sağlık risklerini belirlemek için düzenli olarak sağlık değerlendirmesi yapmakta ve ilgili verileri analiz etmektedir. Bu değerlendirmeler, çalışanların kendi sağlıkları hakkındaki algılarını öğrenmek amacıyla anket olarak yapıldığı gibi kilo ve boy ölçümü ile kolesterol ve tansiyon değerlerinin ölçülmesi şeklinde de yapılabilmektedir. Genellikle, iki prosedür peş peşe uygulanmaktadır [146].

5. MATERYAL VE METOT

Bu çalışma, çalışanlarda bireysel sağlık riskleri ile iyilik hali arasında ilişki olup olmadığının incelenmesi ve varlığında, bu ilişkilerden yola çıkarak riskleri azaltıcı, iyilik halini arttırıcı öneriler ile çalışanlarda bireysel sağlığın yönetimine katkı sunabilmek amacıyla kesitsel türde bir araştırma olarak planlanmıştır.

Araştırma evreni İstanbul'da farklı iş kollarında çalışmakta olan beyaz yaka ve mavi yaka çalışanlardır. Örnekleme yöntemi olarak olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Örnek büyüklüğü, bilinmeyen bir oran için büyüklüğü bilinmeyen bir evreni yüzde 95 güven düzeyinde yüzde 5 hata payıyla temsil gücüne sahip olacak şekilde hesaplanmış ve en küçük örnek büyüklüğünün 384 olması gerektiği saptanmıştır.

İstanbul ilinin çeşitli ilçelerinde bulunan; özel bir ilköğretim okulundan 124 beyaz yaka çalışan, global bir ilaç şirketinden 132 beyaz yaka çalışan, bir başka global ilaç şirketinden 50 beyaz yaka çalışan, bir vakıf üniversitesinden 216 mavi yaka çalışan, bir üniversite hastanesinden 159 mavi yaka çalışan, yerli bir ilaç şirketinden 18 beyaz yaka ve 20 mavi yaka çalışan, bir başka yerli ilaç şirketinden 3 beyaz yaka ve 8 mavi yaka çalışan ile bir doğal besin destekleri firmasından 10 beyaz yaka çalışan araştırmaya gönüllü olarak katılmıştır. Araştırma verileri araştırma evreni içerisinde yer alan çalışanlardan Mart-Mayıs 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

Verilerin toplanmasında anket formu kullanılmıştır. Anket formu, araştırmayı kabul eden çalışanlara iş yeri ortamında uygulanmıştır. Anket formunun uygulanması esnasında araştırmaya katılan çalışanlara, araştırmacıya soru sorma imkanı tanınmıştır. 403 mavi yaka ve 337 beyaz yaka olmak üzere toplamda 740 çalışandan kullanılabilir anket sonuçları elde edilmiştir.

Anket formu; CDC tarafından çalışanların sağlıklarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen CAPTURE anketi [147] ile fiziksel aktivite düzeyinin belirlenmesinde kullanılan FIT skoru [148] gibi kaynaklardan yararlanılarak

araştırmacı tarafından bu çalışmaya özel olarak hazırlanmıştır. Çalışma için hazırlanan form, sağlık riskleri değerlendirme anketi ile tanımlayıcı sorular ve İHYÖ'den oluşmuştur. Anket formunun rneği Ek 1'de sunulmuştur.

alışan bireylerin yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi, medeni durum, mavi - beyaz yaka olma durumu, öğrenim düzeyi, genel sağlık algısı, kronik hastalık varlığı, ağrı varlığı, koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme, sigara riski, beslenme riski, alkol riski, uyku riski, mental risk, stres riski, fiziksel aktivite, FIT skoru, genel sağlık durumu, işle ilişkili sağlık geçmişi ve işe devam durumu bağımsız değişkenleri; iyilik hali ve iyilik halinin farklı boyutları ise bağımlı değişkenleri oluşturmuştur.

Anketin 55 sorudan oluşan ilk bölümünde kişilerin genel sağlık algısı, herhangi bir sağlık sorununun olup olmadığı, diyabet gibi bazı kronik hastalıklar için ilaç kullanıp kullanmadığı, ağrılarının olup olmadığı ve oluyorsa hangi sıklıkta olduğu, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanıp yararlanmadığı ile ilgili sorular yer almaktadır. Bu soruları, çalışan bireylerin sigara kullanımı, fiziksel aktivite yapıp yapmadığı ve fiziksel aktivite sıklığı, şiddeti ile alkol tüketimi, beslenme, uyku ve stres durumu ile mental sağlığı açısından risk düzeyini hesaplamaya yönelik sorular takip etmektedir. İlk bölümün son kısmında ise çalışan bireylerin sağlıklı yaşam tutumu ve davranışları, işle ilişkili sağlık geçmişi ve işe devamsızlık durumunu saptamaya yönelik sorular yer almaktadır.

Sağlık riskleri değerlendirme anketinde yer alan çeşitli soru ve soru grupları katılımcıların sağlık durumunun ve risklerinin anlaşılması için belirlenmiştir. Katılımcıların genel sağlık durumuna ilişkin algılarını belirlemek amacıyla 1.sorudan, herhangi bir sağlık problemlerinin olup olmadığı ve buna yönelik ilaç kullanıp kullanmadıklarını değerlendirmek amacıyla 2. ve 3. sorulardan, ağrılarının varlığını ve sıklığını öğrenmek amacıyla 4. ve 5. sorulardan yararlanılmıştır. Katılımcıların koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme düzeyini değerlendirebilmek için katılımcılara 6., 7., 8. ve 9. sorular sorulmuştur.

Tablo 5.1. Sağlık Risklerinin Belirlenmesini Sağlayan Sorular

Sağlık riskleri	Anket soruları
Sigara riski	10 ve 11
Alkol riski	20, 21 ve 22
Beslenme riski	24, 25, 26 ve 28
Uyku riski	29 ve 30
Stres riski	31 ve 32
Mental risk	33 ve 34

Sağlık risklerinden sigara riskini belirlemek amacıyla katılımcılara, sigara tüketim sıklık ve miktarına dair veri sunan 10. ve 11. sorular yöneltilmiştir. Sağlık risklerinden alkol riskini ölçmek için ankette kişilerin alkollü içecekleri içme sıklık ve miktarını anlamaya ilişkin sorular olan 20., 21. ve 22. sorulardan yararlanılmıştır. Sağlık risklerinden beslenme riskine ölçmek için ankette kişilerin meyve, sebze, kızartılmış yiyecek, şekerli ve gazlı içecek tüketim sıklık ve miktarını anlamaya ilişkin sorular olan 24., 25., 26. ve 28. sorular katılımcılara yöneltilmiştir. Sağlık risklerinden uyku riskini belirlemek amacıyla sağlıklı uyku düzenini ve ihtiyaç duyduğu dinlendirici uykuya ne sıklıkla sahip olduğunu anlamaya yönelik sorular olan 29. ve 30. sorulardan yararlanılmıştır. Sağlık riskleri arasında yer alan stres riskine yönelik katılımcılara, evde ve iş yerlerinde karşılaştığı stres faktörlerinin varlığına dair veri sunan 31. ve 32. sorular sorulmuştur. Sağlık risklerinden mental riski belirlemek amacıyla ise; katılımcıların mental durumunu anlamaya yönelik olan 33. ve 34. sorulardan yararlanılmıştır.

Katılımcıların fiziksel aktiviteyle ilişkili verileri; fiziksel aktivite varlığını sorgulayan 15. soru ve FIT skorunu hesaplamaya olanak sunan 16., 17. ve 18. sorular ile değerlendirilmiştir. Bu sorular fiziksel aktivitenin sıklığını (frequency), şiddetini (intensity) ve süresini (time) ölçen “Fiziksel Aktivite İndeksi”nde yer alan sorulardır. Fiziksel aktivitenin sıklığı, şiddeti ve süresiyle ilgili sorulara katılımcıların verdiği cevaplara göre kategorize edilen rakamların çarpımıyla FIT skoru hesaplanmaktadır.

Sorulardan yola çıkarak, FIT skorunun nasıl değerlendirildiği aşağıdaki tabloda gösterilmiştir:

Tablo 5.2. Fiziksel Aktivite İndeksi

Sıklık	5: Haftada ≥ 6 defa (her gün)
	4: Haftada 3-5 defa
	3: Haftada 1-2 defa
	2: Ayda birkaç defa
	1: Ayda birden az
Şiddet	5: Sürekli olarak hızlı nefes aldırarak şekilde yüksek şiddette aerobik aktiviteler (yüksek tempolu koşma vb)
	4: Sürekli hızlı nefes aldırarak şekilde orta-yüksek düzeyde aerobik aktiviteler ve aralıklı sportif aktiviteler (hızlı yürüme vb)
	3: Orta aerobik aktiviteler (Normal bisiklet vb)
	2: Düşük-orta aerobikler ve sportif aktiviteler (orta hızda yürüme vb)
	1: Hafif aerobik egzersizler (normal hızda yürüme vb)
Süre	4: > 30 dakika
	3: 20-30 dakika
	2: 10-20 dakika
	1: < 10 dakika

$$F.I.T. \text{ skoru} = (F) \times (I) \times (T)$$

Katılımcıların fiziksel sağlık durumunun belirlenmesinde 37.soru, mental sağlık durumunun belirlenmesinde 38. soru, sağlığının günlük rutinine etkisi olup olmadığının anlaşılmasında ise 39. soru kullanılmıştır. Bu üç sorunun birlikte değerlendirilmesiyle de katılımcıların genel sağlık durumu belirlenmiştir. Katılımcıların sağlıklı yaşam tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla 40., 41., 42., 43., 44., 45. ve 46. sorular kullanılmıştır. Katılımcıların işle ilişkili sağlık geçmişinin belirlenmesinde ise 47., 48., 49., 50. ve 51. sorulardan yararlanılmıştır.

Anketin ikinci bölümünde çalışan bireylerin cinsiyeti, yaşı, boyu, kilosu, medeni durumu, öğrenim durumu, görevi ve çalışma süresi tanımlayıcı sorular olarak yer almaktadır. Anketin son bölümünde ise 24 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşan İHYÖ'ye yer verilmiştir. İyilik haline yönelik çeşitli ölçekler ve anketler bulunmaktadır. “Beş Faktörlü İyilik Hali Ölçeği” ve “Algılanan İyilik Hali Anketi” bunlara örnek olarak gösterilebilir. Yabancı kaynaklardan Türkçeye uyarlanan iyilik hali ölçekleri bulunmakta olup, Korkut-Owen ve ark. (2016); İHYÖ'ye kadar Türkiye'de iyilik haliyle ilgili geliştirilen tek ölçeğin Güneri'ye (2003) ait olan “İyilik Hali Envanteri” olduğunu belirtmektedir [149].

Kültürümüze uygun iyilik hali ölçeğine duyulan ihtiyacın sonucu olarak, İHYM'ye göre, Korkut-Owen, Doğan, Demirbaş-Çelik ve Owen tarafından İHYÖ geliştirilmiştir. Bu ölçeğin çalışan bireylerde kullanılabileceği belirtilmiştir. 24 sorudan oluşan bu ölçek iyilik halinin beş alt boyutunu kapsamaktadır. Ölçekte; “yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma” boyutu 1, 6, 11, 16, 21, 23 ve 24. sorularla; “bilişsel” boyut 2, 7, 12 ve 17. sorularla; “duygusal” boyut 3, 8, 13, 18 ve 22 sorularla; “fiziksel” boyut 4, 9, 14 ve 19 sorularla; “sosyal” boyut ise 5, 10, 15 ve 20. sorularla ölçülmektedir [149].

İHYÖ'deki her bir soru 5'li likert: “Beni hiç yansıtmıyor” (1), “Beni yansıtmıyor” (2), “Bazen” (3), “Beni yansıtıyor” (4) ve “Tamamen beni yansıtıyor” (5) şeklinde değerlendirilmiştir. Hem genel iyilik hali açısından hem de ölçeğin her bir boyutu açısından ölçekten alınan puanın artması, iyilik halindeki artışı ifade etmektedir. Ölçekte her bir alt boyutun soru sayısı farklı olduğu için, her bir alt boyutun puanı hesaplanırken, o alt boyutu oluşturan soruların puanları toplandıktan sonra ilgili alt boyuttaki soru sayısına bölünmüştür ve 1 ile 5 arasında değişen ortalama puan elde edilmiştir [149].

Tablo 5.3. İHYÖ Cronbach's Alpha Değerleri

	Soru sayısı	Cronbach's Alpha
Yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma	7	0.837
Bilişsel	4	0.833
Duygusal	5	0.701
Fiziksel	4	0.596
Sosyal	4	0.732
Toplam	24	0.916

Araştırmamızda ölçeğin ve alt boyutlarının Cronbach's Alfa iç tutarlılık değerleri incelendiğinde; alt boyutların Cronbach's Alfa değerlerinin 0.596 ile 0.837 arasında değiştiği görülmektedir. Yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, bilişsel, duygusal, fiziksel ve sosyal alt boyutları için Cronbach's Alfa değerleri sırasıyla; 0.837, 0.833, 0.701, 0.596 ve 0.732 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin toplamı için Cronbach's Alfa değerinin 0.916 olduğu ve buna göre ölçeğin yüksek derecede güvenilirliğe sahip olduğu görülmektedir.

İstatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 20 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra normal dağılım gösteren nicel verilerin iki grup karşılaştırmalarında Student t testi, üç ve üzeri grup karşılaştırmalarında Oneway Anova Test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Bonferroni post-hoc test kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi ve Fisher-Freeman-Halton testinden yararlanılmıştır. Parametreler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde ise Spearman's Korelasyon Analizi kullanılmıştır. İyilik hali üzerine etkili risk faktörlerinin multivariate analizlerinde Backward Stepwise Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

6. BULGULAR

Çalışma, İstanbul'da farklı iş kollarında çalışan %54.5'i (n=403) mavi yaka, %45.5'i (n=337) beyaz yaka olmak üzere toplam 740 kişi üzerinde yapılmıştır. Bu kişilerin %64.6'sı (n=478) kadın, %35.4'ü (n=262) erkek olup, yaşları 18 ile 61 arasında değişmektedir ve ortalama 34.06 ± 8.01 dir.

Tablo 6.1. Araştırma Grubunun Çeşitli Özelliklere Göre Dağılımı

Yaş (yıl)	Min-Mak (Medyan)	18-61 (34)
	Ort±Ss	34.06±8.01
Cinsiyet; n (%)	Erkek	262 (35.4)
	Kadın	478 (64.6)
Boy (m)	Min-Mak (Medyan)	1.40-1.92 (1.68)
	Ort±Ss	1.68±0.09
Kilo (kg)	Min-Mak (Medyan)	44-165 (69)
	Ort±Ss	69.63±13.80
BKİ (kg/m²)	Min-Mak (Medyan)	15.61-64.45
	Ort±Ss	24.75±4.46
BKİ düzeyi; n (%)	Zayıf	23 (3.1)
	Normal	402 (54.3)
	Fazla kilo	228 (30.8)
	Obez	87 (11.8)
Medeni durum; n (%)	Bekar	267 (36.1)
	Evli	430 (58.1)
	Dul	38 (5.1)
	Ayrı	5 (0.7)
Çalışma süresi (yıl); n (%)	< 1 yıl	211 (28.5)
	1-3 yıl	199 (26.9)
	4-5 yıl	136 (18.4)
	6-10 yıl	111 (15.0)
	> 10 yıl	83 (11.2)
Öğrenim durumu; n (%)	Okul bitirmeyen	38 (5.1)
	İlköğretim	233 (31.4)
	Lise	134 (18.1)
	Üniversite	335 (45.3)
Görevi; n (%)	Mavi yaka	403 (54.5)
	Beyaz yaka	337 (45.5)

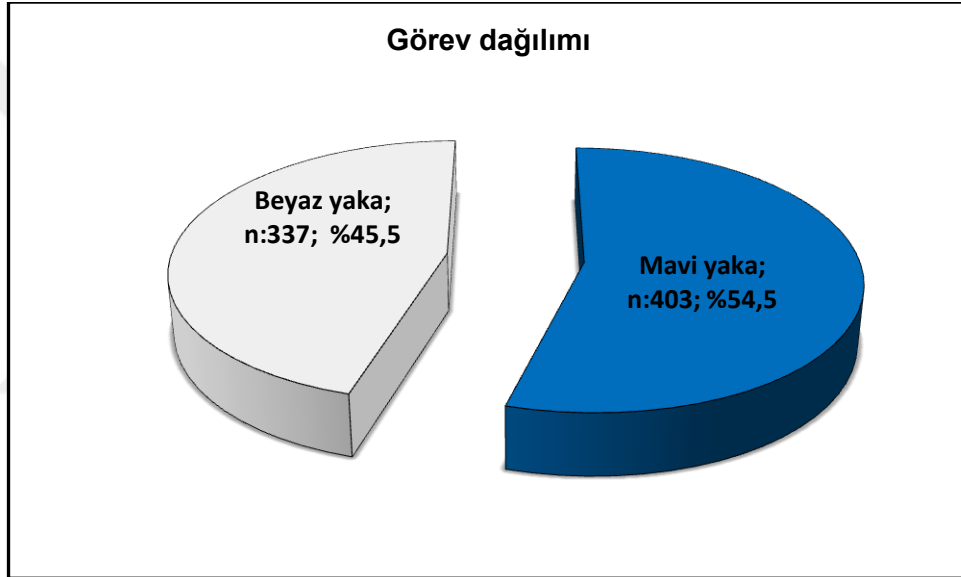
Çalışmaya katılanların BKİ düzeyleri 15.61 ile 64.45 kg/m² arasında değişmekte olup, ortalama 24.75 ± 4.46 kg/m²'dir. Katılımcıların %3.1'i (n=23) zayıf, %54.3'ü (n=402) normal kilolu, %30.8'i (n=228) fazla kilolu ve %11.8'i (n=87) obezdir.

Çalışmaya katılanların %36.1'i (n=267) bekar, %58.1'i (n=430) evli, %5.1'i (n=38) dul ve %0.7'si (n=5) eşinden ayıdır.

Katılımcıların aynı işte çalışma süreleri incelendiğinde; %28.5'inin (n=211) çalışma süresi bir yıldan az, %26.9'unun (n=199) 1-3 yıl, %18.4'ünün (n=136) 4-5 yıl, %15.0'inin (n=111) 6-10 yıl, %11.2'sinin (n=83) ise 10 yılın üzerindedir.

Çalışmaya katılanların %5.1'i (n=38) okul bitirmemiş, %31.4'ü (n=233) ilköğretim, %18.1'i (n=134) lise ve %45.3'ü (n=335) üniversite mezunudur.

Katılımcıların %54.5'i (n=403) mavi yaka, %45.5'i (n=337) beyaz yaka çalışandır.



Şekil 6. 1. Mavi – Beyaz Yaka Dağılımı

Tablo 6.2. Araştırma Grubunun Mavi - Beyaz Yaka Olmalarına Göre Çeşitli Özelliklerinin Dağılımı

	Görevi			p
	Mavi yaka (n=403)	Beyaz yaka (n=337)	Toplam (n=740)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Yaş (yıl)				
≤ 29 yaş	128 (31.8)	111 (32.9)	239 (32.3)	^d 0.001**
30-39 yaş	145 (36.0)	168 (49.9)	313 (42.3)	
40-49 yaş	118 (29.3)	50 (14.8)	168 (22.7)	
≥ 50 yaş	12 (3.0)	8 (2.4)	20 (2.7)	
Cinsiyet				
Erkek	184 (45.7)	78 (23.1)	262 (35.4)	^d 0.001**
Kadın	219 (54.3)	259 (76.9)	478 (64.6)	
BKİ (kg/m²)				
Zayıf	5 (1.2)	18 (5.3)	23 (3.1)	^d 0.001**
Normal	176 (43.7)	226 (67.1)	402 (54.3)	
Fazla kilo	150 (37.2)	78 (23.1)	228 (30.8)	
Obez	72 (17.9)	15 (4.5)	87 (11.8)	
Medeni durum				
Bekar	116 (28.8)	151 (44.8)	267 (36.1)	^d 0.001**
Evli	261 (64.8)	169 (50.1)	430 (58.1)	
Dul/boşanmış/ayrı	26 (6.5)	17 (5.0)	43 (5.8)	
Öğrenim durumu				
Okul bitirmemiş	35 (8.7)	3 (0.9)	38 (5.1)	^d 0.001**
İlköğretim	231 (57.3)	2 (0.6)	233 (31.5)	
Lise	121 (30.0)	13 (3.9)	134 (18.1)	
Üniversite	16 (4.0)	319 (94.7)	335 (45.3)	
Çalışma süresi (yıl)				
< 1 yıl	154 (38.2)	57 (16.9)	211 (28.5)	^d 0.001**
1-3 yıl	113 (28.0)	86 (25.5)	199 (26.9)	
4-5 yıl	76 (18.9)	60 (17.8)	136 (18.4)	
6-10 yıl	38 (9.4)	73 (21.7)	111 (15.0)	
> 10 yıl	22 (5.5)	61 (18.1)	83 (11.2)	

Katılımcıların yaşlarına göre görevleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.001; p<0.01). Mavi yaka grubunun 40-49 yaş, beyaz yaka grubunun ise 30-39 yaş aralığında olma oranı anlamlı düzeyde yüksektir.

Çalışmaya katılanların cinsiyetlerine göre görevleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.001; p<0.01). Mavi yaka grubunun erkek, beyaz yaka grubunun ise kadın olma oranı anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların BKİ düzeylerine göre görevleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.001; p<0.01). Mavi yaka grubunun obez olma oranı, beyaz yaka grubunun obez olma oranından anlamlı düzeyde yüksektir.

Çalışmaya katılanların medeni durumlarına göre görevleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Beyaz yaka grubunun bekar olma oranı, mavi yaka grubun bekar olma oranından anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların öğrenim durumlarına göre görevleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Beyaz yaka grubunun öğrenim düzeyinin üniversite mezunu olma oranı, mavi yaka grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.

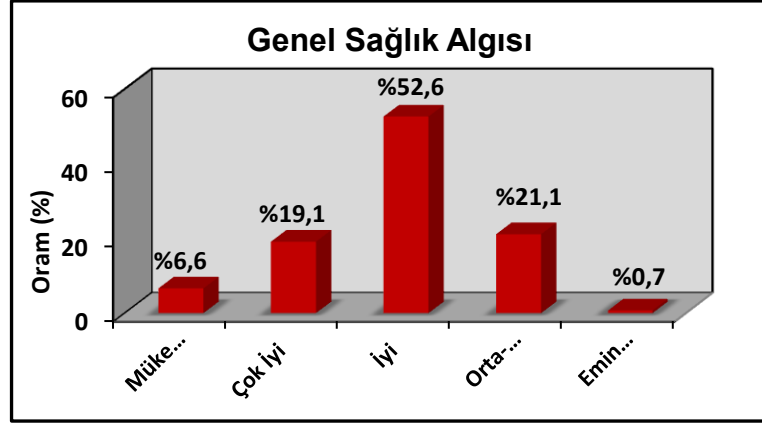
Katılımcıların çalışma sürelerine göre görevleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Beyaz yaka grubunun çalışma sürelerinin 6-10 yıl ve 10 yılın üzerinde olma oranı yüksekken, mavi yaka grubunun çalışma sürelerinin ise bir yılın altında olma oranı yüksektir.

Tablo 6.3. Araştırma Grubunun Genel Sağlık Özellikleri

		n	%
Genel sağlık algısı	Mükemmel	49	6.6
	Çok İyi	141	19.1
	İyi	389	52.6
	Orta-Kötü	156	21.1
	Emin değil-Bilmiyor	5	0.7
Tedavi gerektiren sağlık sorunu	Yok	569	76.9
	Var	171	23.1
İlaç Kullanımı*	Yüksek tansiyon	21	2.8
	Astım	23	3.1
	Yüksek kolesterol	10	1.4
	Artrit	3	0.4
	Diyabet	15	2.0
	Bel ağrısı	80	10.8
Kronik hastalık	Yok	597	80.7
	1 hastalık	136	18.4
	2 hastalık	5	0.7
	3 hastalık	2	0.3

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Genel sağlık algısı incelendiğinde; katılımcıların %6.6'sının ($n=49$) genel sağlık algısı mükemmel, %19.1'inin ($n=141$) çok iyi, %52.6'sının ($n=389$) iyi, %21.1'inin ($n=156$) orta-kötü düzeyde olduğu, %0.7'sinin ($n=5$) ise genel sağlık algısı hakkında fikrinin bulunmadığı görülmektedir.



Şekil 6. 2. Genel Sağlık Algısı Dağılımı

Katılımcıların %76.9'unun (n=569) tedavi gerektiren sağlık sorunu bulunmazken, %23.1'inin (n=171) sağlık sorunu bulunmaktadır.

Çalışmaya katılanların %2.8'i (n=21) yüksek tansiyon, %3.1'i (n=23) astım, %1.4'ü (n=10) yüksek kolesterol, %0.4'ü (n=3) artrit, %2.0'si (n=15) diyabet ve %10.8'i (n=80) bel ağrısı için ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların %80.7'sinde (n=597) kronik hastalık bulunmazken, %18.4'ünde (n=136) bir hastalık, %0.7'sinde (n=5) iki hastalık ve %0.3'ünde (n=2) üç hastalık bulunmaktadır.

Tablo 6.4. Araştırma Grubunun Ağrıya İlişkin Dağılımları

		n	%
Ağrı varlığı	Yok	248	33.5
	Var	492	66.5
Ağrı bölgesi*	Boyun ve omuzlar	223	30.1
	Sırt	146	19.7
	Dirsek, bilek, el	67	9.1
	Kalça, diz, ayak bileği, ayak	176	23.8
Ağrı veya sertlik sıklığı (n=492)	Nadiren	161	32.7
	Ayda bir	69	14.0
	Haftada bir	140	28.5
	Her gün	120	24.4
	Hiç	2	0.4

•Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların %33.5'inde (n=248) ağrı görülmezken, %66.5'inde (n=492) ağrı görülmektedir. Bu katılımcıların %30.1'inde (n=223) boyun ve omuzlarda, %19.7'sinde (n=146) sırtta, %9.1'inde (n=67) dirsek, bilek, elde, %23.8'inde (n=176) kalça, diz, ayak bileği, ayakta ağrı görülmektedir. Bu katılımcıların %32.7'sinin (n=161) nadiren, %14.0'ünün (n=69) ayda bir, %28.5'inin (n=140) haftada bir, %24.4'ünün (n=120) her gün ağrısı olurken, %0.4'ünün (n=2) hiç ağrısı bulunmamaktadır.

Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Önemseme

Koruyucu sağlık hizmeti alma ve zamanına ilişkin dağılımların verildiği tabloda yer alan koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme, anketteki 6., 7., 8. ve 9. soruya verilen cevaplara göre belirlenmiştir. Bu sorularda kişi hangi şıkkı işaretlediyse, o şıkkın rakamı aynı zamanda o sorununun puanını oluşturmuştur (Anketteki 6., 7., 8. ve 9. sorular için 1. şıkkı işaretleyenlerin 1 puan, 2. şıkkı işaretleyenlerin 2 puan alması gibi). Ardından dört sorudan katılımcıların aldıkları puanlar toplanmıştır. Toplam puanı 5 veya 5'ten küçük olan katılımcılar; koruyucu sağlık hizmetlerini “çok önemsiyor”, 6-14 arasında olanlar “önemsiyor”, 15 ve üzeri olanlar ise “önemsemiyor” olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 6.5. Koruyucu Sağlık Hizmeti Alma ve Zamanına İlişkin Dağılımlar

		n	%
Son doktora gitme zamanı	<1 yıl	359	48.5
	1-2 yıl	84	11.4
	3-5 yıl	37	5.0
	5 yıldan fazla	15	2.0
	Emin değilim	57	7.7
	Hiç gitmedim	188	25.4
Kan basıncı kontrolü	0-1 yıl içinde	290	39.2
	1 yıldan fazla	66	8.9
	Emin değilim	93	12.6
	Hiç gitmedim	291	39.3
Kolesterol testi	0-1 yıl içinde	220	29.7
	1 yıldan fazla	68	9.2
	2-5 yıl içinde	45	6.1
	Emin değilim	58	7.8
	Hiç gitmedim	349	47.2
Kan şekeri veya diyabet testi	Evet	281	38.0
	Hayır	400	54.1
	Emin değilim	59	8.0
Koruyucu sağlık hizmetleri önemseme	Önemsemiyor	152	20.5
	Önemsiyor	432	58.4
	Çok önemsiyor	156	21.1

Katılımcıların herhangi bir yaralanma, hastalık ya da önemli sağlık sorunu olmadan tamamen sağlık durumlarını kontrol ettirmek amacıyla en son doktora gitme zamanları incelendiğinde; %48.5'inin (n=359) son 1 yıl, %11.4'ünün (n=84) 1-2 yıl, %5.0'inin (n=37) 3-5 yıl içinde, %2.0'sinin (n=15) 5 yıldan daha önceki bir zamanda doktora gittikleri, %7.7'sinin (n=57) bu konu hakkında emin olmadığı, %25.4'ünün (n=188) ise hiç doktora gitmediği saptanmıştır.

Son bir yıl içerisinde kan basıncı kontrolü yaptırdığını belirten kişi oranı %39.2'dir (n=290). Çalışmaya katılanların %39.3'ünün ise (n=291) ise bugüne kadar hiç kan basıncı kontrolü yaptırmadığı anlaşılmaktadır.

Kolesterol testi yaptırma durumuna bakıldığında katılımcıların %29.7'sinin (n=220) son bir yıl içinde kolesterol ölçümü yaptırdığı, %47.2'sinin ise (n=349) hiç yaptırmadığı dikkati çekmektedir.

Kan şekeri ölçümü veya diyabet testi yaptırma durumu incelendiğinde; çalışmaya katılanların %38.0'inin (n=281) test yaptırdığı, %54.1'inin (n=400) yaptırmadığı, %8.0'inin (n=59) ise bu konu hakkında emin olmadığı görülmüştür.

Katılımcıların koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme oranı incelendiğinde; %20.5'inin (n=152) koruyucu sağlık hizmetlerini önemsemediği, %58.4'ünün (n=432) önemsemediği, %21.1'inin (n=156) ise çok önemsemediği saptanmıştır.

Sigara Riski

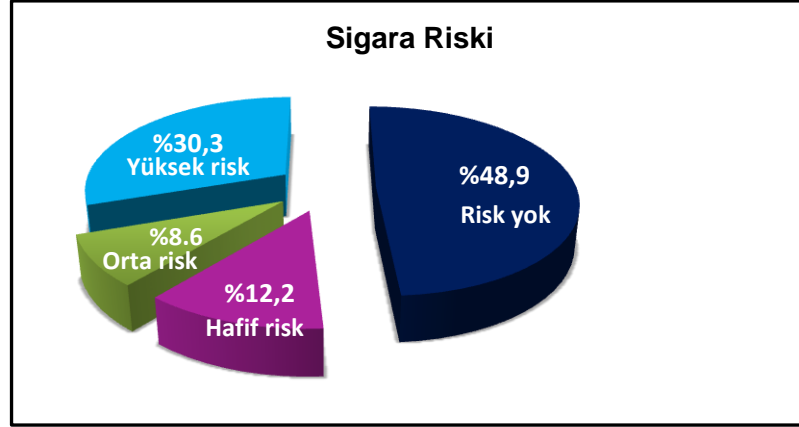
Sigara kullanımına ilişkin dağılımların verildiği tabloda yer alan sigara riski, anketteki 10. soru (Hayatınız boyunca 100 veya daha fazla sigara içtiniz mi?) ve 11. soruya (Şu anda sigarayı ne sıklıkta içiyorsunuz?) verilen cevaplara göre belirlenmiştir. 10. soruya “Bilmiyorum / Emin Değilim” (BED) veya “Hayır” diyenler; 11. soruya “Hiç” dediklerinde sigara risklerinin olmadığı kabul edilmiştir. 10. soruya “BED” ve 11. soruya “Bazı günler” diyenler ile 10. soruya “Evet” ve 11. soruya “Hiç” diyenler hafif risk kategorisinde değerlendirilmiştir. 10. soruya “Evet” ve 11. soruya “Bazı günler” diyenler orta riske sahip kişiler olarak kabul edilmiştir. 10. soruya “Evet” ve 11. soruya “Her gün” diyenler yüksek risk kategorisinde değerlendirilmiştir.

Tablo 6.6. Sigara Kullanımına İlişkin Dağılımlar

		n	%
Hayat boyu 100 veya daha fazla sigara içme	Evet	351	47.4
	Hayır	374	50.6
	Emin değil	15	2.0
Şu anda sigara içme sıklığı	Her gün	224	30.3
	Bazı günler	91	12.3
	Hiç	425	57.4
Son 1 yılda sigara bırakma denemesi (n=516)	Evet	207	40.1
	Hayır	285	55.2
	Emin değil	24	4.7
Sigara risk	Risk yok	362	48.9
	Hafif risk	90	12.2
	Orta düzey risk	64	8.6
	Yüksek risk	224	30.3
Son sigara içildikten sonra geçen süre	<1 ay	248	52.4
	1-3 ay	21	4.4
	4-6 ay	12	2.5
	7-12 ay	12	2.5
	1-4 yıl	30	6.3
	5-9 yıl	20	4.2
	≥10 yıl	74	15.6
	Emin değil	56	11.8
Çiğneme tütün, pipo veya nargile kullanım sıklığı	Her gün	31	4.2
	Bazı günler	62	8.4
	Hiç	647	87.4

Katılımcıların %47.4'ü (n=351) hayatı boyunca 100 veya daha fazla sigara içmişken, %50.6'sı (n=374) içmemiştir, %2.0'si (n=15) ise bu soru hakkında emin değildir. Şu anda sigara içme sıklıkları incelendiğinde; çalışmaya katılanların %30.3'ü (n=224) her gün, %12.3'ü (n=91) bazı günler, %57.4'ü (n=425) hiç sigara içmemektedir. Katılımcıların %40.1'inde (n=207) son 1 yılda sigara bırakma denemesi görülürken, %55.2'inde (n=285) görülmemektedir, %4.7'si (n=24) sigara bırakma denemesiyle ilgili emin olmadığını belirtmiştir. Son sigara içildikten sonra geçen süreler Tablo 6.6'da görülmektedir.

Katılımcıların sigara risk düzeyleri incelendiğinde; %48.9'unda (n=362) sigara riski yoktur. Çalışmaya katılanların %12.2'sinin sigara riski açısından (n=90) hafif risk, %8.6'sının (n=64) orta düzeyde risk ve %30.3'ünün (n=224) ise yüksek risk kategorisinde olduğu saptanmıştır.



Şekil 6. 3.Sigara Riski Dağılımı

Katılımcıların %4.2'sinde (n=31) her gün çiğneme tütün, pipo veya nargile kullanımı görülürken, %8.4'ünde (n=62) bazı günler, %87.4'ünde (n=647) ise hiçbir zaman çiğneme tütün, pipo veya nargile kullanım görülmemektedir.

FIT skoru

FIT skoru fiziksel aktivitenin sıklığı, şiddeti ve süresiyle ilgili alınan puanların çarpılmasıyla hesaplanır. Sıklıkla ilgili olarak; “Ayda birkaç defa” seçeneği 2 puan, “Haftada 1-2 defa” 3 puan, “Haftada 3-5 defa” 4 puan ve “Haftada 6 veya daha fazla” 5 puan olarak hesaplanmıştır. Şiddetle ilgili olarak; “Hafif aerobik egzersizler” seçeneği 1 puan, “Düşük-orta aerobikler ve sportif aktiviteler” 2 puan, “Orta aerobik aktiviteler” 3 puan, “Sürekli hızlı nefes aldıracak şekilde orta-yüksek düzeyde aerobik aktiviteler ve aralıklı sportif aktiviteler” 4 puan ve “Sürekli olarak hızlı nefes aldıracak şekilde yüksek şiddette aerobik aktiviteler” 5 puan olarak hesaplanmıştır. Süreyle ilgili olarak; “<10 dakika” seçeneği 1 puan, “10-19 dakika” 2 puan, “20-29 dakika” 3 puan ve “30 dakika ve üzeri” 4 puan olarak hesaplanmıştır. Ankette FIT skorunun hesaplanması için 16, 17 ve 18. sorular kullanılmıştır.

Tablo 6.7. Fiziksel Aktiviteye İlişkin Bilgilerin Dağılımı

	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	
FIT Skoru (n=709)	1-40 (9)	10.01±6.17	
	n	%	
Son bir ay içinde fiziksel aktivite	Evet	497	67.2
	Hayır	220	29.7
	Emin değil	23	3.1
Fiziksel aktivite sıklığı (n=709)	Ayda 1 den az	171	24.1
	Ayda birkaç	166	23.4
	Haftada 1-2	184	26.0
	Haftada 3-5	127	17.9
	Haftada 6-7	61	8.6
Aktivite süresi (dk.) (n=709)	<10 dk	98	13.8
	10-19 dk	96	13.5
	20-29 dk	187	26.4
	≥30 dk	328	46.3
Aktivite seviyesi/yoğunluğu (n=709)	Hafif	320	45.1
	Düşük-orta	147	20.7
	Orta	94	13.3
	Orta-yüksek	81	11.4
	Yüksek	67	9.4

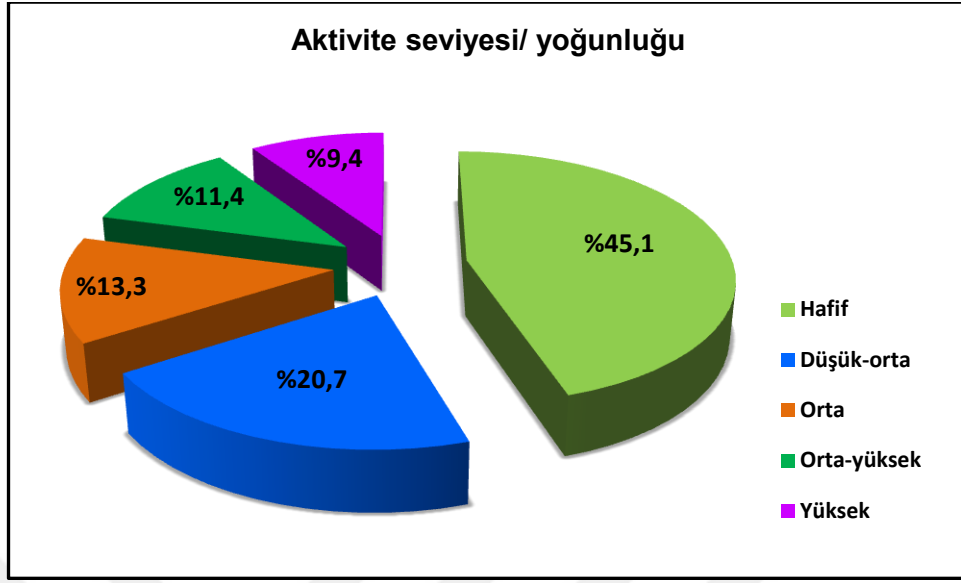
Katılımcıların %67.2'sinde (n=497) son bir ay içinde fiziksel aktivite görülürken, %29.7'sinde (n=220) görülmemektedir, %3.1'i (n=23) ise konuyla ilgili emin olamamaktadır.

Çalışmaya katılanların fiziksel aktivite sıklıkları incelendiğinde; %24.1'i (n=171) ayda birden az, %23.4'ü (n=166) ayda birkaç defa, %26.0'sı (n=184) haftada 1-2 kez, %17.9'u (n=127) haftada 3-5 kez, %8.6'sı (n=61) haftada 6-7 kez fiziksel aktivite yapmaktadır.

Katılımcıların fiziksel aktivite süreleri incelendiğinde ise; %13.8'inin (n=98) fiziksel aktivite süresi 10 dakikadan az, %13.5'inin (n=96) 10-19 dakika, %26.4'ünün (n=187) 20-29 dakika ve %46.3'ünün (n=328) 30 dakika ve üzerindedir.

Çalışmaya katılanların aktivite seviyesi/yoğunluğu incelendiğinde; %45.1'inin (n=320) aktivite seviyesi/yoğunluğu hafif düzeyde, %20.7'sinin (n=147) düşük-orta düzeyde, %13.3'ünün (n=94) orta düzeyde, %11.4'ünün (n=81) orta-yüksek düzeyde ve %9.4'ünün (n=67) ise yüksek düzeyde olduğu görülmektedir.

Katılımcıların FIT skorları 1 ile 40 arasında değişmekte olup, ortalama 10.01±6.17'dir.



Şekil 6. 4. Fiziksel Aktivite Seviyesi - Yoğunluğu Dağılımı

Tablo 6.8. Emniyet Kemerinin Kullanımına İlişkin Dağılımlar

		n	%
Araçta emniyet kemeri bağlama alışkanlığı	Her zaman	497	67.2
	Yaklaşık her zaman	66	8.9
	Bazen	82	11.1
	Nadiren	45	6.1
	Hiç	45	6.1
	Emin değil	5	0.7

Katılımcıların %67.2'si (n=497) araçta emniyet kemerini her zaman takarken, %8.9'u (n=66) yaklaşık her zaman, %11.1'i (n=82) bazen, %6.1'i (n=45) nadiren kemeri takmakta, %6.1'i (n=45) hiç emniyet kemeri kullanmamakta, %0.7'si (n=5) ise konuyla ilgili emin olmadığını belirtmektedir.

Alkol Riski

Alkol riski anketteki 20. soru (Son 30 gün içerisinde haftada veya ayda kaç gün bira, şarap, malt ve viski gibi alkol içeren bir içecek içtiniz?), 21. soru (Bir kadeh şarap, bir tek rakı veya votka veya cin, bir bardak biranın bir standart içki olduğunu düşünerek, son 30 gün içerisinde kaç standart içki içtiniz?) ve 22. soru (Son 30 gün içerisinde, bütün alkol çeşitlerini düşünerek, bir ortamda erkekler için beşten veya

kadınlar için dörtten fazla alkollü içeceği kaç kere tükettiniz?) ile hesaplanmıştır. Bu üç soruda alkol kullanmadığını belirtenlerin alkol riski olmadığı kabul edilmiştir. Üç soruya da “BED” diyenler ile bir soruda içmediğini belirtip diğerlerine “BED” diyenler riski bilinmeyenler olarak değerlendirilmiştir. 20. soruda alkol kullandığını belirtenler geri kalan sorulara “BED” cevabını dahi vermiş olsa, alkol risklerinin olduğu kabul edilmiştir.

Tablo 6.9. Alkol Kullanımına İlişkin Bilgilerin Dağılımı

		Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Alkol tüketilen gün sayısı (ay) (n=710)		0-30 (0)	1.73±3.67
Standart içki içme sayısı (ay)(n=650)		0-85 (0)	2.52±7.23
Son bir ayda ortamda tüketilen içki (ad.)(n=206)		1-20 (2)	3.42±2.91
		n	%
Son bir ayda alkol tüketme	Evet	237	32.0
	Hayır	473	63.9
	Emin değil	30	4.1
Son bir ayda standart alkol tüketme ¹	Evet	203	27.4
	Hayır	444	60.0
	Emin değil	93	12.6
Son bir ayda bir ortamda içki içme	Evet	206	27.8
	Hayır	445	60.1
	Emin değil	89	12.1
Alkol risk	Risk yok	433	58.5
	Risk var	237	32.0
	Emin değil	70	9.5

Katılımcıların %32.0’si (n=237) son bir ayda alkol kullandığını beyan ederken, %63.9’u (n=473) kullanmadığını ifade etmiştir, %4.1’i (n=30) ise alkol kullanımıyla ilgili emin olmadığını belirtmiştir.

Çalışmaya katılanların %27.4’ü (n=203) son bir ayda en az bir standart içki tüketmiştir, %60.0’ı (n=444) tüketmemiştir, %12.6’sı (n=93) ise konuyla ilgili emin olmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların %27.8’i (n=206) son bir ayda, bir ortamda alkol kullanırken, %60.1’i (n=445) kullanmamıştır, %12.1’i (n=89) ise konuyla ilgili emin değildir.

¹ Bir kadeh şarap veya bir tek rakı veya votka veya cin veya bir bardak bira bir standart içkidir.

Çalışmaya katılanların alkol riskleri incelendiğinde; %58.5’inde (n=433) alkol riski bulunmamakta, %32.0’sinde (n=237) alkol riski bulunmakta, %9.5’inde (n=70) ise alkol riski düzeyi hesaplanamamaktadır.



Şekil 6. 5. Alkol Riski Dağılımı

Uyku Riski

Uyku riski anketteki 29. soru (Son iki hafta içinde uykuya dalmakta zorluk çektiğiniz, uykusuz kaldığınız veya çok fazla uyuduğunuz kaç gününüz oldu?) ve 30. soru (İşinizde ve kişisel yaşamınızda iyi bir performans gösterebilmek için gereken dinlendirici uykuyu ne kadar sıklıkla sahip oluyorsunuz?) ile hesaplanmıştır. 29. soruya “Hiç” veya “BED” cevabı verenler, 30. soruya “Her zaman” veya “Çoğu zaman” cevabı verdikleri takdirde uyku risklerinin olmadığı kabul edilmiştir. Hem 29. soruya hem de 30. soruya “BED” seçeneğini işaretleyenler “Emin değil” olarak değerlendirilmiş ve uyku riskleri belirlenememiştir. Bu durumların dışında kalan tüm katılımcıların uyku riski olduğu kabul edilmiştir.

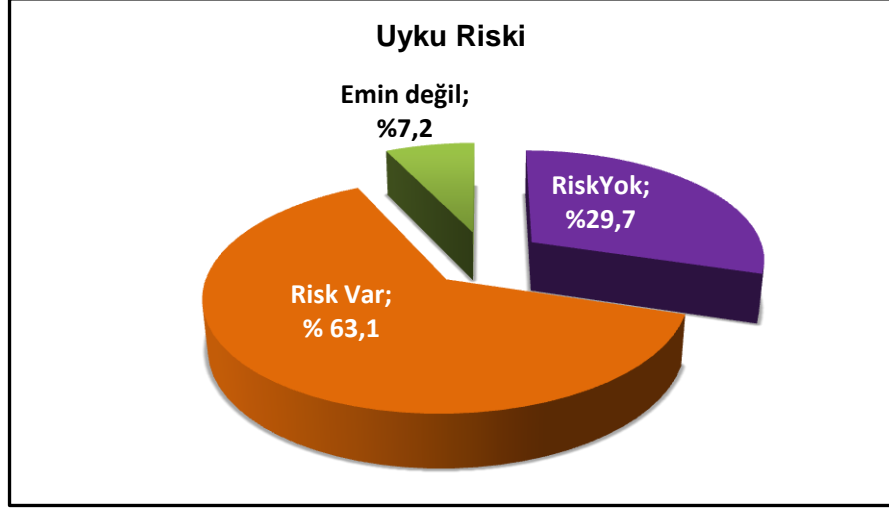
Tablo 6.10. Uyku Sorunlarına İlişkin Dağılımlar

		Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Son 2 hafta içinde uyku sorunu yaşadığı gün sayısı (gün)(n=297)		1-14 (3)	4.84±3.88
		n	%
Son 2 hafta içinde uyku sorunu	Oldu	297	40.1
	Olmadı	331	44.8
	Emin değil	112	15.1
Gerekli dinlendirici uykuya sahip olma sıklığı	Her zaman	105	14.2
	Çoğu zaman	227	30.7
	Bazen	238	32.2
	Nadiren	118	15.9
	Hiç	35	4.7
	Emin değil	17	2.3
Uyku Riski	Risk yok	220	29.7
	Risk var	467	63.1
	Emin değil	53	7.2

Katılımcıların %40.1'inde (n=297) son iki hafta içinde uyku sorunu görülürken, %44.8'inde (n=331) görülmemiştir, %15.1'i (n=112) ise kendilerinde uyku sorunu olup olmadığına dair emin olmadığını belirtmiştir. Uyku sorunu görülen katılımcıların son iki hafta içerisinde sorun yaşadığı gün sayısı 1 ile 14 arasında değişmekte olup, ortalama 4.84±3.88'dir ve medyan 3'tür.

Gerekli dinlendirici uykuya sahip olma sıklıkları incelendiğinde; katılımcıların %14.2'sinin (n=105) her zaman, %30.7'sinin (n=227) çoğu zaman, %32.2'sinin (n=238) bazen, %15.9'unun (n=118) nadiren gerekli dinlendirici uykuya sahip olduğu görülürken, %4.7'sinin ise (n=35) gerekli dinlendirici uykuya hiçbir zaman sahip olamadığı görülmektedir. Katılımcıların %2.3'ü (n=17) konuyla ilgili emin olmadığını belirtmiştir.

Çalışmaya katılanların uyku riskleri incelendiğinde; %29.7'sinde (n=220) uyku riskinin bulunmadığı, %63.1'inde (n=467) uyku riskinin bulunduğu saptanmış, %7.2'sinin (n=53) ise uyku riskine sahip olup olmadığı belirlenememiştir.



Şekil 6. 6. Uykü Riski Dağılımı

Stres Riski

Stres riski anketteki 31. soru (İş yerinizde baş edebileceğiniz bir stres düzeyinin üstünde bir stresle ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?) ve 32. soru (Evinizde baş edebileceğiniz düzeyin üstünde bir stresle ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?) ile belirlenmiştir. Sorulardan herhangi birine bile “Her zaman” veya “Çoğu zaman” yanıtını veren katılımcıların stres riski yüksek olarak değerlendirilmiştir. Sorulardan birine “Nadiren” veya “Hiçbir zaman”, diğerine “Bazen” veya “BED” diyenler ile her iki soruya da “BED” diyenlerin stres riskinin orta düzeyde olduğu kabul edilmiştir. Her iki soruya da “Nadiren” veya “Hiçbir zaman” diyenlerse stres riski olmayanlar olarak değerlendirilmiştir.

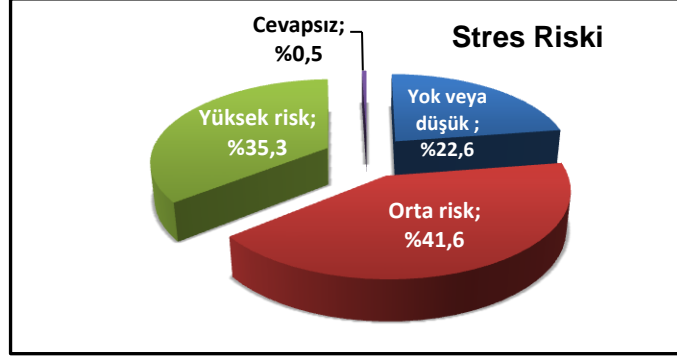
Tablo 6.11. Stres İle İlgili Dağılım

		n	%
İş yerinde baş edilebilen düzeyin üstünde stresle karşılaşma sıklığı	Her zaman	76	10.3
	Çoğu zaman	145	19.6
	Bazen	276	37.3
	Nadiren	159	21.4
	Hiç	74	10.0
	Emin değil	10	1.4
Evde baş edilebilen düzeyin üstünde stresle karşılaşma sıklığı	Her zaman	20	2.7
	Çoğu zaman	63	8.5
	Bazen	226	30.5
	Nadiren	285	38.6
	Hiç	138	18.6
	Emin değil	8	1.1
Stres riski	Yok veya düşük	167	22.6
	Orta risk	308	41.6
	Yüksek risk	261	35.3
	Cevapsız	4	0.5

Katılımcıların iş yerinde baş edilebilen düzeyin üstünde stresle karşılaşma sıklıkları incelendiğinde; %10.3'ü (n=76) her zaman, %19.6'sı (n=145) çoğu zaman, %37.3'ü (n=276) bazen, %21.4'ü (n=159) nadiren baş edilebilen düzeyin üstünde stresle karşılaşırken, %10.0'u (n=74) hiç karşılaşmamıştır, %1.4'ü (n=10) ise bu konu hakkında emin değilim yanıtını vermiştir.

Çalışmaya katılanların evde baş edilebilen düzeyin üstünde stresle karşılaşma sıklıkları incelendiğinde; %2.7'si (n=20) her zaman, %8.5'i (n=63) çoğu zaman, %30.5'i (n=226) bazen, %38.6'sı (n=285) nadiren baş edilebilen düzeyin üstünde stresle karşılaşırken, %18.6'sı (n=138) hiç karşılaşmamıştır, %1.1'i (n=8) ise bu konuyla ilgili olarak emin olmadıklarını dile getirmiştir.

Katılımcıların %22.6'sında (n=167) stres riski bulunmazken veya düşük düzeyde iken, %41.6'sında (n=308) stres riski orta düzeyde, %35.3'ünde (n=261) yüksek düzeyde seyretmektedir, %0.5'i (n=4) ise stresle ilgili sorulara yanıt vermemiştir.



Şekil 6. 7. Stres Riski Dağılımı

Kızartılmış Yiyecek Tüketim Riski

Kızartılmış yiyecek tüketim riski anketteki 24. soruyla (Son 30 gün içerisinde, haftada kaç defa kızartılmış yiyecek tükettiniz? Örneğin; patates kızartması, kızarmış tavuk veya balık gibi.) belirlenmiştir. Bu soruya “Hiç” veya “Haftada bir” cevabı verenler “iyi” durumda kabul edilirken haftada iki veya daha fazla kızartılmış yiyecek tüketenler “kötü” durumda kabul edilmiştir.

Meyve tüketim riski

Meyve tüketim riski anketteki 25. soruyla (Son 30 gün içerisinde haftada kaç kere meyve yediniz?) belirlenmiştir. Haftada beş veya daha fazla sayıda meyve tüketenler “iyi”, dört ve daha az tüketenler “kötü” kabul edilmiştir.

Sebze tüketim riski

Sebze tüketim riski anketteki 26. soruyla (Son 30 gün içerisinde, haftada kaç kere sebze yediniz? Örneğin; domates, taze fasulye, havuç, mısır, lahana, fasulye filizi, karalahana veya brokoli gibi.) belirlenmiştir. Haftada beş veya daha fazla sayıda sebze yiyenler “iyi”, dört ve daha az yiyenler “kötü” kabul edilmiştir.

Şeker içeren meşrubat veya gazlı içecek tüketim riski

Şeker içeren meşrubat veya gazlı içecek tüketim riski anketteki 28. soruyla (Son 30 gün içerisinde, haftada kaç kez şeker içeren meşrubat veya gazlı içecek içtiniz? (Diyet içecekler hariç) belirlenmiştir. Bu soruya “Hiç” veya “Haftada bir” cevabı verenler “iyi” durumda kabul edilirken haftada iki veya daha fazla sayıda şeker içeren meşrubat veya gazlı içecek tüketenler “kötü” durumda kabul edilmiştir.

