

Sağlık profesyonellerinin fiziksel aktivite seviyesi, depresyon durumu ve yaşam kalitesinin araştırılması

Investigation of physical activity level, depression status, and quality of life of healthcare professionals

Öz

Amaç: Sağlık profesyonellerinin fiziksel aktivite seviyesi, depresyon düzeyi ve yaşam kalitesini incelemek.

Yöntemler: Kesitsel olarak planlanan bu çalışmaya Çankırı Devlet Hastanesi'nde çalışan 128 (78 Kadın/50 Erkek, 34,35±8,37 yıl) sağlık profesyoneli dahil edildi. Fiziksel aktivite seviyesi Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Form, depresyon düzeyi Beck Depresyon Envanteri ve yaşam kalitesi Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan sağlık profesyonellerinin %36,7'si inaktif, %43'ü minimal aktif ve %20,3'ü çok aktifti ve %55,5'i hafif düzeyde depresyona sahipti. Katılımcıların fiziksel aktivite seviyesi ile depresyon düzeyi ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Depresyon düzeyi ile yaşam kalitesinin bedensel alanı ($r=-0,335$), ruhsal alanı ($r=-0,578$), sosyal alanı ($r=-0,436$) ve çevresel alanı ($r=-0,418$) arasında negatif orta düzeyde bir ilişki vardı ($p<0,05$). Normalin üstünde kiloya sahip katılımcıların depresyon düzeyleri normal kilolu olanlara göre daha yüksekti ($p<0,05$). Lisansüstü eğitimi olanların yaşam kalitesinin çevresel alan puanı lise mezunu (ortalama farkı=1,54) ve üniversite mezunu olanlara (ortalama farkı=1,32,) göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). Mesaiye gelirken yürümeyi tercih edenlerin fiziksel aktivite düzeyi araçla gelenlere göre daha yüksekti ($p<0,05$). Mesaisini sadece nöbet tutarak tamamlayanların yaşam kalitesinin bedensel alan puanı diğerlerine göre daha iyiydi ($p<0,05$).

Sonuç: Çalışmamıza katılan sağlık profesyonellerinin sadece %20,3'ü yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmaktadır ve yaşam kaliteleri ile depresyon düzeyleri negatif ilişkilidir. Sağlık profesyonellerinin vücut kitle indeksi, depresyon düzeyini, ulaşım tercihi fiziksel aktivite seviyesini ve eğitim düzeyi ve mesai türü yaşam kalitesini etkilemektedir. Çalışmamız Koronavirüs Hastalığı 2019 pandemisi sırasında gerçekleştirildiğinden sağlık profesyonellerinin fiziksel aktivite seviyesinin ve depresyon durumlarının olumsuz etkilenmiş olabileceği de düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Depresyon; hastaneler; sağlık personeli; sedanter yaşam; yaşam kalitesi

Abstract

Aim: To examine the physical activity and depression level, and quality of life (QoL) of healthcare professionals.

Methods: In this cross-sectional study, 128 healthcare professionals (78F/50M, 34.35±8.37 years) working at Çankırı State Hospital were included. Physical activity level was assessed using the International Physical Activity Questionnaire Short Form, depression level using the Beck Depression Inventory, and QoL using the World Health Organisation Quality of Life Scale.

Results: Among the healthcare professionals who participated in the study, 36.7% were inactive, 43% were minimally active, 20.3% were very active, and 55.5% had mild depression. There was no significant relationship between the participant's physical activity level, depression level, and QoL. There was a moderate negative correlation between depression level and physical domain ($r=-0.335$), mental domain ($r=-0.578$), social domain ($r=-0.436$), and environmental domain ($r=-0.418$) of QoL ($p<0.05$). Depression levels of participants above normal weight were higher than those with normal weight ($p<0.05$). The environmental domain score of QoL of those with postgraduate education was significantly higher than those with high school graduates (mean difference=1.54) and university graduates (mean difference=1.32, $p<0.05$). The physical activity level of those who preferred to walk to work was higher than those who travelled by car ($p<0.05$). The physical domain score of the QoL of those who completed their shift only by keeping watch was better than the others ($p<0.05$).

Conclusion: Only 20.3% of healthcare professionals in our study perform adequate physical activity, and their QoL and depression levels are negatively related. The BMI of healthcare professionals affects the level of depression, transport preference affects the level of physical activity, and the level of education and type of working hours affect the QoL. Since our study was conducted during the COVID-19 pandemic, it is thought that physical activity level and depression status of healthcare professionals may have been negatively affected.