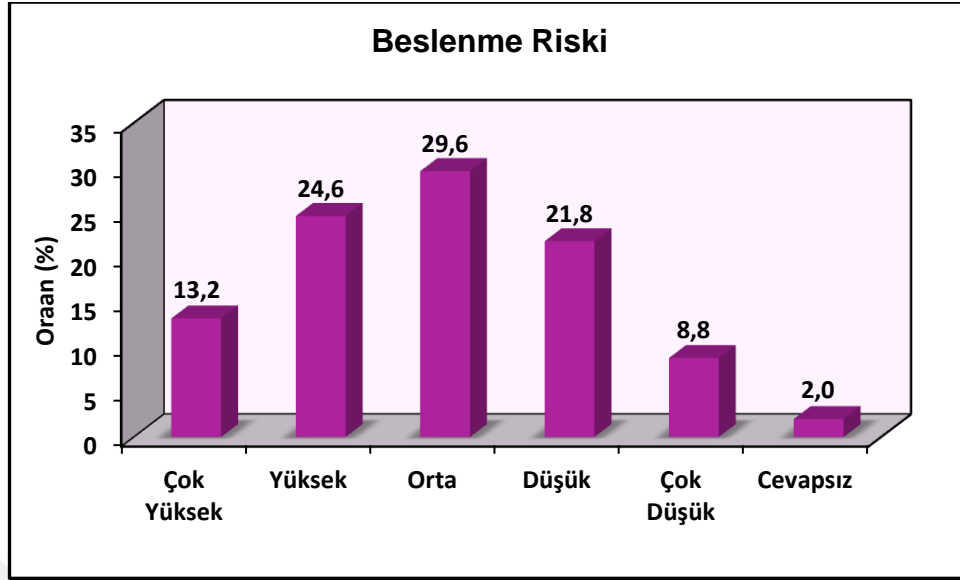
Beslenme riski

Beslenme riski; anketteki 24. (Son 30 gün içerisinde, haftada kaç defa kızartılmış yiyecek tükettiniz? Örneği patates kızartması, kızarmış tavuk veya balık gibi.), 25. (Son 30 gün içerisinde haftada kaç kere meyve yediniz?), 26. (Son 30 gün içerisinde, haftada kaç kere sebze yediniz? Örneğin domates, taze fasulye, havuç, mısır, lahana, fasulye filizi, karalahana veya brokoli gibi.) ve 28. (Son 30 gün içerisinde, haftada kaç kez şeker içeren meşrubat veya gazlı içecek içtiniz? Diyet içecekler hariç) sorulara verilen cevaplara göre yani bireylerin kızartılmış yiyecek, meyve, sebze, şeker içeren meşrubat veya gazlı içecek tüketim riskine göre hesaplanmıştır. Bu dördünden en az üçünde “iyi” olanların beslenme riskinin düşük kabul edilmiştir. Bu dördünde iki “kötü” varsa veya üç “BED” ve bir “iyi” varsa veya iki “BED” ve iki “iyi” varsa beslenme riskinin orta düzeyde olduğu kabul edilmiştir. Bu dördü arasında en az üç kötü varsa beslenme riski yüksek kabul edilmiştir.

Tablo 6.12. Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Dağılımlar

Son 30 gün içerisinde, kızartılmış yiyecek tüketimi; n (%)	Evet	577 (78.0)
	Hayır	67 (9.1)
	Emin değilim	96 (13.0)
Son 30 gün içerisinde, haftada tüketilen kızartılmış yiyecek sayısı	Min-Mak (Medyan)	1-20 (2)
	Ort±Ss	2.18±1.82
	Kötü	313 (48.8)
Kızartılmış yiyecek tüketim riski (n=641); n (%)	İyi	328 (51.2)
	Evet	668 (90.3)
Son 30 gün içerisinde, meyve tüketimi; n (%)	Hayır	9 (1.20)
	Emin değilim	63 (8.5)
	Min-Mak (Medyan)	1-30 (4)
Son 30 gün içerisinde, haftada tüketilen meyve sayısı	Ort±Ss	4.75±3.34
	Kötü	368 (55.2)
	İyi	299 (44.8)
Meyve tüketim riski (n=667); n (%)	Evet	692 (93.5)
Son 30 gün içerisinde, sebze tüketimi; n (%)	Hayır	3 (0.4)
	Emin değilim	45 (6.1)
	Min-Mak (Medyan)	1-30 (5)
Son 30 gün içerisinde, haftada tüketilen sebze sayısı	Ort±Ss	5.37±3.44
	Kötü	286 (41.3)
	İyi	406 (58.7)
Sebze tüketim riski (n=692); n (%)	Evet	601 (81.2)
Son 30 gün içerisinde, tam tahıllı ürünlerin tüketimi; n (%)	Hayır	33 (4.5)
	Emin değilim	106 (14.3)
	Min-Mak (Medyan)	1-30 (3)
Son 30 gün içerisinde, haftada tüketilen tam tahıllı ürünlerin sayısı	Ort±Ss	3.86±3.07
	Evet	473 (63.9)
	Hayır	186 (25.1)
Son 30 gün içerisinde, şeker içeren meşrubat veya gazlı içecek tüketimi; n (%)	Emin değilim	81 (10.9)
	Min-Mak (Medyan)	1-30 (2)
	Ort±Ss	3.18±2.83
Son 30 gün içerisinde, haftada tüketilen şeker içeren meşrubat veya gazlı içecek sayısı	Kötü	329 (49.9)
	İyi	330 (50.1)
	Şeker içeren meşrubat veya gazlı içecek tüketim risk (n=659); n (%)	Yüksek
Beslenme Riski; n (%)	Orta	219 (29.6)
	Düşük	226 (30.6)
	Cevapsız	15 (2.0)

Katılımcıların beslenme riskleri incelendiğinde; %37.8'inde (n=280) beslenme riski yüksek, %29.6'sında (n=219) orta, %30.6'sında (n=226) düşük bulunmuştur. %2.0'sinin ise (n=15) beslenme açısından risk düzeyi bilinmemektedir.



Şekil 6. 8. Beslenme Riski Dağılımı

Mental Risk

Mental risk anketteki 33. soru (İhtiyaç duyduğunuz duygusal ve sosyal desteğini ne sıklıkla alıyorsunuz?) ve 34. soru (Geçtiğimiz iki hafta içerisinde kaç gün kendinizi morali bozuk, depresif ve umutsuz hissettiniz?) ile belirlenmiştir. 33. soru için “Her zaman”, “Çoğu zaman”, “Bazen” ve “Nadiren” seçeneklerinden birini seçen katılımcı, 34. soruda “Hiç” dediyse mental riskinin bulunmadığı kabul edilmiştir. 33. soru için “Hiçbir zaman” seçeneğini işaretleyen katılımcı, 34. soru için “Hiç” seçeneğini işaretledi veya 34. soruya “1-4 gün” cevabını verdiyse mental riskinin orta düzeyde olduğu kabul edilmiştir. 34. soru için “5 ve üzeri gün” cevabını veren katılımcıların mental riskinin yüksek olduğu kabul edilmiştir. 34. soruya “BED” diyen katılımcılar mental risk açısından “Emin değil” kategorisinde değerlendirilmiştir.

Tablo 6.13. Mental ve Fiziksel Durum ve Davranış İle İlgili Dağılım

Duygusal ve sosyal destek alma sıklığı; n (%)	Her zaman	99 (13.4)
	Çoğu zaman	149 (20.1)
	Bazen	158 (21.4)
	Nadiren	138 (18.6)
	Hiç	174 (23.5)
	Emin değil	22 (3.0)
Son 2 hafta içinde depresif, morali bozuk ve umutsuz hissetme; n (%)	Oldu	423 (57.2)
	Olmadı	206 (27.8)
	Emin değil	111 (15.0)
Depresif, morali bozuk ve umutsuz hissetme sayısı (gün)	Min-Mak (Medyan)	1-14 (4)
	Ort±Ss	5.06±4.00
Mental risk; n (%)	Yok	198 (26.8)
	Orta	247 (33.4)
	Yüksek	187 (25.3)
	Emin değil	108 (14.6)
Son 30 gün içerisinde, zihinsel sağlığın iyi olmadığı gün sayısı	Min-Mak (Medyan)	0-30 (1)
	Ort±Ss	4.12±7.15
Mental sağlık durumunda problem; n (%)	Problem yok	346 (46.8)
	Orta düzeyde	193 (26.0)
	Yüksek düzeyde	201 (27.2)
Son 2 hafta içinde yapılan işlerden az zevk ve keyif alma; n (%)	Oldu	401 (54.2)
	Olmadı	198 (26.7)
	Bilmiyorum	141 (19.1)
Yapılan işlerden az zevk ve keyif alma sayısı (gün)	Min-Mak (Medyan)	1-15 (4)
	Ort±Ss	5.35±4.05
Kendine zarar vermeyi düşünme; n (%)	Evet	52 (7.0)
	Hayır	669 (90.4)
	Bilmiyorum (algı)	19 (2.6)
Son 30 gün içerisinde, fiziksel sağlığın iyi olmadığı gün sayısı	Min-Mak (Medyan)	0-30 (0)
	Ort±Ss	3.05±5.75
Fiziksel sağlık durumunda problem; n (%)	Problem yok	378 (51.1)
	Orta düzeyde	205 (27.7)
	Yüksek düzeyde	157 (21.2)
Son 30 gün içerisinde, zihinsel veya fiziksel sağlık sorunlarından dolayı rutin işlerin aksadığı gün sayısı	Min-Mak (Medyan)	0-30 (0)
	Ort±Ss	2.07±4.70
Sağlığın günlük rutin işlere etkisi; n (%)	Problem yok	467 (63.1)
	Orta düzeyde	165 (22.3)
	Yüksek düzeyde	108 (14.6)
Genel sağlık durumunda problem; n (%)	Problem yok	218 (29.5)
	Orta düzeyde	387 (52.3)
	Yüksek düzeyde	135 (18.2)

Katılımcıların duygusal ve sosyal destek alma sıklıkları incelendiğinde; %13.4'ü (n=99) her zaman, %20.1'i (n=149) çoğu zaman, %21.4'ü (n=158) bazen, %18.6'sı (n=138) nadiren sosyal destek alırken, %23.5'i (n=174) hiç sosyal destek almadığını belirtmiştir, %3.0'ü (n=22) ise 'bilmiyorum' yanıtını vermiştir.

Katılımcıların %57.1'inde (n=423) son 2 hafta içinde depresiflik, moral bozukluğu ve umutsuzluk gibi duygular ortaya çıkmışken, %27.8'inde (n=206) bu duygular oluşmamıştır, %15.0'i (n=111) ise bu konuyla ilgili olarak emin değilim yanıtını vermiştir. Katılımcıların son 2 hafta içinde depresif, umutsuz hissettikleri ve morallerinin bozuk olduğu gün sayısı 1 ile 14 arasında değişmekte olup, ortalama 5.06 ± 4.00 'dır.

Çalışmaya katılanların %26.8'inde (n=198) mental risk görülmezken, %33.4'ünde (n=247) orta düzeyde, %25.3'ünde (n=187) yüksek düzeyde mental risk görülmektedir, %14.6'sının (n=108) ise mental riski bilinmemektedir.

Katılımcıların son 30 gün içerisinde, zihinsel sağlığının iyi olmadığı gün sayısı 0 ile 30 gün arasında değişmekte olup, ortalama 4.12 ± 7.15 gündür. Buna göre çalışmaya katılanların %46.8'inin (n=346) mental sağlık durumunda problem yokken, %26.0'sında (n=193) orta düzeyde problem ve %27.2'sinde (n=201) yüksek düzeyde problem görülmektedir.

Katılımcıların %54.2'si (n=401) son 2 hafta içinde yapılan işlerden daha az zevk ve keyif aldığını ifade ederken, %26.7'si (n=198) böyle bir durum olmadığını dile getirmiştir, %19.1'i (n=141) ise bu konu hakkında "bilmiyorum" yanıtını vermiştir. Yapılan işlerden son 2 hafta içinde daha az zevk ve keyif aldıkları gün sayıları 1 ile 15 arasında değişmekte olup, ortalama 5.35 ± 4.05 gündür.

Çalışmaya katılanların %7.0'si (n=52) daha önce kendine zarar vermeyi düşünürken, %90.4'ü (n=669) düşünmemektedir, %2.6'sı (n=19) ise konuyla ilgili "bilmiyorum" yanıtını vermiştir.

Katılımcıların son 30 gün içerisinde, fiziksel sağlıklarının iyi olmadığı gün sayısı 0 ile 30 arasında değişmekte olup, ortalama 3.05 ± 5.75 gündür. Buna göre son 30 gün içerisinde katılımcıların %51.1'inin (n=378) fiziksel sağlık durumunda problem görülmezken, %27.7'sinde (n=205) orta düzeyde ve %21.2'sinde (n=157) yüksek düzeyde problem görülmektedir.

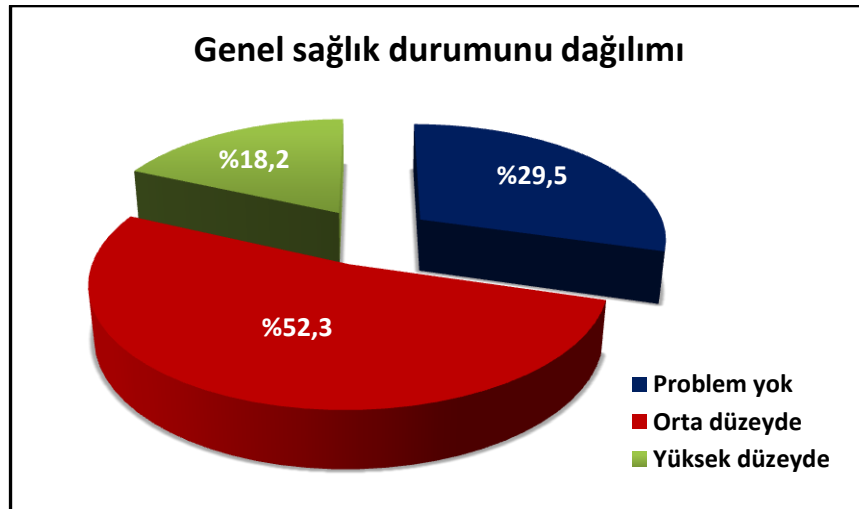
Çalışmaya katılanların son 30 gün içerisinde, zihinsel veya fiziksel sağlık sorunlarından dolayı rutin işlerini aksattığı gün sayısı 0 ile 30 arasında değişmekte olup, ortalama 2.07 ± 4.70 gündür. Sağlığın günlük rutin işlere etkisi incelendiğinde; katılımcıların %63.1'inde (n=467) sağlıkları günlük rutin işlerinde aksamaya yol

açmazken, %22.3'ünde (n=165) orta düzeyde aksamaya ve %14.6'sında (n=108) yüksek düzeyde aksamaya sebep olmaktadır.

Katılımcıların genel sağlık durumu incelendiğinde; %29.5'inde (n=218) genel sağlık durumunda problem yokken, %52.3'ünde (n=387) orta düzeyde ve %18.2'sinde (n=135) yüksek düzeyde problem görülmektedir.

Genel Sağlık Durumu

Genel sağlık durumu anketteki 37., 38. ve 39. soruların cevaplarından yola çıkılarak hesaplanmıştır. 37. soruya 5 ve üzerinde gün diyenlerin fiziksel sağlığında yüksek düzeyde problem olduğu, 1-4 arası gün cevabı verenlerin orta düzeyde probleme sahip olduğu kabul edilmiştir. 0 gün diyenlerinse fiziksel sağlığında problem olmadığı kabul edilmiştir. 38. soru mental sağlığı, 39. soru da sağlığın günlük rutin işlere etkisini belirlemek amacıyla; 37. soruya benzer şekilde (0 problem yok, 1-4 orta düzey problem, 5 ve üzeri yüksek düzey problem) değerlendirilmiştir. Bu üç sorudan tamamında veya ikisinde yüksek düzeyde problemlili çıkanların genel sağlık durumunda yüksek düzeyde problem olduğu kabul edilmiştir. 2 soruda orta, 1 soruda yüksek veya 3 soruda da orta olanlar ile 1 soruda yüksek, 1 soruda orta, 1 soruda problem yok veya 1 soruda yüksek, 2 soruda problem yok çıkanların genel sağlık durumunda orta düzeyde problem olduğu kabul edilmiştir. 3 sorunun tamamında problem yok çıkanlarsa genel sağlık durumunda problem olmayanlar olarak değerlendirilmiştir.



Şekil 6. 9. Genel Sağlık Durumu Dağılımı

Tablo 6.14. Bazı Aktivitelerle İlgili Daha Sağlıklı Seçimler Yapma İsteği Konusunda Tutumlar

Aktiviteler	Şu anki halinden memnunum ve değişmek	Daha sağlıklı tercihler yapmayı düşündüm	Ciddi şekilde düşündüm ve değişime hazırım	Daha sağlıklı seçimler yapmaya başladım	Çoktan yaptım ve sürdürmeye çalışıyorum	Bilmiyorum / Emin değilim
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sağlıklı Beslenme	245 (33.1)	170 (30.0)	103 (13.9)	91 (12.3)	119 (16.1)	12 (1.6)
Kilo Verme	275 (37.2)	140 (18.9)	111 (15.0)	96 (13.0)	100 (13.5)	18 (2.4)
Fiziksel Aktivite	187 (25.3)	191 (25.8)	126 (17.0)	103 (13.9)	111 (15.0)	22 (3.0)
Tütün Kullanımı	400 (54.1)	112 (15.1)	49 (6.6)	33 (4.5)	95 (12.8)	51 (6.9)
Stres Azaltma	214 (28.9)	201 (27.2)	134 (18.1)	80 (10.8)	74 (10.0)	37 (5.0)
Uyku	340 (45.9)	144 (19.5)	79 (10.7)	62 (8.4)	88 (11.9)	27 (3.6)
Alkol Kullanımı	508 (68.6)	43 (5.9)	14 (1.9)	32 (4.3)	98 (13.2)	45 (6.1)

Bazı aktivitelerle ilgili daha sağlıklı seçimler yapma isteği düzeylerine ilişkin dağılım Tablo 6.14'te görülmektedir.

İş ile İlişkili Sağlık Geçmişi

İş ile ilişkili sağlık geçmişi anketteki 47. soru (İşten sonra ekstra aktiviteleri yapmak için yeterli enerjiye sahibim.), 48. soru (Gittikçe daha sık işimle ilgili olumsuz konuşuyorum.), 49. soru (İş yerinde sıklıkla duygusal olarak tükenmiş hissediyorum.), 50. soru (Sağlığım nedeniyle, son 30 gün içerisinde işimi yapmakta güçlük çekiyorum.) ve 51. soru (Sağlığım nedeniyle, son 30 gün içerisinde işime odaklanamıyorum.) ile belirlenmiştir. 47. soruya “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretleyenler 5 puan, “Katılıyorum” 4 puan, “Emin değilim” 3 puan,

“Katılmıyorum” 2 puan ve “Kesinlikle katılmıyorum” 1 puan almaktadır. Diğer sorularda ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretleyenler 1 puan, “Katılıyorum” 2 puan, “Emin değilim” 3 puan, “Katılmıyorum” 4 puan ve “Kesinlikle katılmıyorum” 5 puan almaktadır. Bu beş sorudan toplamda 15 puanın üzerinde alanların iş ile ilişkili sağlık geçmişi düzeyi “iyi”, 15 ve altında puan alan katılımcıların ise iş ile ilişkili sağlık geçmişi düzeyi “kötü” olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 6.15. İş ile İlişkili Sağlık Geçmişine İlişkin Soruların Dağılımı

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Emin değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
İş sonrası ekstra aktiviteleri yapmak için yeterli enerjiye sahibim	100 (13.5)	141 (19.1)	125 (16.9)	228 (30.8)	146 (19.7)
Gittikçe işimle ilgili daha sık olumsuz konuşuyorum	59 (8.0)	123 (16.6)	121 (16.3)	270 (36.5)	167 (22.6)
İş yerinde sıklıkla duygusal olarak tükenmiş hissediyorum	62 (8.4)	114 (15.4)	138 (18.6)	266 (36.0)	160 (21.6)
Sağlığım nedeniyle, son 30 gün içerisinde işimi yapmakta güçlük çekiyorum	34 (4.6)	68 (9.2)	59 (8.0)	280 (37.8)	299 (40.4)
Sağlığım nedeniyle, son 30 gün içerisinde işime odaklanamıyorum	43 (5.8)	52 (7.0)	56 (7.6)	280 (37.8)	309 (41.8)
İş ile ilişkili sağlık geçmişi puanı	Min-Mak (Medyan)		5-25 (19)		
	Ort±Ss		18.24±4.17		
İş ile ilişkili sağlık geçmişi düzeyi; n (%)	İyi (>15)		559 (75.5)		
	Kötü (≤ 15)		181 (24.5)		

İş ile ilişkili sağlık geçmişine ilişkin sorulara verilen yanıtların dağılımı Tablo 6.15’te görülmektedir. Katılımcıların iş ile ilişkili sağlık geçmişi puanları 5 ile 25 arasında değişmekte olup, ortalama 18.24±4.17’dir. Buna göre çalışmaya katılanların %75.5’inin (n=559) işle ilişkili sağlık geçmişi iyi düzeyde iken, %24.5’inin (n=181) kötü düzeydedir.

İşe Devamsızlık ve Sağlıkla İlgili İşe Devamsızlık

İşe devamsızlık anketteki 52. soru (Son 30 gün içinde, herhangi bir sebepten ötürü kaç kez bir iş gününün bir bölümüne veya tamamına gitmediniz?) ile değerlendirilmiştir. 52. soruda devamsızlığı olmadığını belirtenler işe devamsızlığı “yok”, 1 veya 2 gün devamsızlık yaptığını belirtenler işe devamsızlığı “az”, 2 günden fazla devamsızlığı olanlar ise işe devamsızlığı “çok” olanlar olarak belirlenmiştir. Sağlıkla ilgili işe devamsızlık ise 53. soru (Son 30 günde, fiziksel veya zihinsel sağlığınızla ilgili sorunlarınızdan ötürü bir iş gününün bir bölümünü kaç kez kaçırdınız?) ve 54. soru (Son 30 günde, fiziksel veya zihinsel sağlığınızla ilgili sorunlarınızdan ötürü bir iş gününün tamamını kaç kez kaçırdınız?) ile belirlenmiştir. Bu iki sorudan her ikisinde de iş gününü kaçırmadığını belirtenlerin sağlıkla ilgili işe devamsızlığı “yok” olarak kabul edilmiştir, diğerleri ise sağlıkla ilgili işe devamsızlığı “var” olanlar olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 6.16. İş Yerinde Devamsızlık ve Yaralanmaya İlişkin Dağılımlar

Son 30 günde, herhangi bir nedenle işe gitmeme sayısı	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-15(0) 0.66±1.51
İşe devamsızlık; n (%)	Yok	510 (68.9)
	Az	182 (24.6)
	Çok	48 (6.5)
Son 30 günde, sağlık nedeni ile günün bir bölümünde işe gitmeme sayısı	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-11 (0) 0.30±0.91
Son 30 günde, sağlık nedeni ile günün tamamında işe gitmeme sayısı	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-11 (0) 0.29±0.92
Sağlıkla ilgili işe devamsızlık; n (%)	Yok	592 (80.0)
	Var	148 (20.0)
Son 12 ay içerisinde iş yerinde yaralanma sayısı	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-7 (0) 0.29±0.83
Son 12 ay içerisinde iş yerinde yaralanma; n (%)	Yok	631 (85.3)
	Var	109 (14.7)

Katılımcıların son 30 günde, herhangi bir nedenle işe gitmeme sayısı 0 ile 15 gün arasında değişmekte olup, ortalama 0.66 ± 1.51 gündür. Çalışmaya katılanların %68.9'unun (n=510) işe devamsızlığı bulunmazken, %24.6'sının (n=182) az, %6.5'inin (n=48) çok fazladır.

Katılımcıların son 30 günde, sağlık nedeni ile günün bir bölümünde işe gitmeme sayısı 0 ile 11 gün arasında değişmekte olup, ortalama 0.30 ± 0.91 gündür. Son 30 günde, sağlık nedeni ile günün tamamında işe gitmeme gün sayısı ise 0 ile 11 arasında değişmekte olup, ortalama 0.29 ± 0.92 gündür. Buna göre katılımcıların sağlıklı ile ilgili işe devamsızlıkları incelendiğinde; %80.0'inin (n=592) işe devamsızlığı bulunmazken, %20.0'sinin (n=148) devamsızlığı bulunmaktadır.

Katılımcıların son 12 ay içerisinde iş yerinde yaralanma sayısı 0 ile 7 arasında değişmekte olup, ortalama 0.29 ± 0.83 'dür. Buna göre katılımcıların %85.3'ünde (n=631) son 12 ay içerisinde iş yerinde yaralanmamışken, %14.7'sinde (n=109) yaralanma görülmüştür.

Tablo 6.17. Sağlık Konuları Hakkında Bilgi Alma İsteği Oranları (İyilik Hali Fırsatları)

	Evet	Hayır
	n (%)	n (%)
Beslenme	603 (81.5)	137 (18.5)
Kilo yönetimi	521 (70.4)	219 (29.6)
Yerinde spor / fiziksel aktivite fırsatları	566 (76.5)	174 (23.5)
Yürüyüş grupları	432 (58.4)	308 (41.6)
Kolesterol düşürme	320 (43.2)	420 (56.8)
Tansiyon düşürme	315 (42.6)	425 (57.4)
Diyabet farkındalığı ve yönetimi	335 (45.3)	405 (54.7)
Erkek sağlığı sorunları	258 (34.9)	482 (65.1)
Kalp hastalıkları ve inme riskini azaltmak	440 (59.5)	300 (40.5)
Gebelik planlama	160 (21.6)	580 (78.4)
Kadın sağlığı sorunları	393 (53.1)	347 (46.9)
Sırt/boyun ağrısı yönetimi	508 (68.6)	232 (31.4)
Anksiyete farkındalığı yönetimi	426 (57.6)	314 (42.4)
Sigara bırakma	261 (35.3)	479 (64.7)
Stres yönetimi	516 (69.7)	224 (30.3)
Tıbbi öz bakım	394 (53.2)	346 (46.8)
Ergonomi	371 (50.1)	369 (49.9)
Kişisel Finans yönetimi	370 (50.0)	370 (50.0)
Alerji ve astım yönetimi	324 (43.8)	416 (56.2)
Güvenli seks	209 (28.2)	531 (71.8)

Katılımcıların sağlık konuları hakkında bilgi alma isteği oranları Tablo 6.17.'de görülmekte olup; çalışmaya katılanların en fazla beslenme, yerinde spor ve fiziksel aktivite fırsatları ile kilo yönetimi konularında bilgi almak istedikleri saptanmıştır.

Tablo 6.18. Sağlık Eğitimleri Planlamasına Yönelik Zaman Verileri

		Evet
		n (%)
10-15 dakikalık bireysel sağlık eğitimlerine katılmanız için size en uygun zaman aralığı hangisidir?	İşe başlamadan hemen önce	192 (25.9)
	İş molasında	153 (20.7)
	İş bitiminin hemen sonrasında	206 (27.8)
	İş saatlerinde	189 (25.5)
İş saatleri içerisinde sağlık programlarına ayırabildiğiniz süre ne kadardır	10 dakikadan az	195 (26.4)
	10-20 dakika	196 (26.5)
	21-30 dakika	118 (15.9)
	>31 dakika	79 (10.7)
	Bilmiyor /emin değil	152 (20.5)

Katılımcılara 10-15 dakikalık bireysel sağlık eğitimlerine katılmaları için en uygun zamanları sorulduğunda; çalışmaya katılanların %25.9'u (n=192) eğitimi işe başlamadan hemen önce, %20.7'si (n=153) iş molasında, %27.8'i (n=206) iş bitiminin hemen sonrasında ve %25.5'i (n=189) iş saatlerinde almak istediğini belirtmiştir.

Katılımcılara iş saatleri içerisinde sağlık programlarına ayırabildikleri süreler sorulduğunda; çalışmaya katılanların %26.4'ü (n=195) 10 dakikadan az, %26.5'i (n=196) 10-20 dakika, %15.9'u (n=118) 21-30 dakika, %10.7'si (n=79) 31 dakika ve üzerinde sağlık programlarına vakit ayırabileceğini ifade etmiş, %20.5'i (n=152) ise iş saatleri içerisinde sağlık programlarına ayırabileceği süre konusunda fikir beyan etmemiştir.

Tablo 6.19. İyilik Hali Yıldız Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı

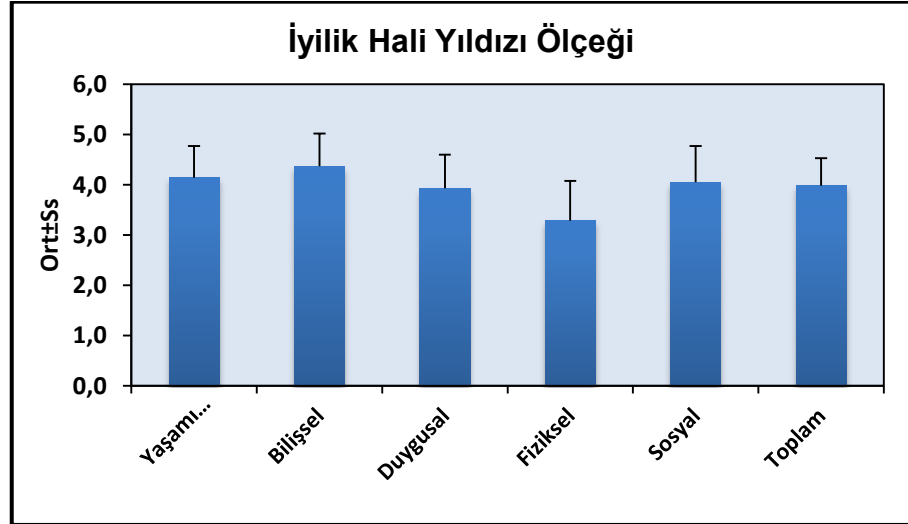
	Beni hiç yansıtmıyor		Beni yansıtmıyor		Bazen		Beni yansıtıyor		Tamamen beni yansıtıyor	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hayatımın bir anlamı ve amacı var	14	1.9	24	3.2	78	10.5	267	36.1	357	48.2
Yaşam boyu öğrenmeye inanırım	5	0.7	13	1.8	53	7.2	218	29.5	451	60.9
Değişikliklere çabuk uyum sağlarım.	8	1.1	24	3.2	160	21.6	256	34.6	292	39.5
Dengeli bir beslenme tarzım var.	49	6.6	89	12.0	247	33.4	213	28.8	142	19.2
Yakın arkadaşların ve aile ilişkilerinin oluşturduğu sosyal ilişkilere sahibim	18	2.4	21	2.8	112	15.1	279	37.7	310	41.9
Yaşamımı anlamlandırma tarzımdan memnunum	14	1.9	28	3.8	156	21.1	286	38.6	256	34.6
Yeni öğrenme yaşantılarına açığım.	6	0.8	18	2.4	78	10.5	300	40.5	338	45.7
Kendimi ve başkalarını affedebiliyorum.	31	4.2	34	4.6	184	24.9	238	32.2	253	34.2
Her gün en az beş porsiyon taze meyve ve/veya sebze yerim.	131	17.7	193	26.1	265	35.8	84	11.4	67	9.1
Sosyal ilişkilerimi sürdürmek için çabalarım	10	1.4	18	2.4	145	19.6	323	43.6	244	33.0
Önemli kararlar verme kapasitesine sahip olduğumu düşünüyorum.	11	1.5	19	2.6	101	13.6	292	39.5	317	42.8
Yeni bilgiler edinmekten zevk duyarım	11	1.5	9	1.2	51	6.9	262	35.4	407	55.0
Sıkıntılı durumların olumlu yanlarına odaklanırım.	22	3.0	37	5.0	207	28.0	261	35.3	213	28.8
Haftada en az üç kez yarım saatlik terletecek bir fiziksel etkinlikte bulunurum	97	13.1	148	20.0	220	29.7	140	18.9	135	18.2
İhtiyaç duyduğumda bana yardım edebilecek yakınlarım var	23	3.1	26	3.5	102	13.8	225	30.4	364	49.2
Amaç ve hedeflerimi nasıl koyacağımı bilirim.	10	1.4	24	3.2	107	14.5	315	42.6	284	38.4
Yeni beceriler edinmeyi severim.	10	1.4	13	1.8	72	9.7	275	37.2	370	50.0
Enerji düzeyimden memnunum.	21	2.8	45	6.1	197	26.6	247	33.4	230	31.1
Kahvaltı dahil günde en az üç öğün yemek yerim.	36	4.9	49	6.6	142	19.2	199	26.9	314	42.4
İhtiyacım olduğunda yardım edecek ve destek olacak birilerini ararım	32	4.3	36	4.9	194	26.2	239	32.3	239	32.3
Kendim için koyduğum hedeflere ulaşırım	13	1.8	19	2.6	157	21.2	294	39.7	257	34.7
Olumlu ve olumsuz duygularımı uygun biçimde ifade edebilirim	16	2.2	25	3.4	146	19.7	279	37.7	274	37.0
Genel olarak kendimden memnunum.	11	1.5	16	2.2	103	13.9	315	42.6	295	39.9
Ruhsal dengemi korumaya çalışırım	13	1.8	11	1.5	102	13.8	329	44.5	285	38.5

İHYÖ sorularına verilen yanıtların dağılımı Tablo 6.19’da, ölçeğin alt boyutlarına göre puan ortalamaları ise Tablo 6.20’de görüldüğü gibidir.

Tablo 6.20. İyilik Hali Yıldızı Ölçeğinin Alt Boyutlarına Göre Puanların Dağılımı

	Soru sayısı	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	Cronbach's Alpha
Yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma	7	1.86-5.00 (4.14)	4.14±0.63	0.837
Bilişsel	4	1.00-5.00 (4.50)	4.37±0.65	0.833
Duygusal	5	1.60-5.00 (4.00)	3.93±0.67	0.701
Fiziksel	4	1.00-5.00 (3.25)	3.29±0.79	0.596
Sosyal	4	1.00-5.00 (4.00)	4.05±0.72	0.732
Toplam	24	1.50-5.00 (4.00)	3.98±0.55	0.916

İHYÖ “Yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma” alt boyut puanı ortalaması 4.14±0.63, “Bilişsel” alt boyut puanı ortalaması 4.37±0.65, “Duygusal” alt boyut puanı ortalaması 3.93±0.67, “Fiziksel” alt boyut puanı ortalaması 3.29±0.79 ve “Sosyal” alt boyut puanı ortalaması ise 4.05±0.72’dir. Şekil 6.10’da görüldüğü gibi en yüksek puan ortalaması “Bilişsel”, en düşük puan ortalamasının ise “Fiziksel” boyut için söz konusudur. Çalışmada İHYÖ toplam puanı ise ortalama 3.98±0.55 olarak hesaplanmıştır.



Şekil 6. 10. İHYÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı

Tablo 6.21. Demografik Özelliklere Göre İyilik Hali Yıldızı Ölçeğinin Değerlendirilmesi

		İyilik Hali Yıldızı Ölçeği					
		Yaşamı anlamlandır ma ve hedef odaklı olma	Bilişsel	Duygus al	Fiziksel	Sosyal	Toplam
		n	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Yaş (yıl)							
	23		4.40±0.6	3.88±0.6	3.29±0.7	4.02±0.7	3.95±0.5
≤ 29 yaş	9	4.09±0.66	4	6	8	3	5
	31		4.36±0.6	3.96±0.6	3.32±0.7	4.09±0.7	4.01±0.5
30-39 yaş	3	4.19±0.61	7	7	8	2	6
	16		4.36±0.6	3.93±0.6	3.22±0.8	4.02±0.7	3.94±0.5
40-49 yaş	8	4.08±0.61	4	6	3	1	3
			4.46±0.5	4.04±0.8	3.34±0.6	4.05±0.7	4.11±0.5
≥ 50 yaş	20	4.42±0.55	8	0	9	7	6
	^a p	0.031*	0.827	0.423	0.659	0.651	0.345
Cinsiyet							
	26		4.26±0.7	3.89±0.6	3.22±0.8	3.85±0.7	3.88±0.5
Erkek	2	4.04±0.67	3	8	1	7	8
	47		4.44±0.6	3.95±0.6	3.32±0.7	4.16±0.6	4.03±0.5
Kadın	8	4.19±0.60	0	6	8	7	3
	^b p	0.003**	0.001**	0.276	0.085	0.001**	0.001**
BKİ (kg/m²)							
	23	4.23±0.56	4.33±0.9	3.87±0.6	3.49±0.9	4.23±0.5	4.05±0.5
Zayıf	40		4.46±0.5	3.96±0.6	3.38±0.7	4.09±0.7	4.04±0.5
	2	4.18±0.59	6	1	6	1	1
Normal	22		4.26±0.7	3.88±0.7	3.21±0.7	4.01±0.7	3.91±0.5
Fazla kilo	8	4.07±0.65	2	4	6	0	8
			4.30±0.7	3.92±0.7	3.00±0.9	3.93±0.8	3.87±0.6
Obez	87	4.06±0.75	2	4	0	4	2
	^a p	0.091	0.001**	0.504	0.001**	0.103	0.008**
Medeni durum							
	26		4.43±0.6	3.91±0.6	3.29±0.7	4.06±0.7	3.97±0.5
Bekar	7	4.08±0.62	1	2	9	2	2
	43		4.36±0.6	3.96±0.6	3.30±0.7	4.05±0.7	4.00±0.5
Evli	0	4.18±0.62	7	8	9	2	6
Dul/Boşanm ış /Ayrı	43	4.03±0.73	1	8	1	8	4
	^a p	0.086	0.131	0.157	0.342	0.867	0.252
Öğrenim durumu							
	38	4.04±0.73	4.22±0.8	3.87±0.7	3.14±0.9	3.89±0.6	3.86±0.6
Okul bitirmemiş	23		4.21±0.7	3.87±0.7	3.18±0.7	3.90±0.7	3.87±0.6
İlköğretim	3	4.03±0.70	3	1	8	6	0
	13		4.31±0.6	3.87±0.6	3.26±0.8	3.85±0.7	3.90±0.5
Lise	4	4.07±0.64	6	7	3	9	6
Üniversite	33	4.25±0.55	4.53±0.5	4.00±0.6	3.38±0.7	4.25±0.6	4.10±0.4

	5	1	2	5	1	7
^a p	0.001**	0.001**	0.063	0.014*	0.001**	0.001**
Görevi						
Mavi yaka	40	4.26±0.7	3.88±0.7	3.21±0.8	3.89±0.7	3.88±0.5
	3	4.04±0.69	3	0	3	7
Beyaz yaka	33	4.51±0.5	3.99±0.6	3.37±0.7	4.25±0.6	4.09±0.4
	7	4.25±0.54	2	2	4	0
^b p	0.001**	0.001**	0.038*	0.006**	0.001**	0.001**
Çalışma süresi (yıl)						
< 1 yıl	21	4.35±0.7	3.89±0.6	3.20±0.7	4.04±0.7	3.93±0.5
	1	4.07±0.63	0	6	9	2
1-3 yıl	19	4.34±0.6	3.92±0.6	3.26±0.8	3.99±0.7	3.95±0.5
	9	4.13±0.65	7	7	1	2
4-5 yıl	13	4.41±0.5	3.99±0.6	3.31±0.8	4.08±0.7	4.03±0.5
	6	4.22±0.63	8	5	5	4
6-10 yıl	11	4.41±0.6	3.92±0.6	3.34±0.6	4.11±0.6	4.00±0.5
	1	4.13±0.63	6	7	9	8
> 10 yıl	83	4.20±0.59	4.45±0.5	3.98±0.7	3.46±0.7	4.11±0.7
			7	0	7	8
^a p	0.194	0.612	0.682	0.137	0.581	0.270
^a Oneway Anova Test		^b Student t Test		**p<0.01		*p<0.05

Yaşa göre değerlendirmeler

Katılımcıların yaşlarına göre yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.031; p<0.05). Farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla Oneway Anova Test ile yapılan ikili karşılaştırmalara göre; 30-39 yaş aralığındaki katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanı, 40-49 yaş aralığındaki katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (p=0.031; p<0.05).

İHYÖ bilişsel, duygusal, fiziksel, sosyal alt boyutu ve toplam iyilik hali puanları katılımcıların yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Cinsiyete göre değerlendirmeler

İHYÖ yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma (p=0.003), bilişsel (p=0.001), sosyal (p=0.001) alt boyut ve toplam (p=0.001) iyilik hali puanları katılımcıların cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0.05). Kadın katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, bilişsel,

sosyal iyilik hali ve toplam ölçek puanları, erkek katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

İHYÖ duygusal ve fiziksel iyilik hali puanları katılımcıların cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

BKİ düzeylerine göre değerlendirmeler

İHYÖ yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, duygusal ve sosyal iyilik hali puanları katılımcıların BKİ düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Katılımcıların BKİ düzeylerine göre bilişsel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre fazla kilolu katılımcıların bilişsel iyilik hali puanları, normal kilolu katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p=0.001$; $p<0.01$). Diğer grupların bilişsel iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılanların BKİ düzeylerine göre fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre zayıf ($p=0.044$) ve normal ($p=0.001$) kilolu katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, obez katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Normal kilolu katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları da, fazla kilolu katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0.039$; $p<0.05$). Diğer grupların fiziksel iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların BKİ düzeylerine göre toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.008$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre normal kilolu katılımcıların toplam ölçek puanları, fazla kilolu katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0.032$; $p<0.05$). Normal kilolu katılımcıların toplam ölçek puanlarının, obez katılımcılardan yüksek olması ise istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, anlamlılığa yakın bulunmuştur ($p=0.064$; $p>0.05$). Diğer grupların toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Medeni durumlarına göre değerlendirmeler

İHYÖ yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, bilişsel, duygusal, fiziksel, sosyal iyilik hali alt boyut ve toplam ölçek puanları katılımcıların medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Öğrenim durumlarına göre değerlendirmeler

Katılımcıların öğrenim düzeylerine göre yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre ilköğretim ($p=0.001$) ve lise ($p=0.029$) mezunu katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları, üniversite mezunu katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.05$). Diğer grupların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılanların öğrenim düzeylerine göre bilişsel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre okul bitirmemiş ($p=0.029$), ilköğretim ($p=0.001$) ve lise ($p=0.005$) mezunu katılımcıların bilişsel iyilik hali puanları, üniversite mezunu katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.05$). Diğer grupların bilişsel iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların öğrenim düzeylerine göre duygusal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0.063$; $p>0.05$).

Katılımcıların öğrenim düzeylerine göre fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.014$; $p<0.05$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre ilköğretim ($p=0.017$) mezunu katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, üniversite mezunu katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.05$). Diğer grupların fiziksel iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların öğrenim düzeylerine göre sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre okul bitirmemiş ($p=0.015$), ilköğretim ($p=0.001$) ve lise ($p=0.001$) mezunu katılımcıların sosyal iyilik hali puanları, üniversite mezunu

katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.05$). Diğer grupların sosyal iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların öğrenim düzeylerine göre toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre ilköğretim ($p=0.001$) ve lise ($p=0.001$) mezunu katılımcıların toplam ölçek puanları, üniversite mezunu katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.01$). Diğer grupların toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Görevlerine göre değerlendirmeler

Beyaz yaka meslek grubu katılımcıların İHYÖ yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma ($p=0.001$), bilişsel ($p=0.001$), duygusal ($p=0.038$), fiziksel ($p=0.006$), sosyal ($p=0.001$) iyilik hali ve toplam ölçek ($p=0.001$) puanlarının, mavi yaka katılımcılardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Aynı yerde çalışma sürelerine göre değerlendirmeler

İHYÖ yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, bilişsel, duygusal, fiziksel, sosyal iyilik hali alt boyut ve toplam puanları katılımcıların çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 6.22. Genel Sağlık Algısına Göre İyilik Hali Yıldızı Ölçeğinin Değerlendirilmesi

		İyilik Hali Yıldızı Ölçeği					
		Yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma	Bilişsel	Duygusal	Fiziksel	Sosyal	Toplam
n	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)
Genel Sağlık Algısı							
Mükemmel	49	4.41±0.76 (4.7)	4.55±0.72 (5.0)	4.26±0.77 (4.6)	3.66±0.75 (3.8)	4.28±0.79 (4.5)	4.25±0.66 (4.5)
Çok iyi	141	4.31±0.6 (4.3)	4.47±0.66 (4.8)	4.14±0.64 (4.2)	3.59±0.74 (3.5)	4.28±0.70 (4.3)	4.17±0.54 (4.3)
İyi	389	4.17±0.56 (4.1)	4.36±0.63 (4.5)	3.92±0.63 (3.8)	3.25±0.76 (3.3)	4.04±0.68 (4.0)	3.97±0.51 (4.0)
Orta-kötü	156	3.83±0.65 (3.9)	4.26±0.67 (4.3)	3.69±0.65 (3.6)	2.99±0.79 (3.0)	3.81±0.72 (4.0)	3.73±0.51 (3.8)
Emin değil	5	3.77±0.73 (3.9)	4.55±0.51 (4.8)	3.68±0.46 (3.6)	2.90±1.17 (2.8)	3.60±1.29 (4.0)	3.71±0.49 (3.7)
^ap		0.001**	0.010*	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**

^aOneway Anova Test

**p<0.01

Emin olmayan katılımcılar istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır

Genel sağlık algısına göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.001; p<0.01). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, genel sağlık algısı mükemmel (p=0.001), çok iyi (p=0.001), iyi (p=0.001) olan katılımcıların, yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları, genel sağlık algısı orta-kötü olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (p<0.01). Diğer grupların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Katılımcıların genel sağlık algısına göre bilişsel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.010; p<0.05). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, genel sağlık algısı mükemmel (p=0.047) ve çok iyi (p=0.032) olan katılımcıların bilişsel iyilik hali puanları, genel sağlık algısı orta-kötü olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (p<0.05). Diğer grupların bilişsel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Genel sağlık algısına göre çalışmaya katılanların duygusal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.001; p<0.01). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, genel sağlık algısı mükemmel (p=0.003) ve çok iyi (p=0.003) olan katılımcıların duygusal iyilik hali puanları, genel sağlık algısı iyi olan

katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Genel sağlık algısı mükemmel ($p=0.001$) ve çok iyi ($p=0.001$) olan katılımcıların duygusal iyilik hali puanları, genel sağlık algısı orta-kötü olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Genel sağlık algısı iyi ($p=0.001$) olan katılımcıların duygusal iyilik hali puanları da genel sağlık algısı orta-kötü olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$).

Katılımcıların genel sağlık algısına göre fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, genel sağlık algısı mükemmel ($p=0.002$) ve çok iyi ($p=0.001$) olan katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, genel sağlık algısı iyi olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Genel sağlık algısı mükemmel ($p=0.001$) ve çok iyi ($p=0.001$) olan katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, genel sağlık algısı orta-kötü olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Genel sağlık algısı iyi ($p=0.001$) olan katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları da genel sağlık algısı orta-kötü olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$).

Genel sağlık algısına göre çalışmaya katılanların sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, genel sağlık algısı mükemmel ($p=0.001$), çok iyi ($p=0.001$), iyi ($p=0.003$) olan katılımcıların sosyal iyilik hali puanları, genel sağlık algısı orta-kötü olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Genel sağlık algısı çok iyi ($p=0.004$) olan katılımcıların sosyal iyilik hali puanları, genel sağlık algısı iyi olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Diğer grupların sosyal iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılanların genel sağlık algısına göre toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, genel sağlık algısı mükemmel ($p=0.003$) ve çok iyi ($p=0.001$) olan katılımcıların toplam ölçek puanları, genel sağlık algısı iyi olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Genel sağlık algısı mükemmel ($p=0.001$) ve çok iyi ($p=0.001$) olan katılımcıların toplam ölçek puanları, genel sağlık algısı orta-kötü olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Genel sağlık algısı iyi ($p=0.001$) olan katılımcıların toplam ölçek puanları da genel sağlık algısı orta-kötü olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$).

Tablo 6.23. Sağlık Risklerine Göre İyilik Hali Yıldızı Ölçeğinin Değerlendirilmesi

		İyilik Hali Yıldızı Ölçeği					
		Yaşamı anlamlandır ma ve hedef odaklı olma	Bilişsel	Duygusal	Fiziksel	Sosyal	Toplam
n	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Sigara risk							
Risk yok	362	4.16±0.64	4.40±0.61	3.94±0.67	3.40±0.73	4.12±0.69	4.02±0.54
Hafif risk	90	4.08±0.67	4.36±0.71	3.84±0.72	3.27±0.85	4.04±0.80	3.94±0.61
Orta düzey	64	4.24±0.49	4.46±0.59	4.05±0.55	3.41±0.74	4.13±0.60	4.08±0.45
Yüksek risk	224	4.09±0.63	4.32±0.71	3.92±0.67	3.08±0.82	3.92±0.76	3.90±0.55
^a p		0.272	0.416	0.293	0.001**	0.007**	0.021*
Alkol riski							
Risk yok	433	4.11±0.68	4.33±0.70	3.90±0.72	3.26±0.79	3.99±0.76	3.94±0.59
Risk var	237	4.19±0.52	4.47±0.53	3.97±0.59	3.33±0.75	4.19±0.59	4.05±0.45
Emin değil	70	4.13±0.64	4.35±0.68	3.99±0.59	3.33±0.91	3.96±0.79	3.98±0.58
^a p		0.239	0.024*	0.311	0.476	0.001**	0.049*
Beslenme riski							
Çok yüksek/ yüksek	280	4.07±0.66	4.34±0.65	3.91±0.66	3.07±0.81	3.92±0.78	3.89±0.56
Orta	219	4.07±0.64	4.36±0.68	3.82±0.70	3.20±0.72	3.99±0.70	3.91±0.55
Çok düşük/ düşük	226	4.29±0.53	4.44±0.60	4.07±0.60	3.63±0.71	4.27±0.58	4.15±0.47
•Cevapsız	15	3.96±0.93	4.30±0.92	3.85±0.87	3.28±0.94	4.12±1.02	3.91±0.82
^a p		0.001**	0.176	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**
Fiziksel aktivite							
Evet	497	4.23±0.58	4.47±0.58	4.00±0.64	3.41±0.75	4.14±0.67	4.07±0.50
Hayır	220	3.92±0.68	4.15±0.75	3.77±0.68	3.02±0.79	3.85±0.76	3.77±0.58
•Cevapsız	23	4.11±0.78	4.40±0.62	3.87±0.78	3.20±1.04	4.01±0.93	3.94±0.68
^b p		0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**
FIT skor							
⁺ r		0.113	0.094	0.095	0.302	0.080	0.172
^p		0.003**	0.013*	0.012*	0.001**	0.034*	0.001**
Stres riski							
Yok ve düşük	167	4.33±0.59	4.47±0.64	4.09±0.62	3.51±0.74	4.23±0.63	4.15±0.51
Orta	308	4.12±0.59	4.37±0.64	3.91±0.66	3.26±0.76	4.07±0.70	3.97±0.53
Yüksek	261	4.02±0.67	4.31±0.67	3.85±0.68	3.17±0.82	3.91±0.78	3.87±0.57
•Cevapsız	4	4.54±0.75	4.75±0.50	4.55±0.66	3.75±1.17	4.44±0.66	4.43±0.70
^a p		0.001**	0.037*	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**
Uyku risk							
Risk yok	220	4.31±0.57	4.49±0.56	4.12±0.65	3.46±0.75	4.18±0.75	4.14±0.51
Riski var	467	4.08±0.62	4.34±0.65	3.85±0.66	3.21±0.80	3.99±0.71	3.92±0.54
Emin değil	53	3.92±0.76	4.21±0.88	3.83±0.62	3.25±0.80	4.05±0.68	3.86±0.63
^a p		0.001**	0.004**	0.001**	0.001**	0.005**	0.001**
Mental risk							
Risk yok	198	4.34±0.65	4.44±0.69	4.14±0.70	3.49±0.74	4.15±0.74	4.14±0.59
Orta düzeyde	247	4.15±0.54	4.39±0.64	3.89±0.60	3.32±0.74	4.10±0.62	3.99±0.49
Riskli	187	3.88±0.65	4.33±0.63	3.72±0.67	3.02±0.82	3.82±0.82	3.77±0.52
Emin değil (algı)	108	4.15±0.60	4.29±0.63	4.00±0.63	3.30±0.83	4.15±0.65	4.00±0.54
^a p		0.001**	0.192	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**

^aOneway Anova Test

⁺r: Spearman's Korelasyon Katsayısı

**p<0.01

*p<0.05

•Cevapsız katılımcılar istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır

Sigara riski düzeyine göre değerlendirmeler;

Sigara açısından risk düzeylerine göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, bilişsel ve duygusal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Sigara açısından risk düzeylerine göre katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, sigara açısından yüksek riske sahip katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, orta düzeyde riski olan ($p=0.014$) ve riski olmayan ($p=0.001$) katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.05$). Diğer grupların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların sigara açısından risk düzeylerine göre sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.007$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, sigara açısından yüksek riske sahip katılımcıların sosyal iyilik hali puanları, riski olmayan ($p=0.005$) katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.01$). Diğer grupların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Sigara açısından risk düzeylerine göre çalışmaya katılanların toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.021$; $p<0.05$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, sigara açısından yüksek riske sahip katılımcıların toplam ölçek puanları, riski olmayan ($p=0.049$) katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.05$). Diğer grupların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Alkol riski düzeyine göre değerlendirmeler;

Alkol açısından risk düzeylerine göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, duygusal ve fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Katılımcıların alkol açısından risk düzeylerine göre bilişsel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.024$; $p<0.05$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, alkol açısından riske sahip katılımcıların bilişsel iyilik hali puanları, risk olmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0.020$; $p<0.05$).

Diğer grupların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Alkol açısından risk düzeylerine göre çalışmaya katılanların sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, alkol açısından riske sahip katılımcıların sosyal iyilik hali puanları, alkol riski olmayan ($p=0.001$) ve bu konu hakkında emin olmayan ($p=0.049$) katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Diğer grupların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların alkol açısından risk düzeylerine göre toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.049$; $p<0.05$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, alkol açısından riske sahip katılımcıların toplam ölçek puanları, alkol riski olmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0.042$; $p<0.05$). Diğer grupların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Beslenme riskine göre değerlendirmeler;

Beslenme açısından risk düzeylerine göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, beslenme açısından çok düşük/düşük riske sahip katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları, çok yüksek/yüksek ($p=0.001$) ve orta ($p=0.001$) düzeyde riske sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Beslenme açısından çok yüksek/yüksek ve orta düzeyde riske sahip katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=1.000$; $p>0.05$).

Katılımcıların beslenme açısından risk düzeylerine göre bilişsel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Beslenme açısından risk düzeylerine göre çalışmaya katılanların duygusal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, beslenme açısından çok düşük/düşük riske sahip katılımcıların duygusal iyilik hali puanları, çok yüksek/yüksek ($p=0.029$)

ve orta ($p=0.001$) düzeyde riske sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Beslenme açısından çok yüksek/yüksek ve orta düzeyde riske sahip katılımcıların duygusal iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.354$; $p>0.05$).

Katılımcıların beslenme açısından risk düzeylerine göre fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, beslenme açısından çok düşük/düşük riske sahip katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, çok yüksek/yüksek ($p=0.001$) ve orta ($p=0.001$) düzeyde riske sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Beslenme açısından çok yüksek/yüksek ve orta düzeyde riske sahip katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.172$; $p>0.05$).

Beslenme açısından risk düzeylerine göre çalışmaya katılanların sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, beslenme açısından çok düşük/düşük riske sahip katılımcıların sosyal iyilik hali puanları, çok yüksek/yüksek ($p=0.001$) ve orta ($p=0.001$) düzeyde riske sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Beslenme açısından çok yüksek/yüksek ve orta düzeyde riske sahip katılımcıların sosyal iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.684$; $p>0.05$).

Çalışmaya katılanların beslenme açısından risk düzeylerine göre toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, beslenme açısından çok düşük/düşük riske sahip katılımcıların toplam ölçek puanları, çok yüksek/yüksek ($p=0.001$) ve orta ($p=0.001$) düzeyde riske sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Beslenme açısından çok yüksek/yüksek ve orta düzeyde riske sahip katılımcıların toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=1.000$; $p>0.05$).

Fiziksel aktivite varlığına göre değerlendirmeler;

Fiziksel aktivite varlığına göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir

($p=0.001$; $p<0.01$). Fiziksel aktivitesi olan katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları, fiziksel aktivitesi olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların fiziksel aktivite varlığına göre bilişsel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Fiziksel aktivitesi olan katılımcıların bilişsel iyilik hali puanları, fiziksel aktivitesi olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Fiziksel aktivite varlığına göre çalışmaya katılanların duygusal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Fiziksel aktivitesi olan katılımcıların duygusal iyilik hali puanları, fiziksel aktivitesi olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların fiziksel aktivite varlığına göre fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Fiziksel aktivitesi olan katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, fiziksel aktivitesi olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Fiziksel aktivite varlığına göre çalışmaya katılanların sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Fiziksel aktivitesi olan katılımcıların sosyal iyilik hali puanları, fiziksel aktivitesi olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların fiziksel aktivite varlığına göre toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Fiziksel aktivitesi olan katılımcıların toplam ölçek puanları, fiziksel aktivitesi olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir.

FIT skoruna göre değerlendirmeler;

Katılımcıların FIT skorları ile yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, bilişsel, duygusal, fiziksel, sosyal iyilik hali alt boyut ve toplam ölçek puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Stres riskine göre değerlendirmeler;

Stres açısından risk düzeyine göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık

göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, stres açısından yüksek ($p=0.001$) ve orta ($p=0.002$) düzeyde riske sahip katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları, stres riski olmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.01$). Stres açısından yüksek ve orta düzeyde riske sahip katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.163$; $p>0.05$).

Katılımcıların stres açısından risk düzeyine göre bilişsel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.037$; $p<0.05$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, stres açısından yüksek düzeyde riske sahip katılımcıların bilişsel iyilik hali puanları, stres riski olmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p=0.030$; $p<0.05$). Diğer grupların bilişsel iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Stres açısından risk düzeyine göre çalışmaya katılanların duygusal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, stres açısından yüksek ($p=0.001$) ve orta ($p=0.010$) düzeyde riske sahip katılımcıların duygusal iyilik hali puanları, stres riski olmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.05$). Stres açısından yüksek ve orta düzeyde riske sahip katılımcıların duygusal iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.083$; $p>0.05$).

Katılımcıların stres açısından risk düzeyine göre fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, stres açısından yüksek ($p=0.001$) ve orta ($p=0.003$) düzeyde riske sahip katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, stres riski olmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.01$). Stres açısından yüksek ve orta düzeyde riske sahip katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.459$; $p>0.05$).

Stres açısından risk düzeyine göre çalışmaya katılanların sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, stres açısından yüksek düzeyde riske sahip katılımcıların sosyal iyilik hali puanları, stres riski olmayan ($p=0.001$) ve orta düzeyde riske sahip ($p=0.019$) katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.05$).

Stres açısından riske sahip olmayan ve orta düzeyde riske sahip katılımcıların sosyal iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.058$; $p>0.05$).

Çalışmaya katılanların stres açısından risk düzeyine göre toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, stres açısından yüksek ($p=0.001$) ve orta ($p=0.003$) düzeyde riske sahip katılımcıların toplam ölçek puanları, stres riski olmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.01$). Stres açısından yüksek ve orta düzeyde riske sahip katılımcıların toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.109$; $p>0.05$).

Uyku riskine göre değerlendirmeler;

Uyku açısından risk düzeyine göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, uyku açısından riski olmayan katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları, uyku riski olan ($p=0.001$) ve bu konuda emin olamayan ($p=0.001$) katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Uyku açısından riski olan ve bu konuda emin olamayan katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.268$; $p>0.05$).

Katılımcıların uyku açısından risk düzeyine göre bilişsel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.004$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, uyku açısından riski olmayan katılımcıların bilişsel iyilik hali puanları, uyku riski olan ($p=0.021$) ve bu konuda emin olamayan ($p=0.016$) katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Uyku açısından riski olan ve bu konuda emin olamayan katılımcıların bilişsel iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.457$; $p>0.05$).

Uyku açısından risk düzeyine göre çalışmaya katılanların duygusal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, uyku açısından riski olmayan katılımcıların duygusal iyilik hali puanları, uyku riski olan ($p=0.001$) ve bu konuda emin olamayan

($p=0.011$) katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Uyku açısından riskli olan ve bu konuda emin olamayan katılımcıların duygusal iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=1.000$; $p>0.05$).

Çalışmaya katılanların uyku açısından risk düzeyine göre fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, uyku açısından riskli olmayan katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, uyku riskli olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0.001$; $p<0.01$). Diğer grupların fiziksel iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Uyku açısından risk düzeyine göre katılımcıların sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.005$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, uyku açısından riskli olmayan katılımcıların sosyal iyilik hali puanları, uyku riskli olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0.003$; $p<0.01$). Diğer grupların sosyal iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların uyku açısından risk düzeyine göre toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, uyku açısından riskli olmayan katılımcıların toplam ölçek puanları, uyku riskli olan ($p=0.001$) ve bu konuda emin olamayan ($p=0.002$) katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Uyku açısından riskli olan ve bu konuda emin olamayan katılımcıların toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=1.000$; $p>0.05$).

Mental riske göre değerlendirmeler;

Mental risk düzeyine göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, mental açıdan riskli olmayan katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları, orta ($p=0.006$) ve yüksek ($p=0.001$) düzeyde mental riske sahip olan ve bu konuda emin olamayan ($p=0.046$) katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Mental açıdan orta düzeyde riske sahip ($p=0.001$) ve bu konuda emin olamayan ($p=0.002$) katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik

hali puanları da yüksek riske sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Orta ve yüksek riske sahip katılımcıların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=1.000$; $p>0.05$).

Katılımcıların mental risk düzeyine göre bilişsel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Mental risk düzeyine göre çalışmaya katılanların duygusal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, mental açıdan risk görülmeyen katılımcıların duygusal iyilik hali puanları, orta ($p=0.001$) ve yüksek ($p=0.001$) düzeyde riske sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Mental açıdan orta düzeyde riske sahip ($p=0.032$) ve bu konuda emin olamayan ($p=0.001$) katılımcıların duygusal iyilik hali puanları da yüksek riske sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Diğer grupların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılanların mental risk düzeyine göre fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, mental açıdan risk görülmeyen ($p=0.001$), orta düzeyde riske sahip ($p=0.001$) ve bu konuda emin olamayan ($p=0.019$) katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, yüksek riske sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Diğer grupların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Mental risk düzeyine göre katılımcıların sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, mental açıdan risk görülmeyen ($p=0.001$), orta düzeyde riske sahip ($p=0.001$) ve bu konuda emin olamayan ($p=0.001$) katılımcıların sosyal iyilik hali puanları yüksek riske sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Diğer grupların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılanların mental risk düzeyine göre toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, mental açıdan risk görülmeyen katılımcıların toplam ölçek puanları, orta ($p=0.016$) ve yüksek ($p=0.001$) düzeyde riske sahip katılımcılardan

anlamli düzeyde yuaksektir ($p<0.05$). Mental acidan orta düzeyde riske sahip ($p=0.001$) ve bu konuda emin olamayan ($p=0.002$) katilimcilarin toplam olecuk puanlari da yuaksektir ($p<0.01$). Diğer gruplariin puanlari arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.24. İş İle İlgili Sağlık Geçmişine ve İşe Devamsızlığa Göre İyilik Hali Yıldızı Ölçeğinin Değerlendirilmesi

	İyilik Hali Yıldızı Ölçeği						
	n	Yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma	Bilişsel	Duygusal	Fiziksel	Sosyal	Toplam
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
İşe devamsızlık							
Yok	510	4.18±0.62	4.39±0.65	3.96±0.66	3.32±0.79	4.08±0.71	4.01±0.54
Az	182	4.03±0.63	4.33±0.66	3.89±0.66	3.20±0.78	4.01±0.74	3.91±0.56
Çok	48	4.07±0.67	4.38±0.64	3.83±0.76	3.19±0.80	3.91±0.80	3.90±0.58
^a p		0.011*	0.555	0.261	0.144	0.185	0.056
Sağlıkla ilgili işe devamsızlık							
Yok	592	4.17±0.61	4.38±0.65	3.95±0.66	3.30±0.78	4.08±0.71	4.00±0.54
Var	148	4.01±0.69	4.35±0.68	3.84±0.69	3.23±0.82	3.94±0.78	3.89±0.59
^b p		0.008**	0.549	0.058	0.304	0.037*	0.029*
İş ile ilişkili sağlık geçmişi							
İyi (>15)	559	4.21±0.61	4.42±0.63	4.02±0.63	3.37±0.77	4.12±0.69	4.05±0.53
Kötü (≤ 15)	181	3.91±0.64	4.23±0.69	3.67±0.70	3.04±0.80	3.83±0.77	3.75±0.54
^a p		0.678	0.636	0.569	0.934	0.400	0.904
^a Oneway Anova Test			^b Student t Test	**p<0.01		*p<0.05	

Herhangi bir nedenden dolayı işe devamsızlık varlığına göre değerlendirmeler;

Herhangi bir nedenden dolayı işe devamsızlık varlığına göre katilimcilarin yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanlari istatistiksel olarak anlamli farklılık göstermektedir ($p=0.011$; $p<0.05$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; devamsızlığı olmayan katilimcilarin yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanlari, az devamsızlığı olanlardan anlamli düzeyde yuaksektir

($p=0.011$; $p<0.05$). Diğer grupların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

İşe devamsızlık varlığına göre katılımcıların bilişsel, duygusal, fiziksel, sosyal iyilik hali alt boyut ve toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Sağlıkla ilgili işe devamsızlık varlığına göre değerlendirmeler;

Sağlıkla ilgili işe devamsızlık varlığına göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.008$; $p<0.01$). Sağlıkla ilgili işe devamsızlık yapan katılımcıların iyilik hali puanları, işe devamsızlık yapmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür.

Katılımcıların sağlıkla ilgili işe devamsızlık varlığına göre bilişsel, duygusal ve fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Sağlıkla ilgili işe devamsızlık varlığına göre çalışmaya katılanların sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.037$; $p<0.05$). Sağlıkla ilgili işe devamsızlık yapan katılımcıların sosyal iyilik hali puanları, işe devamsızlık yapmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür.

Katılımcıların sağlıkla ilgili işe devamsızlık varlığına göre toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.029$; $p<0.05$). Sağlıkla ilgili işe devamsızlık yapan katılımcıların toplam ölçek puanları, işe devamsızlık yapmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür.

İş ile ilişkili sağlık geçmişi düzeyine göre değerlendirmeler;

İş ile ilişkili sağlık geçmişi düzeyine göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, bilişsel, duygusal, fiziksel, sosyal iyilik hali alt boyut ve toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 6.25. Ağrı Varlığına Göre İyilik Hali Yıldızı Ölçeğinin Değerlendirilmesi

	İyilik Hali Yıldızı Ölçeği						
	Yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma	Bilişsel	Duygusal	Fiziksel	Sosyal	Toplam	
		n	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Ağrı							
Yok	248	4.19±0.60	4.42±0.66	3.98±0.67	3.45±0.74	4.07±0.70	4.04±0.55
Var	492	4.11±0.64	4.35±0.65	3.91±0.66	3.20±0.80	4.04±0.73	3.95±0.55
^b p		0.100	0.179	0.185	0.001**	0.672	0.026*

^bStudent t Test

**p<0.01

*p<0.05

Ağrı varlığına göre değerlendirmeler;

Ağrı varlığına göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, bilişsel, duygusal ve sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Katılımcıların ağrı varlığına göre fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Ağrısı olan katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, ağrısı olmayanlardan düşüktür.

Ağrı varlığına göre çalışmaya katılanların toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Ağrısı olan katılımcıların toplam ölçek puanları, ağrısı olmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür.

Tablo 6.26. Sağlık Durumu ve Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Önemsemeye Göre İyilik Hali Yıldızı Ölçeğinin Değerlendirilmesi

	İyilik Hali Yıldızı Ölçeği						
	n	Yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma	Bilişsel	Duygusal	Fiziksel	Sosyal	Toplam
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Sağlık problemi							
Akut	44	4.07±0.54	4.29±0.71	3.78±0.63	2.93±0.74	4.10±0.67	3.86±0.49
Kronik	127	4.00±0.63	4.32±0.57	3.81±0.60	3.21±0.82	3.99±0.66	3.88±0.50
Yok	569	4.17±0.63	4.39±0.67	3.97±0.68	3.33±0.78	4.06±0.74	4.01±0.56
^a p		0.017*	0.351	0.016*	0.003**	0.510	0.021*
Genel sağlık durumunda problem							
Yok	218	4.26±0.64	4.40±0.69	4.04±0.68	3.52±0.76	4.10±0.72	4.09±0.58
Orta düzeyde	387	4.16±0.58	4.39±0.64	3.96±0.63	3.25±0.76	4.11±0.67	4.00±0.50
Yüksek düzeyde	135	3.86±0.68	4.31±0.62	3.68±0.69	3.01±0.83	3.79±0.83	3.75±0.55
^a p		0.001**	0.384	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**
Koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme							
Önemsemiyor	152	4.00±0.70	4.27±0.75	3.85±0.72	3.20±0.75	3.91±0.77	3.86±0.59
Önemsiyor	432	4.12±0.63	4.36±0.64	3.91±0.66	3.24±0.82	4.03±0.74	3.96±0.55
Çok önemsiyor	156	4.30±0.53	4.51±0.55	4.06±0.61	3.50±0.71	4.25±0.56	4.15±0.47
^a p		0.001**	0.004**	0.014*	0.001**	0.001**	0.001**

^aOneway Anova Test

^bStudent t Test

**p<0.01

*p<0.05

Sağlık problemi varlığına göre değerlendirmeler;

Sağlık problemi varlığına göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.017; p<0.05). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, kronik hastalığı olan katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları, kronik hastalığı olmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür (p=0.018; p<0.05). Diğer grupların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Katılımcıların sağlık problemi varlığına göre bilişsel ve sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Sağlık problemi varlığına göre çalışmaya katılanların duygusal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.016; p<0.05).

Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, kronik hastalığı olan katılımcıların duygusal iyilik hali puanları, kronik hastalığı olmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p=0.043$; $p<0.05$). Diğer grupların duygusal iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların sağlık problemi varlığına göre fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.003$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, akut hastalığı olan katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, akut hastalığı olmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p=0.004$; $p<0.01$). Diğer grupların fiziksel iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Sağlık problemi varlığına göre çalışmaya katılanların toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.021$; $p<0.05$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, kronik hastalığı olan katılımcıların toplam ölçek puanları, kronik hastalığı olmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p=0.044$; $p<0.05$). Diğer grupların toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Genel Sağlık durumuna göre değerlendirmeler;

Genel sağlık durumuna göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; genel sağlık durumunda problem olmayan ($p=0.001$) ve orta düzeyde problem olan ($p=0.001$) katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları, genel sağlık durumunda yüksek düzeyde problem olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Genel sağlık durumunda problem olmayan ve orta düzeyde problem olan katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.135$; $p>0.05$).

Katılımcıların genel sağlık durumuna göre bilişsel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Genel sağlık durumuna göre çalışmaya katılanların duygusal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; genel sağlık durumunda problem olmayan

($p=0.001$) ve orta düzeyde problem olan ($p=0.001$) katılımcıların duygusal iyilik hali puanları, yüksek düzeyde problem olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Genel sağlık durumunda problem olmayan ve orta düzeyde problem olan katılımcıların duygusal iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.330$; $p>0.05$).

Katılımcıların genel sağlık durumuna göre fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; genel sağlık durumunda problem olmayan ($p=0.001$) ve orta düzeyde problem olan ($p=0.006$) katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, yüksek düzeyde problem olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Genel sağlık durumunda problem olmayan katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları da, orta düzeyde problem olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0.001$; $p<0.01$).

Genel sağlık durumuna göre çalışmaya katılanların sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; genel sağlık durumunda problem olmayan ($p=0.001$) ve orta düzeyde problem olan ($p=0.001$) katılımcıların sosyal iyilik hali puanları, yüksek düzeyde problem olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Genel sağlık durumunda problem olmayan ve orta düzeyde problem olan katılımcıların sosyal iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=1.000$; $p>0.05$).

Çalışmaya katılanların genel sağlık durumuna göre toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; genel sağlık durumunda problem olmayan ($p=0.001$) ve orta düzeyde problem olan ($p=0.001$) katılımcıların toplam ölçek puanları, yüksek düzeyde problem olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Genel sağlık durumunda problem olmayan ve orta düzeyde problem olan katılımcıların toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.121$; $p>0.05$).

Koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme durumuna göre değerlendirmeler;

Koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme durumuna göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, koruyucu sağlık hizmetlerini çok önemseyen katılımcıların, yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları, önemseyen ($p=0.005$) ve önemsemeyen ($p=0.001$) katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Koruyucu sağlık hizmetlerini önemseyen ve önemsemeyen katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.118$; $p>0.05$).

Katılımcıların koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme durumuna göre bilişsel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.004$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, koruyucu sağlık hizmetlerini çok önemseyen katılımcıların bilişsel iyilik hali puanları, önemseyen ($p=0.043$) ve önemsemeyen ($p=0.003$) katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Koruyucu sağlık hizmetlerini önemseyen ve önemsemeyen katılımcıların bilişsel iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.384$; $p>0.05$).

Koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme durumuna göre çalışmaya katılanların duygusal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.014$; $p<0.05$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, koruyucu sağlık hizmetlerini çok önemseyen katılımcıların duygusal iyilik hali puanları, önemseyen ($p=0.015$) katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Diğer grupların duygusal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılanların koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme durumuna göre fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, koruyucu sağlık hizmetlerini çok önemseyen katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, önemseyen ($p=0.001$) ve önemsemeyen ($p=0.002$) katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Koruyucu sağlık hizmetlerini önemseyen ve önemsemeyen katılımcıların fiziksel

iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=1.000$; $p>0.05$).

Koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme durumuna göre katılımcıların sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, koruyucu sağlık hizmetlerini çok önemseyen katılımcıların sosyal iyilik hali puanları, önemseyen ($p=0.002$) ve önemsemeyen ($p=0.001$) katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Koruyucu sağlık hizmetlerini önemseyen ve önemsemeyen katılımcıların sosyal iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.251$; $p>0.05$).

Katılımcıların koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme durumuna göre toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, koruyucu sağlık hizmetlerini çok önemseyen katılımcıların toplam ölçek puanları, önemseyen ($p=0.001$) ve önemsemeyen ($p=0.001$) katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Koruyucu sağlık hizmetlerini önemseyen ve önemsemeyen katılımcıların toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.220$; $p>0.05$).

Tablo 6.27. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Genel Sağlık Algısının Değerlendirilmesi

	Genel sağlık algısı					p
	Mükemmel (n=49) n (%)	Çok iyi (n=141) n (%)	İyi (n=389) n (%)	Orta-kötü (n=156) n (%)	Emin değil, bilmiyor (n=5) n (%)	
Yaş (yıl)						
≤ 29 yaş	19 (7.9)	47 (19.7)	124 (51.9)	45 (18.8)	4 (1.7)	^e 0.014*
30-39 yaş	20 (6.4)	71 (22.7)	167 (53.4)	54 (17.3)	1 (0.3)	
40-49 yaş	8 (4.8)	21 (12.5)	86 (51.2)	53 (31.5)	0 (0.0)	
≥ 50 yaş	2 (10.0)	2 (10.0)	12 (60.0)	4 (20.0)	0 (0.0)	
Cinsiyet						
Erkek	27 (10.3)	54 (20.6)	130 (49.6)	47 (17.9)	4 (1.5)	^d 0.010*
Kadın	22 (4.6)	87 (18.2)	259 (54.2)	109 (22.8)	1 (0.2)	
BKİ (kg/m²)						
Zayıf	2 (8.7)	7 (30.4)	12 (52.2)	2 (8.7)	0 (0.0)	^e 0.001**
Normal	29 (7.2)	87 (21.6)	217 (54)	66 (16.4)	3 (0.7)	
Fazla kilo	15 (6.6)	35 (15.4)	121 (53.1)	55 (24.1)	2 (0.9)	
Obez	3 (3.4)	12 (13.8)	39 (44.8)	33 (37.9)	0 (0.0)	
Medeni durum						
Bekar	24 (9.0)	59 (22.1)	134 (50.2)	46 (17.2)	4 (1.5)	^e 0.018*
Evlü	22 (5.1)	71 (16.5)	239 (55.6)	97 (22.6)	1 (0.2)	
Dul/boşanmış/ ayrı	3 (7.0)	11 (25.6)	16 (37.2)	13 (30.2)	0 (0.0)	
Öğrenim durumu						
Okul bitirmemiş	2 (5.3)	3 (7.9)	25 (65.8)	8 (21.1)	0 (0.0)	^e 0.001**
İlköğretim	14 (6.0)	27 (11.6)	114 (48.9)	78 (33.5)	0 (0.0)	
Lise	9 (6.7)	21 (15.7)	62 (46.3)	39 (29.1)	3 (2.2)	
Üniversite	24 (7.2)	90 (26.9)	188 (56.1)	31 (9.3)	2 (0.6)	
Görevi						
Mavi yaka	26 (6.5)	51 (12.7)	197 (48.9)	124 (30.8)	5 (1.2)	^d 0.001**
Beyaz yaka	23 (6.8)	90 (26.7)	192 (57)	32 (9.5)	0 (0.0)	
Çalışma süresi (yıl)						
< 1 yıl	13 (6.2)	37 (17.5)	105 (49.8)	53 (25.1)	3 (1.4)	^d 0.345
1-3 yıl	12 (6.0)	45 (22.6)	97 (48.7)	44 (22.1)	1 (0.5)	
4-5 yıl	13 (9.6)	23 (16.9)	72 (52.9)	27 (19.9)	1 (0.7)	
6-10 yıl	8 (7.2)	24 (21.6)	62 (55.9)	17 (15.3)	0 (0.0)	
> 10 yıl	3 (3.6)	12 (14.5)	53 (63.9)	15 (18.1)	0 (0.0)	

^dPearson Ki-Kare test^eFisher-Freeman-Halton test

*p<0.05

**p<0.01

Emin olmayan katılımcılar istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır

Katılımcıların yaşlarına göre genel sağlık algıları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.014; p<0.05). Yaşı 29 ve 29'dan az olan ve 30-39 aralığında olan katılımcıların genel sağlık algısının çok iyi düzeyde olma oranı, 40-49 yaş aralığındaki katılımcılar ile 50 yaş ve üzeri katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Cinsiyetlerine göre katılımcıların genel sağlık algıları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.010$; $p<0.05$). Erkek katılımcıların genel sağlık algısının mükemmel düzeyde olma oranı, kadın katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların BKİ düzeylerine göre genel sağlık algıları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Obez katılımcıların genel sağlık algısının orta-kötü düzeyde olma oranı; zayıf, normal ve fazla kilolu katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir. Fazla kilolu katılımcıların genel sağlık algısının orta-kötü düzeyde olma oranı da zayıf ve normal kilolu katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Medeni durumlarına göre çalışmaya katılanların genel sağlık algıları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.018$; $p<0.05$). Evli katılımcıların genel sağlık algısının iyi düzeyde olma oranı, dul/boşanmış/ayrı katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların öğrenim durumlarına göre genel sağlık algıları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Üniversite mezunu katılımcıların genel sağlık algısının çok iyi düzeyde olma oranı, okul bitirmemiş, ilköğretim ve lise mezunu katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Çalışmaya katılanların görevlerine göre genel sağlık algıları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Mavi yaka grubu katılımcıların genel sağlık algısının orta-kötü düzeyde olma oranı, beyaz yaka grubu katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların çalışma sürelerine göre genel sağlık algıları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 6.28. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Sağlık Sorunu Varlığının Değerlendirilmesi

	Sağlık Sorunu			p
	Akut hastalık (n=44)	Kronik hastalık (n=127)	Sağlık sorunu yok (n=569)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Yaş (yıl)				
≤ 29 yaş	11 (4.6)	25 (10.5)	203 (84.9)	^e 0.001**
30-39 yaş	15 (4.8)	52 (16.6)	246 (78.6)	
40-49 yaş	16 (9.5)	45 (26.8)	107 (63.7)	
≥ 50 yaş	2 (10.0)	5 (25.0)	13 (65.0)	
Cinsiyet				
Erkek	6 (2.3)	36 (13.7)	220 (84.0)	^d 0.001**
Kadın	38 (7.9)	91 (19.0)	349 (73.0)	
BKİ (kg/m²)				
Zayıf	1 (4.3)	1 (4.3)	21 (91.3)	^e 0.040*
Normal	27 (6.7)	56 (13.9)	319 (79.4)	
Fazla kilo	12 (5.3)	47 (20.6)	169 (74.1)	
Obez	4 (4.6)	23 (26.4)	60 (69.0)	
Medeni durum				
Bekar	14 (5.2)	31 (11.6)	222 (83.1)	^e 0.015*
Evlü	27 (6.3)	84 (19.5)	319 (74.2)	
Dul/boşanmış/ayrı	3 (7.0)	12 (27.9)	28 (65.1)	
Öğrenim durumu				
Okul bitirmemiş	3 (7.9)	3 (7.9)	32 (84.2)	^e 0.001**
İlköğretim	18 (7.7)	53 (22.7)	162 (69.5)	
Lise	5 (3.7)	31 (23.1)	98 (73.1)	
Üniversite	18 (5.4)	40 (11.9)	277 (82.7)	
Görevi				
Mavi yaka	25 (6.2)	86 (21.3)	292 (72.5)	^d 0.003**
Beyaz yaka	19 (5.6)	41 (12.2)	277 (82.2)	
Çalışma süresi (yıl)				
< 1 yıl	10 (4.7)	41 (19.4)	160 (75.8)	^e 0.889
1-3 yıl	12 (6.0)	33 (16.6)	154 (77.4)	
4-5 yıl	8 (5.9)	23 (16.9)	105 (77.2)	
6-10 yıl	6 (5.4)	17 (15.3)	88 (79.3)	
> 10 yıl	8 (9.6)	13 (15.7)	62 (74.7)	

^dPearson Ki-Kare test^eFisher-Freeman-Halton test

*p<0.05

**p<0.01

Katılımcıların yaşlarına göre sağlık sorunu bulunma oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.001; p<0.01). Yaşı 50 ve üzeri katılımcılar ile 40-49 yaş aralığındaki katılımcıların kronik hastalığı bulunma oranı, yaşı 29 ve 29'dan az ve 30-39 yaş aralığında olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Cinsiyetlerine göre çalışmaya katılanların sağlık sorunu bulunma oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.001; p<0.01). Kadın

katılımcılarda akut hastalık görülme oranı, erkek katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların BKİ düzeylerine göre sağlık sorunu bulunma oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.040$; $p<0.05$). Obez ve fazla kilolu katılımcılarda kronik hastalık görülme oranı, zayıf ve normal kilolu katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Medeni durumlarına göre çalışmaya katılanlarda sağlık sorunu bulunma oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.015$; $p<0.05$). Dul/boşanmış/ayrı katılımcılarda kronik hastalık görülme oranı, evli ve bekar katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların öğrenim durumlarına göre sağlık sorunu bulunma oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). İlköğretim ve lise mezunu katılımcılarda kronik hastalık görülme oranı, üniversite mezunu ve okul bitirmemiş katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Görevlerine göre çalışmaya katılanlarda sağlık sorunu bulunma oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.003$; $p<0.01$). Mavi yaka katılımcılarda kronik hastalık görülme oranı, beyaz yaka grubu katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların çalışma sürelerine göre sağlık sorunu oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 6.29. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Önemseme Oranlarının Değerlendirilmesi

	Koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme			p
	Önemsemiyor (n=152) n (%)	Önemsiyor (n=432) n (%)	Çok önemsiyor (n=156) n (%)	
Yaş (yıl)				
≤ 29 yaş	67 (28.0)	136 (56.9)	36 (15.1)	^d 0.005**
30-39 yaş	58 (18.5)	177 (56.5)	78 (24.9)	
40-49 yaş	25 (14.9)	106 (63.1)	37 (22.0)	
≥ 50 yaş	2 (10.0)	13 (65.0)	5 (25.0)	
Cinsiyet				
Erkek	81 (30.9)	144 (55.0)	37 (14.1)	^d 0.001**
Kadın	71 (14.9)	288 (60.3)	119 (24.9)	
BKİ (kg/m²)				
Zayıf	4 (17.4)	13 (56.5)	6 (26.1)	^d 0.285
Normal	82 (20.4)	236 (58.7)	84 (20.9)	
Fazla kilo	56 (24.6)	126 (55.3)	46 (20.2)	
Obez	10 (11.5)	57 (65.5)	20 (23.0)	
Medeni durum				
Bekar	69 (25.8)	153 (57.3)	45 (16.9)	^d 0.030*
Evlü	77 (17.9)	250 (58.1)	103 (24.0)	
Dul/boşanmış/ayrı	6 (14.0)	29 (67.4)	8 (18.6)	
Öğrenim durumu				
Okul bitirmemiş	5 (13.2)	26 (68.4)	7 (18.4)	^d 0.001**
İlköğretim	63 (27.0)	140 (60.1)	30 (12.9)	
Lise	33 (24.6)	77 (57.5)	24 (17.9)	
Üniversite	51 (15.2)	189 (56.4)	95 (28.4)	
Görevi				
Mavi yaka	99 (24.6)	247 (61.3)	57 (14.1)	^d 0.001**
Beyaz yaka	53 (15.7)	185 (54.9)	99 (29.4)	
Çalışma süresi (yıl)				
< 1 yıl	43 (20.4)	133 (63.0)	35 (16.6)	^d 0.053
1-3 yıl	40 (20.1)	119 (59.8)	40 (20.1)	
4-5 yıl	39 (28.7)	66 (48.5)	31 (22.8)	
6-10 yıl	19 (17.1)	66 (59.5)	31 (22.8)	
> 10 yıl	11 (13.3)	48 (57.8)	24 (28.9)	

^dPearson Ki-Kare test

^eFisher-Freeman-Halton test

*p<0.05

**p<0.01

Katılımcıların yaşlarına göre koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.005; p<0.01). Yaşı 50 yaş ve üzeri, 40-49 yaş ve 30-39 yaş aralığında olan katılımcılarda koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme oranı, yaşı 29 ve 29'dan az olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Cinsiyetlerine göre katılımcıların koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Kadın katılımcılarda koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme oranı, erkek katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Çalışmaya katılanların medeni durumlarına göre koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.030$; $p<0.05$). Evli katılımcılarda koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme oranı, bekar katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların öğrenim durumlarına göre koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Üniversite mezunu katılımcılarda koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme oranı; lise, ilköğretim mezunu ve okul bitirmemiş katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Görevlerine göre katılımcıların koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Beyaz yaka katılımcılarda koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme oranı, mavi yaka katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların BKİ düzeylerine ve çalışma sürelerine göre koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 6.30. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Fiziksel Aktivitenin Değerlendirilmesi

	Fiziksel aktivite			p
	Evet (n=497)	Hayır (n=220)	Emin değil (n=23)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Yaş (yıl)				
≤ 29 yaş	183 (76.6)	48 (20.1)	8 (3.3)	^d 0.001**
30-39 yaş	206 (65.8)	95 (30.4)	12 (3.8)	
40-49 yaş	97 (57.7)	68 (40.5)	3 (1.8)	
≥ 50 yaş	11 (55.0)	9 (45.0)	0 (0.0)	
Cinsiyet				
Erkek	176 (67.2)	76 (29.0)	10 (3.8)	^d 0.823
Kadın	321 (67.2)	144 (30.1)	13 (2.7)	
BKİ (kg/m²)				
Zayıf	16 (69.6)	6 (26.1)	1 (4.3)	^d 0.042*
Normal	285 (70.9)	102 (25.4)	15 (3.7)	
Fazla kilo	142 (62.3)	81 (35.5)	5 (2.2)	
Obez	54 (62.1)	31 (35.6)	2 (2.3)	
Medeni durum				
Bekar	198 (74.2)	60 (22.5)	9 (3.4)	^d 0.005**
Evli	273 (63.5)	145 (33.7)	12 (2.8)	
Dul/boşanmış/ayrı	26 (60.5)	15 (34.9)	2 (4.7)	
Öğrenim durumu				
Okul bitirmemiş	17 (44.7)	19 (50.0)	2 (5.3)	^d 0.001**
İlköğretim	120 (51.5)	107 (45.9)	6 (2.6)	
Lise	91 (67.9)	39 (29.1)	4 (3.0)	
Üniversite	269 (80.3)	55 (16.4)	11 (3.3)	
Görevi				
Mavi yaka	231 (57.3)	160 (39.7)	12 (3.0)	^d 0.001**
Beyaz yaka	266 (78.9)	60 (17.8)	11 (3.3)	
Çalışma süresi (yıl)				
< 1 yıl	146 (69.2)	59 (28.0)	6 (2.8)	^d 0.880
1-3 yıl	136 (68.3)	57 (28.6)	6 (3.0)	
4-5 yıl	87 (64.0)	44 (32.4)	5 (3.7)	
6-10 yıl	75 (67.6)	34 (30.6)	2 (1.8)	
> 10 yıl	53 (63.9)	26 (31.3)	4 (4.8)	

^dPearson Ki-Kare test^eFisher-Freeman-Halton test

*p<0.05

**p<0.01

Emin olmayan katılımcılar istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır

Katılımcıların yaşlarına göre fiziksel aktivitede bulunma oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.001; p<0.01). Yaşı 29 ve 29'dan az olan katılımcıların fiziksel aktivitede bulunma oranı, diğer katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Cinsiyetlerine göre katılımcıların fiziksel aktivitede bulunma görülme oranı, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Katılımcıların BKİ düzeylerine göre fiziksel aktivitede bulunma oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.042$; $p<0.05$). BKİ düzeyi normal olan katılımcıların fiziksel aktivitede bulunma oranı, diğer katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Medeni durumlarına göre çalışmaya katılanların fiziksel aktivitede bulunma oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.005$; $p<0.01$). Bekar katılımcıların fiziksel aktivitede bulunma oranı, evli ve dul/boşanmış/ayrı katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların öğrenim durumlarına göre fiziksel aktivitede bulunma oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Üniversite ve lise mezunu katılımcıların fiziksel aktivitede bulunma oranı, ilköğretim mezunu ve okul bitirmemiş katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Görevlerine göre çalışmaya katılanların fiziksel aktivitede bulunma oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Beyaz yaka katılımcıların fiziksel aktivitede bulunma oranı, mavi yaka katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların çalışma sürelerine göre fiziksel aktivitede bulunma oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 6.31. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Sigara Riskinin Değerlendirilmesi

	Sigara risk düzeyi				p
	Risk yok (n=362)	Hafif risk (n=90)	Orta düzey (n=60)	Yüksek risk (n=224)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Yaş (yıl)					
≤ 29 yaş	112 (46.9)	28 (11.7)	28 (11.7)	71 (29.7)	^e 0.001**
30-39 yaş	166 (53.0)	37 (11.8)	22 (7.0)	88 (28.1)	
40-49 yaş	79 (47.0)	18 (10.7)	13 (7.7)	58 (34.5)	
≥ 50 yaş	5 (25.0)	7 (35.0)	1 (5.0)	7 (35.0)	
Cinsiyet					
Erkek	89 (34.0)	41 (15.6)	24 (9.2)	108 (41.2)	^d 0.695
Kadın	273 (57.1)	49 (10.3)	40 (8.4)	116 (24.3)	
BKİ (kg/m²)					
Zayıf	15 (65.2)	3 (13.0)	3 (13.0)	2 (8.7)	^e 0.112
Normal	197 (49.0)	43 (10.7)	38 (9.5)	124 (30.8)	
Fazla kilo	101 (44.3)	36 (15.8)	19 (8.3)	72 (31.6)	
Obez	49 (56.3)	8 (9.2)	4 (4.6)	26 (29.9)	
Medeni durum					
Bekar	128 (47.9)	25 (9.4)	29 (10.9)	85 (31.8)	^e 0.263
Evli	216 (50.2)	58 (13.5)	33 (7.7)	123 (28.6)	
Dul/boşanmış/ayrı	18 (41.9)	7 (16.3)	2 (4.7)	16 (37.2)	
Öğrenim durumu					
Okul bitirmemiş	12 (31.6)	7 (18.4)	1 (2.6)	18 (47.4)	^e 0.001**
İlköğretim	103 (44.2)	27 (11.6)	10 (4.3)	93 (39.9)	
Lise	63 (47.0)	13 (9.7)	11 (8.2)	47 (35.1)	
Üniversite	184 (54.9)	43 (12.8)	42 (12.5)	66 (19.7)	
Görevi					
Mavi yaka	180 (44.7)	45 (11.2)	20 (5.0)	158 (39.2)	^d 0.001**
Beyaz yaka	182 (54.0)	45 (13.4)	44 (13.1)	66 (19.6)	
Çalışma süresi (yıl)					
< 1 yıl	89 (42.2)	27 (12.8)	17 (8.1)	78 (37.0)	^e 0.943
1-3 yıl	101 (50.8)	21 (10.6)	17 (8.5)	60 (30.2)	
4-5 yıl	73 (53.7)	14 (10.3)	11 (8.1)	38 (27.9)	
6-10 yıl	62 (55.9)	14 (12.6)	12 (10.8)	23 (20.7)	
> 10 yıl	37 (44.6)	14 (16.9)	7 (8.4)	25 (30.1)	

^dPearson Ki-Kare test^eFisher-Freeman-Halton test

**p<0.01

Katılımcıların yaşlarına göre sigara açısından risk düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.001; p<0.01). Yaşı 50 ve üzeri olan katılımcılarda sigara açısından hafif risk görülme oranı, diğer yaş gruplarındaki katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Cinsiyetlerine, BKİ düzeylerine, medeni durumlarına ve çalışma sürelerine göre çalışmaya katılanların sigara açısından risk düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Katılımcıların öğrenim durumlarına göre sigara açısından risk düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Okul bitirmemiş katılımcılar ile ilköğretim ve lise mezunu katılımcıların sigara açısından yüksek riske sahip olma oranı, üniversite mezunlarından anlamlı düzeyde yüksektir.

Görevlerine göre çalışmaya katılanların sigara açısından risk düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Mavi yaka katılımcıların sigara açısından yüksek riske sahip olma oranı, beyaz yaka katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.



Tablo 6.32. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Alkol Riskinin Değerlendirilmesi

	Alkolün sağlık üzerine Risk düzeyi			p
	Risk yok (n=437)	Risk Var (n=237)	Emin değil (n=70)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Yaş (yıl)				
≤ 29 yaş	128 (53.6)	81 (33.9)	30 (12.6)	^c 0.053
30-39 yaş	177 (56.5)	108 (34.5)	28 (8.9)	
40-49 yaş	115 (68.5)	43 (25.6)	10 (6.0)	
≥ 50 yaş	13 (65.0)	5 (25.0)	2 (10.0)	
Cinsiyet				
Erkek	147 (56.1)	82 (31.3)	33 (12.6)	^d 0.096
Kadın	286 (59.8)	155 (32.4)	37 (7.7)	
BKİ (kg/m²)				
Zayıf	13 (56.5)	7 (30.4)	3 (13.0)	^e 0.001**
Normal	195 (48.5)	165 (41.0)	42 (10.4)	
Fazla kilo	156 (68.4)	55 (24.1)	17 (7.5)	
Obez	69 (79.3)	10 (11.5)	8 (9.2)	
Medeni durum				
Bekar	120 (44.9)	114 (42.7)	33 (12.4)	^e 0.001**
Evli	289 (67.2)	109 (25.3)	32 (7.4)	
Dul/boşanmış/ayrı	24 (55.8)	14 (32.6)	5 (11.6)	
Öğrenim durumu				
Okul bitirmemiş	28 (73.7)	5 (13.2)	5 (13.2)	^e 0.001**
İlköğretim	198 (85.0)	15 (6.4)	20 (8.6)	
Lise	95 (70.9)	26 (19.4)	13 (9.7)	
Üniversite	112 (33.4)	191 (57.0)	32 (9.6)	
Görevi				
Mavi yaka	328 (81.4)	38 (9.4)	37 (9.2)	^d 0.001**
Beyaz yaka	105 (31.2)	199 (59.1)	33 (9.8)	
Çalışma süresi (yıl)				
< 1 yıl	144 (68.2)	49 (23.2)	18 (8.5)	^d 0.022*
1-3 yıl	109 (54.8)	70 (35.2)	20 (10.1)	
4-5 yıl	80 (58.8)	42 (30.9)	14 (10.3)	
6-10 yıl	63 (56.8)	40 (36.0)	8 (7.2)	
> 10 yıl	37 (44.6)	36 (43.4)	10 (12.0)	

^dPearson Ki-Kare test^eFisher-Freeman-Halton test

*p<0.05

**p<0.01

Katılımcıların yaşlarına ve cinsiyetlerine göre alkol açısından risk varlığı oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Sağlık riskleri arasında yer alan alkol riski ile BKİ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (p<0,01). Normal kilolu ve zayıf katılımcıların alkol riski, fazla kilolu ve obez olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Medeni durumlarına göre katılımcıların alkol açısından risk varlığı oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.001; p<0.01). Bekar

katılımcılarda alkol açısından risk görülme oranı, evli katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların öğrenim durumlarına göre alkol açısından risk varlığı oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Üniversite mezunu katılımcılarda alkol açısından risk görülme oranı; lise, ilköğretim mezunu ve okul bitirmemiş katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir. Lise mezunu katılımcılarda alkol açısından risk görülme oranı da ilköğretim mezunu ve okul bitirmemiş katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Görevlerine göre çalışmaya katılanların alkol açısından risk varlığı oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Beyaz yaka katılımcılarda alkol açısından risk görülme oranı, mavi yaka katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların çalışma sürelerine göre alkol açısından risk varlığı oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.022$; $p<0.05$). Çalışma süresi 10 yıl üzeri olan katılımcılarda alkol açısından risk görülme oranı, çalışma süresi 1 yıldan az olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 6.33. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Beslenme Riskinin Değerlendirilmesi

	Beslenme riski			p
	Çok yüksek/ yüksek (n=280)	Orta risk (n=219)	Düşük/çok düşük (n=226)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Yaş (yıl)				
≤ 29 yaş	108 (46.8)	74 (32.0)	49 (21.2)	^d 0.003**
30-39 yaş	109 (35.6)	86 (28.1)	111 (36.3)	
40-49 yaş	59 (35.1)	50 (29.8)	59 (35.1)	
≥ 50 yaş	4 (20.0)	9 (45.0)	7 (35.0)	
Cinsiyet				
Erkek	133 (52.0)	85 (33.2)	38 (14.8)	^d 0.001**
Kadın	147 (31.3)	134 (28.6)	188 (40.1)	
BKİ (kg/m²)				
Zayıf	7 (30.4)	8 (34.8)	8 (34.8)	^d 0.418
Normal	138 (35.4)	122 (31.3)	130 (33.3)	
Fazla kilo	97 (42.7)	63 (27.8)	67 (29.5)	
Obez	38 (44.7)	26 (30.6)	21 (24.7)	
Medeni durum				
Bekar	115 (44.7)	86 (33.5)	56 (21.8)	^d 0.001**
Evli	153 (35.9)	123 (28.9)	150 (35.2)	
Dul/boşanmış/ayrı	12 (28.6)	10 (23.8)	20 (47.6)	
Öğrenim durumu				
Okul bitirmemiş	15 (40.5)	11 (29.7)	11 (29.7)	^d 0.001**
İlköğretim	95 (41.5)	76 (33.2)	58 (25.3)	
Lise	67 (51.1)	44 (33.6)	20 (15.3)	
Üniversite	103 (31.4)	88 (26.8)	137 (41.8)	
Görevi				
Mavi yaka	180 (45.5)	127 (32.1)	89 (22.5)	^d 0.001**
Beyaz yaka	100 (30.4)	92 (28.0)	137 (41.6)	
Çalışma süresi (yıl)				
< 1 yıl	76 (36.7)	75 (36.2)	56 (27.1)	^d 0.004**
1-3 yıl	90 (46.4)	54 (27.8)	50 (25.8)	
4-5 yıl	52 (39.1)	40 (30.1)	41 (30.8)	
6-10 yıl	37 (33.9)	33 (30.3)	39 (35.8)	
> 10 yıl	25 (30.5)	17 (20.7)	40 (48.8)	

^dPearson Ki-Kare test

**p<0.01

Katılımcıların yaşlarına göre beslenme açısından risk düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.003; p<0.01). Yaşı 50 ve üzerinde olan katılımcılarda beslenme açısından orta düzeyde risk görülme oranı, 30-39 ve 40-49 yaş aralığındaki katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Cinsiyetlerine göre katılımcıların beslenme açısından risk düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.001; p<0.01). Kadın katılımcılarda beslenme açısından çok düşük/düşük düzeyde risk görülme oranı, erkek katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Çalışmaya katılanların medeni durumlarına göre beslenme açısından risk düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Dul/boşanmış/ayrı katılımcılarda beslenme açısından çok düşük/düşük düzeyde risk görülme oranı, bekar katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların öğrenim durumlarına göre beslenme açısından risk düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Üniversite mezunu katılımcılarda beslenme açısından çok düşük/düşük düzeyde risk görülme oranı; lise, ilköğretim mezunu ve okul bitirmemiş katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Görevlerine göre çalışmaya katılanların beslenme açısından risk düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Beyaz yaka katılımcılarda beslenme açısından çok düşük/düşük düzeyde risk görülme oranı, mavi yaka katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların çalışma sürelerine göre beslenme açısından risk düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.004$; $p<0.01$). Çalışma süresi 10 yılın üzerinde olan katılımcılarda beslenme açısından çok düşük/düşük düzeyde risk görülme oranı, diğer katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 6.34. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Uyku Riskinin Değerlendirilmesi

	Uyku riski			p
	Yok (n=220) n (%)	Var (n=467) n (%)	Emin değil (n=53) n (%)	
Yaş (yıl)				
≤ 29 yaş	49 (20.5)	163 (68.2)	27 (11.3)	^e 0.001**
30-39 yaş	105 (33.5)	190 (60.7)	18 (5.8)	
40-49 yaş	58 (34.5)	104 (61.9)	6 (3.6)	
≥ 50 yaş	8 (40.0)	10 (50.0)	2 (10.0)	
Cinsiyet				
Erkek	73 (27.9)	166 (63.4)	23 (8.8)	^d 0.375
Kadın	147 (30.8)	301 (63.0)	30 (6.3)	
BKİ (kg/m²)				
Zayıf	4 (17.4)	18 (78.3)	1 (4.3)	^e 0.628
Normal	119 (29.6)	251 (62.4)	32 (8.0)	
Fazla kilo	71 (31.1)	140 (61.4)	17 (7.5)	
Obez	26 (29.9)	58 (66.7)	3 (3.4)	
Medeni durum				
Bekar	64 (24.0)	175 (65.5)	28 (10.5)	^e 0.017*
Evli	141 (32.8)	265 (61.6)	24 (5.6)	
Dul/boşanmış/ayrı	15 (34.9)	27 (62.8)	1 (2.3)	
Öğrenim durumu				
Okul bitirmemiş	13 (34.2)	21 (55.3)	4 (10.5)	^e 0.061
İlköğretim	71 (30.5)	148 (63.5)	14 (6.0)	
Lise	28 (20.9)	90 (67.2)	16 (11.9)	
Üniversite	108 (32.2)	208 (62.1)	19 (5.7)	
Görevi				
Mavi yaka	111 (27.5)	257 (63.8)	35 (8.7)	^d 0.114
Beyaz yaka	109 (32.3)	210 (62.3)	18 (5.3)	
Çalışma süresi (yıl)				
< 1 yıl	56 (26.5)	141 (66.8)	14 (6.6)	^d 0.140
1-3 yıl	63 (31.7)	120 (60.3)	16 (8.0)	
4-5 yıl	34 (25.0)	95 (69.9)	7 (5.1)	
6-10 yıl	33 (29.7)	66 (59.5)	12 (10.8)	
> 10 yıl	34 (41.0)	45 (54.2)	4 (4.8)	

^dPearson Ki-Kare test ^eFisher-Freeman-Halton test **p<0.01 *p<0.05

Katılımcıların yaşlarına göre uyku riski düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.001; p<0.01). Yaşı 50 ve üzeri olan katılımcılarda uyku riski bulunma oranı; yaşı 29 ve altında olan, 30-39 yaş ve 40-49 yaş aralığında olan katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür.

Cinsiyetlerine, BKİ düzeylerine, öğrenim durumlarına, görevlerine ve çalışma sürelerine göre katılımcıların uyku risk düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Katılımcıların medeni durumlarına göre uyku risk düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.017$; $p<0.05$). Bekar katılımcıların uyku riski açısından emin olmama oranı, dul/boşanmış/ayrı katılımcılardan daha yüksektir.