Keywords: Depression; health personnel; hospitals; quality of life; sedentary behavior

Serpil Arslan¹,
Burcu Camcioğlu Yılmaz²

¹ Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Çankırı Devlet Hastanesi Fizik Tedavi Birimi

² Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Geliş/Received : 10.05.2023
Kabul/Accepted: 30.10.2023

DOI: 10.21673/anadoluklin.1295068

Yazışma yazarı/Corresponding author

Serpil Arslan
Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye.
E-posta: serpilarslan03@gmail.com

ORCID

Serpil Arslan: 0000-0003-1319-7052
Burcu C. Yılmaz: 0000-0001-5151-6865

GİRİŞ

Fiziksel aktivite, enerji harcanmasıyla sonuçlanan, iskelet kasları tarafından üretilen bedensel hareketler olarak tanımlanmaktadır ve mesleki, spor, ev içi veya diğer faaliyetler olarak kategorize edilmektedir. Fiziksel aktivitenin ruhsal, fiziksel ve zihinsel sağlık üzerine birçok olumlu etkisi olduğu bilinmektedir. Yetişkinler için fiziksel aktivite günlük yaşam aktiviteleri ve rekreasyonel aktivitelerden oluşmaktadır. Önemli sağlık yararlarının elde edilebilmesi için hafta boyunca en az 150–300 dakika orta yoğunluklu veya en az 75-150 dakika yüksek yoğunluklu veya orta ve yüksek yoğunluklu aktivitenin eşdeğer bir kombinasyonu olan aerobik fiziksel aktivite yapılması gerekmektedir (1).

Düzenli fiziksel aktivite, kronik hastalıklardan korunmada en kolay ve ucuz yöntemdir (2) ve kardiyovasküler ve metabolik yararlarının yanında, depresyonu azaltmakta ve yaşam kalitesini de iyileştirmektedir (3). Fiziksel aktiviteye katılımın, yaşam kalitesinin ruhsal ve fiziksel alanlarındaki iyileşmeyi artırdığı ve kişilerin yaşam sürelerinin artışında etkili olduğu görülmektedir. Fiziksel aktivitenin çok boyutlu yararları düşünüldüğünde fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı toplumlar için bireylerin kendilerine en uygun olan fiziksel aktiviteye yönlendirilmeleri gerekmektedir (4).

Yoğun ve stresli çalışma koşulları bireylerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarını etkileyerek yaşam kalitelerini bozmaktadır. Sağlık profesyonelleri uzun mesailer, zorlu nöbetler, stresli mesai saatleri, düzensiz ve yetersiz beslenme, uyku-uyanıklık düzeninin bozulması gibi olumsuz faktörlere sürekli maruz kalan meslek gruplarından biridir (5). Bu faktörler, özellikle topluma hizmet ederek toplumsal ve bireysel sağlığın korunmasında görevli olan ve aynı zamanda toplumda rol model olarak farkındalık sağlayan sağlık profesyonellerinin ruhsal ve fiziksel sağlıkları ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (6). Sağlık profesyonellerinin fiziksel aktiviteleri, gerek Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19) pandemisinin getirdiği gerek kamusal kısıtlamalar gerekse bu süreçteki iş yükünün artması sonucu daha fazla kısıtlanmıştır. Sağlık profesyonellerinin inaktif oldukları literatürde önceki çalışmalarda gösterilmiş, pandemiye bağlı kısıtlamaların getirdiği inaktiviteye bağlı olarak kişilerde orta, şiddetli depresyon bulguları ortaya çıktığı bildirilmiştir (7). Sağlık