Tablo 6.35. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Stres Riski Düzeyinin Değerlendirilmesi

	Stres risk düzeyi				p
	Yok veya düşük (n=167)	Orta riskli (n=308)	Yüksek riskli (n=261)	•Cevapsız (n=4)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Yaş (yıl)					
< 29 yaş	52 (21.8)	96 (40.2)	90 (37.7)	1 (0.4)	^d 0.940
30-39 yaş	68 (21.7)	132 (42.2)	110 (35.1)	3 (1.0)	
40-49 yaş	42 (25.0)	72 (42.9)	54 (32.1)	0 (0.0)	
≥ 50 yaş	5 (25.0)	8 (40.0)	7 (35.0)	0 (0.0)	
Cinsiyet					
Erkek	55 (21.0)	104 (39.7)	102 (38.9)	1 (0.4)	^d 0.309
Kadın	112 (23.4)	204 (42.7)	159 (33.3)	3 (0.6)	
BKİ (kg/m²)					
Zayıf	7 (30.4)	9 (39.1)	7 (30.4)	0 (0.0)	^d 0.777
Normal	94 (23.4)	166 (41.3)	138 (34.3)	4 (1.0)	
Fazla kilo	52 (22.8)	94 (41.2)	82 (36.0)	0 (0.0)	
Obez	14 (16.1)	39 (44.8)	34 (39.1)	0 (0.0)	
Medeni durum					
Bekar	62 (23.2)	105 (39.3)	97 (36.3)	3 (1.1)	^d 0.499
Evli	99 (23.0)	185 (43.0)	145 (33.7)	1 (0.2)	
Dul/boşanmış/ayrı	6 (14.0)	18 (41.9)	19 (44.2)	0 (0.0)	
Öğrenim durumu					
Okul bitirmemiş	8 (21.1)	16 (42.1)	14 (36.8)	0 (0.0)	^d 0.007**
İlköğretim	47 (20.2)	94 (40.3)	90 (38.6)	2 (0.9)	
Lise	23 (17.2)	48 (35.8)	63 (47.0)	0 (0.0)	
Üniversite	89 (26.6)	150 (44.8)	94 (28.1)	2 (0.6)	
Görevi					
Mavi yaka	76 (18.9)	157 (39.0)	168 (41.7)	2 (0.5)	^d 0.001**
Beyaz yaka	91 (27.0)	151 (44.8)	93 (27.6)	2 (0.6)	
Çalışma süresi (yıl)					
< 1 yıl	51 (24.2)	97 (46.0)	63 (29.9)	0 (0.0)	^d 0.530
1-3 yıl	43 (21.6)	76 (38.2)	77 (38.7)	3 (1.5)	
4-5 yıl	31 (22.8)	52 (38.2)	53 (39.0)	0 (0.0)	
6-10 yıl	28 (25.2)	46 (41.4)	37 (33.3)	0 (0.0)	
> 10 yıl	14 (16.9)	37 (44.6)	31 (37.3)	1 (1.2)	

^dPearson Ki-Kare test

^eFisher-Freeman-Halton test

** $p<0.01$

•Cevapsız katılımcılar istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır

Katılımcıların yaşlarına, cinsiyetlerine, BKİ düzeylerine, medeni durumlarına ve çalışma sürelerine göre stres açısından risk düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Öğrenim durumlarına göre çalışmaya katılanların stres açısından risk düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.007; p<0.01). Okul bitirmemiş katılımcılar ile ilköğretim ve lise mezunu katılımcıların stres açısından yüksek riske sahip olma oranı, üniversite mezunlarından anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların görevlerine göre stres açısından risk düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.001; p<0.01). Mavi yaka katılımcıların stres açısından yüksek riske sahip olma oranı, beyaz yaka katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 6.36. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Mental Riskin Değerlendirilmesi

	Mental risk düzeyi				p
	Risk yok (n=198)	Orta riskli (n=247)	Riskli (n=187)	Emin değil (n=108)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Yaş (yıl)					
≤ 29 yaş	52 (21.8)	74 (31.0)	71 (29.7)	42 (17.6)	^e 0.009**
30-39 yaş	86 (27.5)	105 (33.5)	71 (22.7)	51 (16.3)	
40-49 yaş	49 (29.2)	64 (38.1)	41 (24.4)	14 (8.3)	
≥ 50 yaş	11 (55.0)	4 (2.0)	4 (20.0)	1 (5.0)	
Cinsiyet					
Erkek	72 (27.5)	89 (34.0)	61 (23.3)	40 (15.3)	^d 0.882
Kadın	126 (26.4)	158 (33.1)	126 (26.4)	68 (14.2)	
BKİ (kg/m²)					
Zayıf	7 (30.4)	9 (39.1)	4 (17.4)	3 (13.0)	^e 0.732
Normal	99 (24.6)	130 (32.3)	110 (27.4)	63 (15.7)	
Fazla kilo	70 (30.7)	79 (34.6)	49 (21.5)	30 (13.2)	
Obez	22 (25.3)	29 (33.3)	24 (27.6)	12 (13.8)	
Medeni durum					
Bekar	57 (21.3)	87 (32.6)	76 (28.5)	47 (17.6)	^d 0.078
Evli	130 (30.2)	142 (33.0)	100 (23.3)	58 (13.5)	
Dul/boşanmış/ayrı	11 (25.6)	18 (41.9)	11 (25.6)	3 (7.0)	
Öğrenim durumu					
Okul bitirmemiş	10 (26.3)	12 (31.6)	9 (23.7)	7 (18.4)	^d 0.103
İlköğretim	70 (30.0)	74 (31.8)	69 (29.6)	20 (8.6)	
Lise	35 (26.1)	40 (29.9)	35 (26.1)	24 (17.9)	
Üniversite	83 (24.8)	121 (36.1)	74 (22.1)	57 (17.0)	
Görevi					
Mavi yaka	113 (28.0)	122 (30.3)	115 (28.5)	53 (13.2)	^d 0.044*
Beyaz yaka	85 (25.2)	125 (37.1)	72 (21.4)	55 (16.3)	
Çalışma süresi (yıl)					
< 1 yıl	52 (24.6)	76 (36.0)	59 (28.0)	24 (11.4)	^d 0.619
1-3 yıl	46 (23.1)	72 (36.2)	50 (25.1)	31 (15.6)	
4-5 yıl	41 (30.1)	40 (29.4)	35 (25.7)	20 (14.7)	
6-10 yıl	32 (28.8)	32 (28.8)	26 (23.4)	21 (18.9)	
> 10 yıl	27 (32.5)	27 (32.5)	17 (20.5)	12 (14.5)	

^dPearson Ki-Kare test

^eFisher-Freeman-Halton test

**p<0.01

*p<0.05

Katılımcıların yaşlarına göre mental açıdan risk düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.009$; $p<0.01$). Yaşı 50 ve üzeri olan katılımcıların mental açıdan risklerinin olmama oranı; yaşı 29 ve altında olan, 30-39 yaş ve 40-49 yaş aralığında olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Görevlerine göre çalışmaya katılanların mental açıdan risk düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.044$; $p<0.05$). Mavi yaka katılımcılarda yüksek mental risk görülme oranı, beyaz yaka katılımcılardan daha yüksektir. Katılımcıların cinsiyetlerine, BKİ düzeylerine, medeni durumlarına, öğrenim durumlarına ve çalışma sürelerine göre mental açıdan risk düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 6.37. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Genel Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi

	Genel sağlık durumu			p
	Problem yok (n=218) n (%)	Orta düzeyde problem (n=387) n (%)	Yüksek düzeyde problem (n=135) n (%)	
Yaş (yıl)				
≤ 29 yaş	69 (28.9)	113 (47.3)	57 (23.8)	^c 0.049*
30-39 yaş	92 (29.4)	178 (56.9)	43 (13.7)	
40-49 yaş	48 (28.6)	88 (52.4)	32 (19.0)	
≥ 50 yaş	9 (45.0)	8 (40.0)	3 (15.0)	
Cinsiyet				
Erkek	86 (32.8)	147 (56.1)	29 (11.1)	^d 0.001**
Kadın	132 (27.6)	240 (50.2)	106 (22.2)	
BKİ (kg/m²)				
Zayıf	7 (30.4)	11 (47.8)	5 (21.7)	^c 0.694
Normal	114 (28.4)	215 (53.5)	73 (18.2)	
Fazla kilo	72 (31.6)	120 (52.6)	36 (15.8)	
Obez	25 (28.7)	41 (47.1)	21 (24.1)	
Medeni durum				
Bekar	80 (30.0)	139 (52.1)	48 (18.0)	^d 0.986
Evli	125 (29.1)	227 (52.8)	78 (18.1)	
Dul/boşanmış/ayrı	13 (30.2)	21 (48.8)	9 (20.9)	
Öğrenim durumu				
Okul bitirmemiş	9 (23.7)	20 (52.6)	9 (23.7)	^d 0.390
İlköğretim	78 (33.5)	109 (46.8)	46 (19.7)	
Lise	40 (29.9)	69 (51.5)	25 (18.7)	
Üniversite	91 (27.2)	189 (56.4)	55 (16.4)	
Görevi				
Mavi yaka	127 (31.5)	193 (47.9)	83 (20.6)	^d 0.027*
Beyaz yaka	91 (27.0)	194 (57.6)	52 (15.4)	
Çalışma süresi (yıl)				
< 1 yıl	66 (31.3)	103 (48.8)	42 (19.9)	^d 0.035*
1-3 yıl	39 (19.6)	118 (59.3)	42 (21.1)	
4-5 yıl	48 (35.3)	64 (47.1)	24 (17.6)	
6-10 yıl	40 (36.0)	56 (50.5)	15 (13.5)	
> 10 yıl	25 (30.1)	46 (55.4)	12 (14.5)	

^dPearson Ki-Kare test

^cFisher-Freeman-Halton test

** $p<0.01$

* $p<0.05$

Katılımcıların BKİ düzeylerine, medeni durumlarına ve öğrenim durumlarına göre genel sağlık durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Yaşlarına göre çalışmaya katılanların genel sağlık durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.049$; $p<0.05$). Yaşı 29 ve 29'dan az olan katılımcıların yüksek düzeyde sağlık problemi yaşama oranı, 30-39 yaş aralığında olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Cinsiyetlerine göre katılımcıların genel sağlık durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Kadınlarda yüksek düzeyde sağlık problemi yaşama oranı, erkeklerden anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların görevlerine göre genel sağlık durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.027$; $p<0.05$). Beyaz yaka katılımcıların orta düzeyde sağlık problemi yaşama oranı, mavi yakadan anlamlı düzeyde yüksektir.

Çalışma sürelerine göre katılımcıların genel sağlık durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.035$; $p<0.05$). Çalışma süresi 1 yılın altında, 4-5 yıl, 6-10 yıl ve 10 yılın üstünde olan katılımcılarda problem görülme oranı, 1-3 yıl olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 6.38. Mavi - Beyaz Yaka Olma Durumuna Göre İşe Devamsızlık, Sağlıkla İlgili İşe Devamsızlık, İş İle İlgili Sağlık Geçmişi ve Yaralanma Oranlarının Değerlendirilmesi

	Görevi			^d p
	Mavi yaka (n=403)	Beyaz yaka (n=337)	Toplam (n=740)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
İşe devamsızlık				
Yok	276 (68.5)	234 (69.4)	510 (68.9)	0.854
Az	99 (24.6)	83 (24.6)	182 (24.6)	
Çok	28 (6.9)	20 (5.9)	48 (6.5)	
Sağlıkla ilgili işe devamsızlık				
Yok	319 (79.2)	273 (81.0)	592 (80.0)	0.530
Var	84 (20.8)	64 (19.0)	148 (20.0)	
İş ile ilişkili sağlık geçmişi				
İyi (>15)	287 (71.2)	272 (80.7)	559 (75.5)	0.003**
Kötü (≤ 15)	116 (28.8)	65 (19.3)	181 (24.5)	
İş yeri yaralanması				
Yok	323 (80.1)	308 (91.4)	631 (85.3)	0.001**
Var	80 (19.9)	29 (8.6)	109 (14.7)	
Ağrı				
Yok	113 (28.0)	135 (40.1)	248 (33.5)	0.001**
Var	290 (72.0)	202 (59.9)	492 (66.5)	

^dPearson Ki-Kare test

** $p<0.01$

Katılımcıların görevlerine göre ne devamsızlık ne de sağlıkla ilgili iş devamsızlık oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p>0.05$).

Görevlerine göre katılımcıların iş ile ilişkili sağlık geçmişi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.003$; $p<0.01$). Mavi yaka katılımcıların iş ile ilişkili sağlık geçmişinin kötü olma oranı, beyaz yakadan daha yüksektir.

Katılımcıların görevlerine göre iş yerinde yaralanma oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Mavi yaka grubunun iş yeri yaralanması olma oranı, beyaz yaka grubundan daha yüksektir.

Görevlerine göre çalışmaya katılanlarda ağrı görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.001$; $p<0.01$). Mavi yaka katılımcılarda ağrı görülme oranı, beyaz yakadan daha yüksektir.

Tablo 6.39. Wellness Sağlık Fırsatlarından Alınmak İstenen Toplam Bilgi Sayısı İle İyilik Hali Yıldızı Ölçeği Toplam Puanı İlişkisi

	r	p
Wellness sağlık fırsatlarından alınmak istenen toplam bilgi sayısı - İHYÖ toplam puanı	-0.022	0.551

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı

Sağlıkla ilgili bilgi alınmak istenen toplam sayı ile İHYÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.40. Wellness Sağlık Fırsatlarından Alınmak İstenen Toplam Bilgi Sayısı

	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Wellness sağlık fırsatlarından alınmak istenen toplam bilgi sayısı	0-20 (10)	10.43±5.50

Wellness sağlık fırsatlarından alınmak istenen toplam bilgi sayısı 0 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama 10.43 ± 5.50 ve medyan 10'dur.

Lojistik Regresyon Analizi

Toplam iyilik hali puanı üzerine etki eden risk faktörlerinden cinsiyet, BKİ, mavi-beyaz yaka olma durumu (organizasyonel görev), öğrenim düzeyi, genel sağlık algısı, kronik hastalık varlığı, ağrı varlığı, koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme, sigara riski, beslenme riski, uyku riski, mental risk, stres riski, fiziksel aktivite, FIT skoru, genel sağlık durumu ve sağlıkla ilgili işe devamsızlık lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 6.41. İyilik Halinin Kötü Olması Üzerine Etki Eden Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Analizi

		p	ODDS	%95 CI	
				Lower	Upper
Step 14	Cinsiyet (K)	0,049*	2,431	1,001	5,907
	Görev (beyaz yaka)	0,032*	3,975	1,123	14,062
	FIT skoru	0,013*	1,123	1,024	1,132
	Fiziksel aktivite	0,079	2,283	0,912	5,714

*p<0.05

Cinsiyet, BKİ, mavi-beyaz yaka olma durumu (organizasyonel görev), öğrenim düzeyi, genel sağlık algısı, kronik hastalık varlığı, ağrı varlığı, koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme, sigara riski, beslenme riski, uyku riski, mental risk, stres riski, fiziksel aktivite, FIT skoru, genel sağlık durumu ve sağlıkla ilgili işe devamsızlığın iyilik hali üzerine etkileri, Bacward Stepwise Lojistik regresyon analizi ile değerlendirdiğimizde; modelin anlamlı bulunduğu ve 14.adım sonunda modelin açıklayıcılık katsayısının (%95,9) çok iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Modelde kalan 4 değişken saptanmıştır. Çalışanın beyaz yaka olması, cinsiyetinin kadın olması, FIT skorunun yüksekliği ve fiziksel aktivite varlığı iyilik halini olumlu etkileyen bağımsız değişkenler olarak modelin 14. adımında kalmıştır. Çalışanın beyaz yaka olmasının iyilik hali üzerine etkisinin ODDS değeri 3,975 (%95

CI:1,123-14,062); cinsiyetin kadın olmasının ODDS oranı ise 2,431 (%95 CI:1,001-5,907) olarak saptanmıştır. FIT skoru da iyilik hali üzerine etkili bulunmuş olup, FIT skorunun bir birim artışının, iyilik halini 1,123 kat arttırdığı tespit edilmiştir (ODDS değeri 1,123 (%95 CI: 1,024-1,132)). Fiziksel aktivite varlığının anlamlılık düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış ancak anlamlılığa yakın olduğu görülmüştür ve modelde son adımda yer almaktadır. Fiziksel aktivitenin iyilik halli üzerine etkisinin ODDS değeri 2,283 (%95 CI:0,912-5,714) olarak saptanmıştır.



7. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmaya katılan 740 mavi ve beyaz yaka çalışanın çeşitli tanımlayıcı özellikleri ve sağlık riskleri ile iyilik hali arasındaki ilişkiye dair bulgular bölümünde verilen sonuçlar; ulusal ve uluslararası literatür ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

7.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleriyle İlgili Tartışma

7.1.1. Yaş

Araştırmaya katılan çalışanların yaş dağılımı 18 ile 61 arasındadır (Tablo 6.1). Çalışanların yaşlarına göre karşılaştırma yapılırken gruplar; yaşı 29 ve altında olanlar, 30-39 yaş aralığında olanlar, 40-49 yaş aralığında olanlar ile yaşı 50 ve üstü olanlar şeklinde oluşturulmuştur (Tablo 6.2). Araştırmada katılımcıların yaşlarına göre yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 6.21). Farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre; 30-39 yaş aralığında bulunan katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma puanı, 40-49 yaş aralığında bulunan katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (6.21). Bu bulgu Erikson'un 1950'lerde ortaya attığı psikososyal gelişim kuramında ayrıştırdığı genç yetişkinlik ve orta yetişkinlik özellikleriyle örtüşmektedir. Malone ve ark. (2016), Erikson'un psikososyal gelişim kuramının, yetişkin insanın yaşamı boyunca geçirmiş olduğu gelişimsel evreleri anlamak açısından önemli bir yere sahip olduğunu dile getirmektedir. Erikson'a göre genç yetişkinlik 20'li ve 30'lu yaşları kapsamaktadır. Bu dönemde bireylerin gelişimsel görevi başkalarıyla yakın ilişkiler geliştirmektir. Orta yetişkinlik ise 40'lı ve 50'li yaşları kapsamakta ve bireylerin gelişimsel görevi üretkenliğe karşı durgunluk olarak nitelendirilmektedir [150].

Erikson'un genç yetişkinlere dair bahsettiği yakın ilişkiler kurma isteği özellikle aile ve iş hayatında kişinin yaşamını daha anlamlı bulmasına yol açmış olabilir. Bunun yanı sıra yaşın ilerlemesinden etkilenen benlik algısı da yaş ile

yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma arasındaki ilişkiye dair yorum yapmamıza olanak sağlayabilir. Shephard (2000), yaşlanmanın bireyin kendini algılayış biçimini de etkileyebileceğini belirtmektedir. Çalışanlar yaşlandıkça, iş için gereken teknik ve fiziksel beceriye artık sahip olmadıkları düşüncesine kapılabilmektedir. Shephard'a göre; bu düşünce biçimi, bireyin benlik algısında bozulmaya ve özyetersizlik duygusuna işaret etmektedir [11]. Yaş arttıkça kişilerin benlik algılarında oluşan bu değişim, 40-49 yaş aralığındaki çalışanların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma puanlarının düşmesine yol açmış olabilir.

Genç yetişkinler duyuşsal, bilişsel ve motor fonksiyonlar açısından en üst noktadır. Yaşlandıkça bireylerin fiziksel kapasitelerinde yavaşlama meydana gelmektedir. Görme ve işitme gibi duyuşsal işlevlerde ve el becerisi gibi psikomotor becerilerde yavaşlama ve azalma ile denge kaybı fiziksel yetersizliklere örnek olarak gösterilebilir. Bu nedenle, bireyler sürekli değişen teknolojiye ayak uydurmakta güçlüklerle karşılaşabilmekte ve işe devam etmeleri ya da işlerinde ilerleme göstermeleri konusunda gereken beceriyi gösterememektedir. Çeşitli çalışmalar, çalışan yaşlı bireylerin depresyon gibi ruh durum bozukluklarına daha sık yakalandıklarını ortaya çıkarmıştır [11]. Yaş ilerledikçe hafıza, zeka ve dil kullanımı ile öğrenme, bilgiyi işleme ve etkili karar alma gibi bilişsel süreçler de olumsuz bir şekilde etkilenebilmektedir. Örneğin; yeni öğrenilen kavramların uzun süreli bellekte saklanması güçleşmektedir. Yaş arttıkça belleğin işlevi yavaşlamaktadır [129]. İHYÖ bilişsel, duygusal, fiziksel, sosyal alt boyut ve toplam puanlarının katılımcıların yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemesi (Tablo 6.21) yukarıdaki bilgilerle çeliştiği düşünülse de Kowalski-Trakofler ve ark. (2005) yaşı, kronolojik yaş ve işlevsel yaş olarak iki alt gruba ayırmaktadır [129].

Kronolojik yaş, yaşlanma sürecinin göstergesi olarak tanımlanırken işlevsel yaş; aynı kronolojik yaşa sahip insanlarla kıyaslandığında bir bireyin belirli bir çevrede ne derece sağlıklı işlev gördüğüne ilişkin bir değerlendirmeyi imlemektedir. Araştırmacılar; böyle bir ayırım yapmanın bireysel farklılıkları açıklamada önemli bir yere sahip olduğunu dile getirmektedir; çünkü kronolojik yaş, bireylerde farklı hızlarda seyreden işlevsel performansı anlamada yetersiz kalmaktadır. Bu farklılık; yaşam tarzı, kalıtımsal özellikler, çevre ve ekonomik ve sosyal konum gibi

etmenlerden kaynaklanmaktadır [129]. İHYÖ bilişsel, duygusal, fiziksel, sosyal alt boyut ve toplam puanlarının katılımcıların yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemesi (Tablo 6.21) bu araştırmada sadece kronolojik yaşa bakılmasından kaynaklanıyor olabilir. Örneğin; Lee ve Lee (1999), yaşlı ve genç pilotlar üzerinde yapmış oldukları çalışmada yaşlı pilotların uyarıcılara tepki vermede her ne kadar gençlere oranla daha yavaş olsalar da iki grup arasında performansa dair istatistiksel bir fark bulunmadığını ortaya koymuştur. Bazı araştırmalar; yaşlanmanın bilişsel yavaşlamaya yol açmadığını, hafızanın yaşlanmayla birlikte gerilediği görülse de yaşlı bireylerin bu gerilemenin etkilerini ortadan kaldırmak için bazı teknikler geliştirdiğini dile getirmektedir. Bununla beraber, yaşla birlikte bilgelik ve duygusal olgunluğun arttığı bilinmektedir. Bazı çalışmalarda da yaşlanan yetişkinlerin değişen bilişsel ve zihinsel sağlıklarına ve farklılaşan sosyal ilişkilerine olumlu bir şekilde uyum sağladıklarını dile getirilmektedir [129].

7.1.2. Cinsiyet

Araştırmaya katılan çalışanların yüzde 64.6'sı kadın, yüzde 35.4'ü erkektir (Tablo 6.1). Kadın katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, bilişsel, sosyal ve toplam ölçek puanları, erkek katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.21). Bu bulgunun işaret ettiği kadınların iyilik halleri seviyesindeki yükseklik, Oğuz-Duran ve Tezer'in (2009) çalışmasıyla örtüşmektedir. Oğuz-Duran ve Tezer, erkeklerin iyilik halinin kadınlara oranla daha düşük seviyede olduğunu dile getirmektedir. Aynı araştırmada kadınların kişiler arası ilişkilerde daha çok destek gören taraf olduğu belirtilmektedir ki bu iyilik hali boyutları arasında yer alan sosyal iyilik halinin kadınlarda erkeklere göre daha yüksek çıkmasının nedenlerinden biri olarak kabul edilebilir [130]. Doğan'ın (2004) üniversiteli öğrenciler üzerinde yapmış olduğu çalışmada da kadınların arkadaşlık ilişkilerine erkeklerden daha fazla önem verdikleri, duygularını ve deneyimlerini arkadaşlarıyla paylaşmaya daha yatkın oldukları ve sosyal destek alma konusunda daha istekli davrandıkları gözlemlenmiştir [4]. Bu bilgiler de, kadınların hem genel iyilik halinin

hem de sosyal iyilik halinin erkeklere göre neden daha yüksek çıktığını açıklayabilecek niteliktedir.

İyilik halinin bilişsel boyutuyla ilgili olarak kadınların erkeklerden daha yüksek puan almış olmaları (Tablo 6.21) kadınların yeni bilgiler öğrenmeye, yaşam boyu öğrenmeye ve yeni beceriler öğrenmeye daha yatkın olduklarını göstermektedir. Ancak literatürde erkeklerin bilişsel öğrenme yeteneklerinin belirli alanlarda kadınlara göre daha iyi olduğu da belirtilmektedir. Örneğin erkekler üç boyutlu düşünebilme, mantıksal çözümler geliştirme, elektronik öğrenme gibi konularda kadınlara göre bilişsel üstünlük sağlarken; kadınlar da sözel beceriler, algılama hızı, kelime hafızası ve bazı motor beceriler açısından erkeklere göre bilişsel olarak daha üstündür [151,152]. Araştırmacılar cinsiyetler arası bilişsel farklılıkları cinsiyet hormonlarına ve kalıtsal özelliklere bağlayabildikleri gibi [153] bilişsel farklılıklar toplumun belirlediği cinsiyet rolleri, stereotipik inançlar ve cinsiyet eşitsizliği ile de ilişkilendirilmektedir [154]. Literatürde kadının veya erkeğin bilişsel açıdan birbirlerine karşı bir üstünlüklerinin bulunmadığı, ancak belirli alanlarda birbirlerinden daha iyi oldukları yer almaktadır. Araştırmamızda kadınların bilişsel iyilik halinin erkeklerden daha yüksek çıkması (Tablo 6.21) ise İHYÖ'deki maddelerde öğrenilecek bilgi veya edinilecek becerilerin tanımlanmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmada cinsiyet değişkenine dair ulaşılan diğer bir bulgu ise İyilik Hali Yıldızı Ölçeği'nin fiziksel boyut kategorisinde hesaplanan puanların katılımcıların cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemesidir (Tablo 6.21). Diğer taraftan, pek çok araştırmada kadınlar ve erkekler arasındaki fiziksel iyilik haline ilişkin farklılıklar vurgulanmaktadır. Oğuz-Duran ve Tezer (2009), fiziksel iyilik hali seviyesinin kadınlarda daha fazla olduğunu dile getirmektedir. Bunun sebebini ise kadınların beslenme ve sağlık konularında erkeklerden daha fazla sorumluluk almaları ve sağlık açısından daha az tehlikeli ve/veya sağlığı geliştiren davranışlara yönelmeleri olarak belirtmektedir. Oğuz-Duran ve Tezer, kendi bulgularından yola çıkarak şu varsayımın geçerli olabileceğine dikkat çekmektedir: "Kadınların, insan ilişkileri konusunda daha becerikli olması ve sağlığa karşı duydukları ilgi, onları daha sağlıklı bir yaşam tarzını seçmeye itiyor olabilir". Bu

araştırmacılar aynı zamanda cinsiyetler arası fiziksel iyilik halinin farklılık göstermesinin, kadınlara atfedilen toplumsal cinsiyet rolüyle de açıklanabileceğini vurgulamaktadır: “Günümüz toplumu kadınlara, özellikle fiziksel görünüşlerine dikkat etmeleri konusunda erkeklerden daha fazla baskı uygulamaktadır. Bu da, cinsiyetler arası fiziksel iyilik hali arasındaki farklı düzeyler için bir açıklama olabilir” [130].

Çalışmamızda duygusal ya da psikolojik iyilik halinin cinsiyete göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermesi (Tablo 6.21) literatürle de örtüşmektedir. Örneğin; Rout (1999)’un İngiltere’deki pratisyen hekimlerin stres, iş memnuniyeti ve ruhsal iyilik hallerini cinsiyet faktörünü baz alarak ele aldığı çalışmasında kadın hekimlerin normatif gruba (sıradan kadın popülasyonu) kıyasla olumlu ruhsal iyilik hali belirtilerine sahip oldukları ortaya koyulmuştur. Erkek hekimler ise normatif gruba (sıradan erkek popülasyonu) kıyasla yüksek seviyede anksiyete ve depresyon belirtileri göstermiştir. Öte yandan, mesleki memnuniyet ölçümleri dikkate alındığında erkek ve kadın hekimler arasında önemli bir farklılık göze çarpmamıştır. Her iki grubun işlerinden, iş güvenliğinden, çalışma arkadaşlarından ve fiziksel çalışma koşullarından memnun oldukları, diğer taraftan ücret ve çalışma saatleri konusunda sıkıntı yaşadıkları ortaya çıkarılmıştır [155]. Bunun yanı sıra, Matud (2014) bazı araştırmacıların, kadınların erkeklere nazaran kendilerini stresli koşullarla daha çok karşı karşıya kaldıklarını hissettiklerinin üzerinde durduğunu belirtmiştir. Farklı araştırmacılar kadınların erkeklerden daha fazla kronik stres yaşadığı bulgusuna yer vererek bu bilgiyi desteklemektedir. Kadınların stresli buldukları durumların başında ev ve aileye ilişkin yaşantılar gelmektedir. Dahası kadınlar, seksist ayrımcılık gibi cinsiyet kaynaklı pek çok stres durumuyla karşılaşabilmektedir [156].

Cinsiyet değişkeninin iyilik halinin farklı boyutları üzerindeki etkilerine bağlı olarak literatürde farklı bulguların yer alması kültürel farklılıklarla açıklanabilir. Weaver ve Habibov (2010), farklı bulgulara sahip çalışmalara yer vererek bu noktaya dikkat çekmektedir: ergen Japon bireylerin iyilik hallerinde cinsiyete bağlı farklılık gözlemlenmemişken, Hollandalı genç bireyler arasında kadınların erkeklerden daha az mutluluk seviyesine sahip oldukları bulunmuştur. ABD’de lise öğrencileri

üzerinde yapılan bir araştırmada ise bireylerin yaşam memnuniyetleri seviyelerinde cinsiyetten kaynaklanan bir farklılık gözlemlenmemiştir [157].

7.1.3. Beden kitle indeksi:

Katılımcıların BKİ düzeylerine göre fiziksel puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre zayıf ve normal kilolu katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, obez katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir. Normal kilolu katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları da, fazla kilolu katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.21). DSÖ tarafından, fiziksel sağlık ile obezite arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve obezitenin ölüm riskini arttırarak ortalama yaşam süresini azalttığı bildirilmektedir. Obezite; kan basıncının artması, kolesterol seviyesinin yükselmesi ve insülin direncinin artması gibi metabolik değişimlere yol açmaktadır. Metabolizmada meydana gelen bu değişimler de koroner kalp hastalığı, inme, diyabet ve pek çok kanser türü açısından riski arttırmaktadır. [63]. Obezitenin solunum sistemi hastalıklarına, kas iskelet sistemi hastalıklarına da zemin hazırladığı, bireylerin yaşam kalitesini ve süresini olumsuz yönde etkilediği de bildirilmektedir [90]. Çalışma koşullarına ve çalışanlarda fazla kilo veya obeziteye ilişkin epidemiyolojik çalışmalar BKİ ile uzun çalışma saatleri, vardiyalı çalışma sistemi ve iş stresini bağdaştırmaktadır. İş yerleri pek çok işçi için hareketsiz bir ortamdır ve iş yerlerinde enerji yoğunluklu yiyecek ve içeceğe erişim yaygındır [94]. Literatürde yer alan çalışmalar ve uluslararası geçerliliği olan raporlar, çalışmamızda ortaya çıkan BKİ ile fiziksel iyilik hali arasında pozitif bir korelasyon olduğuna ilişkin çıkarımı desteklemektedir.

BKİ düzeylerine göre katılımcıların bilişsel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre fazla kilolu katılımcıların bilişsel iyilik hali puanları, normal kilolu katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 6.21). Obezitenin beyin işleyişi üzerine etkisini inceleyen birçok çalışma mevcuttur. Pistell ve ark.'nın (2010) aktardığına göre; Elias ve ark., obez olmayan (normal kilolu ve zayıf) bireylerle kıyaslandıklarında, obez bireylerin öğrenme ve hafıza gibi bilişsel fonksiyonlarında eksiklikler olduğunu dile getirmektedir. Yine Pistell ve ark., bazı çalışmaların artan BKİ ile azalan beyin

hacmi arasındaki ilişkiye, kimi araştırmaların da beynin gri maddesinde oluşan azalma ile klinik obezite arasındaki ilişkiye dikkat çektiğini dile getirmektedir [158]. Bu sonuçlar, çalışmamızda ortaya çıkan BKİ ile bilişsel iyilik hali arasındaki negatif ilişkiyi desteklemektedir.

İHYÖ yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, duygusal ve sosyal iyilik hali puanları katılımcıların BKİ düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Tablo 6.21). Bu bulguya paralel olarak, Doll ve ark.'nın (2000) obezite ile yaşam kalitesi (yaşamı anlamlandırma kategorisinde incelenebilecek olan) arasındaki ilişkinin belirsizlikler taşıdığını dile getirmektedir. Öte yandan, Doll ve ark., bazı araştırmaların obezite ile yaşam kalitesi ve ruhsal iyilik halinin ilişkili olduğunu ortaya koyduğunu belirtmektedir. Kilo vermenin psikolojik iyilik halini arttırdığı bulunmuştur. Hatta, obez bireylerin diğer kronik rahatsızlıklara sahip kimselerden daha düşük bir psikolojik profil çizdikleri görülmüştür. Ayrıca BKİ düzeyleri ile kendine zarar verme gibi duygu durum bozuklukları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Diğer taraftan, Doll ve ark. (2000) kilo değişimi ile psikososyal işlevler arasında herhangi bir ilişki olmadığını gösteren çalışmaların varlığından da bahsetmektedir [159]. Yukarıda da bahsedildiği gibi bu konuyla ilgili çalışma sonucumuzu destekleyen bulgular olduğu gibi örtüşmeyen bulgular da literatürde yer almaktadır.

Doll ve ark., obezitenin düşük yaşam kalitesiyle ilişkili olduğunu, özellikle fiziksel iyilik haliyle anlamlı bir ilişkiye sahip olduğunu belirtmekle beraber (ki bu bulguya çalışmamızda da ulaşabildik) klinik çalışmaların obez bireylerin normal kilolu ya da zayıf bireylerden duygusal olarak daha fazla sorun yaşadıkları düşüncesini doğrulamadığını ifade etmektedir. Doll ve ark. bu gerçeği göz önünde bulundurarak, obezitenin sadece bazı obez bireylerin duygusal sağlığını etkilediğini ortaya atmıştır. Bu obez bireyleri diğer obez bireylerden ayıran özellik ise aşırı yeme rahatsızlığına ya da kronik ağrı gibi diğer kronik hastalıklara sahip olmalarıdır. Çalışmamızda, obez ve fazla kilolu katılımcılarda kronik hastalık görülme oranı, zayıf ve normal kilolu katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.28); fakat kronik hastalığa sahip obez bireyler ile kronik hastalığı olmayan obez bireyler arasındaki duygusal farklılığa bakılmadığı için, bu çalışmayla Doll ve ark.'nın

çıkarımını doğrulamak mümkün değildir. Diğer yandan, Doll ve ark.'nın, obezitenin birey üzerindeki etkisinin duygusal olarak değil, fiziksel olarak daha belirgin olduğunu ve obez bireylerin, duygusal ve sosyal boyutlara ilişkin ölçeklerde normal kilolu ya da zayıf bireylerle hemen hemen aynı puanı aldıklarını dile getirmeleri çalışmamızdaki bulguları (Tablo 6.21) desteklemektedir [159].

Katılımcıların BKİ düzeylerine göre toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre normal kilolu katılımcıların toplam ölçek puanları, fazla kilolu katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir. Normal kilolu katılımcıların toplam ölçek puanlarının, obez katılımcılardan yüksek olması ise istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, anlamlılığa yakın bulunmuştur (Tablo 6.21). Normal kilolu bireylerin toplam ölçek puanlarının yüksek olması, iyilik hallerinin aşırı kilolu bireylere göre daha yüksek bir düzeyde olduğuna işaret etmektedir. Bu kanıyı normal kilolu bireylerin hali hazırda fiziksel ve bilişsel iyilik hallerinin aşırı kilolu ya da obez bireylerden daha olumlu olması açıklayabileceği gibi, katılımcıların sağlıkları hakkındaki öznel değerlendirmeleri de bu sonuca yol açmış olabilir. Örneğin; Katz ve ark.'nın (2000) yapmış olduğu çalışmada, aşırı kilolu ve obez kadınların genel sağlık durumlarını normal kilolu kadınlara nazaran daha olumsuz değerlendirdikleri ortaya çıkmıştır [160]. Çalışmamızda da benzer bir sonuç elde edilmiştir (Tablo 6.27). Bu noktada İHYÖ'nün de öznel bir değerlendirme olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Diğer grupların (zayıf ile aşırı kilolu katılımcılar için) toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 6.21). Bunun sebebi olarak, zayıf bireylerin 23 çalışan gibi yetersiz bir sayıyla temsil edilmiş olmaları gösterilebilir.

7.1.4. Medeni durum

İHYÖ yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, bilişsel, duygusal, fiziksel, sosyal iyilik hali alt boyut ve toplam puanlar katılımcıların medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Tablo 6.21). Çalışmamızda her ne kadar medeni durum ile iyilik hali arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış olsa da literatürde medeni durum ve iyilik hali arasında olumlu ya da

olumsuz bir ilişkinin olduğuna dair çalışmalara rastlanmaktadır. Acabchuk ve ark. (2017), bekar annelerde kronik stres ve depresyona daha sık rastlandığını belirtmektedir. Bu durum bekar annelerin strese daha fazla maruz kalmaları ve diğer insanlardan daha az destek görmeleri ile açıklanmaktadır [127]. Bununla beraber, birlikte yaşayan çiftler birbirlerine destek oldukları için her iki tarafta da gelişmiş bir iyilik halinin varlığından bahsedilebilmektedir. Bu çiftler; çocuk bakımı, ev işleri ve hane gelirine katkıda bulunma gibi görevleri müşterek olarak gerçekleştirebilmektedir [44]. Çin’de yapılan bir araştırma ise daha farklı bulgular ortaya koymuştur. Evli çiftler, aile içi sorumluluklarından dolayı daha fazla stres yaşamaktadır; çünkü birçok çiftin sadece çocuklarının değil, yaşlı ebeveynlerinin de sorumluluklarını aldıkları görülmektedir. Bununla birlikte evli Çinlilerin, bekar akranlarından daha az oranda ekonomik iyilik haline sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Kosta Rika’da yapılan bir araştırmada ise, bekar, ayrılmış, boşanmış ya da dul kalmış kişilerin evli ya da birlikte yaşayan çiftlere oranla fiziksel iyilik halinin gelişmeye daha yatkın olduğu bulunmuştur. Panama’da yapılan araştırma da medeni durumun ekonomik iyilik halini nasıl etkilediğini ortaya koymaktadır: Bekar, ayrılmış, boşanmış ya da dul kişiler, evli ya da birlikte yaşayanlara oranla daha iyi bir ekonomik iyilik haline sahiptir. Sosyal iyilik hali ise daha farklı bir seyir izleyebilmektedir. Amerikalı bekar, ayrılmış, boşanmış ya da dul kişilerin yüzde 17’sinin sosyal iyilik hali yetersiz iken bu oran evli ya da birlikte yaşayan çiftlerde yüzde 13’tür [48]. Görüldüğü üzere medeni durum ve iyilik hali ilişkisi kültürden kültüre değişiklik göstermektedir. Türkiye’de medeni durum ile iyilik hali arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında ise medeni durumun iyilik halini etkileyen bir faktör olduğu görülmektedir. Gelin ve Ulus (2015) kanser hastalarıyla yaptığı çalışmasında evli olma durumunun yaşam kalitesini olumlu etkilediğini ortaya koymuştur [161]. Taycan ve ark.’nın (2006) hemşireler üzerinde yaptığı bir çalışmada da medeni durumu evli olanların, kişisel başarı ortalama puanlarının bekarlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmada kişisel başarı, “sorunun üstesinden gelme ve kendini yeterli bulma” olarak tanımlandığından evli olma durumunun iyilik halini etkilediği görülmektedir [162]. Gelin ve Ulus’un çalışması kanser hastaları üzerinde, Taycan ve ark.’nın çalışması da yüzde 98’ini kadınların oluşturduğu bir evrende yapılmıştır. Çalışmamızda tersi bir sonuç elde edilmiş

olması, çalışan erkek ve kadınlardan oluşan bir örnekleme sonucun farklı olabileceğini göstermesi bakımından değer taşımaktadır.

7.1.5. Öğrenim düzeyi

Araştırmamızda öğrenim düzeylerine göre iyilik halinin sosyal ve bilişsel alt boyutlarının puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre okul bitirmemiş, ilköğretim ve lise mezunu katılımcıların sosyal ve bilişsel iyilik hali puanları, üniversite mezunu katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 6.21). Foster ve Keller (2011) entelektüel ya da bilişsel iyilik halini etkileyen en önemli öğelerden ikisinin öğrenim düzeyi ve okuryazarlık olduğunu belirtmektedir. Bu iki faktör bireyin yaşamsal becerilerini ve sorunlarla baş etme mekanizmalarını canlandırarak hem sağlığını hem de iyilik halini etkilemektedir [44]. Araştırmamızda üniversite mezunu çalışanların bilişsel iyilik halinin diğer çalışanlardan yüksek olması (Tablo 6.21) literatürde yer alan sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Bu doğrultuda öğrenim düzeyi artışının, çalışan bireylerin bilişsel iyilik hali üzerinde olumlu etkileri olduğu düşünülebilir.

Katılımcıların öğrenim düzeylerine göre sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre okul bitirmemiş, ilköğretim ve lise mezunu katılımcıların sosyal iyilik hali puanları, üniversite mezunu katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 6.21). Oreopoulos ve Salvanes'e (2011) göre; eğitim kişiye mesleki bir prestij kazandırır. Bu da kişinin iş hayatındaki başarısını arttırarak, işsiz kalma olasılığını ve ekonomik sorunlarla karşı karşıya kalma riskini azaltır. Eğitimle elde edilen etkili karar verme becerisi kişinin daha sağlıklı tercihler ve daha mutlu bir evlilik yapmasını da sağlar. Bunların yanı sıra; eğitim suçla ilişkili ve riskli davranışları azaltırken, bireyin çevresine karşı güven duygusunu ve sivil katılımını arttırır [163]. Lindstorm ve ark.'nın İsveçli'ler üzerinde yapmış olduğu araştırmada, yüksek güven duygusu ile sanat sergilerine gitme gibi sosyal etkinliklere katılma oranı arasında pozitif bir korelasyon olduğu bulunmuştur [164]. Bu bilgilerden de anlaşılacağı üzere öğrenim düzeyinin artması; bireyin ailesinden başlayarak toplumdaki diğer bireylerle kurduğu ilişkilerin güçlenmesini ve güven duygusunun artmasını sağlayarak bireyin sosyal

iyilik halini yükseltmektedir. Literatürden elde edilen bilgiler araştırmamızın bulgusu olan üniversite mezunlarının sosyal iyilik hali puanlarının diğer gruplara göre neden daha yüksek olabileceğini vurgular niteliktedir.

Katılımcıların öğrenim düzeylerine göre fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre ilköğretim mezunu katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, üniversite mezunu katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 6.21). Literatürde de öğrenim seviyesinin bireylerin fiziksel iyilik haline etki ettiği dile getirilmektedir. Okuryazarlık seviyesi düşük insanların daha çok sigara içmesi, hareketsiz kalması ve obez olması beklenmektedir. Yine bu bireylerin kötü beslenme alışkanlığına sahip olma ihtimali okuryazarlık seviyesi yüksek olanlara göre daha yüksektir [45]. Çalışmamızda elde edilen sonuçlara göre, katılımcıların öğrenim düzeylerine göre yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları da istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre ilköğretim ve lise mezunu katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma puanları, üniversite mezunu katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 6.21). Yaşam memnuniyeti bu araştırmada kullanılan ölçekte “Yaşamımı anlamlandırma tarzımdan memnunum” ve “Genel olarak kendimden memnunum” maddeleri ile ilişkilendirilebilir ve yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma alt boyutunun bileşeni olarak ele alınabilir. Öğrenim seviyesi ile yaşamı anlamlandırma arasındaki ilişki Gardner ve Oswald’ın (2002) çalışmasında daha farklı ele alınmıştır. Gardner ve Oswald öğrenim düzeyi yüksek bireylerin ortalama yaşam memnuniyeti puanlarının genel olarak daha düşük olduğunu bulmuştur. Benzer gelir ve ekonomik statüye sahip olma durumlarında ise öğrenim faktörünün düşük yaşam memnuniyeti ile ilişkili olduğu görülmüştür. Öğrenim durumunun yaşam memnuniyeti üzerindeki olumsuz etkisi erkeklerde daha fazladır [165]. Diğer taraftan, Fahey ve Smyth (2010), çalışmamızda elde edilen bulguyla örtüşecek şekilde, daha yüksek seviyede eğitim alanların, daha yüksek yaşam memnuniyeti düzeyine sahip olduklarını dile getirmektedir [59].

Bu çalışmada öğrenim düzeyi ile bireylerin duygusal iyilik hali arasında anlamlı bir ilişki bulunmasa da (Tablo 6.21) literatürde farklı çıkarımlara

rastlanabilmektedir. Örneğin Gardner ve Oswald (2002), psikolojik iyilik hali ve mesleki memnuniyet üzerine yapmış oldukları çalışmada, öğrenim düzeyi yüksek kişilerin ortalama stres puanlarının daha düşük olduğunu ortaya çıkarmıştır. Gardner ve Oswald'a göre; öğrenim durumunun stres üzerindeki olumlu etkisi, öğrenim düzeyi yüksek bir bireyin daha iyi bir ekonomik statüye sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Çünkü yüksek öğrenim işe girme olasılığını ve daha yüksek gelire sahip olma ihtimalini arttırmaktadır. Diğer taraftan, aynı gelir ve ekonomik statüye sahip olan bireyler arasında öğrenim düzeyine bağlı olarak stres seviyeleri değişiklik gösterebilmektedir. Bu bireyler arasında, öğrenim düzeyi yüksek olanların stres seviyelerinin daha az olduğu görülmüştür. Bunların yanı sıra, öğrenim durumunun psikolojik iyilik haline yapmış olduğu olumlu etki erkeklerle kıyaslandığında kadınlarda daha fazladır [165].

Katılımcıların öğrenim düzeylerine göre toplam ölçek puanları çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre ilköğretim ve lise mezunu katılımcıların toplam ölçek puanları, üniversite mezunu katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 6.21). Diğer bir deyişle, bireylerin iyilik hali öğrenim seviyelerine göre değişkenlik göstermektedir. Miller ve Foster (2010), bazı çalışmalarda öğrenim seviyesi ile iyilik hali arasında pozitif bir korelasyon bulunduğunu belirtmektedir. Özellikle düşük gelirli ülkelerde eğitimin olumlu etkilerinin daha fazla olduğu da bazı araştırmacılar tarafından ortaya koyulmaktadır [45]. Ayrıca eğitim, yüksek mutluluk düzeyi ile ilişkilendirilmektedir [58]. Eğitimsel kazanımların düşük seviyede olması yaşam kalitesinin de düşük seviyede seyir izlemesine yol açmaktadır [45]. Daha yüksek seviyede eğitim alanların, daha yüksek yaşam doyumu düzeyine sahip oldukları da belirtilmektedir [59]. Bunların yanı sıra eğitimin, bireyde kişisel kontrol hissi uyandırması ve bireye sağlıklı bir yaşam tarzı benimsetmesi yönünden sağlığı geliştirdiği ileri sürülmektedir. Formal eğitimin, bireylerin bilgi ve becerilerini arttırdığı ve problem çözme yeteneklerini geliştirdiği kabul edilmektedir. Bununla birlikte; eğitim, bireyin ekonomik statüsünü yükseltebilmekte ve bireyin yaratıcı etkinliklere katılmasını teşvik etmektedir. Bu da iyilik haline olumlu bir şekilde yansımaktadır [166].

7.1.6. Aynı yerde çalışma süresi

Çalışmamızda aynı yerde çalışma süresi ile iyilik hali ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 6.21). Anketlerin uygulanması esnasında aynı yerde çalışma süresinin; “aynı iş yerinde”, “aynı pozisyonda” ya da “aynı birimde” çalışma süresi gibi farklı şekillerde yorumlandığı fark edilmiştir. Bulgularda anlamsız çıkan ilişki, sorunun soruluş şeklinin bir sonucu olarak, katılımcı cevaplarının istenen veriyi vermemiş olmasına bağlanabilir. Ancak literatürde de konuyla ilgili farklı görüşler yer almaktadır. Araştırmalarda daha çok kariyer gelişimi ile mesleki iyilik hali arasındaki ilişki incelenmiştir. Kariyer gelişimi, başarının bir göstergesi olarak kabul edilmekte ve kariyer gelişiminin iş tatmini gibi yararlı sonuçlar doğurduğu ifade edilmektedir [167]. İşe karşı geliştirilen tutum, kişisel tatmin düzeyi ve işten elde edilen kazanç mesleki iyilik halini meydana getirdiği için; kariyer gelişiminin bireylerin mesleki iyilik halini arttırdığı söylenebilmektedir [45]. Huang ve Sverke (2007) yayınlarında, Kinnunen’in stabil olmayan kariyer örgüsünün, stabil olanlara oranla stres risk faktörünü arttırdığı çıkarımına yer vermektedir. Kinnunen’in aksine kariyer örgüsü stabil olmayan kişilerin mesleki iyilik hallerinin stabil kariyer çizgisi izleyenlere oranla daha da gelişmiş olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur. Ancak Huang ve Sverke’ün çalışması da Kinnunen’in bulgularını desteklemektedir. Onlara göre, mesleki yükselmenin ve stabil kariyerin, değişken kariyer ve mesleki gelişimin aşağı yönde olmasına (aynı pozisyonda kalma ya da organizasyonel olarak daha düşük bir seviyedeki pozisyona geçme) kıyasla olumlu ve yararlı sonuçları bulunmaktadır [167].

7.1.7. Ağrı varlığı

Ağrı varlığına göre katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Ağrısı olan katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, ağrısı olmayanlardan düşüktür (Tablo 6.25). Ağrı varlığı ile fiziksel iyilik hali arasındaki bu ilişki literatürdeki bulgular tarafından desteklenmektedir. Yüksel (2007); kronik bel ağrılarının, bireylerin kas ve iskelet sisteminde işlevsel bozukluklara ve fiziksel yetersizliklere yol açtığını ifade etmektedir [168]. Estevez-

Lopez (2017) de kronik ağrısı olan bireylerin diğer bireylerden daha fazla fiziksel bozukluklara sahip olduklarını beyan ettiklerini ifade etmektedir [169]. Literatürdeki bilgilere ek olarak ağrının meydana getireceği fiziksel rahatsızlık da düşünüldüğünde, ağrı varlığının fiziksel iyilik halini düşürmesi beklenebilir. Buna ek olarak; ağrı varlığına göre katılımcıların toplam ölçek puanları da istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo 6.25). Ağrısı olan katılımcıların toplam ölçek puanları, ağrısı olmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür. Özellikle kronik ağrıların, insanların sadece hareket etme kabiliyetlerini etkilemediği; aynı zamanda depresyona, kedere, anksiyeteye ve yılgınlığa yol açabildiği ifade edilmektedir [170]. Bu sebeple, ağrısı olan katılımcıların iyilik hali puanlarının düşük olması literatürle tutarlılık göstermektedir.

7.1.8. Sağlık sorunu varlığı

Katılımcıların yaşlarına göre sağlık sorunu görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yaşı 50 ve üzerinde olan katılımcılar ile 40-49 yaş aralığındaki katılımcılarda kronik hastalık görülme oranı, yaşı 29 ve altında olanlar ve 30-39 yaş aralığında olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.28). Vietnamlı yetişkinlerle yapılan bir çalışmada, yaşlı bireylerin kronik hastalığa sahip olma riskinin daha genç bireylerle kıyaslandığında daha yüksek olduğu bulunmuştur. Minh ve ark. (2008) bu çalışmanın bulgularının hem Vietnam'da hem de diğer ülkelerde yapılan çalışmaların bulgularıyla uyduğunu dile getirmektedir. Bu bilgiler ışığında çalışmamızda ortaya çıkan "kronik hastalık görülme riski ile yaş arasında anlamlı bir ilişki vardır" bulgusu literatürle örtüşmektedir [171].

BKİ düzeylerine göre katılımcıların sağlık sorunu görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Obez ve fazla kilolu katılımcılarda kronik hastalık görülme oranı, zayıf ve normal katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.28). DSÖ'nün raporuna göre obezite; hipertansiyon, diyabet ve koroner kalp hastalıkları gibi kronik sorunlara yol açmaktadır [63]. Bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda, çalışmamızda obez ve fazla kilolu katılımcılarda kronik hastalık görülme oranının yüksek çıkması literatür tarafından desteklenmektedir.

Katılımcıların medeni durumlarına göre sağlık sorunu görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Dul/boşanmış/ayrı katılımcılarda kronik hastalık görülme oranı, evli ve bekar katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.28). Çalışmamızda elde edilen bu bulgu literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. August ve Sorkin (2010), evliliğin sağlığı koruyucu bir yanı olduğunu belirten çalışmalardan bahsetmektedir. Bu çalışmalara göre, evli bireyler bekar bireylerden daha uzun yaşamakta ve daha az sağlık problemlerine yakalanmaktadır [172]. Tatangelo ve ark. (2017) da evliliğin mental hastalık riskini ve tüm nedenlere bağlı mortaliteyi düşürdüğüne ilişkin kanıtların varlığına dikkat çekmektedir [173].

Sağlık sorunu varlığına göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, kronik hastalığı olan katılımcıların, yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları, kronik hastalık görülmeyen katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 6.26). Turner ve Kelly (2000), kronik hastalığa sahip bireylerin yaşam hedeflerini, mesleklerini ve yaşam tarzlarını bu hastalığa göre şekillendirmeye çalıştıklarını; fakat bunu yaparken zorlandıklarını dile getirmektedir [174]. Bhatti ve ark. (2011) ise kronik hastalıkların bireylerin evlilik, boşanma, meslek, eğitim ve çocuk sahibi olma gibi önemli konulardaki kararlarını etkileyebileceğini dile getirmektedir [175]. Bunun yanı sıra Yüksel (2007)'in Spilker'dan aktardığına göre, kronik ağrılar yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bunun da doğal olarak bireylerin yaşam memnuniyetini azalttığını ifade etmektedir [168]. Literatürdeki çalışmalar kronik hastalıkların bireylerin yaşamlarındaki anlam ve hedefler ile bunlara ilişkin değerlendirmelerini etkilediğini ortaya koymaktadır. Sağlıklı bireylerden farklı olarak göz önünde bulundurmaları gereken zorlayıcı bir durumlarının oluşu bu bireylerin yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma puanlarını düşürmüş olabilir.

Katılımcıların duygusal iyilik hali puanları, sağlık sorunu varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, kronik hastalığı olan katılımcıların, duygusal iyilik hali puanları hastalığı olmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 6.26). Turner ve Kelly

(2000), kronik sorunu olan bireylerin, yaşam tarzlarını tekrar gözden geçirmek zorunda kaldıklarını ve birçoğunun yeni yaşamlarına alışmaya kadar acı çektiğini dile getirmektedir. Bazı bireylerde bu alışma süreci uzun sürmekte ve başta depresyon ve anksiyete olmak üzere çeşitli duygusal bozukluklara yol açmaktadır [174]. Badescu ve ark. (2016) da diyabet hastası kişilerin depresyona yakalanma risklerinin normalden 2-3 kat daha fazla olduğunu ifade etmektedir. Bununla beraber, diyabet hastası bireylerin yüzde 40'ının anksiyete rahatsızlığı bulunduğunu da belirtmektedir [176]. Literatürde yer alan çalışmalar, kronik hastalıkların, bireylerin duygusal iyilik halini olumsuz etkilediğine yönelik bulgumuzu desteklemektedir.

Sağlık sorunu varlığına göre katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, akut hastalığı olan katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, hastalık görülmeyen katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür. Bu bulgu akut hastalıkların beraberinde getirdiği anlık sorunlardan kaynaklanıyor olabilir. Örneğin akut hastalıklar arasında yer alan grip, bireylerde baş ağrısı, kas ve vücut ağrıları, ateş ve yorgunluk gibi belirtiler açığa çıkarmaktadır [177]. Bu belirtiler, bireylerin fiziksel olarak kendilerini iyi hissetmemelerine yol açtığından, fiziksel iyilik hali düzeylerini düşürmüş olabilir.

Katılımcıların toplam ölçek puanları, sağlık sorunu varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, kronik hastalık görülen katılımcıların, toplam ölçek puanları hastalık görülmeyen katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 6.26). Kronik hastalıklar, bireylerin günlük yaşantılarını ciddi biçimde etkileyebilmektedir. Örneğin; kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) olanların daha kötü fiziksel duruma ve yaşam kalitesine sahip oldukları bildirilmektedir [3]. Helgeson ve Zajdel (2017), kronik hastalık varlığının, bireyin benlik algısını değiştirebildiğini ve bireyde sağlıklı bir kimlik algısının yerini fiziksel rahatsızlıklar, duygusal tepkiler ve hastalığın bilişsel etkilerini içeren bir hastalık kimliğinin aldığını dile getirmektedir [178]. Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz (2014) ise kronik sorunların olumsuz etkilerini şu şekilde ifade etmektedir: “Kronik hastalıklar ve komplikasyonları bireyin fonksiyonel kapasitesinin azalmasına, çalışma performansının düşmesine, yaşam kalitesinin

bozulmasına ve sosyal izolasyona neden olurken; ailenin yaşam tarzı ve ilişkilerini de olumsuz yönde etkilemektedir” [179]. İlgili literatür dikkate alındığında, kronik hastalıkların bireylerin iyilik hali seviyelerini düşürdüğü kanısına varılabilir.

7.1.9. Genel sağlık durumu

Katılımcıların yaşlarına göre genel sağlık durumları² istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yaşı 29 ve altında olan katılımcıların yüksek düzeyde sağlık problemi yaşama oranı, 30-39 yaş grubundan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.37). Healthy People 2020 araştırmasına (2014) göre, Amerikalı bireylerde son 30 gün içinde fiziksel rahatsızlık yaşama oranı yaş artıka artış göstermektedir. 2008 yılında yapılan ölçümlerde 18-24 yaş arası bireyler 30 gün içinde ortalama 2.1 gün fiziksel rahatsızlık yaşarken, bu oran 75 ve üstü bireylerde 6 gündür. Ancak aynı araştırmada, mental rahatsızlık geçirilen gün sayısının yaş artıka düştüğü ortaya koyulmuştur. 18-24 yaş arası bireyler son 30 günde ortalama 4 gün mental rahatsızlık yaşarken, bu rakam 75 ve üstü bireylerde 2 gündür [180]. Fiske ve ark. (2009) da depresyonun yaşlı bireylerde gençlere nazaran daha az görüldüğünü belirtmektedir [181]. Çalışmamızda yaşı 29 ve altında olan genç katılımcıların mental olarak geçirmiş oldukları sağlıksız gün sayısının diğer grupların mental olarak geçirdikleri sağlıksız gün sayısından fazla olma ihtimali, genel sağlık durumuyla ilgili bulgumuzu etkilemiş olabilir.

Cinsiyetlerine göre katılımcıların genel sağlık durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo 6.37). Literatürde yer alan çalışmalar da bulgumuzu desteklemektedir. Kadınların yüksek düzeyde sağlık problemi yaşama oranı, erkeklerden anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.37). 2012 verilerine göre, ABD’de kadınlar son 30 günde erkeklerden daha fazla fiziksel ve mental rahatsızlık geçirdiklerini beyan etmişlerdir. Kadınlarda fiziksel rahatsızlık geçirilen gün sayısı ortalama 4.2 iken, erkeklerde 3.6’dır. Benzer şekilde, kadınlarda mental rahatsızlık geçirilen gün sayısı ortalama 4.5 iken, erkeklerde 3.3’tür [182]. Şeker hastası bireylerle yapılan çalışmada da kadınların erkeklerle karşılaştırıldığında son 30 gün

² CDC, “sağlıklı gün sayısı” kavramını, bireylerin yaşam kalitesini ve sağlığını ölçmek için geliştirmiştir. (Schlenker & Roth, Williams’ Essentials of Nutrition and Diet Therapy, 10th ed. S.213).

içinde daha fazla sağlıklı gün geçirdikleri bulunmuştur. Araştırmacılar, bu sonucu kadının hem iş hem de özel yaşamında aldığı sorumluluklara bağlamaktadır [183].

Genel sağlık durumuna göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; genel sağlık durumunda problem olmayan ve orta düzeyde problem olan katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları, yüksek düzeyde problem olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.26). Literatürde sağlıklı geçirilen gün sayısının, yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma boyutunu etkileyen yaşam memnuniyetle pozitif bir ilişkisinin bulunduğu yer almaktadır. Crews ve ark.'nın (2016) 40-64 yaş arası bireylerle yapmış oldukları çalışmada, görme problemlerinin yüksek düzeyde seyretmesinin, son 30 gün içinde fiziksel ve mental rahatsızlık geçirilen gün sayısını arttırdığı ve yaşam memnuniyetini düşürdüğü ortaya koyulmuştur. Görme problemi olmayan ya da daha düşük düzeyde görme problemine sahip bireylerin ise son 30 gün içinde geçirdikleri fiziksel ve mental rahatsızlık daha az, yaşam memnuniyetleri ise daha yüksek çıkmıştır [184]. Crew ve ark. çalışmasında sağlıklı geçirilen gün sayısı ile yaşam memnuniyeti arasında pozitif bir ilişki olduğu ortaya koyulmuştur. Bu da bulgularımızla örtüşmektedir.

Katılımcıların duygusal iyilik hali puanları genel sağlık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, genel sağlık durumunda problem olmayan ve orta düzeyde problem olan katılımcıların duygusal iyilik hali puanları, yüksek düzeyde problem olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.26). Sağlıksız gün sayısı artışının duygusal iyilik halini düşürdüğüne yönelik bulgumuzu, sağlıksız gün sayısını arttıracak bir neden olan kronik hastalıklar üzerinden açıklamak mümkündür. Yapılan çalışmalar, kronik hastalık varlığının son 30 gün içinde deneyimlenen sağlıksız gün sayısını arttırdığını göstermektedir [185]. Literatürde, sağlık problemleriyle depresyon gibi psikolojik/duygusal bozukluklar arasında da anlamlı bir ilişki olduğuna dikkat çeken çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin Moussavi ve ark. (2007), kronik hastalığı olan bireylerde depresyon görülme ihtimalinin kronik hastalığı olmayanlardan daha yüksek olduğunu dile getirmektedir [186]. Bunun yanı sıra, sağlıksız geçirilen gün

sayısını belirlemede mental sorunların da sorulduğu ve bu rahatsızlıkların duygusal iyilik halini etkileyebileceği düşünüldüğünde, genel sağlık durumuyla duygusal iyilik hali arasında pozitif bir ilişki bulunması öngörülebilir.

Genel sağlık durumuna göre katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; genel sağlık durumunda problem olmayan ve orta düzeyde problem olan katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, yüksek düzeyde problem olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.26). Froshaug ve ark. (2009) sigara tüketiminin, sağlıksız beslenmenin ve fiziksel inaktivitenin bireylerde sağlıksız gün sayısındaki artışla ilişkili olduğunu dile getirmektedir [187]. Sağlıksız gün sayısını arttıran sağlıksız beslenme ve fiziksel inaktivite; iyilik hali ölçeğimizde fiziksel iyilik halinin belirleyicileri olarak ele alınmıştır. Bu nedenle artan sağlıksız gün sayısının fiziksel iyilik halini azaltması anketin katılımcılar tarafından tutarlı bir biçimde değerlendirildiği şeklinde yorumlanabilir.

Katılımcıların genel sağlık durumuna göre sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; genel sağlık durumunda problem olmayan ve orta düzeyde problem olan katılımcıların sosyal iyilik hali puanları, yüksek düzeyde problem olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.26). Araştırmacılar, sağlığın ve sağlıklı geçirilen gün sayısının iyileştirilmesinin önünde duran engellerden birini sosyal destek eksikliği olarak tanımlamaktadır. Sosyal destek ile atıfta bulunulan ise kişinin diğer bireylerle sosyal ilişkiler geliştirmesi ve kendini toplumdan soyutlamamasıdır. Araştırmalar, sosyal destek eksikliğinin son 30 gün içinde geçirilen sağlıklı gün sayısını bir gün azalttığını ortaya koymuştur [188]. Buradan da anlaşılmaktadır ki, çalışmamızın “genel sağlık durumu ile sosyal iyilik hali arasında pozitif bir korelasyon vardır” bulgusu literatürdeki çalışmalarla tutarlılık göstermektedir.

Genel sağlık durumuna göre katılımcıların toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; genel sağlık durumunda problem olmayan ve orta düzeyde problem olan katılımcıların toplam ölçek puanları, yüksek düzeyde problem olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.26). Genel sağlık durumunun, iyilik halinin; yaşamı

anlamlandırma ve hedefli odaklı olma, duygusal, fiziksel ve sosyal boyutlarıyla pozitif bir ilişkisi olduğu düşünüldüğünde, iyilik hali toplam ölçek puanıyla da pozitif bir ilişkisi olması beklenen bir bulgudur.

7.1.10. Genel sağlık algısı

Katılımcıların yaşlarına göre genel sağlık algıları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yaşı 29 ve altında olan katılımcılar ile yaşı 30-39 aralığında olan katılımcıların genel sağlık algısının çok iyi düzeyde olma oranı, 40-49 yaş aralığındaki katılımcılar ile 50 yaş ve üzerinde olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.27). Toci ve ark. (2014) da yaş ve kronik hastalıklar arttıkça sağlık algısının azaldığını belirtmiştir [139]. Birçok kronik hastalığın en büyük risk faktörü de yaşlanmadır [189]. Çalışmamızda da yaşı 50 ve üzerinde olanlarla 40-49 yaş aralığındaki katılımcılarda kronik hastalık görülme oranının, yaşı 29 ve altında olan ve 30-39 yaş aralığında olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 6.28). Caroli ve Weber-Baghdiguian (2016) kronik hastalıkların gündelik hayatı olumsuz etkilediğini ve doğal olarak genel sağlık algısına da olumsuz yansıdığını dile getirmektedir [190]. Yaş arttıkça kronik hastalıkların artıyor olması ve bu hastalıkların genel sağlık algısını olumsuz etkilediği birlikte değerlendirildiğinde, yaş ve genel sağlık algısına ilişkin çalışma bulgumuz literatürle uyumludur.

Cinsiyetlerine göre katılımcıların genel sağlık algıları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Erkek katılımcıların genel sağlık algılarının mükemmel düzeyde olma oranı, kadın katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.27). Kadınların genel sağlık algısının erkeklere kıyasla daha kötü çıkması literatürde yer alan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Caroli ve Weber-Baghdiguian (2016), bu çalışmalarda kadınların kendi sağlıklarını olumsuz olarak derecelendirdiklerini dile getirmekle birlikte kadınların yaşamları boyunca ölme olasılıklarının erkeklere göre daha düşük olduğu yönündeki paradoksa da vurgu yapmaktadır [190]. DSÖ de kadınların, erkeklerden ortalama 6-8 yıl kadar daha uzun yaşadıklarını belirterek bu bilgiyi desteklemektedir [191]. Araştırmacılar kadınların daha uzun yaşamalarına karşın genel sağlık algılarının daha düşük olmasını farklı

şekillerde açıklamaktadır. Örneğin bazı araştırmacılar kadınların daha fazla kronik hastalığa yakalandıklarını, erkeklerinse ölümcül hastalıklara yakalanma risklerinin daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Buradan yola çıkarak cinsiyetler arası sağlık algısındaki çelişki, yan etkilerin hastalığın ciddiyeti hakkında oluşturabileceği yanıltıcı etkiyle açıklanmaktadır. Diğer bir ifadeyle araştırmacılar, erkeklerin taşıdıkları hastalığın yan etkisini “ağır” yaşamadıkları için genel sağlık algılarının kadınlardan daha iyi çıkıyor olabileceğine değinmektedir. Bazı araştırmacılar cinsiyet ile genel sağlık algısı arasındaki paradoksu sosyal normlar üzerinden açıklama yoluna gitmiştir. Sosyal normlar genellikle kiloyla ilişkilendirilmiş ve bu da kilolu kadınların kendilerini sağlıksız görmelerine yol açmıştır [190].

Katılımcıların BKİ düzeylerine ve medeni durumlarına göre genel sağlık algıları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Obez katılımcıların genel sağlık algısının orta-kötü düzeyde olma oranı; zayıf, normal ve fazla kilolu katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir. Fazla kilolu katılımcıların genel sağlık algısının orta-kötü düzeyde olma oranı da, zayıf ve normal katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.27). Macar katılımcılarla yapılan bir araştırmada, yüksek BKİ düzeyi ile zayıf sağlık algısı arasında önemli ölçüde pozitif bir korelasyon olduğu ortaya koyulmuştur [192]. Doll ve ark.’nın (2000) yaptıkları araştırmada da obez bireylerin normal kilodaki bireylerden daha düşük genel sağlık skoruna sahip olduklarını bulunmuştur [159]. Medeni durumla genel sağlık algısına ilişkin bulgumuz ise evli katılımcıların genel sağlık algısının iyi düzeyde olma oranının, dul/boşanmış/ayrı katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu yönündedir (Tablo 6.27). Pikhart (2002)’a göre, literatürdeki birçok çalışma, evliliğin sağlık algısını olumlu etkilediği sonucuna varmıştır. Örneğin; Hollanda’da yapılan bir araştırma boşanmış ya da hiç evlenmemiş olmanın zayıf bir sağlık algısına işaret ettiğini ortaya koymuştur [192]. Literatürde yer alan bilgiler, BKİ ve medeni durum ile genel sağlık algısı arasındaki ilişkiye yönelik bulgumuzu destekler niteliktedir.

Öğrenim durumlarına göre katılımcıların genel sağlık algıları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Üniversite mezunu katılımcıların genel sağlık algısının çok iyi düzeyde olma oranı, okul bitirmemiş, ilköğretim ve lise mezunu katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.27). Nishi ve ark.’nın (2012)

çalışmasında da öğrenim seviyesi yüksek olan bireylerin genel sağlık algısının daha olumlu olduğu ortaya koyulmuştur [193]. Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Polonya, Litvanya, Estonya ve Rusya'da yapılan çalışmalarda da sağlık algısı zayıf olan kişilerin düşük bir öğrenim seviyesine sahip oldukları ortaya koyulmuştur. Hatta, ilkokul mezunu bireylerin sağlık algısının, üniversite mezunlarının sağlık algısından 3 kat daha zayıf olduğu bulunmuştur [192]. Öğrenim düzeyinin sağlıkla ilişkili konulardaki bilgi düzeyini etkilemesi, literatürle desteklenen bulgumuzun altında yatan neden olabilir. Yani öğrenim düzeyinin artması, bireylerin sağlıkla ilişkili konularda bilgi düzeylerini de arttırmalarını sağladığı için [171] daha eğitilmiş kişilerin daha sağlıklı seçimlere yönelerek sağlıklarını korudukları, bu durumun da genel sağlık algılarını olumlu anlamda etkilediği düşünülebilir.

Genel sağlık algısına göre katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; genel sağlık algısı mükemmel ve çok iyi olan katılımcıların fiziksel ve duygusal iyilik hali puanları, genel sağlık algısı iyi olan katılımcılardan; genel sağlık algısı mükemmel, çok iyi ve iyi olan katılımcıların fiziksel ve duygusal iyilik hali puanları da genel sağlık algısı orta-kötü olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir. Pikhart (2002) genel sağlık algısının, fiziksel sağlığın bir ölçütü olduğunu ileri sürmüştür. Bireyin kendi sağlığına ilişkin değerlendirmelerine yönelik elde edilen verilerin yine bireyin (nesnel) genel sağlığı hakkında bilgi verebildiği, bu verilerin sağlığın tek bir boyutuna odaklanmadığı, aksine fiziksel ve psikolojik sağlık kavramlarıyla ampirik olarak ilişkili olduğu bildirilmektedir. Bu yüzden psikolojik sağlık düzeyi düşük olan bireylerin genel sağlık düzeylerinin de düşük olduğu belirtilebilmektedir [192]. Piko (2000), bir birey fiziksel sağlığını ne kadar olumsuz değerlendiriyorsa, o bireyde depresyon ve anksiyete olma ihtimalinin o derece yüksek olduğunu belirtmektedir. Psikosomatik belirtileri az olan bireylerin, sağlıklarını daha olumlu bir biçimde değerlendirdikleri görülmüştür. Piko, öz sağlık değerlendirmesinin son derece öznel bir olgu olduğunun farkındadır ama bu değerlendirmenin fiziksel bulgu ve ölüm gibi nesnel parametrelerle de ilişkili olduğunu belirtir. Aynı zamanda Piko, söz konusu öznelğin önemli olduğunu; çünkü hastalık ve sağlık konusunda bireyin değerlerini, görüşlerini ve hislerini yansıttığını dile getirmektedir [194]. Literatürde yer alan bilgilerden de anlaşılacağı

üzere; kişinin fiziksel ve duygusal iyilik hali yükseldikçe, genel sağlık algısı da iyileşmektedir.

Katılımcıların genel sağlık algısına göre bilişsel iyilik hali puanları da istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, genel sağlık algısı mükemmel ve çok iyi olan katılımcıların bilişsel iyilik hali puanları, orta-kötü olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.22). Pikhart (2002) da düşük öğrenim düzeyinin genel sağlık algısındaki azalmaya yol açtığına yönelik araştırmalardan bahsetmektedir [192]. Toci ve ark. (2014) ise, birçok araştırmanın bireyin sağlık okuryazarlığı arttıkça, olumlu bir sağlık algısının da geliştiğine işaret ettiğini belirtmektedir. Bununla beraber, sağlık okuryazarlığı arttıkça, kişilerin daha az hastalandıklarını beyan ettikleri ortaya çıkmıştır [139]. Michalos (2007) da öğrenim düzeyinin hem sağlık hem de sağlıklı yaşam tarzıyla olumlu bir ilişkiye sahip olduğunu dile getirmektedir. Bu noktada 1996 ile 1997 yılları arasında Kanada’da yapılan Ulusal Nüfus Sağlık Anketi’nin sonuçlarını paylaşmaktadır. Bu ankete göre, ilkökul ve ortaokul mezunu bireylerin sadece yüzde 19’u sağlıklarını “mükemmel” olarak nitelendirirken, üniversite mezunlarının yaklaşık yüzde 30’u aynı cevabı vermişlerdir [195]. Literatür bilgileri ışığında; öğrenim düzeyi ile bilişsel beceriler arasındaki ilişki düşünüldüğünde, bilişsel iyilik hali ile sağlık algısı arasında pozitif bir korelasyon olması beklenmektedir ki, bulgularımız da bu ilişkinin varlığını ortaya koymaktadır.

Genel sağlık algısına göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, genel sağlık algısı mükemmel, çok iyi ve iyi olan katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları, orta-kötü olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.22). Gwozdz ve ark. (2009) yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olmanın bir unsuru olan yaşam memnuniyeti ile bireyin sağlık algısı arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Bunun yanı sıra aynı araştırmada kişilerin kendi kendilerine yetebildikleri ölçüde yaşam memnuniyetlerinin arttığı belirtilmiştir [196]. Damian ve ark. (2008), yaşlı bireylerle yaptıkları araştırmada, başkasının bakımına daha az ihtiyaç duyan yaşlıların, daha çok ihtiyaç duyanlara göre daha iyi bir genel sağlık algısına sahip

oldukları sonucuna varmıştır [197]. Literatürde yer alan bilgiler de göstermektedir ki, bulgularımızda olduğu gibi iyilik halinin yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma boyutu ile genel sağlık algısı arasında pozitif bir ilişki vardır.

Katılımcıların genel sağlık algısına göre sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, genel sağlık algısı mükemmel, çok iyi ve iyi olan katılımcıların sosyal iyilik hali puanları, orta-kötü olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir. Genel sağlık algısı çok iyi olan katılımcıların sosyal iyilik hali puanları da, iyi olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.22). Genç bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda, sosyal iyilik hali ile sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Genç bireylerin ailelerinden destek görmeleri, stresli durumları çabuk atlattıklarını ve bu durumların olası kötü etkilerinden daha az etkilenmelerini sağlamaktadır. Aileleriyle iletişimi olduğunu dile getiren bireylerin daha yüksek yaşam memnuniyeti ve daha az fiziksel ve psikolojik şikayet öne sürdükleri yani sağlıklarını daha olumlu yorumladıkları görülmüştür. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda, arkadaş ilişkileri gelişmiş bireylerin daha az psikolojik şikayeti olduğu görülmüştür. Sosyalleşen genç bireylerin daha iyi bir sağlık algısına sahip olduğu ve daha sağlıklı davranışlar sergilediği ortaya koyulmuştur [198]. Chola ve Alaba (2013) komşuluk ilişkileri güçlü kişilerin genel sağlık algılarının daha iyi olduğunu belirtmişlerdir. Literatürde yer alan bilgiler sosyal iyilik hali ile genel sağlık algısı arasında pozitif bir ilişkinin varlığını ortaya koyan bulgumuzu desteklemektedir [199].

Genel sağlık algısına göre katılımcıların toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, genel sağlık algısı mükemmel ve çok iyi olan katılımcıların toplam ölçek puanları, iyi ve orta-kötü olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir. Genel sağlık algısı iyi olan katılımcıların toplam ölçek puanları da, orta-kötü olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.22). Sağlık algısı düzeyi yüksek olan bireylerin iyilik halinin tüm alt boyutlarından yüksek puan aldıkları görülmektedir (Tablo 6.22). Bu bulgu, sağlık algısı daha iyi olan bireylerde iyilik hali seviyesinin daha yüksek olduğunu istatistiksel olarak açıklamaktadır.

7.1.11. Koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma

Katılımcıların yaşlarına göre koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yaşı 50 yaş ve üzeri, 40-49 yaş ve 30-39 yaş aralığında olan katılımcılarda koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme oranı, yaşı 29 ve altında olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.29). Zhang (2007)'in çalışmasında, yaş arttıkça hem kadınlarda hem de erkeklerde koruyucu sağlık hizmetlerinden olan tansiyon, kolesterol ve kan şekeri ölçtürme sıklığının arttığı ortaya koyulmuştur [132]. Cangelosi (2009) de yaşlı bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlandıklarını dile getirmektedir [200]. Katılımcıların cinsiyetlerine göre de koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Kadın katılımcılarda koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme oranı, erkek katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.29). Vaidya ve ark.'nın (2012) Amerikalı bireylerle yapmış oldukları çalışmada, kolesterol ve tansiyon ölçtürme gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden kadınların erkeklere göre daha fazla yararlandıkları ortaya koyulmuştur [201]. Cangelosi (2009), kadınların kısa süren hastalıklara ve ölümcül olmayan kronik rahatsızlıklara yakalanma eğilimlerinin erkeklerden daha fazla olduğunu belirtmektedir [200]. Bu durum kadınların koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma oranının neden erkeklerden daha fazla olduğunu açıklayabilir.

Medeni durumlarına göre katılımcıların koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Evli katılımcılarda koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme oranı, bekar katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.29). Cangelosi (2009) da, evli bireylerin, bekar bireylerden daha fazla koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlandıklarını dile getirmektedir. Araştırmacı, bunun sebebini evli bireylerin koruyucu sağlık hizmetinin önemine ilişkin bilgi sahibi olmalarına bağlamakta; diğer bir sebebini ise, evli bireylerin eşleri tarafından koruyucu sağlık hizmeti almak için cesaretlendirilmesi olabileceğini ifade etmektedir [200]. Katılımcıların öğrenim durumlarına göre de koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Üniversite mezunu katılımcılarda koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme oranı; lise, ilköğretim mezunu ve okul bitirmemiş katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.29). Avrupa ülkelerinde yapılan

çalışmalar da bulgumuzu destekler nitelikte olup; öğrenim seviyesindeki artışla, koruyucu sağlık hizmetlerine karşı ilginin ve bu hizmetlerden yararlanma olasılığının yükseldiğini belirtmektedir [202].

Koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme durumuna göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, koruyucu sağlık hizmetlerini çok önemseyen katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma puanları, bu hizmetleri önemseyen ve önemsemeyen katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.26). Kim ve ark. (2015), çalışmalarında yüksek yaşam memnuniyetinin yüksek düzeyde koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmayla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Örneğin; yaşam memnuniyetinin artışı bireylerin kolesterol testi yaptırma olasılıklarını arttırmaktadır [203]. Kim ve ark. (2014) yaşam hedefi üzerinden de konuyu araştırmış ve yaşam hedefi yüksek bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma ihtimallerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir [204]. Yaşamını anlamlandırmış ve hedef odaklı bireyler, bu hedeflerine ulaşabilmek için sağlıklarını korumak zorunda olduklarını düşündükleri için koruyucu sağlık hizmetleriyle iyilik halinin bu boyutu arasında pozitif bir ilişki bulunmuş olabilir.

Katılımcıların koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme durumuna göre bilişsel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, koruyucu sağlık hizmetlerini çok önemseyen katılımcıların, bilişsel iyilik hali puanları önemseyen ve önemsemeyen katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.26). Literatürde, koruyucu sağlık hizmetini önemseme ile iyilik halinin bilişsel boyutu arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen çalışmalara rastlanmadığından, koruyucu sağlık hizmetinin ne tür hastalıkları öngörebildiği noktasında yorum yapılabilir. Örneğin; birçok çalışma, yüksek tansiyonun hafif bilişsel bozukluk, bunama ve hatta Alzheimer riskini arttırdığını [205] ve beynin dikkat ve hafızadan sorumlu bölgelerine zarar verdiğini belirtmektedir [206]. Bunun yanı sıra bazı çalışmalar düşük tansiyonun serebral kan akışına zarar verdiğini, bunun da bilişsel bozukluklara yol açabileceğini dile getirmektedir [206]. Bu durumda, düzenli tansiyon ölçümü yaptıran kişi, olası sağlık risklerinden haberdar olabilmekte ve gerekli önlemleri alabilmektedir. Dolayısıyla, yüksek ya da düşük tansiyon varlığında, durum kontrol altına alınarak bilişsel bozuklukların önüne

geçilebilir. Tansiyon kontrolü örneğinden yola çıkarak, koruyucu sağlık hizmetlerini önemseyen bireylerin bilişsel iyilik hallerinin yüksek olabileceği öngörülebilir.

Koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme durumuna göre katılımcıların duygusal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, koruyucu sağlık hizmetlerini çok önemseyen katılımcıların duygusal iyilik hali puanları, önemseyen katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.26). Kim ve ark. (2014) da duygusal durumdaki olumsuzlukların, daha az koruyucu sağlık hizmeti kullanımıyla ilişki bulmuştur [204]. Bu ilişki, diyabet gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma ile kendisi ve komplikasyonları önlenebilecek veya geciktirilebilecek bir hastalık üzerinden de değerlendirilebilir. Badescu ve ark. (2016), diyabet hastası kişilerin depresyona yakalanma risklerinin normalden 2-3 kat daha fazla olduğunu ifade etmektedir. Bununla beraber, diyabet hastası bireylerin yüzde 40'ının anksiyete rahatsızlığı bulunduğunu da belirtmektedir [176]. Bu bulgular dikkate alındığında, kan şekerinin düzenli olarak ölçtürülmesi; diyabetin erken teşhis edilmesini ve bu hastalığın depresyon ve anksiyete gibi olası psikolojik yan etkilerinin kontrol altına alınmasını sağlayabilir. Sonuç olarak, koruyucu sağlık hizmetlerini önemsemek, duygusal iyilik halinin korunması ve geliştirilmesinde bir etken olabileceği için koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme ile duygusal iyilik hali arasında pozitif bir ilişki bulunuyor olabilir.

Koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme durumuna göre katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, koruyucu sağlık hizmetlerini çok önemseyen katılımcıların, fiziksel iyilik hali puanları önemseyen ve önemsemeyen katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.26). Literatürde belirli aralıklarla koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmanın, bireylerin hastalığa yakalanmadan tedbir almasını sağlayabildiği bildirilmektedir [52]. Pol ve Thomas (2013), grip aşını örnek göstererek koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmanın, bireylerin sağlıklarını uzun bir süre korumalarına yardımcı olduğunu dile getirmektedir [207]. Koruyucu sağlık hizmetlerini daha çok önemseyen katılımcıların fiziksel iyilik hali puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olması; kan basıncı kontrolü ve kan şekeri

ölçümü gibi koruyucu sağlık hizmetleri aracılığıyla, bazı hastalıkların kontrol altına alınmasından kaynaklanıyor olabilir.

Koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme durumuna göre katılımcıların sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, koruyucu sağlık hizmetlerini çok önemseyen katılımcıların, sosyal iyilik hali puanları önemseyen ve önemsemeyen katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.26). Literatürde yer alan çalışmalar da bu bulguyu desteklemektedir. Kim ve Kawachi (2017), güçlü komşuluk ilişkilerinin koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma olasılığını arttırdığını ortaya koymuştur. Örneğin; komşuluk ilişkileri güçlü olan bireyler; grip aşısı, mamografi ve kolesterol testi gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaktadır [208]. Evli bireylerin eşleri tarafından koruyucu sağlık hizmeti almak için cesaretlendirilmesi de [200] sosyal ilişkiler ile koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme durumuna göre katılımcıların toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, koruyucu sağlık hizmetlerini çok önemseyen katılımcıların, toplam ölçek puanları önemseyen ve önemsemeyen katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.26). Madden (2015), yapmış olduğu çalışmada 8 hafta boyunca koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanan kişilerin genel iyilik hallerinde belirgin bir artış gözlemlemiştir. Madden, iyilik halinin her boyutunda iyileşmenin gerçekleştirilmesi için yaşam tarzıyla ilişkili kronik hastalıkların ortaya çıkmasını engellemek gerektiğini vurgulamaktadır [209]. Bu açıdan bakıldığında, koruyucu sağlık hizmetlerini önemsemek ve bu hizmetlerden faydalanmak bireylerin iyilik halini yükseltebilir. Bunun yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme düzeyi ile iyilik halinin tüm alt boyutları arasında pozitif bir ilişki bulunması da, koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme durumunun iyilik hali toplam ölçek puanını arttırabileceğini ortaya koymaktadır.

7.1.12. İşe devamsızlık

Sağlıkla ilgili işe devamsızlık varlığına göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma ve sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Sağlıkla ilgili işe devamsızlık yapan katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları, işe devamsızlık yapmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 6.24). Bir bireyin işinden aldığı doyum ve iş tatmini onun toplam yaşam memnuniyetini etkileyebilmektedir [210,211]. Buradan yola çıkarak iş doyumuyla, iyilik halinin yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma boyutu ilişkilendirilebilir. Bazı çalışmalar devamsızlık ile iş doyumunu ve iş memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Josias (2005), işe devamlılığın çalışanın motivasyonuna bağlı olduğunu ifade eden çalışmaların varlığından bahsetmektedir. Hatta işe gitme motivasyonunu etkileyen en önemli faktörlerden birinin iş doyumunu olduğu bildirilmektedir. İş doyumunun, bireyin işini ne kadar sevdiği ve işine karşı geliştirmiş olduğu tutumla yakından ilgili olduğu ve işe karşı geliştirilen olumlu tutumun bireyi çalıştığı kuruma bağlarken, olumsuz tutumun bireyi o kurumdan uzaklaştırdığı ifade edilmektedir. Bunların dışında bireyin genel olarak hayata karşı tatminsizliğinin iş doyumunu etkilediğini dile getiren çalışmalar da mevcuttur. Diğer bir ifadeyle hayata karşı olumsuz bakış açıları olan insanların işlerine karşı olumsuz bir tavır geliştirebildiği bildirilmiştir [212]. Schaumberg ve Flynn (2017) işine karşı memnuniyetsiz bir tutum geliştiren kişinin daha çok devamsızlık yapabileceğini dile getirmektedir. Bu iki araştırmacı yaşam memnuniyeti ile iş tatmini arasındaki ilişkiyi şu şekilde kurmuştur: işlerinden memnun olan bireyler hayatın diğer alanlarından ve genel olarak hayattan memnundurlar. Bununla beraber, işlerinden memnun olmayan bireyler, hayatın diğer alanlarından ve genel olarak hayatlarından da memnuniyetsizlik duymaktadır [213]. Bu durumda işe devamsızlık yapan katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali seviyelerinin işe devamsızlık yapmayanlardan daha düşük çıkması literatürdeki çalışmalarla uyumlu bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Sağlıkla ilgili işe devamsızlık varlığına göre katılımcıların sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Sağlıkla ilgili işe devamsızlık yapan katılımcıların sosyal iyilik hali puanları, işe devamsızlık yapmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 6.24). Literatürde işe devamsızlık

ile sosyal iyilik hali arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen çalışmalara rastlanmadığı için işe devamsızlığa sebep olan faktörlerin sosyal iyilik haliyle ilişkisine değinilebilir. Örneğin; Bergström ve ark. (2017) depresyon, anksiyete ve uyum sorunu gibi yaygın mental problemlerin, İsveç ve diğer OECD ülkelerinde hastalık izninin ana sebepleri olduğunu dile getirmektedir. Araştırmacılar, bu mental problemlerin sosyal izolasyon gibi daha farklı sorunlara yol açabildiğinden de bahsetmektedir [214]. Bunun yanı sıra iş yerindeki iletişim sorunlarının işe devamsızlığı arttırdığı bildirilmektedir [215]. İş yerinde çalışma arkadaşlarıyla kurulan iletişimi olumsuz etkilediği belirtilen tükenmişlik sendromu da işe devamsızlığı arttırmaktadır [216]. Bunlara ek olarak; Hanebuth ve ark. (2006), çalışanlara karşı destekleyici liderlik davranışının yetersizliğini ve azalan sosyal desteği işe devamsızlık artışıyla ilişkilendirmiştir [217]. Ayrıca, iş ortamının sosyal etkileşim ve bağlılık duygusu geliştirmek için bir fırsat olduğu dile getirilmektedir [218]. Bu durumda, bu fırsatı değerlendirmek isteyen kişilerin işe devamsızlık oranlarının düşük olması beklenirken, iş ortamında sosyal etkileşim ve bağlılık duygusu geliştirmemiş/az geliştirmiş ya da geliştirmeye eğilimli olmayan bireylerin işe devamsızlık oranlarının yüksek olması beklenebilir. Bununla birlikte saygın küresel bir imalatçı şirketin yayımlamış olduğu rapora göre, iş ortamında iyileştirmelere gitmek, çalışanlar arası sosyal iletişimi arttırmış ve bu da işe devamsızlığı yüzde 50 oranında azaltmıştır. Bu rapora göre, çalışma ekibinin uyumluluğu ve yakınlığı iletişimi ve sosyal ilişkileri geliştirmiş ve işe katılımı teşvik etmiştir [218]. Konuyla ilgili literatürde yer alan bilgiler işe devamsızlıkla sosyal iyilik hali arasında pozitif bir ilişki olduğuna yönelik bulgumuzu desteklemektedir.

Sağlıkla ilgili işe devamsızlık varlığına göre katılımcıların toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Sağlıkla ilgili işe devamsızlık yapan katılımcıların toplam ölçek puanları, işe devamsızlık yapmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 6.24). İşyerinde çalışanların iyilik hallerini arttırmaya yönelik programların işe devamsızlığı azalttığını bildiren çalışmalar da bu bulguyu desteklemektedir [9,14,219,220].

7.2. Araştırma Grubunun Sağlık Riskleriyle İlgili Tartışma

7.2.1. Sigara riski

Çalışmamızda yaşı 50 ve üzerinde olan katılımcılarda sigara riski düzeyi diğer yaş grubundaki katılımcılardan düşük çıkmıştır (Tablo 6.31). Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre de 25-34 ve 35-44 yaş grubundaki bireyler en yaygın sigara kullanıcılarıdır. Yaşın artışı ile sigara tüketimi azalmaktadır [123]. Çalışmamızda katılımcıların öğrenim düzeylerine göre sigara risklerine bakıldığında da anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Katılımcılardan herhangi bir okul bitirmemiş olanlarla, ilköğretim ve lise mezunu katılımcıların sigara riski, üniversite mezunlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 6.31). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu verilerine göre de sigara kullanımı üniversite mezunlarında; ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarından daha düşüktür. Bunun yanı sıra araştırma sonuçlarında, öğrenim düzeyi yükseldikçe, günde içilen sigara sayısının düştüğü bilgisine de yer verilmektedir [101]. Görüldüğü gibi örnekleminizin yaş gruplarına ve öğrenim düzeylerine göre sigara açısından riski ile ilgili veriler, Türkiye verilerini yansıtmaktadır.

Sigara açısından risk düzeylerine göre katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, sigara açısından yüksek riske sahip katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, orta düzeyde riskli olan ve riskli olmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 6.23). Tütün kullanımı uzun vadede kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum sistemi hastalığı, diyabet ve prematür ölüm riskini artırmaktadır [62]. Tütün kullanımının aynı zamanda beyinde ve solunum, kardiyovasküler, gastrointestinal, immün ve metabolik sistemlerde olumsuz sağlık etkileri bulunmaktadır [103]. Bilimsel araştırmaların ve çalışma bulgularımızın da gösterdiği gibi sigara fiziksel sağlığımızı ve fiziksel iyilik halimizi olumsuz yönde etkilemektedir.

Katılımcıların sigara açısından risk düzeylerine göre sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, sigara açısından yüksek riske sahip katılımcıların sosyal iyilik hali puanları,

riski olmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 6.23). Sosyal iyilik hali seviyelerinin düşük olması literatürdeki pek çok çalışmanın bulgularıyla uyumaktadır. Örneğin; Lindstrom ve ark. sanat sergilerini gezme gibi sosyal etkinliklerin, diğer bir ifadeyle sosyalleşmenin günlük sigara tüketim olasılığını düşürdüğünü dile getirmektedir [164]. Tan (2013) ise sigara karşıtı kampanyalar üzerinde yoğunlaşarak sosyal kontrol (kamusal alanlarda sigara kullanımının yasaklanması gibi) ile sigara tüketimi arasındaki ilişkiye bakmaktadır. Tan, halk sağlığı konusunda ortalıkta dönen söylemlerin ve sigara karşıtı politikaların, sigara içme davranışını anormalleştirerek kabul edilemez bir pratik haline getirdiğini ve sigara içen bireyleri toplumdan soyutladığını beyan eden tartışmaların varlığından bahsetmektedir. Tan, sigara konusunda bireylere damgalanan etiketlerin (sosyal dışlanma) ve ağır eleştirilerin bazı katılımcıların kendilerini sosyal ve duygusal olarak kötü hissetmelerine yol açtığını ifade etmektedir [221]. Literatürde sigaranın sosyal iyilik haline yönelik olumlu etkileri de yer almasına karşın, olumsuz etkileri ağırlıklıdır. Ülkemizde ise son yıllarda sigara tüketimini azaltmaya yönelik geliştirilen politikaların bir sonucu olarak sigaranın sosyal iyilik halini düşürdüğü söylenebilir. Dumansız Hava Sahası projesi öncesinde sosyalleşmek için bir araç olan sigara, projenin hayata geçirilmesiyle iş yerleri gibi birçok kapalı mekanda izole veya zehir odalarını andıran ortamlarda içilen bir bağımlılık yapıcı madde olarak görülmeye başlandı. Bunun yanı sıra geçmişte sosyal yönüyle “havalı”, “özgür” ve “karizmatik” bireyin bir “tercihi” olarak görülen sigara, global bilinçlendirme kampanyaları sonucunda başlanması bir “hata” ve bırakılmaması bir “zayıflık” olarak görülen bir “bağımlılık” olarak değerlendirilmeye başlandı. Tüm bunların etkisiyle sigara sosyal iyilik halini azaltan bir unsur haline almış, sigara riski yüksek bireyler de bu nedenle çalışmamızda sosyal iyilik hali bakımından daha kötü durumda çıkmış olabilir.

Çalışmamızda, sigara açısından risk düzeylerine göre katılımcıların duygusal iyilik hali ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Tablo 6.23). Diğer yandan, literatürde özellikle depresyon ya da depresyon belirtileri olarak kendini gösteren düşük iyilik hali seviyesi, düşük özsaygı ve düşük genel sağlık durumu ile sigara tüketimi arasında anlamlı bir ilişki olduğu vurgulanmaktadır [222]. Stres ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki

olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Örneğin; üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada stres düzeyi arttıkça sigara tüketiminin de arttığı görülmüştür [223]. Flensburg-Madsen ve ark.'nın (2011) mental sağlık ile sigara kullanımı arasındaki ilişkiye bağlı olarak ortaya koydukları bulgular, sigara içen bireylerin depresyona yakalanma riskleri yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Fareler üzerinde yapılan bir çalışmada, ergenlik döneminde nikotine maruz kalmanın yaşamın sonraki dönemlerinde uyarıcılara karşı duyarlılıkta azalma ile stres ve endişeye yol açan durumlara karşı daha fazla duyarlı hale gelme gibi depresyon benzeri belirtilere neden olduğu bulunmuştur. Bununla beraber, yaş grupları üzerine yapılan uzun vadeli çalışmalarda sigara kullanımı ile depresyon arasındaki nedensellik ilişkisi, sigara kullanımından depresyona şeklinde seyir izlemektedir. Diğer bir deyişle, depresyon, sigara tüketimini arttırmamakta, aksine sigara tüketimi depresyon riskini yükseltmektedir [224]. Bunların yanı sıra, Tan araştırmasında sigara tüketiminin duygusal iyilik halini arttırdığına yönelik çalışmalara da yer vermektedir. Örneğin; sigara içmenin bireyin kendine vakit ayırmasını ve gerçeklikten bir süreliğine uzaklaşmasını sağladığını belirtmektedir. Ayrıca sigaranın, bireyin çalkantılı ruh haline bir denge getirdiğini ve içinde bulunduğu anın ya da mekanın sıkıcılığını unutmaya yardımcı olduğunu ifade etmektedir [221]. Joseph ve ark. (2003), nörotik bireylerde sigaranın olumsuz davranışların kontrolünü sağladığını belirtmektedir [225]. Yani sigara bir yandan duygusal iyilik halini olumsuz etkilerken bir yandan da duygusal iyilik halini yükseltmek için kişilerin “kurtarıcı” gibi gördükleri bir maddedir. Bu çift yönlü karmaşık ilişki sigara riski ile duygusal iyilik hali arasında anlamlı farklılık bulunmamasına yol açmış olabilir. Bunun yanı sıra, düşük bir pozisyonda çalışmak gibi sebeplerin birey üzerinde psikososyal stres oluşturacağı ve bunun da sigara tüketimini arttırabileceği dile getirilmektedir [164]. Çalışmamızda mavi yaka katılımcılarda beyaz yaka katılımcılara oranla sigara riskinin yüksek olması (Tablo 6.31) bu bilgiyi desteklemektedir.

Sigara açısından risk düzeylerine göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma ile bilişsel iyilik hali puanları, çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Tablo 6.23). Literatürde doğrudan sigara riski ile yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma arasındaki ilişkiyi inceleyen bir

çalışmadan ziyade, bireye hayatının bir anlamı ve amacı olduğu duygusunu veren spiritüel iyilik halinden yola çıkan çalışmalar mevcuttur. Spiritüel iyilik halinin; bireyi stresten koruyarak, ona fiziksel ve psikolojik açıdan daha sağlıklı bir hayat sağladığını belirten bir çalışmaya göre, spiritüel iyilik hali bireyi daha az sigara tüketmesi ya da hiç tüketmemesi ve daha fazla fiziksel aktivite yapması açısından desteklemektedir. Spiritüel iyilik hali aracılığıyla birey, deneyimlerini anlamlandırabildiği bir çerçevede edinir [226]. Bütün bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma puanı yüksek olan bireylerin sigara tüketim miktarlarının daha az çıkma ihtimali vardır. Bilişsel iyilik hali ile sigara riski arasındaki ilişkiyi ise dolaylı değerlendirebileceğimiz çalışmalar literatürde yer almaktadır. Bu çalışmalarda, sigaranın bilişsel beceriler üzerindeki kötü etkilerinden bahsedilmektedir. Starr ve ark. (2007), altmışlı yaşların ortasında olan bireylerde, sigaranın bilgi işlem sürecini olumsuz etkilediğini bulmuştur. Richard ve ark. ise daha genç bireylerde sigaranın sözlü öğrenme ve hafızayı olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur. Starr ve ark., sigaranın dışında öğrenim düzeyi ve cinsiyet gibi faktörlerin de bilişsel becerileri etkilediğini ve bu etkilerin birlikte karmaşık bir ilişki oluşturduğunu, bu sebeple de sigaranın bilişsel işlevlere etkisini ölçmek için daha etkili modeller yapmanın zorunlu olduğunu belirtmektedir [227]. Aynı karmaşık ilişkinin yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma boyutu için de söz konusu olması ve bu iki boyutla ilgili araştırmaların literatürde her yönüyle yer almadığı düşünüldüğünde, çalışmamızda da olduğu gibi bu iki boyut ile sigara riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir veri elde edilememesi anlaşılabilir.

Sigara açısından risk düzeylerine göre katılımcıların toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Diğer bir deyişle çalışmamızın bulguları, sigara kullanımından kaynaklanan sağlık riskinin iyilik halini etkilediğini ortaya koymuştur (Tablo 6.23). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, sigara açısından yüksek riske sahip katılımcıların toplam ölçek puanları, riski olmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür. Yani sigara kullanımına bağlı yüksek risk taşıyan bireylerin iyilik hali düzeyi sigara açısından risk barındırmayanlara göre daha düşüktür. İyilik hali seviyesindeki düşüklüğe, sigara açısından yüksek risk taşıyan

bireylerin fiziksel ve sosyal iyilik hali ölçek puanlarının risksiz gruba kıyasla daha düşük olması yol açmış olabilir.

7.2.2. Alkol riski

Katılımcıların medeni durumlarına göre alkol açısından risk varlığı oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Bekar katılımcılarda alkol riski görülme oranı, evli katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.32). Tansel ve Karaoğlan (2014) da Türkiye’de sağlık davranışı ve öğrenim düzeyi arasındaki ilişkiyi irdeledikleri çalışmasında, bekar bireyler arasında alkol tüketiminin evli ve dul/boşanmış bireylerden daha yüksek olduğunu bulmuştur [228]. Benzer şekilde Saygın (2008) sigara ve alkol tüketimini etkileyen faktörlerin ekonomik analizini yaptığı tez çalışmasında, evli bireylerin evli olmayanlara göre daha az alkol tüketim harcaması yaptığını bulmuştur [229]. Çalışmamızda öğrenim düzeyi ile alkol riski arasındaki ilişkiye bakıldığında, artan öğrenim düzeyinin artan alkol riskine işaret ettiği görülmektedir. Üniversite mezunu katılımcılarda alkol açısından risk görülme oranı, lise, ilköğretim mezunu ve okul bitirmemiş katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir. Lise mezunu katılımcılarda ise alkol açısından risk görülme oranı, ilköğretim mezunu ve okul bitirmemiş katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.32). Tansel ve Karaoğlan; çalışmalarında öğrenim düzeyi yüksek bireylerin, öğrenim düzeyi düşük bireylerden daha fazla alkol tüketmeye eğilimli olduklarını ortaya koymuştur. Yani öğrenim düzeyi arttıkça alkol tüketimi de artmaktadır [228]. Çalışmamızda yer alan katılımcıların medeni durumlarına ve öğrenim düzeylerine göre alkol açısından riski ile ilgili veriler, ülkemizde yapılan diğer araştırmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Alkol açısından risk düzeylerine göre katılımcıların sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, alkol açısından riske sahip katılımcıların sosyal iyilik hali puanları, risk olmayan ve emin olmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.23). Alkol pek çok kültürde halen tüketilmektedir ve bazı araştırmalar; alkolün konuşkanlığı arttırarak, kendini ifade edebilme kabiliyetini ve arkadaş ilişkilerini geliştirerek pozitif ruh halini iyi yönde etkilediğini ortaya koymaktadır [230].

Türkiye’de yapılan çalışmalar ise bireylerin özellikle sosyal sebeplerle alkol kullanmaya başladıklarını dile getirmektedir. Bu bireyler, çevrelerinde bulunan (evde ya da işte) ve alkol kullanan kişilere uyum sağlamak için, diğer bir ifadeyle arkadaş etkisiyle özellikle doğum günü, yılbaşı, mezuniyet töreni gibi etkinliklerde alkolla tanışmaktadır [231]. Bu çıkarım aynı zamanda Cooper’ın alkol kullanımının altında yatan sebeplerden birini içme dürtüsü olarak belirlemesiyle de örtüşmektedir. Cooper’a göre içme dürtüsünün dört bileşeninden ikisi sosyal ve uyumluluk dürtüleridir. İlk dürtü; sosyal nedenlerle alkol kullanan bireylerin sosyal deneyimlerini geliştirmek için etkinliklerde alkol tüketmesi olarak açıklanmaktadır. Uyumluluk dürtüsüyse bireylerin bir sosyal topluluk tarafından alkol sayesinde daha kolay kabul edilecekleri görüşünde olmalarıdır; bu bireyler kişisel olarak alkol tüketmeyi istemek zorunda değildir [232]. Konuyla ilgili araştırmalar bulgumuzla örtüşecek şekilde alkol tüketiminin sosyal iyilik halini olumlu etkileyebileceğini ortaya koymaktadır.

Alkol açısından risk düzeylerine göre katılımcıların bilişsel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, alkol açısından riske sahip katılımcıların bilişsel iyilik hali puanları, risk olmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.23). Literatürde alkol tüketimi ile bilişsel iyilik hali ilişkisi alkol tüketiminin ölçülü veya aşırı olmasına göre farklılık göstermektedir. Örneğin; aşırı alkol tüketiminin kısa ve uzun dönemli hafızayı olumsuz etkilediği CDC tarafından ortaya koyulmuştur [118]. Stampfer ve ark. (2005), aşırı alkol tüketiminin beyin fonksiyonlarına zarar verdiğinin bilinmekte olduğunu; fakat ölçülü alkol tüketimi ile bilişsel işlevler arasındaki nedensel ilişkinin net olmadığını dile getirmektedir. Bununla beraber, Stampfer ve ark., Ruitenberg’in ölçülü alkol tüketiminin demans ile ilişkili olduğu çıkarımına ve bu sebeple ölçülü alkol tüketiminin beyinde asetilkolin salgısını yükselttiğine ilişkin varsayımına yer vermektedir. Bunun yanı sıra; pek çok çalışma alkol kullanmayanlarla karşılaştırıldığında, ölçülü alkol tüketen bireylerin bilişsel testlerde daha iyi olduklarını göstermektedir. Stampfer ve ark. da kendi çalışmalarında günde bir standart içki içen yaşlı kadınların, içmeyenlerden daha iyi bilişsel performans gösterdiğini bulmuştur [233]. Jarosz ve ark. (2012) da ölçülü alkol tüketiminin yaratıcı düşünceleri olumlu etkilediğini ortaya koymuştur.

Çalışmamızda alkol riski bulunan katılımcıların büyük bir çoğunluğunun ölçülü kabul edilecek miktarda alkol tükettiği düşünüldüğünde bulgularımız literatürle uyumludur [234].

Çalışmamızda alkol açısından risk düzeylerine göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, fiziksel ve duygusal iyilik hali ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Tablo 6.23). Alkol riski ile fiziksel iyilik hali arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına karşın literatürde, alkol tüketim miktarına bağlı olarak bireylerin fiziksel iyilik halinin etkilenebileceği belirtilmektedir. Aşırı alkol tüketimi; düşük kan basıncı, karaciğer hastalıkları ve böbrek yetmezliği gibi sağlık sorunlarına yol açmaktadır [235]. Aşırı alkol tüketiminin bağışıklık sistemini zayıflatarak tüberküloz ve zatürre gibi enfeksiyon hastalıklarına neden olabildiği de belirtilmektedir [114]. Ölçülü alkol tüketimi ise daha sağlıklı ve uzun bir yaşamla ilişkilendirilmektedir. Camargo ve Klatsky çalışmalarında ölçülü alkol tüketiminin toplam ölüm oranını düşürdüğüne dikkat çekmektedir. Bu durum alkolün aşırı tüketilmemesi durumunda bireyi kardiyovasküler hastalıklardan koruyucu bir etkisi olmasıyla ilişkilendirilmiştir [235]. Çalışmamızda, alkol riski ile duygusal iyilik hali arasında anlamlı bir ilişki bulunamamasına karşın literatürde depresyon ve anksiyete gibi nöro-psikiyatrik bozuklukların alkol tüketimi ile ilişkilendirildiği çalışmalar mevcuttur. Alkolün özellikle fazla miktarı tüketimi intihar ve şiddet eğilimini arttırmaktadır [114]. Alkol kullanımı, finansal kaygılar, suçluluk psikolojisi ve düşük özgüven gibi psikolojik olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir [119]. Bu bulguların tam aksine, alkol kullanımının bireyin duygusal iyilik halini olumlu etkilediği de dile getirilmektedir. Örneğin; alkolün tüketildiği zaman aralığında kişinin ruh haline iyi geldiği ve kişiyi fark edilebilir şekilde daha mutlu hissettirdiği bildirilmektedir. Geiger ve MacKerron (2016) bu bilgiyi “Alkol, tüketildiği anda iyilik haline önemli şekilde etki ederken diğer zamanlarda iyilik haline çok az bir etkisi olmaktadır” şeklinde açıklamaktadır [236]. Çalışmamızda alkol riski açısından “riskli” kategorisinde değerlendirilen katılımcılar arasında; ölçülü alkol tüketenler ve aşırı alkol tüketenler ayrımı yapılmamıştır. Ancak literatürde bu iki grubun iyilik halinin boyutları üzerine birbirinin tersi olan etkileri olduğu belirtilmektedir. Bu durum yaşamı anlamlandırma

ve hedef odaklı olma, fiziksel ve duygusal iyilik hali boyutlarıyla alkol riski arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamasına yol açmış olabilir.

Sağlık riskleri arasında yer alan alkol riskine göre katılımcıların toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo 6.23). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, alkol açısından riske sahip katılımcıların, toplam ölçek puanları risk olmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir. Yörük ve Yörük (2012), alkol ve iyilik hali arasındaki ilişkiyi irdeleyen çalışmalardan bahsetmektedir: Mason ve Spoth, alkol tüketiminin ergenlerde öznel iyilik halinin önemli bir belirleyicisi olmadığını dile getirirken, Molnar ve ark. ise üniversite öğrencileri arasında alkol kullanımının daha olumlu bir iyilik hali duygusuna işaret ettiğini belirtmektedir. Tersine, alkol kullanımının iyilik halini olumsuz etkilediğine ilişkin araştırmalar da mevcuttur. Örneğin; Marmorstein, yüksek alkol problemi olan ergenlerde depresyon belirtilerinin görülme oranının yüksek olduğunu belirtmektedir. Windle da ergenler arasındaki alkol kullanımının, tütün tüketimi, şiddet ve intihar gibi diğer riskli davranışlarla da ilişkili olduğunu dile getirmektedir [235]. Literatürdeki çalışmalar alkol riskinin iyilik hali üzerindeki etkisinin kullanılan alkol miktarına bağlı olarak değiştiğini ortaya koymaktadır. Çalışmamızda alkol riski bulunan katılımcıların büyük bir çoğunluğunun ölçülü alkol tüketmesi, alkol riski ile iyilik hali toplam ölçek puanı arasında pozitif bir ilişki bulunmasına yol açmış olabilir.

7.2.3. Beslenme riski

Çalışmamızda katılımcıların cinsiyetleri ile beslenme riski arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Kadın katılımcılarda beslenme açısından çok düşük/düşük düzeyde risk görülme oranı, erkek katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.33). Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre de 2000 ve 2013 yılı verileri, erkeklerde beslenme riskinin kadınlardan daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır [123]. Çalışmamızda öğrenim düzeyi ile beslenme riski arasında da ilişki bulunmuştur. Üniversite mezunu katılımcılarda beslenme açısından çok düşük/düşük düzeyde risk görülme oranı; lise, ilköğretim mezunu ve okul bitirmemiş

katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.33). Literatürde öğrenim seviyesi yükseldikçe beslenme riskinin azaldığını gösteren çalışmalar mevcuttur [237]. Kavaz (2009) üniversite mezunlarının orta öğrenimini tamamlamamış yetişkinlere göre daha sağlıklı beslenme alışkanlıklarına sahip olduğunu ve üniversite mezunu yetişkinlerin orta öğrenimini tamamlamamış yetişkinlere göre daha çok meyve, sebze ve balık tükettiklerini bildirmiştir [237]. Çalışmamızda elde edilen, cinsiyet ve öğrenim durumu ile beslenme riski arasındaki ilişkinin literatürde de benzer şekilde yer aldığı görülmektedir.