profesyonellerinin fiziksel aktivite seviyesi, depresyon düzeyi ve yaşam kalitesini araştıran çalışmalar kısıtlıdır, COVID-19 pandemisinde de bu çalışmalar kısıtlı kalmaya devam etmiştir. Literatüre katkı sağlayacağını düşündüğümüz bu çalışmanın amacı sağlık profesyonellerinin fiziksel aktivite seviyesi, depresyon düzeyi ve yaşam kalitesinin incelenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Kesitsel olarak planlanan bu çalışma Ağustos-Ekim 2020 tarihleri arasında Çankırı Devlet Hastanesi'nde Helsinki Bildirgesi'nde tanımlanan ilkelere uygun şekilde yürütüldü. Çalışmaya katılan sağlık profesyonellerinden aydınlatılmış onam formu alındı. Çalışma Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından (tarih: 02.06.2020, karar no: 93) onaylanmıştır. Çalışmaya 18-65 yaşlarında, herhangi bir iletişim problemi olmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan sağlık profesyonelleri dahil edildi. Kısmi zamanlı veya hastanede stajyer olarak çalışan, çalışmanın yapıldığı sürelerde izinli olan, hastanede idare ve büro personeli olarak çalışan, tanısı konulmuş veya ilaç kullanımı gerektiren hastalığı olan, vücut kitle indeksi (VKİ) 40 kg/m² ve üzeri olan, fiziksel aktivite yapmaya engel olacak torakal, abdominal ya da kardiyak cerrahi geçirmiş ve sosyal sebeplerden fiziksel aktivitesi kısıtlanmış olan kişiler çalışmadan dışlandı.

Çalışmaya katılan kişilere her birine olgu numarası verildi ve demografik bilgi formu ile anket formları üzerine bu numara kodlandı. Kişilerin yaş, cinsiyet, boy, vücut ağırlığı gibi demografik özellikleri; ek olarak öğrenim durumu, medeni hali, mesleki bilgileri, çalışma birimi, mesai türü, öğle tatili yapma/yapmama, işe ulaşım yöntemi ve sigara kullanım durumları değerlendirme formuna kaydedildi. Katılımcıların fiziksel aktivite düzeylerini değerlendirmek için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu "International Physical Activity Questionnaire-IPAQ-SF" (8, 9), depresyon durumunu belirlemek için Beck Depresyon Envanteri "Beck Depression Inventory-BDI" (10, 11) ve yaşam kalitesini değerlendirmek için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa

Sürümü “World Health Organization Quality of Life Questionnaire- WHOQOL-BREF” (12, 13) kullanıldı.

Fiziksel Aktivite Seviyesinin Değerlendirilmesi

Yedi sorudan oluşan Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA-KF) kısa formu katılımcıların son bir hafta içindeki fiziksel aktivite seviyesini değerlendirmektedir ve oturma, yürüme, orta şiddetli aktiviteler ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman hakkında bilgi vermektedir. Anketten alınan toplam puan yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin yapıldığı dakika ve yapıldığı gün sayısı ile çarpılıp çıkan sonuçların hepsinin toplanmasıyla hesaplanmaktadır. Dakika, gün ve metabolik eşdeğeri (MET: Metabolic Equivalent of Task, istirahat oksijen tüketiminin katları) çarpılarak “MET-dakika/hafta” olarak bir skor elde edilmektedir. Oturma puanı 1,5 MET ile oturma süresi çarpılarak değerlendirilmektedir. Fiziksel aktiviteleri değerlendirmeye almak için herhangi bir aktivitenin tek seferde en az 10 dakika yapılmış olması gerekmektedir. Yürüme aktivitesinin puanı yürüme süresi (dakika) 3,3 MET ile çarpılarak hesaplanmaktadır. Orta şiddetli fiziksel aktivite için 4 MET, şiddetli fiziksel aktivite için 8 MET alınarak hesaplanmaktadır. Fiziksel aktivite düzeyleri, fiziksel olarak aktif olmayan/inaktif (<600 MET-dk/hafta), fiziksel aktivite düzeyi yetersiz olan/minimal aktif (600-3000 MET-dk/hafta) ve fiziksel aktivite düzeyi yeterli olan/çok aktif (sağlık açısından faydalı olan) (>3000 MET dk/hafta) şeklinde kategorize edilmektedir (9).

Depresyon Durumunun Değerlendirilmesi

Beck Depresyon Envanteri’nde (BDE) bulunan 21 soru çeşitli ruhsal durumları ifade etmektedir. Her soruda o ruhsal durumunun derecesini belirleyen 4 ifade vardır. Anketi yanıtlayan kişilerden son 1 hafta içindeki ruhsal hallerine en uygun olan ifadeyi işaretlemeleri istenmektedir. Her sorunun puanı 0-3 puan arasındadır. Anketten alınabilecek puan 0-63 puan aralığındadır. Puan aralıklarına göre depresyon düzeyi değerlendirilmesi yapılabilmektedir. 0-9 puan depresyonsuz, 10-15 puan hafif depresyon, 16-23 puan orta derece depresyon ve 24-63 puan ciddi derece depresyon düzeyini ifade etmektedir (11).

Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Yirmi yedi soruluk Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin (DSÖYKÖ- Türkçe Ulusal Kısa Sürümü) giriş kısmında bireylerin cinsiyeti, doğum tarihi, eğitim düzeyi, medeni hali ve hastalık durumu sorgulanmaktadır. Bireylerin ankete verdikleri yanıtları son 2 haftalarını düşünerek işaretlemeleri istenmektedir. Ölçek bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan kategorilerini değerlendirmektedir. Ölçekte her alan birbirinden bağımsız olarak bir yaşam kalitesi kategorisini ifade etmektedir ve her kategoride alınabilecek puan 4-20 puan arasındadır. Alınan puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır (13). Verilerin analizi WHOQOL-TR merkezi tarafından yapılmaktadır.

İstatistiksel Analiz

Çalışma için gerekli olan örneklem büyüklüğünün tahmininde G-Power İstatistiksel ve Niteliksel Veri Analizi Yazılımı 3.1 sürümü kullanıldı. Çalışmanın tek zaman noktasında anket değerlendirmesine tabii tutulacak bir gruptan oluştuğu düşünüldüğünde; etki büyüklüğü $f=0,40$, α yanılma düzeyi 0,05, gücü (1- β : yanılma düzeyi) 0,80 alındığında toplam örneklem düzeyi 84 olarak hesaplandı. Takip sırasındaki birey kayıp oranı %20 olarak alındığında çalışmaya en az 105 sağlık personeli alınması planlandı. Verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS Statistics (Statistical Package for The Social Sciences Versiyon 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.) paket programı kullanıldı. Nitel veriler sayı (n) ve yüzde (%), nicel veriler ortalama (Ort) ve standart sapma (SS) olarak gösterildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov testi) ile incelendi. Parametrik varsayımlar sağlanmadığı için parametreler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Testi ile analiz edildi. Korelasyon katsayısı (r) 0,80’den büyük ise parametreler arası ilişki “mükemmel”, 0,70-0,79 ise “yüksek”, 0,59-0,69 ise “orta” ve 0,49’dan küçük ise “kabul edilemez” olarak değerlendirildi (14). Verilerin karşılaştırılmasında 3 ve daha fazla grup için Kruskal Wallis testi kullanıldı ve ikili karşılaştırmalar için Bonferonni düzeltmesi yapıldı. 2 grup karşılaştırması için ise Mann Whitney U testi kullanıldı. İstatistiksel analizde yanılma olasılığı $p<0,05$ olarak belirlendi.

Tablo 1. Sağlık profesyonellerinin demografik özellikleri ve fiziksel aktivite, depresyon ve yaşam kalitesi anket puanları (n=128)

Değişken	Min-Max	Ort ±Ss
Yaş (yıl)	20-55	34,35 (8,37)
Kilo (kg)	45-103	70,28 (14,08)
Boy (cm)	150-193	168,53 (9,31)
VKİ (kg/m ²)	15,94-38,87	24,62 (3,85)
UFAA-KF puanı (MET-dk/hafta)	0-8361	1657,67 (1840,46)
UFAA- Oturma süresi (dk/gün)	30-900	323,01 (185,66)
BDE puanı (0-63)	0-34	9,98 (7,55)
DSÖYKÖ-BA (4-20)	9,71-20	15,09 (2,39)
DSÖYKÖ RA (4-20)	6,67-20	14,63 (2,74)
DSÖYKÖ SA (4-20)	4-20	14,18 (3,16)
DSÖYKÖ ÇA (4-20)	6,67-19,11	14,29 (2,53)

Max: Maximum, Min: Minimum, n: birey sayısı, Ort: Ortalama, Ss:Standart sapma, VKİ: Vücut Kitle İndeksi. UFAA-KF: Uluslararası Fiziksel Aktivite Formu Kısa Formu, BDE: Beck Depresyon Envanteri, DSÖYKÖ-Kısa form: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürümü, BA: Bedensel Alan, RA: Ruhsal Alan, SA: Sosyal Alan, ÇA: Çevresel Alan.

Tablo 2. Sağlık profesyonellerinin fiziksel aktivite seviyesi, depresyon düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki (n=128)