Beslenme açısından risk düzeylerine göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma boyutu puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, beslenme açısından çok düşük/düşük riske sahip katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma boyutu puanları, çok yüksek/yüksek ve orta düzeyde riske sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.23). Anderson ve ark. (2007); bireyin beslenme davranışının en önemli belirleyicisinin özyeterlilik olduğunu belirtmektedir. Özyeterlilik seviyesi yüksek olan bireylerin sağlıklı beslenme davranışı için amaç belirleme, bu davranışı planlama ve kontrol etme konusunda daha iyi oldukları ortaya koyulmuştur [238]. Özyeterlilik, herhangi bir davranışı gerçekleştirme konusunda bireyin kendi kapasitesine duyduğu inanç anlamına geldiğinden [239] yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma boyutunun bir parçasıdır. Nitekim bu boyutun ölçek soruları arasında özyeterliliğin de sorgulandığı “Önemli kararlar verme kapasitesine sahip olduğumu düşünüyorum”, “Amaç ve hedeflerimi nasıl koyacağımı bilirim” ve “Kendim için koyduğum hedeflere ulaşırım” sorular yer almaktadır. Bu bağlamda literatür beslenme riski arttıkça yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma puanının düştüğüne yönelik bulgumuzu desteklemektedir.

Beslenme açısından risk düzeylerine göre katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, beslenme açısından çok düşük/düşük riske sahip katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, çok yüksek/yüksek ve orta düzeyde riske sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.23). Keller ve Siegrist (2014), yağ ve şeker miktarı bakımından zengin olan yüksek enerjili yiyecekler ile sağlık arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir. Bu yiyeceklerin insanlarda yeme arzusunu

ortaya çıkardığını vurgulayan araştırmacılar, yine bu tür yiyeceklerin küresel olarak yaygınlık gösteren obezitenin en önemli sebeplerinden biri olduğunu vurgulamaktadır [240]. Aşırı beslenmenin neden olduğu fazla kilo veya obezite; kan basıncının artması, kolesterol seviyesinin yükselmesi ve insülin direncinin artması gibi metabolik değişimlere yol açtığı, bu değişimlerin ise koroner kalp hastalığı, inme, diyabet ve pek çok kanser türü açısından riski arttırdığı bildirilmektedir [63]. Obezitenin; solunum sistemi hastalıklarına ve kas iskelet sistemi hastalıklarına zemin hazırladığı, bireylerin psiko-sosyal durumunu, yaşam kalitesini ve süresini olumsuz yönde etkilediği de ifade edilmektedir [90]. Beslenme riskini belirlemede meyve ve sebze tüketimi özellikle önemlidir ki çalışmamızda da beslenme riskini belirlemede katılımcıların meyve ve sebze tüketimi verilerinden yararlanılmıştır. DSÖ yetersiz meyve sebze tüketimine bağlı hastalıklardan her yıl yaklaşık 3 milyon kişinin hayatını kaybettiğini bildirmektedir [241]. Meyve ve sebze miktarı bakımından zengin öğünler kalp hastalığı riskini, kanser riskini, felç geçirme riskini ve kronik hastalıkların görülme sıklığını düşürdüğü, aynı zamanda, ergenlik döneminde meyve ve sebze tüketiminin teşvik edilmesi, meyve ve sebze alımına ilişkin tavsiyelerin uygulanması sağlığı uzun dönemde olumlu etkilediği bildirilmektedir [242]. Literatürde yer alan çalışmalarda da beslenme koşullarının fiziksel iyilik halini etkilediği yer almakta ve sağlıklı beslenmenin fiziksel iyilik halini arttırdığı yönündeki bulgumuzu desteklemektedir.

Beslenme açısından risk düzeylerine göre katılımcıların sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, beslenme açısından çok düşük/düşük riske sahip katılımcıların sosyal iyilik hali puanları, çok yüksek/yüksek ve orta düzeyde riske sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.23). Çalışmamızda ortaya çıkan bu bulgu, özellikle bazı besinler ile sosyal bağları olumsuz etkileyen mental hastalıklar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarla ilişkilendirilebilir. Örneğin; probiyotik açısından zengin, mayalanmış süt ürünü tüketen bireylerde, beynin olumsuz sosyal tepki oluşturan bölgesindeki etkinliğin azaldığı görülmüştür. Bilim adamları, bu ve buna benzer araştırmaların ışığında probiyotik içeren besinleri tüketmenin sosyal anksiyeteye savaşta önemli bir adım olabileceğini belirtmektedir [243]. Kültürel bir bakış açısıyla düşünüldüğünde ise sosyal ilişkiler besin vasıtasıyla

tekrar üretilmektedir. Bununla beraber besin; ev halkı, akrabalar, yaş grupları ve meslek grupları gibi toplumsal birimler arasında toplumsal kimlik ve uyumluluğu yaratma işlevi görmektedir. Eeuwijk (2007), tüketilen besinin niceliği ve niteliğinin bir bireyin toplumdaki “iktidar sahipliğine” işaret ettiğini vurgulamaktadır. Örneğin; ekonomik olarak durumu kötü olan ya da yaşlı ve engelli gibi “düşük sosyal statü” ye sahip bireylerin nicelik ve nitelik bakımından yeterli besine ulaşamadıklarını belirtmektedir [244]. Diğer yandan, beslenme ile sosyal iyilik hali arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğu da dile getirilmektedir. Beslenme ile sosyal iyilik hali arasındaki çift yönlü ilişkiye aile yemekleri örnek gösterilebilir: Bazı çalışmalar, aileyle birlikte yemek yemenin sosyal iyilik halini arttırdığını vurgulamaktadır. Utter ve ark. (2017); düzenli olarak aileyle yemek yemenin, aile arasındaki iletişimi güçlendirmede, ergenlerin davranışlarının kontrol edilmesini sağlamada ve problemlerin ortaklaşa ele alınıp çözülmesinde önem arz ettiğini belirtmektedir. Sık sık aileyle yemek yemenin olumlu sosyal davranışı geliştirdiği de ortaya koyulmuştur. Aileleriyle sık sık yemek yiyen bireylerin daha iyi bir beslenmeye sahip oldukları göz önüne alındığında [245] ve Christian ve ark.’nın (2012) ortaya koyduğu gibi aile yemeğinin meyve ve sebze tüketiminin arttığı [246] düşünüldüğünde; aile yemeği, beslenme riskinin azalmasıyla sosyal iyilik halinin arttığı yönündeki bulgumuza örnek teşkil edebilir.

Beslenme açısından risk düzeylerine göre katılımcıların duygusal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, beslenme açısından çok düşük/düşük riske sahip katılımcıların duygusal iyilik hali puanları, çok yüksek/yüksek ve orta düzeyde riske sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.23). Literatürde yer alan çalışmalar da bireyin beslenme riski ile duygusal iyilik hali arasında negatif bir korelasyon olduğunu ortaya koymaktadır. Rao ve ark. (2008), psikolojik sorunu olan bireylerin çoğunun, vücut için gerekli olan vitaminler, mineraller ve omega 3 yağ asitleri bakımından yetersiz besinleri tükettiklerini belirtmektedir. Özellikle amino asit açısından zengin gıda takviyelerinin depresyon gibi psikolojik rahatsızlıkların belirtilerini azalttığını ifade etmektedir. Rao ve ark., yetersiz karbonhidrat tüketiminin depresyonu harekete geçirebileceğini çünkü duygusal iyilik halini arttıran serotonin ve triptofan gibi kimyasalların üretiminin, karbonhidrat bakımından

zengin besinler tarafından tetiklendiğini dile getirmektedir. Proteine gelince, nörotansmitter dopaminin yapısına katılan tirosin ile yine nörotansmitter serotoninin yapısına katılan triptofanın vücuda yeterince alınmaması bireylerde düşük ruh hali ve saldırganlıkla ilişkilendirilmektedir. Önemli bir mineral olan selenyumun da yetersiz tüketimi azalan ruh haliyle ilişkili bulunmuştur. Bazı çalışmalar, selenyumun anksiyeteyi iyileştirebileceği tezi üzerinde durmaktadır [247]. Anksiyetenin düşük antioksidan alımıyla ilişkili olduğu da literatürde yer almaktadır [248]. Vitaminler, mineraller ve antioksidanlar gibi duygusal iyilik hali üzerinde etkisi olan besin öğeleri bakımından meyve ve sebzelerin zengin olması beslenme riski arttıkça duygusal iyilik halinin azaldığı yönündeki bulgumuzu desteklemektedir.

Beslenme açısından risk düzeylerine göre katılımcıların bilişsel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Literatürde yer alan araştırmalara baktığımızda çalışma bulgularımızın aksine beslenme ile bilişsel işlevler arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir (Tablo 6.23). İlgili çalışmalarda, vitamin ve minerallerin yeterli ve düzenli bir şekilde alınmadığı takdirde, beyinsel fonksiyonları olumsuz bir şekilde etkileyebileceği ve bilişsel bozukluklara yol açabileceği ifade edilmektedir [249]. McCracken'in B12 vitamininin bilişsel işlevler üzerindeki etkisini çalıştığı araştırmasında, bilişsel becerilerin beslenme desteğiyle geliştirildiği ortaya koyulmuştur [250]. B12 takviyesinin, yaşlı bireylerin beyinsel ve bilişsel fonksiyonlarını iyileştirdiği; beyin ön lobuyla ilişkili unsurların işlevini güçlendirdiği ve bilişsel bozukluğu olan bireylerin dil becerisini geliştirdiği ortaya koyulmaktadır [247]. Bunların yanı sıra, rafine şeker ve yüksek kolesterolü trans yağ içeren besin maddelerinin tüketilmesi ile düşük bilişsel performans arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur [250]. Pilotlar üzerinde yapılan örnek bir araştırma, besin tüketimi ile bilişsel işlevler arasındaki ilişkinin önemini ortaya koymaktadır. Bu çalışmada, proteince zengin bir diyet yerine, yağ ve karbonhidrat bakımından zengin bir diyet uygulamanın pilotların uçuş performansını arttırdığı bulunmuştur [249].

Beslenme açısından risk düzeylerine göre katılımcıların toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, beslenme açısından çok düşük/düşük riske sahip katılımcıların toplam ölçek puanları, çok yüksek/yüksek ve orta düzeyde riske sahip katılımcılardan anlamlı

düzyeyde yüksektir (Tablo 6.23). Ares ve ark. (2016), beslenmenin öznel iyilik halini etkileyen hayatın önemli bileşenlerinden biri olduğunu belirtmektedir [251]. Chanfreau ve ark. (2008), yetişkinler üzerinde yapmış oldukları çalışmada, iyilik halinin genel ölçekleri ile meyve ve sebze tüketimi sıklığı arasında pozitif bir korelasyon bulunduğunu bildirmiştir [252]. Ares ve ark. (2015) bireylerin iyilik hali algısının, besinler tarafından farklı şekillerde oldukça güçlü bir biçimde değiştirilebildiğini ifade etmektedir. Bu araştırmacılar yiyeceklerin fiziksel sağlığı, vücudun fonksiyonları üzerinden etkilediğini belirtmiştir. Bunun yanı sıra yiyecekler bireyleri davranışları ve bilişsel fonksiyonları üzerinden psikolojik olarak etkileyebilmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi temel besin değerlerini sağlamanın yanı sıra yiyecekler; bireyin ruh hali, temel dünya görüşü ve sosyal ilişkileri üzerinde de etkili olabilmektedir [253]. Literatürdeki bilgiler beslenme riski arttıkça iyilik halinin azaldığı yönündeki bulgumuzu desteklemektedir.

7.2.4. Fiziksel aktivite varlığı ve FIT skoru

Çalışmamızda, fiziksel aktivite görülme oranı ile katılımcıların yaşları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulguya göre, yaşı 29 ve altında olan katılımcılarda fiziksel aktivite görülme oranı, diğer katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.30). Kalkavan (2016) akademisyenler ile yaptığı bir çalışmada yaşın ilerlemesiyle fiziksel olarak aktif olma zamanının anlamlı bir şekilde azaldığını bulmuştur [254]. Yaşlanmaya bağlı olarak vücutta kireçlenme, kas kuvvetinde azalma ve kemik kırılğanlığının artması gibi birçok sorun ortaya çıkmaya başlar [255]. Meydana gelen bu fizyolojik değişimlerin bireyin fiziksel aktivite katılımını etkilemesi beklenebilir. Yine çalışmamızda, BKİ'deki artışın fiziksel aktivite görülme oranını azalttığı bulunmuştur. Buna göre, BKİ düzeyi normal aralıkta olan katılımcılarda fiziksel aktivite görülme oranı, diğer katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.30). Literatürde BKİ düzeyi fazla olan bireylerin fiziksel aktivite performanslarının düştüğü yönünde bilgiler yer alırken [256,257], fiziksel aktivite yapmadığı için de bireylerin BKİ düzeylerinin yükselmiş olabileceği belirtilmektedir [64,107,258]. Yani buradaki ilişki çift yönlü olarak değerlendirilebilir. Çalışmamızda medeni durum ve öğrenim düzeyi de katılımcılarda fiziksel aktivite görülme oranını

etkileyen sosyodemografik değişkenlerden ikisidir. Bekar katılımcılarda fiziksel aktivite görölme oranı, evli ve dul/boşanmış/ayrı katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.30). Kalkavan (2016) akademisyenlerle yaptığı çalışmasında bekarların evlilere göre fiziksel aktivite olarak daha aktif olduklarını bulmuştur [254]. Yüksek öğrenim düzeyi ise genel olarak katılımcılarda yüksek fiziksel aktivite görölme oranına işaret etmektedir. Üniversite ve lise mezunu katılımcılarda fiziksel aktivite görölme oranı, ilköğretim mezunu ve okul bitirmemiş katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.30).

Fiziksel aktivite varlığına göre katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Fiziksel aktivitesi olan katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.23). Fiziksel aktivite ile iyilik halinin fiziksel boyutu arasındaki ilişkiyi irdeleyen araştırmalara baktığımızda, çalışmamızın bulgularıyla uyduğu görölmektedir. Bu araştırmalarda; fiziksel aktivitenin glikoz metabolizmasını düzelterek vücut yağını azalttığı ve kan basıncını düşürdüğü, böylelikle de kardiyovasküler hastalıkların ve diyabetin görölme riskini azalttığı [63] ve inme riskini düşürdüğü belirtilmektedir [68]. Düzenli fiziksel aktivite ile kas gücünü ve vücut esnekliğini geliştirmenin, ideal vücut ağırlığına ulaşmanın ve yağ dokusunu azaltmanın mümkün olduğu belirtilmektedir [70]. Fiziksel inaktivite ise en az diğer sağlık riskleri olan aşırı kilo ve obezite kadar mortalite ile ilişkilendirilmektedir. BKİ'den bağımsız olarak; fiziksel olarak aktif bireyler, fiziksel olarak inaktif bireylere göre daha düşük ölüm riski taşımaktadır. Aşırı kilolu veya obez aktif bireylerin, normal kilolu inaktif bireylere göre daha düşük morbidite ve mortalite oranına sahip olması da bu bulguyu desteklemektedir [79]. Ayrıca düzenli fiziksel aktivitenin yüksek kolesterol ve trigliserid riskini azalttığı bildirilmektedir [71]. Güncel bulgular, kronik hastalıkların tedavisi ve önlenmesinde fiziksel aktivitenin ilk tedavi adımı olarak kullanılmasını tavsiye etmektedir [72].

Katılımcıların fiziksel aktivite varlığına göre duygusal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Fiziksel aktivitesi olan katılımcıların duygusal iyilik hali puanları, olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.23). Fiziksel aktivitenin bireyin duygusal iyilik halini olumlu yönde

etkilediği birçok çalışmada ortaya koyulmuştur. Josephson ve ark. (2013) fiziksel aktivitenin depresyonu azalttığını belirtmektedir [68]. DSÖ'nün 2002'de yayınlamış olduğu rapora göre, fiziksel aktivitenin stres ve anksiyete üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır [63]. Fiziksel aktivitenin, bireylerin kendilerini daha iyi hissetmelerini sağladığı ve bireylerde olumlu duyguları tetiklediği bildirilmektedir [69]. Bunun yanı sıra fiziksel aktivite kişilerin daha enerjik, canlı, hareketli ve huzurlu hissetmesini sağlayarak yaşam kalitelerini arttırmaktadır [64].

Fiziksel aktivite varlığına göre katılımcıların bilişsel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Fiziksel aktivitesi olan katılımcıların bilişsel iyilik hali puanları, fiziksel aktivitesi olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.23). Düzenli fiziksel aktivitenin, motor koordinasyonunu olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir [70]. Yaffe ve ark. (2001) artan fiziksel aktivite düzeyinin bireylerin bilişsel işlevlerini koruduğuna ilişkin çalışmalardan bahsetmektedir. Fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan yaşlı bireylerin bilişsel testlerde fiziksel aktivite düzeyi düşük olan bireylerin aldıklarından daha yüksek puan aldıkları grlmştş [259]. Gliloroska ve Manchevska (2012) alışmalarında; fiziksel aktivitenin öğrenmeyi ve hafızayı geliştirdiğini belirtmektedir. alışmalarına göre fiziksel aktivite öğrenme ve hafıza için önemli bir molekül olan BDNF'nin (Brain Derived Neurotrophic Factor – Beyin Kökenli Nörotrofik Faktör) üretimini hızlandırmaktadır [260]. Literatürde yer alan çalışmalar fiziksel aktivitenin bilişsel iyilik halini iyileştiren unsurlar üzerine olumlu etkilerine yer vermektedir ki bu çalışmamızın bulgularıyla da örtüşmektedir.

Katılımcıların fiziksel aktivite varlığına göre sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Fiziksel aktivitesi olan katılımcıların sosyal iyilik hali puanları, fiziksel aktivitesi olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.23). İlgili literatür incelendiğinde, bulgumuzu destekleyen çalışmalar mevcuttur. Fiziksel aktiviteyi düzeyi yüksek olan bireylerin, bir topluluğa ait olma hissini daha belirgin yaşadıkları ve sosyal dayanışma seviyelerinin yüksek olduğu bulunmuştur [261]. Ergen bireylerle yapılan çalışmalarda da düşük fiziksel aktivite düzeyi ile toplumdan kendini soyutlama arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur [262]. Literatür bulgularının yanı sıra

çalışmamızda bazı iş yerlerinde katılımcılar, çalışma arkadaşlarıyla koşuya, yürüyüşe ve çeşitli spor aktivitelerine birlikte katıldıklarını belirtmişlerdir. Bu beraberliğin sosyal etkileşimlerini de güçlendirdiğine özellikle değinmişlerdir. Literatürde fiziksel aktivite ile sosyal iyilik hali arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğunun üzerinde de durulmuştur. Sawyer ve ark. (2017) bireylerin sosyal çevreleri ve ilişkileriyle fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtirken, sosyal çevrenin fiziksel aktivite üzerindeki etkisini ölçen araştırmalara değinmektedir. Örneğin; iletişim duygusunun güçlü olduğu, sosyal kontrolün ve karşılıklı güvenin yüksek olduğu sosyal çevrelerde bireylerin yürüyüş yapma ve spor etkinliklerine katılma sıklıkları yüksektir [261]. Öğrencilerle yapılan bir araştırmada da daha fazla aile desteği gören ve öğretmenleriyle olan ilişkileri yüksek güven duygusu üzerine kurulmuş olanların, fiziksel aktiviteye daha yatkın oldukları bulunmuştur [263]. Çalışmamızda bağımlı değişken olarak iyilik hali ve boyutları belirlendiği için çift yönlü ilişkiyi bulgularımız açıklamamaktadır. Ancak bulgularımızın ortaya koyduğu ilişki literatürle örtüşmektedir.

Fiziksel aktivite varlığına göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Fiziksel aktivitesi olan katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları, fiziksel aktivitesi olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.23). Valois ve ark. (2004), fiziksel aktivite ile yaşam memnuniyeti arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların azlığından yakınmaktadır. Literatürde yer alan iki çalışmanın bulgularını ise şu şekilde sıralamaktadır: Ergen bireylerle yapılmış olan çalışmalarda, fiziksel aktivite ile yaşam memnuniyeti arasında pozitif bir korelasyon görülmüştür [262]. Bunun yanı sıra, özyeterlilik ile fiziksel aktivite arasında korelasyon bulunmuştur [25] ki özyeterliliğin yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma boyutunun anlaşılmasındaki önemi beslenme riski ve iyilik hali ilişkisinin tartışıldığı bölümde belirtilmiştir.

Fiziksel aktivite varlığına göre katılımcıların toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Fiziksel aktivitesi olan katılımcıların toplam ölçek puanları, fiziksel aktivitesi olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.23). Tüm iyilik hali boyutlarının fiziksel aktivitenin

varlığından olumlu etkilenmesi bu bulguyu açıklamaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı da düzenli yapılan fiziksel aktivitelerin kişinin bedensel, ruhsal, entelektüel, sosyal ve çevresel iyi olma halini geliştirme ve korumada etkili olduğunu belirtmektedir [64]. Katılımcıların FIT skorları ile de iyilik hali ve boyutları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

7.2.5. Uyku riski

Katılımcıların yaşlarına göre uyku risk düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yaşı 50 ve üzerinde olan katılımcılarda uyku riskinin bulunma oranı; yaşı 29 ve altında olan ve yaşı 30-39 ile 40-49 aralığında olan katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 6.34). Literatürde, yaş ile uyku riski arasındaki ilişkiyi kronik hastalıklar üzerinden kuran çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin; Arber ve ark. (2009), yaş arttıkça uyku problemi yaşama sıklığının arttığını belirtmektedir. Bunun sebebi olarak geceleri ağrıya ve çeşitli rahatsızlıklara yol açan kronik hastalıkların yaşın artışıyla daha sık görülmesi gösterilmektedir. Bu da geceleri uyku problemlerine neden olmaktadır [264]. Çalışmamızda ise, yaşı daha büyük olanların uyku riski daha düşük çıkmıştır (Tablo 6.34). Bu durum; mental sorunların arttırdığı uyku riski [265] ile ilişkili değerlendirilebilir. Çalışmamızın genel sağlık durumuyla ilgili bulguları yorumlanırken, genç bireylerin daha fazla mental sorun yaşama ihtimallerine değinilmiştir. Bu olasılık ve mental hastalık ile uyku riski arasındaki ilişki, yaşın azalmasıyla uyku riskinin artması sonucuna yol açmış olabilir.

Uyku açısından risk düzeyine göre katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, uyku açısından risk olmayan katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, riskli olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.23). Çalışmamızda ortaya koyulan bu bulgu, literatürdeki birçok araştırmanın bulgusuyla örtüşmektedir. Buysse (2014), uykunun boyutları ve sebep olabileceği risk faktörlerini çeşitli araştırmalardan derleyerek oluşturduğu çalışmasında, uyku kalitesi ve uyku devamlılığının depresyon, koroner kalp hastalığı, şeker hastalığı ve hipertansiyonla; uyku süresinin obezite ve koroner kalp hastalığıyla; uyku zamanlamasının koroner

kalp hastalığı ve şeker hastalığıyla; uykulu olma halinin ise koroner kalp hastalığıyla ilişkili olduğunu dile getirmektedir [136]. Hui ve Grander (2015) de düşük uyku kalitesinin obezite, hipertansiyon ve diyabet gibi hastalıklara yol açabileceğinden ve metabolik hormonlar ve nöroendokrin sistemi doğrudan etkileyebileceğinden bahsetmektedir. Bununla birlikte uyku bozukluğunun bireylerin sağlıksız beslenme, sigara tüketme gibi alışkanlıklar edinmesine yol açtığı bildirilmektedir [266]. Bu alışkanlıklar, bu çalışmanın sağlık risk faktörleri başlığında ifade edildiği gibi, fiziksel iyilik halini etkileyen etmenler arasında yer aldığından, literatür bilgilerinin doğrudan ve dolaylı olarak bulgumuzu desteklediği görülmektedir.

Katılımcıların uyku açısından risk düzeyine göre duygusal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, uyku açısından riski olmayan katılımcıların duygusal iyilik hali puanları, riski olan ve emin olamayan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.23). Kamphuis ve ark. (2012), uyku eksikliğinin bireylerin duygusal işlevlerini etkilediğini ve kronik hale gelen uyku bozukluğunun bireyleri, duygu-durum bozukluklarına karşı hassaslaştırdığını dile getirmektedir [267]. Buysse (2014), uyku kalitesi ve uyku devamlılığının depresyon, uyku süresinin ise nöro-davranışsal bozukluklarla ilişkili olduğunu belirtmektedir [136]. Hui ve Grander (2015), düşük uyku kalitesinin, özellikle de insomnia rahatsızlığının, ruhsal sağlığı olumsuz etkilediğini dile getirmektedir. Bunun yanı sıra uyku bozukluğunun bireylerin stres düzeylerini arttırabildiği belirtilmektedir [266]. Katılımcıların uykusuz kalma sıklıklarını ve dinlendirici uykuya hangi oranda sahip olabildiklerini sorarak hesapladığımız uyku riskinin; duygusal iyilik halinin bileşenlerini olumsuz etkilediği literatürde yer almaktadır. Bu bağlamda, uyku riskinin duygusal iyilik halini olumsuz etkilediği yönündeki bulgumuz ilgili araştırmalarla uyumludur.

Katılımcıların bilişsel iyilik hali puanları uyku açısından risk düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, uyku açısından riski olmayan katılımcıların bilişsel iyilik hali puanları, riski olan ve emin olamayan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.23). Çalışmamızda ortaya çıkan uyku riski ile bilişsel iyilik hali arasında negatif bir korelasyon olduğu bulgusu literatürdeki pek çok araştırmayla uyumluluk

göstermektedir. Ellis ve ark. (2014) uyku yetersizliğinden dolayı ortaya çıkan bilişsel bozuklukların oldukça fazla olduğuna ve bunlardan birinin de araba sürme becerisini olumsuz etkilediğine dikkat çekmektedir. Ayrıca uyku yetersizliği; karar verme, odaklanma ve etkili iletişim gibi bilişsel fonksiyonları etkilemektedir. Bunun yanı sıra araştırmacılar; uyku bozukluklarının, sözel becerileri etkilediği ihtimali üstünde çalışmalarını sürdürmektedir [268]. Drummond ve ark. (2012) bir gecelik uyku eksikliğinin görsel hafıza kapasitesini, normal bir uyku sonrasına oranla, önemli ölçüde düşürdüğünü ortaya koyan bir çalışmadan bahsetmektedir [269].

Uyku açısından risk düzeyine göre katılımcıların sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, uyku açısından riski olmayan katılımcıların sosyal iyilik hali puanları, riski olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.23). Konuyla ilgili çalışmalara bakıldığında, çalışmamızda ortaya koyulan “uyku riski ile sosyal iyilik hali arasında negatif bir korelasyon bulunmaktadır” bulgusu literatürle paralellik göstermektedir. Yapılan araştırmalara göre; uykusuz ve yorgun görünmek, bireyin başkaları tarafından daha sağlıklı ve daha az çekici algılanmasına yol açmaktadır. Bireylerin kalitesiz ilişkiden korunmak adına uykusuz görünen kişilerle iletişim kurmaktan kaçınabildikleri de bildirilmektedir [270]. Yine araştırmalar ortaya koymuştur ki; uykusuzluk, diğer insanların hislerini, duygularını, düşüncelerini anlayabilme yeteneği olarak bilinen ve kişiler arası etkileşimin önemli bir unsuru olan empati yeteneğini azaltmaktadır. Guadagni ve ark. (2014) bir gecelik uykusuzluğu olan genç çiftlerin uykusunu almış olan genç çiftlere oranla daha az empatik davrandıklarını ortaya koymuştur [271]. Düşük empatinin de yanlış anlaşılmalara ve ilişki çatışmalarına yol açtığı ve var olan çatışmaları şiddetlendirdiği bulunmuştur. Gordon ve Chen (2013) araştırmasında uykusuzluğun çiftler arasında ilişki sorunlarına yol açtığını, bu sorunların bireylerin uykularını yeterli şekilde almaları ile çözüldüğünü belirtmiştir [272]. Uyku ile sosyal iyilik hali arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğuna işaret eden çalışmalar da literatürde yer almaktadır. Yao ve ark.’na (2008) göre ilgili çalışmalarda elde edilen bulgular şu şekildedir: üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada yalnızlığın uyku fonksiyonlarını yavaşlattığı bulunmuştur. Başka bir çalışma ise, sosyal etkileşimin uyku süresini etkilediğini dile getirmektedir [273]. Steptoe ve ark.’nın (2008) aktardığına göre,

toplumdan soyutlanmış ve yetersiz sosyal ilişkileri olan bireylerin uyku kaliteleri düşüktür [274].

Katılımcıların uyku açısından risk düzeyine göre yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, uyku açısından riski olmayan katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma puanları, riski olan ve emin olamayan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.23). Telzer ve ark. (2013) uykusuzluk sorunu yaşayan ergen bireylerin karar verme yetilerinde azalmanın meydana geldiğini belirtmektedir. Yetersiz ve düşük uyku kalitesiyle bu bireylerin madde bağımlılığı gibi sağlık açısından riskli davranışları ilişkilendirilmektedir. Bunun yanı sıra düşük uyku kalitesi ile düşük öz saygının birbiriyle ilişkili olduğu bildirilmiştir [275]. Fredriksen ve ark. (2004) ortaokul öğrencileri üzerinde yaptıkları bir araştırmada, uykusuzluğun özgüvende azalmaya yol açtığını tespit etmişlerdir [276]. Schlarb ve ark.'nın (2012) Alman üniversite öğrencileri ile yapmış oldukları çalışmada, öz yeterlilik ile insomnia arasında önemli bir ilişki olduğu vurgulanmaktadır. Çalışmalarında insomnia belirtilerine sahip olan öğrencilerin öz yeterlilik seviyeleri daha düşük bulunmuştur [277]. Yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma hali, pozitif iyilik halinin bir bileşeni olan hazcı iyilik haliyle ilişkilendirildiğinde, literatürdeki çıkarımların çalışmamızın bulgularıyla örtüştüğü görülmektedir. Steptoe ve ark. (2008); hazcı iyilik halinin bireyin yaşamla anlamlı bir bağ kurması, kendini gerçekleştirme ve potansiyelinin farkına varması gibi öğelerden oluştuğunu dile getirmektedir. Bu araştırmacılar 58-72 yaş aralığındaki bireylerle yaptıkları çalışmada, hazcı iyilik haliyle iyi bir uyku arasında pozitif bir korelasyon bulunduğunu ve bu ilişkinin çift yönlü olduğunu saptamıştır [274]. Farklı yaş gruplarındaki bireylerle yapılan çalışmalar göstermektedir ki; uyku riski yaratan koşullar ile iyilik halinin yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma boyutunu yansıtan farklı unsurlar arasında pozitif bir ilişki vardır. Bu ilişkiler dikkate alındığında uyku riski yüksek bireylerin yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma boyutu puanlarının düşük olması beklenebilir, bu da çalışmamızın iyilik halinin yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma boyutu ile uyku riski arasındaki ilişkiye dair bulgusunu desteklemektedir.

Uyku açısından risk düzeyine göre katılımcıların toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, uyku açısından riski olmayan katılımcıların toplam ölçek puanları, riski olan ve emin olamayan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.23). İyilik halinin yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal boyutlarıyla uyku riski arasında negatif bir korelasyon olması, iyilik hali toplam ölçek puanıyla uyku riski arasındaki negatif ilişkiyi açıklamaktadır.

7.2.6. Stres riski

Çalışmamızda, katılımcıların öğrenim durumları ile stres risk düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. İlköğretim ve lise mezunu ile okul bitirmemiş katılımcıların stres açısından yüksek riske sahip olma oranı, üniversite mezunlarından anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.35). Gardner ve Oswald (2002) da çalışmalarında öğrenim düzeyi yüksek kişilerin ortalama stres puanlarının daha düşük olduğunu ortaya çıkarmıştır [165].

Stres açısından risk düzeyine göre katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, stres açısından yüksek ve orta düzeyde riske sahip katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları, stres riski olmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 6.23). Stresin yükselmesine neden olan hormonların aşırı çalışmasıyla birlikte kandaki kortizol miktarının arttığı bildirilmektedir. Yüksek kortizol miktarı da kardiyovasküler hastalık risklerinin ortaya çıkmasıyla ilişkilendirilmektedir [127]. Bunun yanı sıra stres; yeme alışkanlıkların etkileyebilmekte ve sigara ile alkol tüketimi gibi zararlı alışkanlıklar edinilmesini kolaylaştırabilmektedir. Yapılan bir araştırmada yüksek seviyede stres yaşamayan (nonstressed) öğrencilerin stres seviyesi yüksek öğrencilerle kıyaslandıklarında meyve ve sebze gibi daha sağlıklı besinler tüketmeye yatkın oldukları bulunmuştur. Stres seviyesi yüksek olan öğrencilerin ise patates cipsi ve şekerleme gibi besleyici özellikleri düşük besinler tüketme olasılıklarının yüksek olduğu hesaplanmıştır [223]. Sağlıksız beslenme alışkanlığı ve kronik hastalıkların fiziksel iyilik halini olumsuz etkilediği

düşünüldüğünde stres riskindeki yükselmenin fiziksel iyilik halini azaltması beklenebilir ki bulgumuz da bu doğrultuda çıkmıştır.

Katılımcıların stres açısından risk düzeyine göre duygusal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, stres açısından yüksek ve orta düzeyde riske sahip katılımcıların duygusal iyilik hali puanları, stres riski olmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 6.23). Birçok araştırmada stresin; duygusal dengesizlik, sinirlilik, gerginlik ve düşünmeden hareket etme gibi ruhsal durum ve davranışlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Stresin, depresyon ve anksiyete ile pozitif bir korelasyon gösterdiği de bildirilmektedir [223]. Schneiderman ve ark. (2005) strese yol açan olayların anksiyeteyi tetiklediğini belirtmektedir. Anksiyetesi olan bireylerde stresli bir olay sonrası majör depresyon gelişme olasılığının da yükseldiğine dikkat çekmektedir [278]. Literatürdeki bilgiler stresin duygusal iyilik halini düşürdüğüne yönelik bulgumuzla örtüşmektedir.

Stres açısından risk düzeyine göre katılımcıların sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, stres açısından yüksek düzeyde riske sahip katılımcıların sosyal iyilik hali puanları, stres riski olmayan ve orta düzeyde riske sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 6.23). Zonana (2011) tezinde çalışan bireylerde stresin diğer çalışanlarla iletişimi ve etkileşimi zorlaştırarak, sosyal tatmine zarar verdiğini belirtmiştir. Stresin gerginliği arttırdığı, mizah duygusunun kaybolmasında etkisinin olduğu ve iş sonrası aktivite yapma isteğinde azalmaya yol açtığı da bildirilmiştir [279]. Sandi ve Haller (2015) insanlarda stres ve sosyal davranışlara dair klinik çalışmalardan bahsederken; depresyon gibi stresle ilişkili ruhsal rahatsızlıkların sosyal motivasyonu azalttığını ve sosyal kaçınma, sosyal anksiyete gibi davranışsal bozukluklara yol açtığını belirtmektedir. Ayrıca strese bağlı ruhsal rahatsızlıkların, kişilerin öfke ve şiddet gibi sosyal ilişkilerini zedeleyebilecek duygularını tetiklediği ifade edilmektedir [280]. Konuyla ilgili çalışmalar, stres riski ile sosyal iyilik hali arasında negatif bir korelasyon olduğuna ilişkin bulgumuzu desteklemektedir.

Stres açısından risk düzeyine göre katılımcıların bilişsel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara

göre, stres açısından yüksek düzeyde riske sahip katılımcıların bilişsel iyilik hali puanları, stres riski olmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 6.23). Stres ile bilişsel performans arasındaki ilişkiyi inceleyen bilimsel araştırmaların ortaya koyduğu bulgular, çalışmamızın bulgularıyla örtüşmektedir. Araştırmalar; kronik stresin, miyelin üreten hücrelerin sayısını arttırdığını ve normalden daha az nöron üretilmesine neden olduğunu ortaya koymuştur. Aşırı miyelin miktarının, beynin iletişim sistemindeki dengeye zarar verdiği bildirilmektedir. Aynı zamanda, araştırmacılar; kronik stresin, hafıza ve öğrenme gibi bilişsel süreçleri etkilediğini belirtmektedir [281]. Mackenzie ve ark. (2007) akut stresin, dikkat ve öğrenme gibi bilişsel kabiliyetleri etkilediğini bildirmektedir. Günlük stresin anahtar kaybetmek veya ilaç almayı unutmak gibi bilişsel sorunlarla ilişkilendirilebilecek davranışlara yol açtığı, kronik ve yüksek dozlu stresinse aralıklı hafıza kayıplarıyla dikkat bozukluğunu beraberinde getirdiği ifade edilmektedir [282].

Stres açısından risk düzeyine göre katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, stres açısından yüksek ve orta düzeyde riske sahip katılımcıların, yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma puanları, stres riski olmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 6.23). Zonana (2011) stresin karar vermede zorluk çekme ve olaylarla başa çıkamayacağını hissetme gibi davranışsal sonuçlara yol açabildiğini aktarmaktadır [279]. Porcelli ve Delgado (2017) akut stresin karar alma üzerinde bozucu bir etkisi olduğunu belirtmektedir. Bu bozucu etkinin temel olarak karar alma sürecinin değerlendirme, öğrenme ve risk alma aşamaları üzerinden gerçekleştiği de aktarılmaktadır [283]. Hayes ve Weathington (2007), bazı araştırmacıların, yüksek stres seviyesi ile düşük yaşam memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişkinin varlığını kanıtladığını bildirmiştir [284]. Literatürde yer alan bilgiler, çalışmamız sonucunda ortaya çıkan stres riski ile yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali boyutu arasındaki negatif ilişkiye dair bulgumuzu desteklemektedir.

Stres açısından risk düzeyine göre katılımcıların toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, stres riskinin artması genel olarak iyilik halinin tüm boyutlarında ve toplam

iyilik hali ölçek puanında bir düşüşe yol açmaktadır (Tablo 6.23). Stres riski ile iyilik halinin yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, duygusal, sosyal, fiziksel ve bilişsel boyutları arasında negatif korelasyon bulunması, stres riski ile iyilik hali toplam ölçek puanı arasındaki negatif ilişkiyi açıklayabilir.

7.2.7. Mental risk

Bu çalışmada katılımcıların mental açıdan sahip oldukları risk düzeyleri, katılımcıların yaşıyla ilişkili çıkmıştır. Yaşı 50 ve üzerinde olan katılımcıların mental açıdan risklerinin olmama oranı, yaşı 29 ve altında olan ve yaşı 30-39 ile 40-49 aralığında olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.36). Fiske ve ark. (2009) depresyonun yaşlılarda gençlere kıyasla daha az yaygın olduğunu dile getirmektedir. Bununla paralel olarak yaşlılarda intihar oranlarının gençlere kıyasla daha düşük olduğunu belirtmektedirler [181].

Çalışmamızda, mental risk düzeyi yüksek olan katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları diğer katılımcılarla kıyaslandığında daha düşük çıkmıştır. Mental açıdan risk görülmeyen katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları, orta yüksek düzeyde riske sahip ve emin olamayan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 6.23). Mental açıdan orta düzeyde riske sahip ve emin olamayan katılımcıların yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanları da mental açıdan yüksek riske sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 6.23). Bu bulgular, birçok bilimsel araştırmanın bulgularıyla örtüşmektedir. Serin ve ark. (2010) anksiyete ve depresyonun yaşam memnuniyetini etkilediğini, anksiyete ve depresyon ile yaşam memnuniyeti arasında negatif bir korelasyon olduğunu belirtmektedir [285]. DSM-IV'e göre (Akıl Bozuklukları Teşhis ve İstatistik El Kitabı-IV) majör depresyon, anoreksiya gibi mental rahatsızlıkların teşhis edilmesinde, kişinin kendisine yönelik algısındaki olumsuzluklar en önemli göstergelerden biridir. Bunun yanı sıra özsaygı depresyonun tanımlayıcı özelliklerinden biridir [286]. Konuyla ilgili yayınlar, mental risk yaratan durumlarla, yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma boyutunu değerlendirirken yararlandığımız unsurlar arasındaki ilişkinin, çalışma bulgularımızla

örtüşüğünü göstermektedir. Kişinin kendisine dair algısının ve yaşam memnuniyetinin anlaşılmasında kullanılacak “Yaşamımı anlamlandırma tarzımdan memnunum” ve “Genel olarak kendimden memnunum” sorularının yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma boyutunu değerlendirmede kullanılması buna örnek olarak gösterilebilir.

Mental risk düzeyine göre katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, mental açıdan risk görülmeyen, orta düzeyde riske sahip ve emin olamayan katılımcıların fiziksel iyilik hali puanları yüksek riske sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.23). Mental risk bireylerin fiziksel iyilik halini dolaylı yoldan etkileyebilmektedir. Örneğin; çalışan bireyler, streslerini doğru yönetemedikleri takdirde, tükenmişlik tehlikesiyle karşı karşıya kalmaktadır. Tükenmişlik ise depresyona, intihar düşüncesine ve anksiyeteye yol açabilmektedir. İşten kaynaklanan stresin ve tükenmişliğin alkol, sigara ve/veya madde bağımlılığı gibi sonuçları olabildiği bildirilmektedir [287]. Bunun yanı sıra depresyonun yaygın belirtilerinden ikisinin iştah artışı ve azalan fiziksel aktivite olduğu belirtilmektedir. Bu durum da obezite riskini arttırmaktadır [288]. Alkol, sigara kullanımı, sağlıksız beslenme ve azalan fiziksel aktivite ile bireyin fiziksel iyilik hali arasında anlamlı bir ilişki olduğu daha önce tartışıldığı için mental risk ile iyilik halinin fiziksel boyutu arasında negatif bir korelasyon olduğu çıkarımını yapmak mümkün olabilir.

Mental risk düzeyine göre katılımcıların sosyal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, mental açıdan risk görülmeyen, orta düzeyde riske sahip ve emin olamayan katılımcıların sosyal iyilik hali puanları, yüksek riske sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.23). Lambrin ve ark. (2017) mental rahatsızlıkların bireylerin sosyal ilişkilerini etkileyebildiğini ifade etmektedir. Örneğin, mental sorunlar arasında yer alan depresyon bireylerin arkadaş seçimini etkileyebilmektedir. Özellikle depresyon belirtileri bulunan gençlerin, yine depresyon belirtileri gösteren bireylerle arkadaşlık kurmalarının daha olası olduğu ifade edilmektedir. Bu bireyler, kendilerinin gösterdiğine benzer depresyon belirtisi göstermeyen bireylerle ise sosyal bağlarını kesme amacı taşımaktadır. Başka bir araştırma da ise depresyon

belirtilerinin, gençlerde mevcut sosyal ilişkilerinden çekilmeye yol açtığı dile getirilmektedir. Buna bağlı olarak, bireyin kurduğu arkadaşlıkların sayısı ve kalitesiyle ölçülebilen sosyal uyumun, mental problemlerin önemli bir göstergesi olduğu tartışılmaktadır. Azalan depresyon belirtilerinin ise artan sosyal uyumla ilişkili olduğu belirtilmektedir [289]. Secker'in (2008) aktardığına göre, 2004 yılı Sosyal Dışlanma Raporu (Social Exclusion Report) mental sorunları olan bireylerin toplumda yeteri kadar varlık gösteremediklerini hissettiklerini ortaya koymaktadır. Özellikle mental rahatsızlıkları olan bireylerin toplum tarafından etiketlenmesi ve buna bağlı olarak ortaya çıkan toplumdaki dışlanma, bireylerin topluma dahil olamamasının en büyük sebebi olarak gösterilmektedir [290]. Literatürde konuyla ilgili yer alan bilgiler çalışmamızın mental risk ile sosyal iyilik hali arasındaki negatif ilişkiye dair bulgumuzu desteklemektedir.

Katılımcıların mental risk düzeyine göre duygusal iyilik hali puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, mental açıdan risk görülmeyen katılımcıların duygusal iyilik hali puanları, orta ve yüksek düzeyde riske sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir. Mental açıdan orta düzeyde riske sahip ve emin olamayan katılımcıların duygusal iyilik hali puanları da yüksek riske sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.23). Mental sağlığın, iyilik hali boyutlarından duygusal/psikolojik boyutun içerisinde yer aldığına, tezin Genel Bilgiler bölümünde değinilmiştir. Bu bilgidен yola çıkarak mental risk artışının, duygusal iyilik hali puanını azaltması beklenmektedir. Bu da anketin ilgili sorularının katılımcılar tarafından tutarlı şekilde cevaplandırıldığını gösterebilir.

Mental risk düzeyine göre katılımcıların toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, mental açıdan risk görülmeyen katılımcıların toplam ölçek puanları, orta ve yüksek düzeyde riske sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.23). Bu çalışmada mental risk ile bilişsel iyilik hali dışındaki tüm iyilik hali boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu da mental risk ile iyilik hali toplam ölçek puanı arasındaki negatif ilişkiyi açıklayabilir.

7.3. Araştırma Grubunun Mavi - Beyaz Yaka Olmalarıyla İlgili Tartışma

Erdayı (2012) literatürde mavi ve beyaz yaka çalışanlar için net bir tanım yapılmasının güç olduğundan ancak tanımlamaya ilişkin farklı yaklaşımların yer aldığından bahsetmektedir. Bu yaklaşımlardan yola çıkarak beyaz yaka çalışanların mavi yaka çalışanlara göre; “kol/kas gücüne baskın bir şekilde, kafa/zihin gücü ile çalıştıkları” ve daha eğitilmiş oldukları belirtilmektedir [291]. Çalışmamızda öğretmenler beyaz yaka çalışanlar olarak ele alınmıştır. Fritz Croner tarafından 1950’li yıllarda ortaya atılan fonksiyonel yaklaşıma göre beyaz yaka çalışanlar dört ana gruba bölünmüştür. Bunlardan biri olan “idari fonksiyonlar”, öğretmenlerin içinde yer aldığı eğitim ve öğretime ilişkin işleri kapsamaktadır. Diğer beyaz yaka çalışanlar ise farklı ilaç firmalarının ofis çalışanları olarak belirlenmiştir. Türkiye Sendikacılık Ansiklopedisi’nin tanımı çerçevesinde, idari işlerde ve modern sanayide özellikle de kimya ve ilaç sanayinde çalışanlar beyaz yaka çalışan olarak değerlendirilmiştir [291]. Çalışmamızda temizlik, güvenlik ve catering alanlarında hizmet veren çalışanlar mavi yaka çalışanlar olarak belirlenmiştir. Bu çalışanların mavi yaka olarak değerlendirilmeleri literatürle de uyumludur [292,293]. Mavi yaka meslek grupları; daha az ve dar maaş skalası, yüksek stres seviyesi, yüksek iş güvencesizliği ve uzun mesai saatleriyle ilişkilendirilmektedir. Pinkstaff ve ark. (2017), sözü edilen sebepler dolayısıyla mavi yaka çalışanların, beyaz yaka çalışanlara oranla sağlık açısından daha dezavantajlı bir konumda olduğunu belirtmektedir [141].

7.3.1. Mavi – beyaz yaka çalışanların çeşitli özelliklerinin tartışması

7.3.1.1. Koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme

Katılımcıların görevlerine göre koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Beyaz yaka çalışanlarda koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme oranı, mavi yaka çalışanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.29). Zhang (2007)’in yapmış olduğu çalışmada, sosyoekonomik açıdan dezavantajlı bireylerin, daha avantajlı olanlarla karşılaştırıldıklarında, kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet için koruyucu sağlık

hizmetlerinden yararlanmaları daha az olası bulunmuştur [132]. Bununla birlikte, Jusot ve ark. (2012), koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeylerinin farklılaşmasını, o hizmeti maddi olarak karşılayabilme gücüne ve sağlık hakkında bilgilendirici kaynaklara erişim yeterliliğine bağlamaktadır [202]. Mavi yaka çalışanlar, gelirlerinin koruyucu sağlık hizmet masraflarını karşılayamayacağını düşünebileceklerinden, söz konusu hizmetlere karşı mesafeli yaklaşmış olabilirler.

7.3.1.2. Ağrı varlığı

Katılımcıların görevlerine göre ağrı görülme oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Mavi yaka çalışanlarda ağrı görülme oranı, beyaz yaka çalışanlardan daha yüksektir (Tablo 6.38). Michalea - Dimoulea ve ark. (2016) çalışan bireyler üzerinde yaptıkları bir araştırmanın sonucunda, bel ağrısı çekenlerin çoğunun düşük öğrenim düzeyi ve gelire sahip kişiler olduğunu belirtmiştir [294]. Grol – Prokopczyk (2017) de benzer şekilde düşük gelir, öğrenim düzeyi ve refah seviyesine sahip bireylerin daha fazla ağrı çektiklerini bildirmektedir [295]. Schreuder ve ark. (2008) da mavi yaka çalışanlarda daha fazla bel ağrısı görüldüğünü tespit etmiştir [296]. Literatürde yer alan bilgiler, çalışmamızda mavi yaka çalışanlarda, beyaz yaka çalışanlara göre ağrı görülme oranının daha fazla olduğuna yönelik bulguyu desteklemektedir.

7.3.1.3 İş yeri yaralanmaları

Katılımcıların görevlerine göre iş yeri yaralanma oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Mavi yaka çalışanların iş yerinde yaralanma oranı, beyaz yaka çalışanlardan daha yüksektir (Tablo 6.38). Kanada'da yapılan bir çalışmada da bulgumuzla benzer şekilde, mavi yaka çalışanların beyaz yaka çalışanlara göre işyeri yaralanması açısından daha riskli oldukları belirtilmiştir [297]. Alali ve ark. (2016) iş stresinin işyeri yaralanmaları riskini arttırdığını belirten birçok çalışmanın bulunduğu dikkat çekmektedir [298]. Mavi yaka meslek gruplarının yüksek stres seviyesiyle ilişkili olduğu düşünüldüğünde [141] mavi yaka çalışanların işyeri yaralanma oranlarının daha yüksek olması beklenebilecek bir bulgudur. Bunun

yanı sıra, mavi yaka çalışanların ağırlıklı olarak kol/kas gücüne dayalı işlerde çalışması [291] Won ve ark.'nın da (2007) belirttiği gibi bu çalışanlarda kas iskelet hastalıkları ya da yaralanmalarının daha fazla olmasına [299] neden olmaktadır.

7.3.1.4. Sağlık sorunu varlığı

Katılımcıların görevlerine göre sağlık sorunu görülme oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Mavi yaka çalışanlarda kronik hastalık görülme oranı, beyaz yaka çalışanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.28). Literatürdeki çalışmalar, düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerin sağlık açısından riskli davranışlara yönelmelerinin görece sosyoekonomik düzeyi iyi olanlara göre daha olası olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca düşük sosyoekonomik statüye sahip olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlıdır [300]. Çalışmamızda da mavi yaka çalışanların koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı daha düşük çıkmıştır (Tablo 6.29). Bu kişiler sağlıklarını etkileyecek davranışların olumsuz sonuçları hakkında da daha az bilgiye sahiptir [300]. Acabchuk ve ark. (2017) da düşük sosyoekonomik statünün, gürültü ve kirliliğe maruz kalma gibi doğrudan ve aşırı stres ve “kalitesiz” yaşam tarzı gibi dolaylı yollarla kronik sağlık sorunlarına yol açabileceğine dikkat çekmektedir [127]. Çalışma bulgularımızda kronik hastalıklara zemin hazırlayan sağlıksız beslenme (Tablo 6.33), yetersiz fiziksel aktivite (Tablo 6.30) ve sigara tüketimi (Tablo 6.31) gibi sağlık riskleri açısından da mavi yaka grubun daha dezavantajlı konumda olduğu ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla mavi yaka katılımcılarda beyaz yaka katılımcılara göre kronik hastalıkların daha fazla görüldüğüne yönelik bulgumuz, literatür bilgileri ve çalışmamızın ilişkili diğer verileri ile tutarlılık göstermektedir.

7.3.1.5. Genel sağlık algısı

Görevlerine göre katılımcıların genel sağlık algısı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Mavi yaka çalışanların genel sağlık algısının orta-kötü düzeyde olma oranı, beyaz yaka çalışanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.27). Çalışma bulgumuzla benzer şekilde, Kwon ve ark. (2016) da beyaz yaka

çalışanların genel sağlık algısının mavi yaka çalışanlara göre daha iyi durumda olduğunu ortaya koymuştur. Bunun yanı sıra vardiyalı çalışanların genel sağlık algısının vardiyasız çalışanlara göre daha düşük olduğu belirtilmiştir. Örneklemimizdeki mavi yaka çalışanlar arasında yer alan güvenlik görevlilerinin vardiyalı çalışması bu katılımcıların genel sağlık algısında düşüşe yol açmış olabilir. Vardiya konusu dışında çalışma koşullarının ve iş güvenliğinin de genel sağlık algısını etkilediği bildirilmiştir [301]. Çalışmamızda anket uygulamaları yapıyorken; mavi yaka çalışanlardan güvenlik görevlilerinin dış ortamda soğukta bazen yağmur altında, fabrika işçilerininse gürültülü ve iş güvenliği açısından daha riskli ortamlarda çalışabildikleri gözlemlenmiştir. Buna karşın beyaz yaka çalışanlar ofislerinde ısı, ışık ve ses gibi unsurlar açısından daha idealize ortamlarda çalışmaktadır. Bunlara ek olarak mavi yakanın daha çok kol/kas gücüne dayalı işler yaptıkları için kendilerini yorgun hissetmeleri ve daha çok ağrılarının olması da genel sağlık algılarını olumsuz etkilemiş olabilir. Çalışma bulgularımızda yer alan öğrenim düzeyi ile genel sağlık algısı ilişkisi bakımından da mavi yaka çalışanların daha dezavantajlı (Tablo 6.27) konumda oldukları ve bunun genel sağlık algılarına olumsuz yansıdığı düşünülebilir. Bunlara ek olarak ağrı varlığı (Tablo 6.38) , iş yeri yaralanmaları (Tablo 6.38) ve sağlık sorunu görülme oranının (Tablo 6.28) mavi yaka çalışanlarda daha fazla olması da bu katılımcıların genel sağlık algısının kötüleşmesine yol açmış olabilir.

7.3.1.6. İşle ilişkili sağlık geçmişi

Katılımcıların görevlerine göre işle ilişkili sağlık geçmişi düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Mavi yaka çalışanların işle ilişkili sağlık geçmişinin kötü olma oranı, beyaz yaka çalışanlardan daha yüksektir (Tablo 6.38). Literatürle örtüşen çalışma bulgularımızda; mavi yaka çalışanların genel sağlık algısı daha kötü (Tablo 6.38), fiziksel aktivite yapma oranı daha düşük (Tablo 6.30) ve BKİ düzeyleri daha yüksek (Tablo 6.2) olduğu yer almaktadır. Bu çalışanlarda ağrı varlığı (Tablo 6.38), işyeri yaralanmaları (Tablo 6.38) ve kronik hastalık görülme oranı (Tablo 6.28) da daha yüksek bulunmuştur. Bu bilgiler ışığında, işle ilişkili sağlık geçmişinin, işten sonra ekstra aktivitelere enerjilerinin

olup olmadığı ve sağlığının işi üzerine etkisi üzerinden değerlendirildiği düşünülürse; mavi yaka çalışanların işle ilişkili sağlık geçmişlerinin daha kötü çıkması beklenebilir.

7.3.2. Çalışanların mavi - beyaz yaka olmalarına göre sağlık riskleri ve iyilik hali

Çalışmamızda beyaz yaka meslek grubundan katılımcıların İHYÖ yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, bilişsel, duygusal, fiziksel, sosyal iyilik hali ve toplam ölçek puanlarının, mavi yaka meslek grubundan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 6.21). Diğer bir deyişle, çalışmada beyaz yaka çalışanların, genel iyilik hali ve iyilik halinin alt boyutları açısından mavi yaka çalışanlara göre daha iyi durumda oldukları bulgusuna ulaşılmıştır. Bu bulgu literatürdeki birçok çalışmayla örtüşmektedir. Örneğin; fiziksel iyilik hali konusunda Zhang (2007), sosyoekonomik olarak dezavantajlı bir konuma sahip olan bireylerin, diğer toplumsal gruplara göre daha yüksek ölüm ve hastalık oranına sahip olduğunu belirten uluslararası çalışmalardan bahsetmektedir [132]. Kamu sağlığı araştırmaları da ölüm riskinin düşük sosyoekonomik statüye sahip bireylerde (mavi yaka) daha yüksek olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca uzun bir süre düşük sosyoekonomik yaşam şartlarına maruz kalmanın ileriki dönemlerde sağlık durumunu olumsuz etkileyeceği öne sürülmüştür [167]. Zhang, hem kardiyovasküler rahatsızlıkların hem de diyabetin Avustralya'nın hastalık yükünü oluşturan ana etmenler olduğunu ve bu iki sorunun en çok, düşük sosyoekonomik seviyeye sahip olan insanları etkilediğini dile getirmektedir [132]. Leslie ve ark. (2013), mavi yaka çalışanlarda beyaz yaka çalışanlara kıyasla kronik hastalıklara yakalanma riskinin daha yüksek olduğunu dile getirmektedir [302]. Çalışmamızın bulguları arasında da mavi yaka katılımcılarda kronik hastalık görülme oranının, beyaz yaka katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu yer almaktadır (Tablo 6.28). Daha önce de bahsettiğimiz gibi, kronik hastalıklar fiziksel iyilik halini olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla, mavi yaka çalışanlarda fiziksel iyilik hali düzeyinin düşük olması literatürdeki bilgilerle uyumluluk göstermektedir.

Mavi yakanın sağlık riski düzeyini etkileyen faktörler; mavi yaka iş kollarının bitkinlik, stres ve memnuniyetsizlikle sonuçlanan özellikleri ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan depresyon gibi rahatsızlıklar olarak sıralanmaktadır [302]. Çalışmamızda da mavi yaka katılımcılarda yüksek mental risk görülme (“riskli”) (Tablo 6.36) ve stres açısından yüksek riske sahip olma oranı (Tablo 6.35), beyaz yaka katılımcılardan anlamlı derecede yüksektir. Stres; ruh halinde dengesizliklere, sinirliliğe, gerginliğe, depresyon ve anksiyete gibi duygu durum ve davranış bozukluklarına yol açmaktadır [223,278]. Buradan da anlaşılmaktadır ki, stres riskinin yüksek olması bireylerin duygusal iyilik halini olumsuz etkilemektedir. Bu durum, beyaz yaka çalışanlardan daha yüksek oranda stres riski düzeyine sahip olan mavi yaka çalışanların duygusal iyilik halinin kötü düzeyde çıkmasını açıklayabilir. Stres riski, bireylerin sosyal iyilik halini de etkileyebilmektedir. Bazı araştırmacılar, stresin ve sebep olduğu duygusal bozuklukların bireylerin sosyal motivasyonunu azalttığını ve bu bireylerde sosyal kaçınma gibi iletişim zorluklarına yol açtığını dile getirmektedir [280]. Çalışmamızda da stres riski ile sosyal iyilik hali düzeyi arasında negatif bir ilişki olduğu (Tablo 6.23) ve mavi yaka çalışanlarda beyaz yaka çalışanlardan daha yüksek seviyede stres riski görüldüğu (Tablo 6.35) ortaya koyulmuştur.

Çalışmamızda beyaz yaka çalışanlarda çok düşük veya düşük düzeyde beslenme riski görülme oranı mavi yaka çalışanlara göre anlamlı derecede yüksektir (Tablo 6.33). Bu bulgu mavi yaka çalışanların öğrenim düzeyi (Tablo 6.2) ve ekonomik imkanlarıyla ilişkilendirilebilir. Yine çalışmamızda üniversite mezunu katılımcıların beslenme açısından çok düşük veya düşük riske sahip olma oranları; lise, ilköğretim mezunu ve okul bitirmemiş katılımcılardan anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (Tablo 6.33). Diğer bir deyişle, beyaz yaka çalışanların mavi yaka çalışanlara göre öğrenim düzeyinin daha iyi olması (Tablo 6.2), bu bireylerde beslenme risk düzeyinin daha düşük olmasını açıklayabilmektedir. Sağlık riskleri başlığında belirtildiği gibi literatürde, öğrenim düzeyi yükseldikçe beslenme riskinin azaldığı ortaya koyulmuştur [237]. Dolayısıyla öğrenim düzeyi yüksek beyaz yaka çalışanlarda beslenme riski düşük oranlarda iken, öğrenim düzeyi düşük mavi yaka çalışanlarda bu oranın yüksek olması beslenme riski ile öğrenim düzeyi arasındaki negatif ilişkiye dikkat çeken literatürle uyumluluk göstermektedir. Bunun yanı sıra

anket uygulamaları sırasında beslenmeye ilişkin sorularla ilgili mavi yaka katılımcılardan “Sebze, meyve almaya para bulabiliyor muyuz ki?” gibi yorumların gelmesi, ekonomik koşulların mavi yaka çalışanların beslenme durumunu olumsuz etkilediği şeklinde yorumlanabilir.

Beslenme riski, mavi yaka çalışanlarda iyilik halinin tüm boyutlarının beyaz yaka çalışanlara kıyasla düşük olmasını açıklayabilmektedir. Beslenme riski ile iyilik hali arasındaki ilişkiyi incelediğimiz bölümde, sağlıklı beslenme davranışını amaç edinen, planlayan ve iyi bir şekilde kontrol edebilen bireylerin özyeterlilik seviyelerinin yüksek olduğundan bahsedilmiştir [238]. Dolayısıyla bu durum, beslenme riski beyaz yaka çalışanlardan daha yüksek olan mavi yaka çalışanların, yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali puanının daha az çıkmasını açıklayabilir. Yüksek beslenme riskine sahip bireylerde; fiziksel iyilik hali düzeyinin düşük olduğu çeşitli çalışmalarda bahsedilmektedir. Aşırı beslenmenin obeziteye sebep olduğu ve bunun da kan basıncını, kolesterol seviyesini ve insülin direncini arttırabildiği ifade edilmektedir [63]. Bunun yanı sıra, obezitenin solunum ile kas iskelet sistemi hastalıklarını tetiklediği bildirilmektedir [90]. Bu hastalık risklerinin fiziksel iyilik halini olumsuz etkilediği hesaba katıldığında yüksek beslenme riskine sahip mavi yaka çalışanlarda fiziksel iyilik halinin düşük olması beklenen bir sonuçtur. Mavi yaka çalışanlarda duygusal (psikolojik) iyilik hali ve beslenme riski arasındaki ilişkiye bakılacak olursa, literatürde yer alan çalışmaların bireyin beslenme riski ile duygusal iyilik hali arasında negatif bir korelasyon olduğunu dile getirdiğine daha önce işaret edilmiştir. Çalışmalar, psikolojik problemleri olan bireylerin çoğunun, vücut için gerekli olan vitamin ve mineral gibi değerler yönünden zayıf besinleri tükettiğini ifade etmektedir. Bunun dışında, bazı besin değerlerinin anksiyete ya da depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur [247]. Bu sebeple, beslenme riski yüksek mavi yaka çalışanların duygusal iyilik hali seviyesi düşük ölçülmüş olabilir. Son olarak, mavi yaka çalışanlarda bilişsel iyilik hali ile beslenme riski arasındaki ilişkiye değinilecek olursa, literatürde yer alan çalışmalar vitamin ve minerallerin yeterli ve düzenli bir şekilde alınmamasının insanlarda beyinsel işlevleri olumsuz etkileyebileceğini ve bilişsel bozukluklara yol açabileceğini dile getirmektedir [249]. Bu bakımdan, ekonomik yetersizlikler gibi

nedenlerle düzenli ve dengeli beslenemeyen mavi yaka çalışanların bilişsel iyilik hali seviyelerinin düşük olması literatürle uyumludur.

Beyaz yaka katılımcılar ile mavi yaka katılımcılar arasında, sağlıklı beslenme riskine benzer bir ilişki, sağlıklı yaşamın bir diğer bileşeni olan fiziksel aktivite için de geçerlidir. Çalışmamızda beyaz yaka katılımcılarda fiziksel aktivite görülme oranı mavi yakadan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 6.30). Wu ve Porell (2000) hareketsiz işlerde çalışan bireylerin boş vakitlerinde iş ortamlarındaki hareketsizliği telafi etmek için fiziksel aktivitelere yöneldiklerini belirtmektedir [303]. Beyaz yaka çalışanların kol/kas gücü yerine ağırlıklı olarak kafa/zihin gücü ile çalıştıkları düşünüldüğünde, bu çalışanların fiziksel aktivite düzeylerinin yüksek çıkması anlaşılabilir. Anketlerin uygulanması esnasında da, fiziksel aktivite düzeylerini belirlemeye yönelik soruları cevaplandırırken mavi yaka çalışanlar “İş yerinde yorgunluktan ölüyoruz zaten, sonrasında spor yapmaya halimiz mi kalıyor” gibi yorumlarıyla iş sonrası fiziksel aktivite için enerjilerinin kalmadıklarını belirtmişlerdir. Schreunder ve ark.’nın (2008) aktardığına göre; mavi yaka çalışanlar beyaz yaka ile kıyaslandığında düzenli baş ağrısıyla birlikte daha fazla bel ve eklem ağrısı çekmektedir [296]. Bu sorunlar göz önüne alındığında da mavi yaka çalışanların fiziksel aktivite düzeylerinin düşük olması beklenebilir.

Mavi yaka çalışanların iyilik hali düzeyleri beyaz yaka çalışanlarla karşılaştırıldığında daha düşük bulunmuştur. Bu bulgu, fiziksel aktivite ile iyilik hali arasındaki ilişkiden yola çıkarak açıklanmaya çalışıldığında şu sonuçlara varılabilir: fiziksel olarak aktif olan bireyler, fiziksel olarak inaktif olan bireylere göre daha az ölüm riski taşımaktadır. Bununla beraber, çalışmalar, düzenli fiziksel aktivitenin yüksek kolesterol riskini azalttığı ve kronik hastalıkların tedavisinde önemli bir yere sahip olabileceğini ifade etmektedir [71,79]. Bu sebeple, düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip olan mavi yaka çalışanların fiziksel iyilik hali seviyelerinin düşük olması literatürle uyumluluk göstermektedir. Fiziksel aktivite, duygusal iyilik halini de etkilemektedir. Bazı çalışmalar, fiziksel aktivitenin depresyonu, stresi ve anksiyeteyi azalttığını ifade etmektedir [63,68]. Fiziksel aktivitenin bireylerin daha enerjik ve canlı olmasını ve huzurlu hissetmesini sağlayarak yaşam kalitesini arttırdığı da dile getirilmektedir [64]. Bu bilgiler ışığında, fiziksel aktivite katılım

düzeyi düşük olan mavi yaka çalışanların duygusal iyilik halinin zayıf olması literatürdeki çalışmalarla uyumluluk göstermektedir. Aynı şekilde, fiziksel aktivitenin bireylerin bilişsel fonksiyonlarını koruduğuna ilişkin çalışmalar [259] göz önünde bulundurulduğunda ve fiziksel aktiviteye katılım düzeyi yüksek olan bireylerin bir topluluğa ait olma hissini daha belirgin yaşadığı ve sosyal dayanışma eğilimlerinin daha yüksek olduğu [261] dikkate alındığında, mavi yaka çalışanların bilişsel ve sosyal iyilik hali seviyelerinin düşük çıkması literatürle örtüşmektedir.

Mavi yaka çalışanların beyaz yaka çalışanlara oranla sağlık açısından daha dezavantajlı bir konumda olduklarının diğer bir örneği olarak da Pinkstaff ve ark. (2017) mavi yaka çalışanlarda sigara kullanım sıklığının daha yüksek olmasını göstermektedir [141]. Çalışmamızda elde ettiğimiz “mavi yaka katılımcıların sigara açısından yüksek riske sahip olma oranı, beyaz yakadan anlamlı düzeyde yüksektir” bulgusu da (Tablo 6.31) bu bilgiyi desteklemektedir. Mavi yaka çalışanların bir diğer sağlık riski olan alkol konusunda da beyaz yaka çalışanlara göre dezavantajlı konumda oldukları literatürde yer almaktadır. Bacharach ve ark. (2004) mavi yaka çalışanların aşırı alkol tüketimine ve alkol tüketimine ilişkin sorunlara daha yatkın olduklarını bildirmektedir [121]. Çalışmamızın bulguları bu bilginin aksine; beyaz yaka çalışanlarda alkol riskinin mavi yaka çalışanlara göre daha yüksek olduğu yönündedir (Tablo 6.32). Anketlerin uygulandığı esnada mavi yaka çalışanların alkol sorularını cevaplandırırken verdikleri tepkiler bu bulgunun anlaşılması için ipuçları vermiştir. Ülkemizde mavi yaka çalışanların içinde yer aldığı sosyokültürel koşullar, alkolün bu kişiler tarafından “yasaklı” bir madde olarak görülmesini sağlamıştır. Alkole ilişkili sorulara en çok “bilmiyorum” cevabı da bu nedenle mavi yaka çalışanlar tarafından verilmiştir. Uygulamalar esnasında okuma yazma bilmediği için yardım isteyen bir mavi yaka çalışan, alkole ilişkili sorulara gelindiğinde ciddi bir mahcubiyet yaşayıp, “Bilmiyorum” demiştir, ardından da “Yani ayda yılda bir, çok çok az, yazmaya değmez” gibi yorumlar yapmıştır. Bunun yanı sıra, bu bulgunun ortaya çıkmasında mavi yaka katılımcıların yer aldığı şirketlerin ağırlıklı olarak yerel olması etkili olmuş olabilir. Mavi yaka çalışanlarda işlerini kaybetme korkusu, bu kişilerin alkol kullandıklarını gizlemelerine yol açmış olabilir.

Sağlık riskleri ve iyilik hali arasındaki ilişkinin incelendiği bölümde sigara ve alkol riskinin iyilik haliyle doğrudan ilişkili olduğu dile getirilmiştir. Tütün kullanımının, bireylerde kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum sistemi hastalığı ve diyabet gibi riskler doğurduğu bildirilmektedir [62]. Bu sebeple, sigara riskinin yüksek bulunduğu mavi yakada aynı zamanda fiziksel iyilik hali düzeyinin düşük çıkması literatürle uyumludur. Sosyalleşme ile günlük sigara tüketimi arasında negatif bir ilişkinin bulunması [164] mavi yaka çalışanlardaki düşük sosyal iyilik hali seviyesini açıklayabilir. Bu çalışanlardaki düşük duygusal iyilik hali seviyesinin altında yatan sebeplerden biri ise depresyon ve stres ile sigara tüketimi arasındaki pozitif ilişki [222,223] olabilir. Alkol riskini irdeleyen literatür ise daha farklı bulgular ortaya koymaktadır. Yüksek oranda alkol tüketmek bireylerin iyilik halini olumsuz etkilerken, ölçülü alkol tüketimi bireylerin iyilik hali düzeylerini arttırmaktadır [235]. Örneğin; aşırı alkol tüketiminin beyin fonksiyonlarına zarar verdiği belirtilirken, ölçülü alkol tüketen bireylerin bilişsel testlerde daha iyi oldukları gözlemlenmiştir [233]. Araştırmamızda beyaz yaka çalışanların ölçülü alkol tükettikleri hesaba katılırsa, bu bireylerin neden mavi yaka çalışanlardan daha yüksek bilişsel iyilik haline sahip olduğu anlaşılabilir.

Beyaz yaka katılımcıların çalışma ortamlarında alkol içilmesine karşı bir görüşün olmaması, bu gruptan alkole ilişkin verileri doğru bir şekilde elde etmemizde etkili olmuş olabilir. Bunun yanı sıra ülkemizde yapılan bir araştırmada bireylerin özellikle sosyal sebeplerle alkol kullanmaya başladıkları belirtilmektedir. Bunun altında yatan sebep, çevrelerindeki kişilere yılbaşı ve doğum günü gibi özel günlerde uyum sağlamak olarak gösterilmiştir [231]. Cooper da alkol kullanımının altında yatan sebeplerden ikisini sosyal ve uyumluluk dürtüleri olarak belirtmiştir. Uyumluluk dürtüsü bireylerin bir grup tarafından alkol vasıtasıyla daha kolay kabul edilecekleri düşüncesi olarak belirtilmiştir [232]. Beyaz yaka çalışanlar, alkol tüketimi açısından elverişli iş yeri ve iş dışı sosyal ortamlara sahiptir. Bu durum, beyaz yaka çalışanların sosyal içici olarak alkol tüketmelerine zemin hazırlamış olabilir. Diğer taraftan, mavi yaka çalışanların iş yeri ve iş dışı sosyal ortamları, içinde buldukları sosyokültürel koşullar göz önünde bulundurulduğunda, alkol tüketimi açısından uygunluk taşımamaktadır. Hem literatürdeki bilgiler hem de ülkemizdeki mavi ve beyaz yaka çalışanların sosyokültürel özellikleri, çalışmamızın

ortaya koyduğu alkol riski ile mavi yaka olma durumu arasındaki negatif ilişkiyi açıklayabilir. Buna ek olarak, beyaz yakanın sosyal içici olarak alkol tüketmesi, bu bireylerin sosyal iyilik hali düzeyinin mavi yaka çalışanlardan daha yüksek olmasına yol açmış olabilir.



8. SONUÇ

Günümüzde iyilik hali kavramının önem kazanması, çoğunlukla hastalandıkları zaman sağlık kurumuna tedavi olmak amacıyla başvuran insanların bu alışkanlığını değiştirmeye başlamıştır. Artık bireyler herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaşmamış olsalar bile, kaliteli ve sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için bireysel sağlıklarının yönetimine ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle yaygın olarak, hasta oldukları zaman bireylere sunulan sağlık hizmetlerinin yanında, koruyucu amaçlarla sağlıklı kişilere verilen sağlık hizmetlerinin de önemi artmaktadır. Ancak bu hizmetler sigorta şirketlerinin öngörülerine göre şekillenmektedir ve bireylerin gerçek sağlık ihtiyaçlarını ne ölçüde karşıladığı tartışmalı bir konudur. Bu noktada iyilik hali üzerine yapılan araştırmalar önem kazanmaktadır. Bu çalışma iyilik hali ile sağlık risk faktörlerinin, demografik özelliklerin ve genel sağlık algısının bir arada değerlendirecek şekilde tasarlanması ve farklı iş kollarından, yaş gruplarından, toplum kesimlerinden olan çalışan bireyleri kapsamı bakımından özgün ve ihtiyaca yöneliktir.

Çalışmamızda çalışan bireylerin bağımsız değişkenler ile toplam iyilik hali puanı arasındaki ilişki ayrı ayrı incelendiğinde; cinsiyet, BKİ, öğrenim durumu, ağrı varlığı, sağlık sorunu varlığı, genel sağlık durumu, genel sağlık algısı, koruyucu sağlık hizmetlerini önemseme, sigara riski, alkol riski, beslenme riski, uyku riski, stres riski, mental risk, mavi-beyaz yaka olma durumu, fiziksel aktivite, FIT skoru, sağlıkla ilgili işe devamsızlık ile toplam iyilik hali puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Toplam iyilik hali puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi bulunan bağımsız değişkenlerin iyilik hali üzerindeki etki derecelerini belirlemek amacıyla, çalışmanın sonunda lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda, iyilik hali üzerinde olumlu etkisi en yüksek olan faktörler; çalışanın beyaz yaka olması, cinsiyetinin kadın olması ve FIT skorunun yüksek olması olarak bulunmuştur.

Çalışma sonucunda elde edilen veriler, çalışanların bireysel sağlıklarının iş ortamında ve özel hayatlarında iyi yönetilebilmesi için önem taşımaktadır.

Örneğin erkeklerin düşük iyilik hali seviyesi, bu kişilerin sağlıklı yaşam ve iyilik hali kavramına karşı tutumlarını iyileştirmelerine yönelik çalışmalarla yukarıya çekilebilir. Bunun için erkeklere yönelik, iyi ve sağlıklı yaşamı öncelikleri arasına almalarının gerekliliğini anlamalarını sağlayacak farkındalık çalışmaları planlanabilir. İş yerlerinde uygulanacak iyilik hali programlarının kadın ve erkek cinsiyetin farklılaşabilen ihtiyaçlarına uygun şekilde tasarlanması gerekebilir.

Mavi yaka çalışanların kronik hastalıklar bakımından beyaz yaka çalışanlara göre daha riskli oldukları düşünüldüğünde; bu çalışanların koruyucu sağlık önlemlerini daha çok önemsemelerinin sağlanması, olası sağlık sorunlarının önüne geçebileceği için iyilik hallerinin yükselmesine olanak sağlayabilir. Bunun yanında mavi yaka çalışanların, iş güvenliği ve sağlık riskleriyle ilgili sık aralıklarla bilgilendirilmeleri; beyaz yaka çalışanlara göre bu kişilerde daha sık görülen ağrıyı ve daha yüksek olan sigara ve beslenme riski gibi sağlık risklerini azaltarak iyilik hallerinin gelişimine katkıda bulunabilir. Mavi yaka çalışanlar ağırlıklı olarak kol/kas gücüne dayanan işlerde çalıştığı için, bu çalışanların mola aralıklarının sıklaştırılması, uzatılması ve masaj hizmeti gibi rahatlatıcı hizmetlerin sunulması bu çalışanları dinlendireceği ve iş dışı fiziksel aktivite yapmalarına olanak sağlayacağı için iyilik halleri üzerinde olumlu bir etki oluşturabilir.

Beyaz yaka çalışanların ağırlıklı olarak masa başı işlerde çalışmaları fiziksel açıdan inaktif bir hayat sürdürmelerine neden olmaktadır. FIT skorunun iyilik hali üzerindeki önemli etkisi düşünüldüğünde, bu çalışanların şirket içi ve dışı fiziksel aktivitelere yönlendirilmeleri, iş ortamlarının buna göre tekrar tasarlanması, fiziksel aktivite sıklığını ve süresini arttırmayı teşvik eden şirket içi yarışmaların düzenlenmesi iyilik halleri üzerinde olumlu bir etki yaratabilir. Beyaz ve mavi yaka ayrımı yapmaksızın, yetişkinlerin büyük bir kısmının çalıştığı ve çalışan bireylerin uyanık oldukları zaman diliminin çoğunu işyerlerinde geçirdikleri düşünüldüğünde, işyerleri; sağlıksız beslenme, stres, sigara gibi risk faktörlerinin ortadan kaldırılması için de eşsiz fırsatlar sunmaktadır. Bu fırsattan yararlanılması için konuyla ilgili eğitimlerin yer aldığı iş yeri iyilik hali programları düzenlenmeli ve iş yerlerinde sağlıklı besini ucuza sunan otomatlar ile sağlıklı besinlere erişim imkanı arttıran yenilikçi uygulamalar çoğaltılarak iş yerleri yeniden tasarlanmalıdır.

Sonuç olarak bu çalışmada; birçok bağımsız değişkenin çalışan bireylerin iyilik halini etkilediği ortaya koyulmuştur. İyilik haliyle ilişkili değişkenlerin çalışma sonunda ortaya koyulmuş olması, çalışanların bireysel sağlıklarının iş ortamında ve özel hayatlarında iyi yönetilebilmesi ve ne gibi yaşam biçimi değişikliklerine öncelik vermeleri gerektiğini göstermesi bakımından değer taşımaktadır. Bunun yanı sıra bu çalışma; iyilik hali üzerinde etkisi olduğu ortaya koyulan değişkenlerin iyilik halini etki derecelerini ortaya koyabilecek daha kapsamlı araştırmalara yol açması bakımından da önem taşımaktadır.



9. KAYNAKLAR

- [1] L.T. Foster, C.P. Keller, Defining Wellness and Its Determinants, in: Br. Columbia Atlas Wellness, 1st ed., Western Geographical Press, 2007: pp. 9–20.
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Defining+Wellness+and+Its+Determinants#0%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Defining+Wellness+and+its+Determinants#0>.
- [2] WHO, Life Expectancy Increased by 5 Years Since 2000, but Health Inequalities Persist, (2016).
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/health-inequalities-persist/en/> (accessed August 26, 2017).
- [3] H. Hermens, H. op den Akker, M. Tabak, J. Wijsman, M. Vollenbroek, Personalized Coaching Systems to Support Healthy Behavior in People with Chronic Conditions, *J. Electromyogr. Kinesiol.* 24 (2014) 815–826.
doi:10.1016/j.jelekin.2014.10.003.
- [4] T. Doğan, Üniversite Öğrencilerinin İyilik Halinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, 2004.
- [5] O. Hayran, Sağlık Yönetimi Yazıları, Sage Yayıncılık, Ankara, 2012.
- [6] L.J. Roscoe, Wellness: A Review of Theory and Measurement for Counselors, *J. Couns. Dev.* 87 (2009) 216–226. doi:10.1002/j.1556-6678.2009.tb00570.x.
- [7] J.E. Myers, T.J. Sweeney, M.J. Witmer, The Wheel of Wellness Counseling for Wellness: A Holistic Model for Treatment Planning, *J. Couns. Dev.* 78 (2000) 251–266. doi:10.1002/j.1556-6676.2000.tb01906.x.
- [8] F. Korkut-Owen, D.W. Owen, İyilik Hali Yıldız Modeli, Uygulaması ve Değerlendirilmesi, *Uluslararası Avrasya Sos. Bilim. Derg.* 3 (2012) 24–33.
- [9] A.M. Lucado, D.W. Taylor, D.M. Wendland, B. Connors, Health Promotion, Wellness, and Prevention in Hand Therapy: A Survey Study, *J. Hand Ther.* 30 (2016) 1–8. doi:10.1016/j.jht.2016.11.007.

- [10] D. Backman, G. Gonzaga, S. Sugerman, D. Francis, S. Cook, Effect of Fresh Fruit Availability at Worksites on the Fruit and Vegetable Consumption of Low-Wage Employees, *J. Nutr. Educ. Behav.* 43 (2011) 113–121. doi:10.1016/j.jneb.2011.04.003.
- [11] R.J. Shephard, Worksite Health Promotion and the Older Worker, *Int. J. Ind. Ergon.* 25 (2000) 465–475.
- [12] R.J. Shephard, Aging and Productivity: Some Physiological Issues, *Int. J. Ind. Ergon.* 25 (2000) 535–545.
- [13] D.J. Crespin, J.M. Abraham, A.J. Rothman, The Effect of Participation in an Incentive-Based Wellness Program on Self-Reported Exercise, *Prev. Med. (Baltim.)* 82 (2016) 92–98. doi:10.1016/j.ypmed.2015.11.001.
- [14] D.N.M. Abdullah, O.Y. Lee, Effects of Wellness Programs on Job Satisfaction, Stress and Absenteeism Between Two Groups of Employees (Attended and Not Attended), *Procedia - Soc. Behav. Sci.* 65 (2012) 479–484. doi:10.1016/j.sbspro.2012.11.152.
- [15] P. Bucaccio, Nutrition and Fitness Programs - An Integral Component of Cigna Corporation's Award Winning Worksite Wellness Initiative, *J. Am. Diet. Assoc.* 96 (1996) A65.
- [16] A.K. Stuijbergen, M. Morris, J.H. Jung, D. Pierini, S. Morgan, Benefits of Wellness Interventions for Persons with Chronic and Disabling Conditions: A Review of the Evidence, *Disabil. Health J.* 3 (2010) 133–145. doi:10.1016/j.dhjo.2009.10.007.
- [17] L.P. Cahalin, J. Myers, L. Kaminsky, P. Briggs, D.E. Forman, M.J. Patel, S.O. Pinkstaff, R. Arena, Current Trends in Reducing Cardiovascular Risk Factors in the United States: Focus on Worksite Health and Wellness, *Prog. Cardiovasc. Dis.* 56 (2014) 476–483. doi:10.1016/j.pcad.2013.10.002.
- [18] L.P. Cahalin, L. Kaminsky, C.J. Lavie, P. Briggs, B.L. Cahalin, J. Myers, D.E. Forman, M.J. Patel, S.O. Pinkstaff, R. Arena, Development and

Implementation of Worksite Health and Wellness Programs: A Focus on Non-Communicable Disease, *Prog. Cardiovasc. Dis.* 58 (2015) 94–101.
doi:10.1016/j.pcad.2015.04.001.

- [19] R. V. Milani, C.J. Lavie, Impact of Worksite Wellness Intervention on Cardiac Risk Factors and One-Year Health Care Costs, *Am. J. Cardiol.* 104 (2009) 1389–1392. doi:10.1016/j.amjcard.2009.07.007.
- [20] S.B. Racette, S.S. Deusinger, C.L. Inman, T.L. Burlis, G.R. Highstein, T.D. Buskirk, K. Steger-may, L.R. Peterson, Worksite Opportunities for Wellness (WOW): Effects on Cardiovascular Disease Risk Factors After 1 Year, *Prev. Med. (Baltim).* 49 (2009) 108–114. doi:10.1016/j.ypmed.2009.06.022.
- [21] M. Guazzi, P. Faggiano, G.F. Mureddu, G. Faden, J. Niebauer, P.L. Temporelli, Worksite Health and Wellness in the European Union, *Prog. Cardiovasc. Dis.* 56 (2014) 508–514. doi:10.1016/j.pcad.2013.11.003.
- [22] J.-P. Després, N. Alméras, L. Gauvin, Worksite Health and Wellness Programs: Canadian Achievements & Prospects, *Prog. Cardiovasc. Dis.* 56 (2014) 484–492. doi:10.1016/j.pcad.2013.11.002.
- [23] T. Okamura, D. Sugiyama, T. Tanaka, S. Dohi, Worksite Wellness for the Primary and Secondary Prevention of Cardiovascular Disease in Japan : The Current Delivery System and Future Directions, *Prog. Cardiovasc. Dis.* 56 (2014) 515–521. doi:10.1016/j.pcad.2013.09.011.
- [24] A.S. Babu, K. Madan, S.K. Veluswamy, R. Mehra, A.G. Maiya, Worksite Health and Wellness Programs in India, *Prog. Cardiovasc. Dis.* 56 (2014) 501–507. doi:10.1016/j.pcad.2013.11.004.
- [25] H. Ganedahl, Z.P. Viklund, K. Carlen, E. Kylberg, E. J., Worksite Wellness Programmes in Sweden: A Cross-Sectional Study of Physical Activity, Self-Efficacy, and Health, *Public Health.* 129 (2015) 525–530.
doi:10.1016/j.puhe.2015.01.023.
- [26] C.A. Patten, C.A. Bronars, M. Scott, R. Boyer, H. Lando, M.M. Clark, K.

- Resnicow, P.A. Decker, T.A. Brockman, A. Roland, M. Hanza, Tobacco Use and Preferences for Wellness Programs Among Health Aides and Other Employees of an Alaska Native Health Corporation in Western Alaska, *Prev. Med. Reports.* 6 (2017) 228–235. doi:10.1016/j.pmedr.2017.03.005.
- [27] J.H. Leslie, C.K. Hughes, K.L. Braun, Engaging Participants in Design of a Native Hawaiian Worksite Wellness Program, *Prog. Community Heal. Partnersh.* 4 (2010) 121–130. doi:10.1353/cpr.0.0121.Engaging.
- [28] T. Sarı, Wellness and Its' Correlates Among University Students: Relationship Status, Gender, Place of Residence, and GPA, *Orta Doğu Teknik Üniversitesi*, 2003.
- [29] F. Kasapoğlu, Üniversite Öğrencilerinde İyilik Hali ile Özgeçmiş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, İnönü Üniversitesi, 2013.
- [30] T. Doğan, Üniversite Öğrencilerinin İyilik Halinin “Maneviyat” ve “Serbest Zaman” Boyutlarının İncelenmesi, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derg.* 3 (2006) 1–16.
- [31] U. Gürkan, Üniversite Öğrencilerinin Yılmazlık ve İyilik Halinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, *E-Journal New World Sci. Acad.* 9 (2014) 18–35.
- [32] C. Ağaoğlu, Cinsiyetleri Farklı Üniversite İkinci Sınıf Öğrencilerinin İyilik Hali Boyutlarına Göre Özyeterlilik ve Sürekli Öfkelerinin İncelenmesi, *Mersin Üniversitesi*, 2012.
- [33] A. İlğan, Ö.S. Sevinç, D.G. Niron, A. Kılıç, A. Yumuşak, Lisans Öğrencilerinin Psikolojik İyilik Hallerinin YGS Puanları ve Çeşitli Değişkenler ile İlişkisi, *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg.* 11 (2015) 469–486. doi:10.17860/efd.57173.
- [34] J.E. Myers, T.J. Sweeney, *Counselling for Wellness: Theory, Research and Practice*, American Counselling Association, USA, 2005.
- [35] J.W. Miller, *Wellness: The History and Development of a Concept*, Spektrum

- Freizeit. 27 (2005) 84–106. doi:10.1227/01.NEU.0000316849.10866.F6.
- [36] M.H. Ergüven, Wellness, Medical Wellness ve Turizm, Sos. ve Beşeri Bilim. Derg. 2 (2010) 87–95.
- [37] J.M. Witmer, T.J. Sweeney, A Holistic Model for Wellness and Prevention Over the Life Span, *J. Couns. Dev.* 71 (1992) 140–148.
- [38] N. Oğuz Duran, Wellness Among Turkish University Students: Investigating the Construct and Testing the Effectiveness of an Art-Enriched Wellness Program, The Middle East Technical University, 2006.
- [39] T. Dogan, I. Yildirim, J.E. Myers, Adaptation of the Wellness Evaluation of Lifestyle Scale to Turkish, *Eurasian J. Educ. Res.* (2012) 23–40.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ1057289&site=ehost-live>.
- [40] J.E. Myers, K. Williard, Integrating Spirituality Into Counselor Preparation: A Developmental Wellness Approach, *Couns. Values.* 47 (2003) 142–155.
- [41] J. Stará, M. Charvát, Wellness: Its Origins, Theories and Current Applications In The United States, *Acta Salus Vitae.* 1 (2015) 80–91.
<http://www.muni.cz/research/publications/1174118>.
- [42] T. Hatfield, S.R. Hatfield, As If Your Life Depended on It: Promoting Cognitive Development to Promote Wellness, *J. Couns. Dev.* 71 (1992) 164–167.
- [43] D.G. Zimpfer, Psychosocial Treatment of Life Threatening Disease: A Wellness Model, *J. Couns. Dev.* 71 (1992) 203–209.
- [44] L.T. Foster, C.P. Keller, Wellness Frameworks and Indicators: An Updated, in: *Br. Columbia Atlas Wellness*, 2nd ed., 2011: pp. 7–16.
- [45] G. Miller, L.T. Foster, *Critical Synthesis of Wellness Literature*, 2010.
<https://dspace.library.uvic.ca:8443/handle/1828/2894>.
- [46] C. Brown, J. Alcoe, The Heart of Wellbeing, *J. Holist. Healthc.* 7 (2010) 24–

29.

- [47] R. Crose, D.R. Nicholas, D.C. Gobble, B. Frank, Gender and Wellness: A Multidimensional Systems Model for Counseling, *J. Couns. Dev.* 71 (1992) 149–156.
- [48] Gallup, Healthways, State of Global Well-Being: Results of The Gallup-Healthways Global Well-Being Index Report 2, 2014.
- [49] R.M. Ryan, E.L. Deci, On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being, *Annu. Rev. Psychol.* 52 (2001) 141–166.
- [50] M. Hamilton, G. Redmond, Conceptualisation of Social and Emotional Wellbeing for Children and Young People, and Policy Implications, 2010.
- [51] R.F. Renger, S.J. Midyett, F.G.S. Mas, T.D. Erin, H.M. Mcdermott, R.L. Papenfuss, P.S. Eichling, D.H. Baker, K.A. Johnson, M.J. Hewitt, Optimal Living Profile : An Inventory to Assess Health and Wellness, *Am. J. Heal. Behav.* 24 (2000) 403–412.
- [52] R. Veenhoven, Healthy Happiness : Effects of Happiness on Physical Health and the Consequences for Preventive Health Care, *J. Happiness Stud.* 9 (2008) 449–469. doi:10.1007/s10902-006-9042-1.
- [53] A. McEwan, K. Tsey, The Role of Spirituality in Social and Emotional Wellbeing Initiatives: The Family Wellbeing Program at Yarrabah, 2009.
- [54] R. Lucas, E. Diener, E.M. Suh, R.E. Lucas, H.L. Smith, Subjective Well-Being: Three Decades of Progress, *Psychol. Bull.* 125 (1999) 276–302. doi:10.1037/0033-2909.125.2.276.
- [55] Commission on Social Determinants of Health, Closing the Gap In a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, 2008.

- [56] E. Lightman, A. Mitchell, B. Wilson, Poverty is Making Us Sick: A comprehensive Survey of Income and Health in Canada, 2008.
- [57] J.F. Helliwell, Well-Being, Social Capital and Public Policy: What's New?, 2005.
- [58] D.G. Blanchflower, A.J. Oswald, Happiness and the Human Development Index: The Paradox of Australia, 2005.
<http://www.nber.org/papers/w11416>
- [59] T. Fahey, E. Smyth, Do Subjective Indicators Measure Welfare? Evidence from 33 European Societies, *Eur. Soc.* 6 (2010) 5–27.
doi:10.1080/1461669032000176297.
- [60] R.A. Cummins, Australian Unity Wellbeing Index Survey 19 Part A : The Report “The Wellbeing of Australians – Links with exercise, nicotine and alcohol,” Melbourne, Australia, 2008.
- [61] J. Mikkonen, D. Raphael, Social Determinants of Health: The Canadian Facts, York University School of Health Policy and Management, Toronto, 2010.
- [62] World Health Organization, Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014, Geneva, Switzerland, 2014.
- [63] The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life, France, 2002.
- [64] H. Demirel, H. Kayıhan, E.N. Özmert, A. Doğan, eds., Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, 2nd ed., T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2014.
- [65] B. Ainsworth, L. Cahalin, M. Buman, R. Ross, The Current State of Physical Activity Assessment Tools, *Prog. Cardiovasc. Dis.* 57 (2014) 387–395.
doi:10.1016/j.pcad.2014.10.005.
- [66] Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız, (2012).

- [67] H.W. Kohl, C.L. Craig, E.V. Lambert, S. Inoue, J.R. Alkandari, G. Leetongin, S. Kahlmeier, The Pandemic of Physical Inactivity: Global Action for Public Health, *Lancet*. 380 (2012) 294–305.
- [68] E.B. Josephson, N.D. Caputo, S. Pedraza, T. Reynolds, R. Sharifi, M. Waseem, R.J. Kornberg, A Sedentary Job? Measuring the Physical Activity of Emergency Medicine Residents, *J. Emerg. Med.* 44 (2013) 204–208. doi:10.1016/j.jemermed.2012.02.039.
- [69] A. Akyol, P. Bilgiç, G. Ersoy, Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam, 2nd ed., T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2012.
- [70] V. Bayrakçı Tunay, Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite, Ankara, 2012.
- [71] 2008 Physical Activity Guidelines for Americans: Fact Sheet for Health Professionals on Physical Activity Guidelines for Adults, 2008.
- [72] R. Sallis, B. Franklin, L. Joy, R. Ross, D. Sabgir, J. Stone, Strategies for Promoting Physical Activity in Clinical Practice, *Prog. Cardiovasc. Dis.* 57 (2014) 375–386. doi:10.1016/j.pcad.2014.10.003.
- [73] M. Uyar, Çok Oturmak Bizi Hasta Ediyor, *Milliyet*. (2016). <http://www.milliyet.com.tr/-cok-oturmak-bizi-hasta-ediyor-/metin-uyar/cumartesi/yazardetay/04.06.2016/2256665/default.htm>.
- [74] Ö. Vural, S. Eler, N. Atalay Güzel, Masa Başlı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi, *SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilim. Derg.* 8 (2010) 69–75.
- [75] Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2014.
- [76] T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Gıda Güvenliği Daire Başkanlığı, “Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım”

Projesi Araştırma Raporu, Ankara, 2004.

- [77] V. Dirilmeşe, Ö. Varol, Z. Çipil, F. Karaman, E. Özkan, S. Çetin Çoban, S. Taşkaya, Ulusal Hanehalkı Araştırması 2003 Temel Bulgular, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2006.
- [78] World Health Organization, Global Recommendations on Physical Activity for Health, WHO Press, Geneva, Switzerland, 2010.
- [79] S.N. Blair, S. Brodney, Effects of Physical Inactivity and Obesity on Morbidity and Mortality: Current Evidence and Research Issue, *Med. Sci. Sport. Exerc.* 31 (1999) 646–662.
- [80] T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017), 3rd ed., T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2013.
- [81] B. Bora Başara, V. Dirimeşe, E. Özkan, Ö. Varol, Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004, 1st ed., T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2006.
- [82] G.A. Colditz, Economic Costs of Obesity and Inactivity, *Med. Sci. Sport. Exerc.* 31 (1999) 663–667. doi:10.1097/00005768-199911001-00026.
- [83] R.K. Dishman, B. Oldenburg, H. O’Neal, R.J. Shephard, Worksite Physical Activity Interventions, *Am. J. Prev. Med.* 15 (1998) 344–361.
- [84] S. Macaluso, A.F. Marcus, D. Rigassio-Radler, L.D. Byham-Gray, R. Touger-Decker, Increased Physical Activity Leads to Improved Health Related Quality of Life Among Employees Enrolled in a 12-Week Worksite Wellness Program, *J. Occup. Environ. Med.* 57 (2015) 1214–1221. doi:10.1097/JOM.0000000000000545.
- [85] T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2010-2014), 2nd ed., T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2011.

- [86] D.M. Bravata, C. Smith-Spangler, V. Sundaram, A.L. Gienger, N. Lin, R. Lewis, C.D. Stave, I. Olkin, J.R. Sirard, Using Pedometers to Increase Physical Activity and Improve Health, *J. Am. Med. Assoc.* 298 (2007) 2296–2307.
- [87] T. Peregrin, Weighing in on Corporate Wellness Programs and Their Impact on Obesity, *J. Am. Diet. Assoc.* 105 (2005) 1192–1194.
doi:10.1016/j.jada.2005.06.012.
- [88] K. Zeratsky, M. Gall, K. Perrizo, M. Beland, M. McMahon, Employee Wellness Center Nutrition Programs Teach Cooking Techniques and Nutritious Meal Preparation, *J. Acad. Nutr. Diet.* 112 (2012) 56.
doi:10.1016/j.jand.2012.06.202.
- [89] S.K. Stephens, L.J. Cobiac, J.L. Veerman, Improving Diet and Physical Activity to Reduce Population Prevalence of Overweight and Obesity : An Overview of Current Evidence, *Prev. Med. (Baltim).* 62 (2014) 167–178.
doi:10.1016/j.ypmed.2014.02.008.
- [90] T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Hizmetler Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014), 1st ed., T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2010.
- [91] S. Fitzgerald, A. Kirby, A. Murphy, F. Geaney, Obesity , Diet Quality and Absenteeism in a Working Population, *Public Health Nutr.* 19 (2016) 3287–3295. doi:10.1017/S1368980016001269.
- [92] J.T. Howard, L.B. Potter, An Assessment of the Relationships Between Overweight , Obesity , Related Chronic Health Conditions and Worker Absenteeism, *Obes. Res. Clin. Pract.* 8 (2014) 1–15.
- [93] World Health Organization, Body Mass Index - BMI, (n.d.).
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> (accessed May 28, 2017).

- [94] L.M. Anderson, T.A. Quinn, K. Glanz, G. Ramirez, L.C. Kahwati, D.B. Johnson, L.R. Buchanan, W.R. Archer, S. Chattopadhyay, G.P. Kalra, D.L. Katz, The Effectiveness of Worksite Nutrition and Physical Activity Interventions for Controlling Employee Overweight and Obesity: A Systematic Review, *Am. J. Prev. Med.* 37 (2009) 340–357. doi:10.1016/j.amepre.2009.07.003.
- [95] Türk Diyabet Cemiyeti, Turdep-2 Sonuçlarının Özeti, (2013). <http://www.diabetcemiyeti.org/c/turdep-2-sonuclarinin-ozeti> (accessed May 28, 2017).
- [96] Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Diyabet Programı 2015-2020, 2nd ed., T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2014.
- [97] Task Force on Community Preventive Services, A Recommendation to Improve Employee Weight Status Through Worksite Health Promotion Programs Targeting Nutrition, Physical Activity, or Both, *Am. J. Prev. Med.* 37 (2009) 358–359. doi:10.1016/j.amepre.2009.07.004.
- [98] World Health Organization, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, France, 2004.
- [99] European Commission Public Health, EU Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health, (n.d.). http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm (accessed May 29, 2017).
- [100] L. Sonneberg, S. Regan, E. Gelsomin, E. Healey, A. Thorndike, Effectiveness of a Nutrition Intervention in a Worksite Wellness Program to Promote Healthy Weight and Physical Activity, *J. Am. Diet. Assoc.* 108 (2008) 38.
- [101] T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012, Ankara, 2014.
- [102] HEALTH21: The health for All Policy Framework for the WHO European Region, Copenhagen, 1999.

- [103] J. Doe, C. DeSanto, *Smoking's Immediate Effects on the Body*, Washington, 2009.
- [104] M.P. Eriksen, A.L. Nyman, C.F. Whitney, *Global Tobacco Use and Cancer: Findings and Solutions From the Tobacco Atlas*, *Cancer Control*. (2014) 43–48.
- [105] World Health Organization, *Tobacco*, (2017).
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> (accessed May 15, 2017).
- [106] World Health Organization, *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package*, Sao Paulo, Brazil, 2008.
- [107] *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*, WHO Press, Geneva, Switzerland, 2009.
- [108] World Health Organization, *Tobacco & Health in the Developing World*, Brussels, 2003.
- [109] V. Çetinkaya, P. V. Marquez, *Tobacco Taxation in Turkey: An Overview of Policy Measures and Results*, Washington, 2017.
- [110] The Conference Board of Canada, *Smoking Cessation and the Workplace: Benefits of Workplace Programs*, Ottawa, Canada, 2013.
- [111] M.T. Halpern, H. Taylor, *Employee and Employer Support for Workplace-based Smoking Cessation: Results from an International Survey*, *J. Occup. Health*. 52 (2010) 375–382.
- [112] Midwest Business Group on Health, *Effective Approaches to Motivating Employees to Stop Smoking*, (n.d.).
[http://www.tcyh.org/employers/downloads/Effective Approaches to Motivating Smokers to Quit.pdf](http://www.tcyh.org/employers/downloads/Effective%20Approaches%20to%20Motivating%20Smokers%20to%20Quit.pdf) (accessed May 10, 2017).
- [113] World Health Organization, *Risk Factors of Ill Health Among Older People*, (n.d.). <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy->

ageing/data-and-statistics/risk-factors-of-ill-health-among-older-people
(accessed May 13, 2017).

- [114] Global Status Report on Alcohol and Health 2014, Luxembourg, 2014.
- [115] European Action Plan to Reduce the Harmful use of Alcohol 2012–2020, Copenhagen, Denmark, 2012.
- [116] Framework for Alcohol Policy in the WHO European Region, Copenhagen, Denmark, 2006.
- [117] Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol, WHO Press, Italy, 2010.
- [118] CDC, Planning and Implementing Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Use, Centers for Disease Control and Prevention, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, Atlanta, Georgia, 2014.
- [119] CDC, Alcohol Use and Your Health, (2016).
<https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/alcohol-use.htm> (accessed June 5, 2017).
- [120] S. Kuş, Alkol Kontrolü Stratejileri, Pulat Basımevi, Ankara, 2012.
- [121] S.B. Bacharach, P.A. Bamberger, W.J. Sonnenstuhl, Retirement, Risky Alcohol Consumption and Drinking Problems among Blue-Collar Workers, J. Stud. Alcohol. 65 (2004) 537–545.
- [122] J. Surrent, Alcohol Legislation and Taxes in Turkey, 2015.
- [123] T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2015.
- [124] Health 2020: A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century, Copenhagen, Denmark, 2013.
- [125] A.A. Uğur, E. Akdemir, E. Gürsel, Sigara ve Alkol Üzerindeki Dolaylı Vergilerin Sağlık Harcamaları Üzerindeki eTKİSİ, Ekon. Bilim. Derg. 2

(2010) 1–14.

- [126] S.K. Soldano, Workplace Wellness Programs to Promote Cancer Prevention, *Semin. Oncol. Nurs.* 32 (2016) 281–290. doi:10.1016/j.soncn.2016.05.008.
- [127] R.L. Acabchuk, J. Kamath, J.D. Salamone, B.T. Johnson, Stress and Chronic Illness: The Inflammatory Pathway, *Soc. Sci. Med.* 185 (2017) 166–170. doi:10.1016/j.socscimed.2017.04.039.
- [128] F. Marcatto, L. Colautti, F.L. Filon, O. Luis, L. Di Blas, C. Cavallero, D. Ferrante, Work-Related Stress Risk Factors and Health Outcomes in Public Sector Employees, *Saf. Sci.* 89 (2016) 274–278. doi:10.1016/j.ssci.2016.07.003.
- [129] K.M. Kowalski-Trakofler, L.J. Steiner, D.J. Schwerha, Safety Considerations for the Aging Workforce, *Saf. Sci.* 43 (2005) 779–793. doi:10.1016/j.ssci.2005.08.014.
- [130] N. Oguz-Duran, E. Tezer, Wellness and Self-Esteem Among Turkish University Students, *Int. J. Adv. Couns.* 31 (2009) 32–44. doi:10.1007/s10447-008-9066-9.
- [131] Harvard Medical School, Mars vs. Venus: The gender gap in health - Harvard Health [http://](http://www.health.harvard.edu/newsletter_article/mars-vs-venus-the-gender-gap-in-health), (2010). http://www.health.harvard.edu/newsletter_article/mars-vs-venus-the-gender-gap-in-health (accessed June 12, 2017).
- [132] J. Zhang, Socioeconomic Position and Utilisation of Preventive Health Services among Adults in the General Population, Queensland Universtiy of Technology, 2007.
- [133] S. Schneider, K. Kingsolver, J. Rosdahl, Physician Coaching to Enhance Well-Being: A Qualitative Analysis of a Pilot Intervention, *Explore.* 10 (2014) 372–379. doi:10.1016/j.explore.2014.08.007.
- [134] H. Tanaka, N. Tamura, Sleep Education with Self-Help Treatment and Sleep Health Promotion for Mental and Physical Wellness in Japan, *Sleep Biol. Rhythms.* 14 (2016) 89–99. doi:10.1007/s41105-015-0018-6.

- [135] M. Dibonaventura, L. Richard, M. Kumar, A. Forsythe, N.M. Flores, M. Moline, The Association Between Insomnia and Insomnia Treatment Side Effects on Health Status, Work Productivity, and Healthcare Resource Use, *PLoS One*. 10 (2015) 1–14. doi:10.1371/journal.pone.0137117.
- [136] D.J. Buysse, Sleep Health: Can We Define It? Does It Matter?, *Sleep*. 37 (2014) 9–17.
- [137] L.T. Foster, C.P. Keller, The Geography of Wellness Assets and Determinants, in: *Br. Columbia Atlas Wellness*, 2nd ed., 2011: pp. 47–128.
- [138] S.A. Fleary, R. Ettienne-Gittens, R.W. Heffer, Perceptions of Preventive Health Care and Healthy Lifestyle Choices for Low Income Families: A Qualitative Study, *ISRN Prev. Med.* (2013) 1–6.
- [139] E. Toci, G. Burazeri, N. Jerliu, K. Sørensen, N. Ramadani, B. Hysa, H. Brand, Health Literacy, Self-Perceived Health and Self-Reported Chronic Morbidity Among Older People in Kosovo, *Health Promot. Int.* 30 (2014) 667–674. doi:10.1093/heapro/dau009.
- [140] A. Rongen, S.J.W. Robroek, F.J. van Lenthe, A. Burdorf, Workplace Health Promotion: A Meta-Analysis of Effectiveness, *Am. J. Prev. Med.* 44 (2013) 406–415. doi:10.1016/j.amepre.2012.12.007.
- [141] S.O. Pinkstaff, A. Mcneil, R. Arena, L. Cahalin, Healthy Living Medicine in the Workplace : More Work to Do, *Prog. Cardiovasc. Dis.* 59 (2017) 440–447. doi:10.1016/j.pcad.2016.12.007.
- [142] S.G. Aldana, R.M. Merrill, K. Price, A. Hardy, R. Hager, Financial Impact of a Comprehensive Multisite Workplace Health Promotion Program, *Prev. Med. (Baltim)*. 40 (2005) 131–137. doi:10.1016/j.ypped.2004.05.008.
- [143] Health Advocate Inc., *Guide to Workplace Wellness: Healthier Employees, Healthier Bottom Line*, 2015.
- [144] R. Balaguie, P. Madeleine, K. Rose-Dulcina, N. Vuillerme, Effects of a Worksite Supervised Adapted Physical Activity Program on Trunk Muscle

- Endurance, Flexibility and Pain Sensitivity Among Vineyard Workers, J. Agromedicine. 22 (2017) 200–214. doi:10.1080/1059924X.2017.1317683.
- [145] S. Maes, C. Verhoeven, F. Kittel, H. Scholten, Effects of a Dutch Work-Site Wellness-Health Program: The Brabantia Project, Am. J. Public Health. 88 (1998) 1037–1041.
- [146] R.M. Henke, R.Z. Goetzl, J. Mchugh, F. Isaac, Recent Experience In Health Promotion At Johnson & Johnson: Lower Health Spending, Strong Return On Investment, Health Aff. 30 (2011) 490–499. doi:10.1377/hlthaff.2010.0806.
- [147] Institute for Community Health Promotion, Brown University, CDC Employee Health Assessment (CAPTURE), 2005.
- [148] A. Yıldız, D. Tarakcı, F.K. Mutluay, Genç Erişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Vücut Kompozisyonu İlişkisi : Pilot Çalışma, Sağlık Bilim. ve Meslekleri Derg. 2 (2015) 297–305. doi:10.17681/hsp.15450.
- [149] F. Korkut Owen, T. Doğan, N. Demirbaş Çelik, D.W. Owen, İyilik Hali Yıldızı Ölçeğinin Geliştirilmesi, J. Hum. Sci. 13 (2016) 5013–5031. doi:10.14687/jhs.v13i3.4130.
- [150] J.C. Malone, S.R. Liu, G.E. Vaillant, D.M. Rentz, R.J. Waldinger, Midlife Eriksonian Psychosocial Development: Setting the Stage for Cognitive and Emotional Health in Late Life, Dev. Psychol. 52 (2016) 496–508. doi:10.1037/a0039875.Midlife.
- [151] D. Kimura, Sex, Sexual Orientation and Sex Hormones Influence Human Cognitive Function, Curr. Opin. Neurobiol. 6 (1996) 259–263.
- [152] C. Ong, J. Lai, Gender Differences in Perceptions and Relationships Among Dominants of E-Learning Acceptance, Comput. Human Behav. 22 (2006) 816–829. doi:10.1016/j.chb.2004.03.006.
- [153] R. Li, Why Women See Differently from the Way Men See? A Review of Sex Differences in Cognition and Sports, J. Sport Heal. Sci. 3 (2014) 155–162. doi:10.1016/j.jshs.2014.03.012.

- [154] A. Blanch, Expert Performance of Men and Women: A Cross-Cultural Study in the Chess Domain, *Pers. Individ. Dif.* 101 (2016) 90–97.
doi:10.1016/j.paid.2016.05.050.
- [155] U. Rout, Gender Differences in Stress, Satisfaction and Mental Wellbeing Among General Practitioners in England, *Psychol. Health Med.* 4 (1999) 345–354. doi:10.1080/135485099106081.
- [156] M.P. Matud, Gender Differences in Stress and Coping Styles, *Pers. Individ. Dif.* 37 (2004) 1401–1415. doi:10.1016/j.paid.2004.01.010.
- [157] R.D. Weaver, N.N. Habibov, Are Canadian Adolescents Happy? A Gender-Based Analysis of a Nationally Representative Survey, *US-China Educ. Rev.* 7 (2010) 37–52.
- [158] P.J. Pistell, C.D. Morrison, S. Gupta, A.G. Knight, J.N. Keller, D.K. Ingram, A.J. Bruce-Keller, Cognitive Impairment Following High Fat Diet Consumption is Associated with Brain Inflammation, *J. Neuroimmunol.* 219 (2010) 25–32. doi:10.1016/j.jneuroim.2009.11.010.
- [159] H.A. Doll, S.E.K. Petersen, S.L. Stewart-Brown, Obesity and Physical and Emotional Well-Being: Associations Between Body Mass Index, Chronic Illness, and the Physical and Mental Components of the SF-36 Questionnaire, *Obes. Res.* 8 (2000) 160–170.
- [160] D.A. Katz, C.A. Mchorney, R.L. Atkinson, Impact of Obesity on Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Illness, *J. Gen. Intern. Med.* 15 (2000) 789–796.
- [161] D. Gelin, B. Ulus, Hastanede Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörler, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim. Derg.* 6 (2015) 31–35.
- [162] O. Taycan, L. Kutlu, S. Çimen, N. Aydın, Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi, *Anatol. J. Psychiatry.* 7 (2006) 100–108.

- [163] P. Oreopoulos, K.G. Salvanes, Priceless: The Nonpecuniary Benefits of Schooling, *J. Econ. Perspect.* 25 (2011) 159–184.
- [164] M. Siahpush, R. Borland, J. Taylor, G.K. Singh, Z. Ansari, A. Serraglio, The Association of Smoking With Perception of Income Inequality, Relative Material Well-Being, and Social Capital, *Soc. Sci. Med.* 63 (2006) 2801–2812. doi:10.1016/j.socscimed.2006.07.015.
- [165] J. Gardner, A. Oswald, How Does Education Affect Mental Well-Being and Job Satisfaction?, in: *Sect. A Ment. Distress BHPS*, National Institute of Economic and Social Research, Birmingham, 2002: pp. 1–16.
- [166] J. Mirowsky, C.E. Ross, *Education, Social Status and Health*, Walter de Gruyter, New York, 2003.
- [167] Q. Huang, M. Sverke, Women’s Occupational Career Patterns Over 27 years: Relations to Family of Origin, Life Careers, and Wellness, *J. Vocat. Behav.* 70 (2007) 369–397. doi:10.1016/j.jvb.2006.12.003.
- [168] Z.G. Yüksel, *Lomber Spondilozis’e Bağlı Kronik Bel Ağrılı Hastalarda Fonksiyonel Performans, Yaşam Kalitesi ve İyilik Halinin Değerlendirilmesi*, Başkent Üniversitesi, 2007.
- [169] F. Estevez-Lopez, Assessment of Physical Function: Considerations in Chronic Pain Populations, *J. Int. Assoc. Study Pain.* 158 (2017) 1397.
- [170] CME TOOLKIT, *Living with Pain: Strategies to Increase Your Well-Being*, 2014.
- [171] H. Van Minh, D.L. Huong, K.B. Giang, Self-Reported Chronic Diseases and Associated Sociodemographic Status and Lifestyle Risk Factors Among Rural Vietnamese Adults, *Scand. J. Public Health.* 36 (2008) 629–634. doi:10.1177/1403494807086977.
- [172] K.J. August, D.H. Sorkin, Marital Status and Gender Differences in Managing A Chronic Illness: The Function of Health-Related Social Control, *Soc. Sci. Med.* 71 (2010) 1831–1838. doi:10.1016/j.socscimed.2010.08.022.

- [173] G. Tatangelo, M. McCabe, S. Campbell, C. Szoeki, Gender, Marital Status and Longevity, *Maturitas*. 100 (2017) 64–69.
doi:10.1016/j.maturitas.2017.03.002.
- [174] J. Turner, B. Kelly, Emotional Dimensions of Chronic Disease, *Cult. Med.* 172 (2000) 124–128.
- [175] Z.U. Bhatti, M.S. Salek, A.Y. Finlay, Chronic Diseases Influence Major Life Changing Decisions: A New Domain in Quality of Life Research, *J. R. Soc. Med.* 104 (2011) 241–250.
- [176] S. V. Bădescu, C. Tătaru, L. Kobylinska, E.L. Georgescu, D.M. Zahiu, A.M. Zăgrean, L. Zăgrean, The Association Between Diabetes Mellitus and Depression, *J. Med. Life*. 9 (2016) 120–125.
- [177] CDC, Flu Symptoms & Complications, CDC. (2016).
<https://www.cdc.gov/flu/about/disease/complications.htm> (accessed August 28, 2017).
- [178] V.S. Helgeson, M. Zajdel, Adjusting to Chronic Health Conditions, *Annu. Rev. Psychol.* 68 (2017) 545–571. doi:10.1146/annurev-psych-010416-044014.
- [179] A. Kumsar Karakoç, F. Taşkın Yılmaz, Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilim. Fakültesi Derg.* 2 (2014) 62–70.
- [180] Office of Disease Prevention and Health Promotion, General Health Status, (2014). <https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/General-Health-Status> (accessed August 28, 2017).
- [181] A. Fiske, J.L. Wetherell, M. Gatz, Depression in Older Adults, *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 5 (2009) 363–389.
doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621.Depression.
- [182] U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration Maternal and Child Health Bureau, Health-Related

- Quality of Life, Women's Heal. USA 2013. (2013).
<https://mchb.hrsa.gov/whusa13/health-status/health-indicators/p/health-related-quality-life.html> (accessed September 4, 2017).
- [183] E.L. Clifford, M.M. Collins, C.M. Buckley, A.P. Fitzgerald, I.J. Perry, Unhealthy Days and Quality of Life in Irish Patients with Diabetes, *PLoS One*. 8 (2013) 1–6. doi:10.1371/journal.pone.0081102.
- [184] J.E. Crews, C.-F. Chou, M.M. Zack, X. Zhang, K.M. Bullard, A.R. Morse, J.B. Saaddine, The Association of Health-Related Quality of Life with Severity of Visual Impairment among People Aged 40-64 Years: Findings from the 2006-2010 Behavioral Risk Factor Surveillance System, *Ophthalmic Epidemiol.* 23 (2016) 145–153. doi:10.3109/09286586.2016.1168851.
- [185] E.D. Schlenker, S. Long Roth, Introduction to Recreation and Leisure, in: *Williams' Essentials Nutr. Diet Ther.*, 10th ed., Elsevier Mosby, 2010.
- [186] S. Moussavi, S. Chatterji, E. Verdes, A. Tandon, V. Patel, B. Ustun, Depression, Chronic Diseases, and Decrements In Health: Results From the World Health Surveys, *Lancet*. 370 (2007) 851–858.
- [187] D.B. Froshaug, L.M. Dickinson, D.H. Fernald, L.A. Green, Personal Health Behaviors Are Associated with Physical and Mental Unhealthy Days: A Prescription for Health (P4H) Practice-Based Research Networks Study, *J. Am. Board Fam. Med.* 22 (2009) 368–374.
doi:10.3122/jabfm.2009.04.080150.
- [188] B. Broussard, R. Beveridge, 2017 Progress Report, 2017.
- [189] B.K. Kennedy, S.L. Berger, A. Brunet, J. Campisi, A.M. Cuervo, E.S. Epel, C. Franceschi, G.J. Lithgow, R.I. Morimoto, J.E. Pessin, T.A. Rando, A. Richardson, E.E. Schadt, T. Wyss-Coray, F. Sierra, Geroscience: Linking Aging to Chronic Disease, *Cell*. 159 (2014) 709–713.
doi:10.1016/j.cell.2014.10.039.
- [190] E. Caroli, L. Weber-Baghdigian, Self-Reported Health and Gender: The Role

of Social Norms, *Soc. Sci. Med.* 153 (2016) 220–229.
doi:10.1016/j.socscimed.2016.02.023.

- [191] World Health Organization, *Ageing and Health: Toolkit for Event Organizers*, World Health Organization, 2012.
- [192] H. Pikhart, *Social and Psychosocial Determinants of Self-Rated Health in Central and Eastern Europe*, Springer Science+ Business Media, LLC, New York, 2002.
- [193] A. Nishi, I. Kawachi, K. Shirai, H. Hirai, S. Jeong, K. Kondo, Sex/Gender and Socioeconomic Differences in the Predictive Ability of Self-Rated Health for Mortality, *PLoS One.* 7 (2012) 1–7. doi:10.1371/journal.pone.0030179.
- [194] B. Piko, Health-Related Predictors of Self-Perceived Health in a Student Population: The Importance of Physical Activity, *J. Community Health.* 25 (2000) 125–137.
- [195] A.C. Michalos, Education, Happiness and Wellbeing, in: *Is Happiness Meas. What Do Those Meas. Mean Public Policy*, Rome, 2007: pp. 1–25.
- [196] W. Gwozdz, A. Sousa-Poza, Ageing, Health and Life Satisfaction of the Oldest Old: An Analysis for Germany, *IZA Discuss. Pap.* 4053 (2009) 1–37.
- [197] J. Damián, R. Pastor-Barriuso, E. Valderrama-Gama, Factors Associated with Self-Rated Health in Older People Living in Institutions, *BMC Geriatr.* 8 (2008) 1–6. doi:10.1186/1471-2318-8-5.
- [198] World Health Organization, *Social Determinants of Health and Well-Being Among Young People*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 2012.
- [199] L. Chola, O. Alaba, Association of Neighbourhood and Individual Social Capital, Neighbourhood Economic Deprivation and Self-Rated Health in South Africa – A Multi-Level Analysis, *PLoS One.* 8 (2013) 1–9. doi:10.1371/journal.pone.0071085.

- [200] J.D. Cangelosi, E. Ranelli, F.S. Markham, Who is Making Lifestyle Changes Due to Preventive Health Care Information ? A Demographic Analysis, *Health Mark. Q.* 26 (2009) 69–86. doi:10.1080/07359680802619776.
- [201] V. Vaidya, G. Partha, M. Karmakar, Gender Differences in Utilization of Preventive Care Services in the United States, *J. Women’s Heal.* 21 (2012) 140–145. doi:10.1089/jwh.2011.2876.
- [202] F. Jusot, Z. Or, N. Sirven, Variations in Preventive Care Utilisation in Europe, *Eur. J. Ageing.* 9 (2012) 15–25. doi:10.1007/s10433-011-0201-9.
- [203] E.S. Kim, L.D. Kubzansky, J. Smith, Life Satisfaction and Use of Preventive Health Care Services, *Heal. Psychol.* 34 (2015) 779–782. doi:10.1037/hea0000174.Life.
- [204] E.S. Kim, V.J. Strecher, C.D. Ryff, Purpose in Life and Use of Preventive Health Care Services, *Proc. Natl. Acad. Sci.* 111 (2014) 16331–16336. doi:10.1073/pnas.1414826111.
- [205] Harvard Medical School, Blood Pressure and Your Brain, *Harvard Heal. Publ.* (2009). https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/blood-pressure-and-your-brain (accessed September 4, 2017).
- [206] S. Duschek, R. Schandry, Reduced Brain Perfusion and Cognitive Performance Due to Constitutional Hypotension, *Clin. Auton. Res.* 17 (2007) 69–76. doi:10.1007/s10286-006-0379-7.
- [207] L.G. Pol, R.K. Thomas, *The Demography of Health and Healthcare*, 3rd ed., Springer, New York, 2013.
- [208] E.S. Kim, I. Kawachi, Perceived Neighborhood Social Cohesion and Preventive Healthcare Use, *Am. J. Prev. Med.* 53 (2017) e35–e40. doi:10.1016/j.amepre.2017.01.007.
- [209] M.L. Madden, Evaluating the Impact Of Preventative Health Services On Improving General Well-Being, *Yale Univ. EliScholar – A Digit. Platf. Sch. Publ. Yale Public.* (2015) 1–19.

- [210] K.K. Maurya, M. Agarwal, Factors Affecting Stress and Wellbeing of Women Employees, *Psychol. Women Res. Issues Trends.* (2015) 63–75.
doi:10.13140/RG.2.1.1034.3763.
- [211] G.M. Calaguas, Satisfied and Happy: Establishing Link Between Job Satisfaction and Subjective Well-Being, *Asia Pacific J. Multidiscip. Res.* 5 (2017) 104–111.
- [212] B.A. Josias, The Relationship Between Job Satisfaction and Absenteeism in a Selected Field Services Section Within an Electricity Utility in the Western Cape, University of the Western Cape, 2005.
- [213] R.L. Schaumberg, F.J. Flynn, Clarifying the Link Between Job Satisfaction and Absenteeism: The Role of Guilt Proneness, *J. Appl. Psychol.* 102 (2017) 982–992.
- [214] G. Bergström, M. Lohela-Karlsson, L. Kwak, L. Bodin, I. Jensen, M. Torgén, L. Nybergh, Preventing Sickness Absenteeism Among Employees with Common Mental Disorders or Stress-Related Symptoms at Work: Design of a Cluster Randomized Controlled Trial of a Problem-Solving Based Intervention Versus Care-as-Usual Conducted at the Occupational Health, *BMC Public Health.* 17 (2017) 1–10. doi:10.1186/s12889-017-4329-1.
- [215] B. Bacak, Y. Yiğit, İşe Devamsızlığın Nedenleri, Ekonomik Sonuçları ve Azaltılması için Alınması Gereken Önlemler, *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi* 5. 5 (2010) 29–44.
- [216] Z. Musaoğlu, Trakya Üniversitesi Öğretim Elemanlarının Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi, Trakya Üniversitesi, 2008.
- [217] D. Hanebuth, M. Meinel, J.E. Fischer, Health-Related Quality of Life, Psychosocial Work Conditions, and Absenteeism in an Industrial Sample of Blue- and White-Collar Employees : A Comparison of Potential Predictors, *J. Occup. Environ. Med.* 48 (2006) 28–37.
doi:10.1097/01.jom.0000195319.24750.f8.

- [218] The Australasian Faculty of Occupational Medicine, Workplace Attendance and Absenteeism, Sydney, 1999.
- [219] J. Cawley, J.A. Price, A Case Study of a Workplace Wellness Program That Offers Financial Incentives for Weight Loss, *J. Health Econ.* 32 (2013) 794–803. doi:10.1016/j.jhealeco.2013.04.005.
- [220] P.L. Schneider, D.R. Bassett, B.C. Rider, S.S. Saunders, Physical Activity and Motivating Factors of Participants in a Financially Incentivized Worksite Wellness Program, *Int. J. Heal. Promot. Educ.* 54 (2016) 295–303. doi:10.1080/14635240.2016.1174951.
- [221] H.Q. Tan, Smoking Spaces as Enabling Spaces of Wellbeing, *Health Place.* 24 (2013) 173–182. doi:10.1016/j.healthplace.2013.08.003.
- [222] D.W. Brook, E. Rubenstone, C. Zhang, N.K. Morojele, J.S. Brook, Environmental Stressors, Low Well-Being, Smoking, and Alcohol Use Among South African Adolescents, *Soc. Sci. Med.* 72 (2011) 1447–1453. doi:10.1016/j.socscimed.2011.02.041.
- [223] C. McKinzie, V. Altamura, E. Burgoon, C. Bishop, Exploring the Effect of Stress on Mood, Self-Esteem, and Daily Habits with Psychology Graduate Students, *Psychol. Rep.* 99 (2006) 439–448.
- [224] T. Flensburg-Madsen, M.B. von Scholten, E. Meulengracht Flachs, E.L. Mortensen, E. Prescott, J. Schurmann Tolstrup, Tobacco Smoking as a Risk Factor for Depression. A 26-Year Population-Based Follow-Up Study, *J. Psychiatr. Res.* 45 (2011) 143–149. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.06.006.
- [225] S. Joseph, E. Manafi, A.M. Iakovaki, R. Cooper, Personality, Smoking Motivation, and Self-Efficacy to Quit, *Pers. Individ. Dif.* 34 (2003) 749–758.
- [226] E. Jafari, G.R. Dehshiri, H. Eskandari, M. Najafi, R. Heshmati, J. Hoseinifar, Spiritual Well-Being and Mental Health in University Students, *Procedia Soc. Behav. Sci.* 5 (2010) 1477–1481. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.311.
- [227] J.M. Starr, I.J. Deary, H.C. Fox, L.J. Whalley, Smoking and Cognitive Change

- from Age 11 to 66 Years: A Confirmatory Investigation, *Addict. Behav.* 32 (2007) 63–68. doi:10.1016/j.addbeh.2006.03.020.
- [228] A. Tansel, D. Karaoğlan, Health Behaviors and Education in Turkey, *ERC Work. Pap. Econ.* (2014).
- [229] Ö. Saygın, Sigara ve Alkol Tüketimini Etkileyen Değişkenlerin Ekonometrik Analizi, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2008.
- [230] M. aan het Rot, J.J. Russell, D.S. Moskowitz, S.N. Young, Alcohol in a Social Context: Findings From Event-Contingent Recording Studies of Everyday Social Interactions, *Alcohol. Clin. Exp. Res.* . 32 (2008) 459–471. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00590.x.
- [231] B. Özcan, S. Sever, Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Alkol Kullanımı ve Çeşitli Kriterlere Göre Analizi, *Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sos. Bilim. Enstitüsü Derg.* 2 (2017) 261–276.
- [232] T. Loose, D. Acier, Drinking Motives and Alcohol Consumption Behaviors among Young French People, *Addict. Behav.* 72 (2017) 120–125. doi:10.1016/j.addbeh.2017.04.009.
- [233] M.J. Stampfer, J.H. Kang, J. Chen, R. Cherry, F. Grodstein, Effects of Moderate Alcohol Consumption on Cognitive Function in Women, *N. Engl. J. Med.* 352 (2005) 245–253.
- [234] A.F. Jarosz, G.J.H. Colflesh, J. Wiley, Uncorking the Muse: Alcohol Intoxication Facilitates Creative Problem Solving, *Conscious. Cogn.* 21 (2012) 487–493. doi:10.1016/j.concog.2012.01.002.
- [235] C. Ertan Yörük, B.K. Yörük, The Impact of Drinking on Psychological Well-Being: Evidence from Minimum Drinking Age Laws in the United States, *Soc. Sci. Med.* 75 (2012) 1844–1854. doi:10.1016/j.socscimed.2012.07.020.
- [236] B.B. Geiger, G. Mackerron, Can Alcohol Make You Happy? A Subjective Wellbeing Approach, *Soc. Sci. Med.* 156 (2016) 184–191. doi:10.1016/j.socscimed.2016.03.034.

- [237] G. Kavaz, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) Lefkoşa'da Kamu Sektöründe Çalışan Kadınların Beslenme Bilgileri ve Beslenme Alışkanlıklarının Belirlenmesi, Ankara Üniversitesi, 2009.
- [238] E.S. Anderson, R.A. Winett, J.R. Wojcik, Self-Regulation, Self-Efficacy, Outcome Expectations, and Social Support: Social Cognitive Theory and Nutrition Behavior, *Self-Regulation Nutr. Behav.* 34 (2007) 304–312.
- [239] R. AbuSabha, C. Achterberg, Review of Self-Efficacy and Locus of Control for Nutrition-and Health-Related Behavior, *J. Am. Diet. Assoc.* 97 (1997) 1122–1132.
- [240] C. Keller, M. Siegrist, Successful and Unsuccessful Restrained Eating. Does Dispositional Self-Control Matter?, *Appetite.* 74 (2014) 101–106.
doi:10.1016/j.appet.2013.11.019.
- [241] R.L. Goldman, C.L. Radnitz, R.E. McGrath, The Role of Family Variables in Fruit and Vegetable Consumption in Pre-School Children, *J. Public Health Res.* 1 (2012) 143–148.
- [242] C. Vereecken, T.P. Pedersen, K. Ojala, R. Krølner, A. Dzielska, N. Ahluwalia, M. Giacchi, C. Kelly, Fruit and Vegetable Consumption Trends among Adolescents from 2002 to 2010 in 33 Countries, *Eur. J. Public Health.* 25 (2015) 16–19. doi:10.1093/eurpub/ckv012.
- [243] K. Tillisch, J. Labus, L. Kilpatrick, Z. Jiang, J. Stains, B. Ebrat, D. Guyonnet, S. Legrain-Raspaud, B. Trotin, B. Naliboff, E.A. Mayer, Consumption of Fermented Milk Product With Probiotic Modulates Brain Activity, *Gastroenterology.* 144 (2013) 1–15.
doi:10.1053/j.gastro.2013.02.043.Conflicts.
- [244] P. Van Eeuwijk, The Power of Food: Mediating Social Relationships in the Care of Chronically Ill Elderly People: in Urban Indonesia, *Anthropol. Food.* 3 (2007) 1–22.
- [245] J. Utter, S. Denny, R. Peiris-john, E. Moselen, B. Dyson, T. Clark, Family

Meals and Adolescent Emotional Well-Being: Findings From a National Study, *J. Nutr. Educ. Behav.* 49 (2017) 67–72.

doi:10.1016/j.jneb.2016.09.002.

- [246] M.S. Christian, C.E.L. Evans, N. Hancock, C. Nykjaer, J.E. Cade, Family Meals Can Help Children Reach Their 5 A Day: A Cross-Sectional Survey of Children's Dietary Intake from London Primary Schools, *J. Epidemiol. Community Health.* 67 (2013) 332–338. doi:10.1136/jech-2012-201604.
- [247] T.S.S. Rao, M.R. Asha, B.N. Ramesh, K.S.J. Rao, Understanding Nutrition, d-Depression and Mental Illnesses, *Indian J. Psychiatry.* 50 (2008) 77–82. doi:10.4103/0019-5545.42391.
- [248] Harvard Medical School, Nutritional Strategies to Ease Anxiety, *Harvard Heal. Publ.* (2016). <https://www.health.harvard.edu/blog/nutritional-strategies-to-ease-anxiety-201604139441> (accessed September 5, 2017).
- [249] G.N. Lindseth, P.D. Lindseth, W.C. Jensen, T. V. Petros, B.D. Helland, D.L. Fossum, Dietary Effects on Cognition and Pilots' Flight Performance, *Int. J. Aviat. Psychol.* 21 (2011) 269–282. doi:10.1080/10508414.2011.582454.
- [250] K. Van Dyk, M. Sano, The Impact of Nutrition on Cognition in the Elderly, *Neurochem. Res.* 32 (2007) 893–904. doi:10.1007/s11064-006-9241-5.
- [251] G. Ares, A. Giménez, L. Vidal, Y. Zhou, A. Krystallis, G. Tsalis, R. Symoneaux, L.M. Cunha, A. Pinto de Moura, A. Claret, L. Guerrero, A. V. Cardello, A. Wright, L. Jefferies, M. Lloyd, D. Oliveira, R. Deliza, Do We All Perceive Food-Related Wellbeing in the Same Way? Results from an Exploratory Cross-Cultural Study, *Food Qual. Prefer.* 52 (2016) 62–73. doi:10.1016/j.foodqual.2016.03.014.
- [252] J. Chanfreau, C. Lloyd, C. Byron, C. Roberts, R. Craig, D. De Feo, S. McManus, *Predicting Wellbeing*, Amsterdam, 2008.
- [253] G. Ares, L. De Saldamando, A. Giménez, A. Claret, L.M. Cunha, L. Guerrero, A.P. de Mouro, D.C.R. Oliveira, R. Symoneaux, R. Deliza, Consumers'

Associations with Wellbeing in a Food-Related Context: A Cross-Cultural Study, *Food Qual. Prefer.* 40 (2015) 304–315.

doi:10.1016/j.foodqual.2014.06.001.

- [254] A. Kalkavan, A.B. Özkara, C. Alemdağ, S. Çavdar, Akademisyenlerin Fiziksel Aktiviteye Katılım Düzeyleri ve Obezite Durumlarının İncelenmesi, *Int. J. Sci. Cult. Sport.* 4 (2016) 329–339.
- [255] A. Doğan, Yaşlılarda Fiziksel Aktivite, Ankara, 2014.
- [256] P.T. Nikolaidis, J. Ingebrigtsen, The Relationship Between Body Mass Index and Physical Fitness in Adolescent and Adult Male Team Handball Players, *Indian J. Physiol. Pharmacol.* 57 (2013) 361–371.
- [257] Z. Altınkaya, Değişik Vücut Kitle İndeksine Sahip Bireylerin Fiziksel Aktivite Seviyelerinin ve Yürüme Parametrelerinin Karşılaştırılması, Mersin Üniversitesi, 2014.
- [258] D. Sevimli, Erişkinlerde Fiziksel Aktivite - Beden Kitle İndeksi İlişkisinin Araştırılması, *TAF Prev. Med. Bull.* 7 (2008) 523–528.
- [259] K. Yaffe, D. Barnes, M. Nevitt, L.-Y. Lui, K. Covinsky, A Prospective Study of Physical Activity and Cognitive Decline in Elderly Women, *Arch. Intern. Med.* 161 (2001) 1703–1708.
- [260] J.P. Gligoroska, S. Manchevska, The Effect of Physical Activity on Cognition – Physiological Mechanisms, *Mater. Socio Medica.* 24 (2012) 198–202. doi:10.5455/msm.2012.24.198-202.
- [261] A. Sawyer, M. Ucci, R. Jones, L. Smith, A. Fisher, Simultaneous Evaluation of Physical and Social Environmental Correlates of Physical Activity in Adults: A Systematic Review, *SSM - Popul. Heal.* 3 (2017) 506–515. doi:10.1016/j.ssmph.2017.05.008.
- [262] R.F. Valois, K.J. Zullig, E.S. Huebner, J.W. Drane, Physical Activity Behaviors and Perceived Life Satisfaction Among Public High School Adolescents, *J. Sch. Health.* 74 (2004) 59–65.

- [263] D. Novak, S. V. Doubova, I. Kawachi, Social Capital and Physical Activity among Croatian High School Students, *Public Health*. 135 (2016) 48–55. doi:10.1016/j.puhe.2016.02.002.
- [264] S. Arber, M. Bote, R. Meadows, Gender and Socio-Economic Patterning of Self-Reported Sleep Problems in Britain, *Soc. Sci. Med.* 68 (2009) 281–289. doi:10.1016/j.socscimed.2008.10.016.
- [265] Harvard Medical School, Sleep and Mental Health, *Harvard Heal. Publ.* (2009). https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/sleep-and-mental-health (accessed September 4, 2017).
- [266] S.A. Hui, M.A. Grandner, Associations Between Poor Sleep Quality and Stages of Change of Multiple Health Behaviors among Participants of Employee Wellness Program, *Prev. Med. Reports*. 2 (2015) 292–299. doi:10.1016/j.pmedr.2015.04.002.
- [267] J. Kamphuis, P. Meerlo, J.M. Koolhaas, M. Lancel, Poor Sleep as a Potential Causal Factor in Aggression and Violence, *Sleep Med.* 13 (2012) 327–334. doi:10.1016/j.sleep.2011.12.006.
- [268] S.K. Ellis, J.J. Walczyk, W. Buboltz, V. Felix, The Relationship Between Self-Reported Sleep Quality and Reading Comprehension Skills, *Sleep Sci.* 7 (2014) 189–196. doi:10.1016/j.slsci.2014.12.001.
- [269] S.P.A. Drummond, D.E. Anderson, L.D. Straus, E.K. Vogel, V.B. Perez, The Effects of Two Types of Sleep Deprivation on Visual Working Memory Capacity and Filtering Efficiency, *PLoS One*. 7 (2012) 1–8. doi:10.1371/journal.pone.0035653.
- [270] T. Sundelin, M. Lekander, K. Sorjonen, J. Axelsson, Negative Effects of Restricted Sleep on Facial Appearance and Social Appeal, *R. Soc. Open Sci.* 4 (2017) 1–9.
- [271] V. Guadagni, F. Burles, M. Ferrara, G. Iaria, The Effects of Sleep Deprivation on Emotional Empathy, *J. Sleep Res.* 23 (2014) 657–663.

doi:10.1111/jsr.12192.

- [272] A.M. Gordon, S. Chen, The Role of Sleep in Interpersonal Conflict: Do Sleepless Nights Mean Worse Fights?, *Soc. Psychol. Personal. Sci.* 0 (2013) 1–8. doi:10.1177/1948550613488952.
- [273] K.-W. Yao, S. Yu, S.-P. Cheng, I.-J. Chen, Relationships Between Personal, Depression and Social Network Factors and Sleep Quality in Community-Dwelling Older Adults, *J. Nurs. Res.* 16 (2008) 131–139.
- [274] A. Steptoe, K. O'Donnell, M. Marmot, J. Wardle, Positive Affect, Psychological Well-Being, and Good Sleep, *J. Psychosom. Res.* 64 (2008) 409–415. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.11.008.
- [275] E.H. Telzer, A.J. Fuligni, M.D. Lieberman, A. Galván, The Effects of Poor Quality Sleep on Brain Function and Risk Taking in Adolescence, *Neuroimage.* 71 (2013) 275–283.
- [276] K. Fredriksen, J. Rhodes, R. Reddy, N. Way, Sleepless in Chicago: Tracking the Effects of Adolescent Sleep Loss During the Middle School Years, *Child Dev.* 75 (2004) 84–95.
- [277] A.A. Schlarb, D. Kulesa, M.D. Gulewitsch, Sleep Characteristics, Sleep Problems, and Associations of Self-Efficacy Among German University Students, *Nat. Sci. Sleep.* 12 (2012) 1–7.
- [278] N. Schneiderman, G. Ironson, S.D. Siegel, Stress and Health: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants, *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 1 (2005) 607–628. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141.STRESS.
- [279] M. Zonana, İş Stresinin İşgörenlerin Örgütsel Sosyalleşme Düzeylerine Etkileri ve Bir Araştırma, Marmara Üniversitesi, 2011.
- [280] C. Sandi, J. Haller, Stress and the Social Brain: Behavioural Effects and Neurobiological Mechanisms, *Nat. Publ. Gr.* 16 (2015) 290–304. doi:10.1038/nrn3918.

- [281] R. Sanders, New Evidence That Chronic Stress Predisposes Brain to Mental Illness, (2014). <http://news.berkeley.edu/2014/02/11/chronic-stress-predisposes-brain-to-mental-illness/> (accessed September 4, 2017).
- [282] C.S. Mackenzie, M.C. Smith, L. Hasher, L. Leach, P. Behl, Cognitive Functioning Under Stress: Evidence from Informal Caregivers of Palliative Patients, *J. Palliat. Med.* 10 (2007) 749–758.
- [283] A.J. Porcelli, M.R. Delgado, Stress and Decision Making: Effects on Valuation, Learning, and Risk-Taking, *Curr. Opin. Behav. Sci.* 14 (2017) 33–39. doi:10.1016/j.cobeha.2016.11.015.
- [284] C.T. Hayes, B.L. Weathington, Optimism, Stress, Life Satisfaction, and Job Burnout in Restaurant Managers, *J. Psychol.* 141 (2007) 565–579. doi:10.3200/JRLP.141.6.565-580.
- [285] N. Bulut Serin, O. Serin, L.F. Özbaş, Predicting University Students' Life Satisfaction by Their Anxiety and Depression Level, *Procedia Soc. Behav. Sci.* 9 (2010) 579–582. doi:10.1016/j.sbspro.2010.12.200.
- [286] American Psychiatric Association, DSM-IV-TR, (2000). <http://dsm.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr> (accessed September 4, 2017).
- [287] N.H. El-Ghoroury, D.I. Galper, A. Sawaqdeh, L.F. Bufka, Stress, Coping, and Barriers to Wellness Among Psychology Graduate Students, *Train. Educ. Prof. Psychol.* 6 (2012) 122–134. doi:10.1037/a0028768.
- [288] G.E. Simon, M. Von Korff, K. Saunders, D.L. Miglioretti, P.K. Crane, G. Van Belle, R. Kessler, Association Between Obesity and Psychiatric Disorders in the Adult Population, *Arch. Gen. Psychiatry.* 63 (2006) 824–830.
- [289] M. Lamblin, C. Murawski, S. Whittle, A. Fornito, Social Connectedness, Mental Health and the Adolescent Brain, *Neurosci. Biobehav. Rev.* 80 (2017) 57–68. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.05.010.
- [290] J. Secker, Mental Health, Social Exclusion and Social Inclusion, *Ment. Heal.*

Rev. J. 14 (2009) 1–12.

- [291] A.U. Erdayı, Beyaz Yakalıların Tanımlanması Üzerine, “İŞ, GÜÇ” Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Derg. 14 (2012) 65–80. doi:10.4026/1303-2860.2012.0206.x.
- [292] A.E. Schwenk, Differences Among Private Industry Occupational Groups in Pay Levels and Trends, *Compens. Work. Cond.* (1997) 12–18.
- [293] Z. Mengi, 1.500 Mavi Yakalı Aranıyor, *Hürriyet.* (2014).
<http://www.hurriyet.com.tr/1-500-mavi-yakali-araniyor-26652240> (accessed September 4, 2017).
- [294] E. Michalea-Dimoulea, T. Papailias, D. Damigos, Low Back Pain: Positive Correlation of Low Socioeconomic Status and Pain Intensity. A Cross-Sectional Study, *J. Musculoskelet. Res.* 19 (2016) 1–10.
doi:10.1142/S0218957716500135.
- [295] H. Grol-Prokopczyk, Sociodemographic Disparities in Chronic Pain, Based on 12-Year Longitudinal Data, *J. Int. Assoc. Study Pain.* 158 (2017) 313–322.
- [296] K.J. Schreuder, C.A. Roelen, P.C. Koopmans, J.W. Groothoff, Job Demands and Health Complaints in White and Blue Collar Workers, *Work.* 31 (2008) 425–432.
- [297] Statistics Canada, *Statistics Canada’s Findings*, (2014).
<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2006007/article/injuries-blessures/4149017-eng.htm> (accessed September 4, 2017).
- [298] H. Alali, M.A. Wahab, T. Van Hecke, L. Braeckman, Work Accident Victims: A Comparison Between Non-Standard and Standard Workers in Belgium, *Int. J. Occup. Environ. Health.* 22 (2016) 99–106.
doi:10.1080/10773525.2016.1168588.
- [299] J. Won, Y. Ahn, J. Song, D. Koh, J. Roh, Occupational Injuries in Korea: A Comparison of Blue-Collar and White-Collar Workers’ Rates and Underreporting, *J. Occup. Health.* 49 (2007) 53–60.

- [300] M.D. Hanson, E. Chen, Socioeconomic Status and Health Behaviors in Adolescence: A Review of the Literature, *J. Behav. Med.* 30 (2007) 263–285. doi:10.1007/s10865-007-9098-3.
- [301] K. Kwon, J.B. Park, K.-J. Lee, Y.-S. Cho, Association Between Employment Status and Self-Rated Health: Korean Working Conditions Survey, *Ann. Occup. Environ. Med.* 28 (2016) 1–7. doi:10.1186/s40557-016-0126-z.
- [302] J.H. Leslie, K.L. Braun, R. Novotny, N. Mokuau, Factors Affecting Healthy Eating and Physical Activity Behaviors Among Multiethnic Blue- and White-collar Workers: A Case Study of One Healthcare Institution, *Hawai'i J. Med. Public Heal.* 72 (2013) 300–306.
- [303] B. Wu, F. Porell, Job Characteristics and Leisure Physical Activity, *J. Aging Health.* 12 (2000) 567–588.

10. EKLER

Ek 1: Sağlık Riski Değerlendirme Anketi

Bilgilendirilmiş Onay

Bu ankete katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu ankete katıldığınız için herhangi bir kişisel riskle karşılaşmayacağınız gibi herhangi bir fayda da elde etmeyeceksiniz. Cevaplarınızın veya fikirlerinizin hiçbirisi doğru veya yanlış değildir, sadece sizin fikirlerinizi ve deneyimlerinizi öğrenmek istiyoruz. Paylaştığınız bilgiler bilimsel bir çalışmada kullanılacak ve üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır.

Soruların altındaki seçeneklerden size en uygun olan numarayı yuvarlak içine alarak, kutucuk bırakılan yerlerde kutucukları işaretleyerek ve boşluk bırakılan yerlerde boşlukları doldurarak cevaplarınızı ifade edebilirsiniz.

1. Genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu söylersiniz?

- 1- Mükemmel 2- Çok iyi 3- İyi 4- Orta 5- Kötü 6- Bilmiyorum/
Fikrim yok

2. Herhangi bir doktor, hemşire veya diğer sağlık profesyonelleri tarafından tedavisi gereken bir sağlık sorununuz olduğu söylendi mi? Evet ise nedir?

3. Şu anda bunlardan herhangi biri için ilaç kullanıyor musunuz?

- 1- Yüksek tansiyon 2- Astım 3- Yüksek kan kolesterolü 4- Artrit 5- Diyabet 6- Bel ağrısı

4. Son üç ay içerisinde, bir hafta veya daha uzun süreyle, her gün aşağıdaki bölgelerden herhangi birinde kas, iskelet ya da eklem ağrısı veya sertlik oldu mu?

- 1- Boyun veya omuzlar 2- Sırt 3- Dirsek, bilek veya el 4- Kalça, diz, ayak bileği veya ayak

5. Dördüncü soruya evet dediyseniz bu ağrı veya sertlik ne sıklıkta oldu?

- 1- Nadiren 2- Ayda bir 3- Haftada bir 4- Her gün 5- Hiç

6. Herhangi bir yaralanma, hastalık ya da önemli sağlık sorunu olmadan tamamen sağlık durumunuzu kontrol ettirmek amacıyla en son doktora gittiğinizden beri ne kadar süre geçti?

- | | | | | | |
|---------------|---------------|---------------|----------------------|------------------------------------|--------------------|
| 1-
0-1 yıl | 2-
1-2 yıl | 3-
2-5 yıl | 4-
5 yıldan fazla | 5-
Bilmiyorum /
Emin değilim | 6-
Hiç gitmedim |
|---------------|---------------|---------------|----------------------|------------------------------------|--------------------|

Sonraki sorular, almış olabileceğiniz koruyucu hizmetler ve bunları en son ne zaman aldığınızla ilgilidir.

7. Kan basıncı kontrolü

- | | | | |
|-------------------|-------------------|---------------------------------|-----------------|
| 1- 0-1 yıl içinde | 2- 1 yıldan fazla | 3- Bilmiyorum /
Emin değilim | 4- Hiç gitmedim |
|-------------------|-------------------|---------------------------------|-----------------|

8. Kolesterol testi

- | | | | | |
|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------|-----------------|
| 1- 0-1 yıl içinde | 2- 1-2 yıl içinde | 3- 2-5 yıl içinde | 4- Bilmiyorum /
Emin değilim | 5- Hiç gitmedim |
|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------|-----------------|

9. Son üç yıl içinde yüksek kan şekeri veya diyabet için test yaptırdınız mı?

- | | | |
|---------|----------|---------------------------------|
| 1- Evet | 2- Hayır | 3- Bilmiyorum /
Emin değilim |
|---------|----------|---------------------------------|

10. Hayatınız boyunca 100 veya daha fazla sigara içtiniz mi?

- | | | |
|---------|----------|---------------------------------|
| 1- Evet | 2- Hayır | 3- Bilmiyorum /
Emin değilim |
|---------|----------|---------------------------------|

11. Şu anda sigarayı ne sıklıkta içiyorsunuz?

- | | | |
|------------|----------------|--------|
| 1- Her gün | 2- Bazı günler | 3- Hiç |
|------------|----------------|--------|

12. Son 12 ayda sigarayı bırakmaya çalıştığınız için bir gün veya daha uzun süre sigara içmeyi bıraktınız mı?

- | | | |
|---------|----------|---------------------------------|
| 1- Evet | 2- Hayır | 3- Bilmiyorum /
Emin değilim |
|---------|----------|---------------------------------|

13. En son sigara içtiğinizden beri ne kadar zaman geçti? (bir veya iki nefes aldıklarımız dahil)

- 1- 1 aydan daha az 2- 1-3 ay 3- 4-6 ay 4- 7-12 ay 5- 1-4 yıl 6- 5-9 yıl 7- 10 yıl ve daha çok 8- Bilmiyorum / emin değilim

14. Şu anda çiğneme tütün, pipo veya nargile ne sıklıkta kullanıyorsunuz?

- 1- Her gün 2- Bazı günler 3- Hiç

15. Geçtiğimiz ay içerisinde, işinizin dışında herhangi bir fiziksel aktivite veya egzersiz yaptınız mı? (Koşu, yürüyüş, golf, jimnastik, bahçe işleri gibi)

- 1- Evet 2- Hayır 3- Bilmiyorum / Emin değilim

16. Fiziksel aktivite sıklığınız için aşağıdakilerden birini seçiniz.

- 1- Ayda birden az 2- Ayda birkaç defa 3- Haftada 1-2 defa 4- Haftada 3-5 defa 5- Haftada 6-7 defa

17. Bu aktiviteyi yaparken ne kadar süre ayırıyorsunuz?

- 1- <10 dakika 2- 10-19 dakika 3- 20-29 dakika 4- ≥30 dakika

18. Yaptığımız aktivitenin seviyesi/yoğunluğu nedir?

- 1- Hafif aerobik egzersizler (normal hızda yürüme, örneğin golf yürüyüşü) 2- Düşük-orta aerobikler ve sportif aktiviteler (eğlence amaçlı voleybol, orta hızda yürüme) 3- Orta aerobik aktiviteler (Normal bisiklet, jogging vb) 4- Sürekli hızlı nefes alıracak şekilde orta-yüksek düzeyde aerobik aktiviteler ve aralıklı sportif aktiviteler (step aerobikler, hızlı yürüme, tenis/squash vb) 5- Sürekli olarak hızlı nefes alıracak şekilde yüksek şiddette aerobik aktiviteler (yüksek tempolu koşma, hızlı yürüme, uzun mesafe bisiklet vb)

19. Sürücü veya yolcu olarak arabada bulunduğunuz anlarda ne sıklıkla emniyet kemerinizi bağlarsınız?

- 1- Her zaman 2- Yaklaşık her zaman 3- Bazen 4- Nadiren 5- Hiç 6-Bilmiyorum /Emin değilim

20. Son 30 gün içerisinde haftada veya ayda kaç gün bira, şarap, malt ve viski gibi alkol içeren bir içecek içtiniz?

1- Haftada gün veya Ayda gün

2- Son 30 gün içerisinde hiç içmedim

3- Bilmiyorum / emin değilim

21. Bir kadeh şarap, bir tek rakı veya votka veya cin, bir bardak biranın bir standart içki olduğunu düşünerek, son 30 gün içerisinde kaç standart içki içtiniz?

1- standart içki

2- Bilmiyorum / Emin değilim

22. Son 30 gün içerisinde, bütün alkol çeşitlerini düşünerek, bir ortamda beşten (erkekler için) veya dörtten (kadınlar için) fazla alkollü içeceği kaç kere tükettiniz?

1- kere

2- Hiç

3- Bilmiyorum / Emin değilim

23. Son 30 gün içerisinde, bir ortamda en fazla ne kadar içki içtiğiniz?

1- standart içki

2- Bilmiyorum / Emin değilim

30. İşinizde ve kişisel yaşamınızda iyi bir performans gösterebilmek için gereken dinlendirici uykuyu ne kadar sıklıkla sahip oluyorsunuz?

- 1- Her zaman 2- Çoğu zaman 3- Bazen 4- Nadiren 5- Hiçbir zaman 6-Bilmiyorum /Emin değilim

31. İş yerinizde baş edebileceğiniz bir stres düzeyinin üstünde bir stresle ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?

- 1- Her zaman 2- Çoğu zaman 3- Bazen 4- Nadiren 5- Hiçbir zaman 6-Bilmiyorum /Emin değilim

32. Evinizde baş edebileceğiniz bir stres düzeyinin üstünden bir stresle ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?

- 1- Her zaman 2- Çoğu zaman 3- Bazen 4- Nadiren 5- Hiçbir zaman 6-Bilmiyorum /Emin değilim

33. İhtiyaç duyduğunuz duygusal ve sosyal desteğini ne sıklıkla alıyorsunuz?

- 1- Her zaman 2- Çoğu zaman 3- Bazen 4- Nadiren 5- Hiçbir zaman 6-Bilmiyorum /Emin değilim

34. Geçtiğimiz iki hafta içerisinde kaç gün kendinizi morali bozuk, depresif ve umutsuz hissettiniz?

- 1- gün (0-14 gün) 2- Hiç 3- Bilmiyorum / Emin değilim

35. Geçtiğimiz iki hafta içerisinde kaç gün yaptığınız işlerden daha az zevk ve keyif aldınız?

- 1- gün (0-14 gün) 2- Hiç 3- Bilmiyorum / Emin değilim

36. Hiç kendinize zarar vermeyi düşündünüz mü?

- 1- Evet 2- Hayır 3- Bilmiyorum / Emin değilim

37. Son 30 gün içerisinde, fiziksel hastalıklar ve yaralanmaları da kapsayacak şekilde, fiziksel sağlığınızın iyi olmadığı kaç gün geçirdiniz?

..... gün (0-30 gün)

38. Son 30 gün içerisinde, stres, depresyon ve duygusal problemleri de kapsayacak şekilde, zihinsel sağlığınızın iyi olmadığı kaç gün geçirdiniz?

..... gün (0-30 gün)

39. Son 30 gün içerisinde zihinsel veya fiziksel sağlık sorunlarınıza bağlı olarak günlük rutininizde yer alan aktivite, kişisel bakım ve işinizi aksattığınız kaç gününüz oldu?

..... gün (0-30 gün)

Aşağıdaki aktivitelerle ilgili hangi seçenek sizi daha iyi ifade ediyor?							
		Şuan ki halimden memnunum ve değişmek istemiyorum	Daha sağlıklı seçimleri yapmayı düşündüm	Daha sağlıklı seçimleri yapmayı ciddi şekilde düşündüm ve değişime hazırım	Daha sağlıklı seçimleri yapmaya başladım	Sağlıklı bir yaşam biçimi tercihini çoktan yaptım ve onu sürdürmeye çalışıyorum	Bilmiyorum / Emin değilim
40	Sağlıklı beslenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Kilo verme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Fiziksel aktivite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Tütün kullanımı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Stres azaltma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Uyku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Alkol kullanımı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İş ile ilişkili sağlık geçmişi	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Emin değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
47. İşten sonra ekstra aktiviteleri yapmak için yeterli enerjiye sahibim.					
48. Gittikçe daha sık işimle ilgili olumsuz konuşuyorum.					
49. İş yerinde sıklıkla duygusal olarak tükenmiş hissediyorum.					
50. Sağlığım nedeniyle, son 30 gün içerisinde işimi yapmakta güçlük çekiyorum.					
51. Sağlığım nedeniyle, son 30 gün içerisinde işime odaklanamıyorum.					

52. Son 30 gün içinde, herhangi bir sebepten ötürü kaç kez bir iş gününün bir bölümüne veya tamamına gitmediniz?

..... kez

53. Son 30 günde, fiziksel veya zihinsel sağlığınızla ilgili sorunlarınızdan ötürü bir iş gününün bir bölümünü kaç kez kaçırdınız?

..... kez

54. Son 30 günde, fiziksel veya zihinsel sağlığınızla ilgili sorunlarınızdan ötürü bir iş gününün tamamını kaç kez kaçırdınız?

..... kez

55. Son 12 ay içerisinde iş yerinde kaç defa yaralandınız?

..... kez

Demografik Özellikler

Cinsiyet: 1-Erkek 2-Kadın

Yaş:

Boy:

Kilo:

İyilik Hali Yıldız Ölçeği

Aşağıdaki ölçekteki maddeler yaşam biçiminizi ölçmeyi amaçlamaktadır. İfadeleri size uygunluğu açısından aşağıdaki derecelemeye göre değerlendiriniz.

	Maddeler	hiç yaşanmıyor	Beni Yansıtmıyor	Bazen	Beni Yansıtıyor	Tamamen Beni
1.	Hayatımın bir anlamı ve amacı var					
2.	Yaşam boyu öğrenmeye inanırım					
3.	Değişikliklere çabuk uyum sağlarım.					
4.	Dengeli bir beslenme tarzım var.					
5.	Yakın arkadaşların ve aile ilişkilerinin oluşturduğu sosyal ilişkilere sahibim					
6.	Yaşamımı anlamlandırma tarzımdan memnunum					
7.	Yeni öğrenme yaşantılarına açığım.					
8.	Kendimi ve başkalarını affedebiliyorum.					
9.	Her gün en az beş porsiyon taze meyve ve/veya sebze yerim.					
10.	Sosyal ilişkilerimi sürdürmek için çabalarım					
11.	Önemli kararlar verme kapasitesine sahip olduğumu düşünüyorum.					
12.	Yeni bilgiler edinmekten zevk duyarım					
13.	Sıkıntılı durumların olumlu yanlarına odaklanırım.					
14.	Haftada en az üç kez yarım saatlik terletecek bir fiziksel etkinlikte bulunurum					
15.	İhtiyaç duyduğumda bana yardım edebilecek yakınlarım var					
16.	Amaç ve hedeflerimi nasıl koyacağımı bilirim.					
17.	Yeni beceriler edinmeyi severim.					
18.	Enerji düzeyimden memnunum.					
19.	Kahvaltı dahil günde en az üç öğün yemek yerim.					
20.	İhtiyacım olduğunda yardım edecek ve destek olacak birilerini ararım					
21.	Kendim için koyduğum hedeflere ulaşıyorum					
22.	Olumlu ve olumsuz duygularımı uygun biçimde ifade edebilirim					
23.	Genel olarak kendimden memnunum.					
24.	Ruhsal dengemi korumaya çalışırım					

Wellness (İyilik hali, esenlik, sağlık) Fırsatları

İmkanınız olsa aşağıdaki sağlık konularının hangileri hakkında bilgi almak istersiniz?

	Evet	Hayır
Beslenme/Sağlıklı beslenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kilo yönetimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yerinde spor / fiziksel aktivite fırsatları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yürüyüş grupları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolesterol düşürme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tansiyon düşürme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diyabet farkındalığı ve yönetimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkek sağlığı sorunları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalp hastalığı ve inme riskini azaltmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebelik planlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kadın sağlığı sorunları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sırt/boyun ağrısı yönetimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anksiyete/depresyon farkındalığı ve yönetimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sigara bırakma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stres yönetimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tıbbi özbakım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergonomi (Çalışma alanı, bilgisayarın kurulumu, uygun kaldırma gibi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kişisel finans yönetimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alerji ve astım yönetimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Güvenli seks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-15 dakikalık bireysel sağlık eğitimlerine katılmanız için size en uygun zaman aralığı hangisidir?	<input type="checkbox"/> İşe başlamadan hemen önce <input type="checkbox"/> İş molasında <input type="checkbox"/> İş bitiminin hemen sonrasında <input type="checkbox"/> İş saatlerinde	<input type="checkbox"/>
İş saatleri içerisinde sağlık programlarına ayırabildiğiniz süre ne kadardır?	<input type="checkbox"/> 10 dakikadan az <input type="checkbox"/> 10-20 dakika <input type="checkbox"/> 21-30 dakika <input type="checkbox"/> 31-40 dakika <input type="checkbox"/> 41-50 dakika <input type="checkbox"/> 51-60 dakika <input type="checkbox"/> Bilmiyorum/emim değilim	<input type="checkbox"/>

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.1695
Konu : Etik Kurulu Kararı

19/01/2017

Sayın Metin UYAR

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Çalışanlarda bireysel sağlığın yönetimi açısından bireysel iyilik halinin ve sağlık risklerinin değerlendirilmesi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 19.01.2017 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden FE6A99BAXC kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çalışanlarda bireysel sağlığın yönetimi açısından bireysel iyilik halinin ve sağlık risklerinin değerlendirilmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Metin Uyar			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Eczacı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	06.01.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.01.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 14	Tarih: 18/01/2017				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
--------------------------------	------------------------

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Metin	Soyadı	Uyar
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	28.05.1990
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	
E-mail	metinuyar@yandex.com.tr	Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	İstanbul Medipol Üniversitesi	2017
Yüksek Lisans	Yeditepe Üniversitesi	2016
Lisans	Yeditepe Üniversitesi	2013

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Öğretim Görevlisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	01.09.2014 - ...
2. İyilik-Sağlık Köşesi Yazarı	Milliyet Gazetesi	01.12.2012 - ...
3.		-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Çok iyi	Çok iyi	Çok iyi

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu <input type="checkbox"/>									
KPDS	YDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE	YÖKDİL
									96,250

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; YDS: Yabancı Dil Bilgisi Seviye Tespit Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin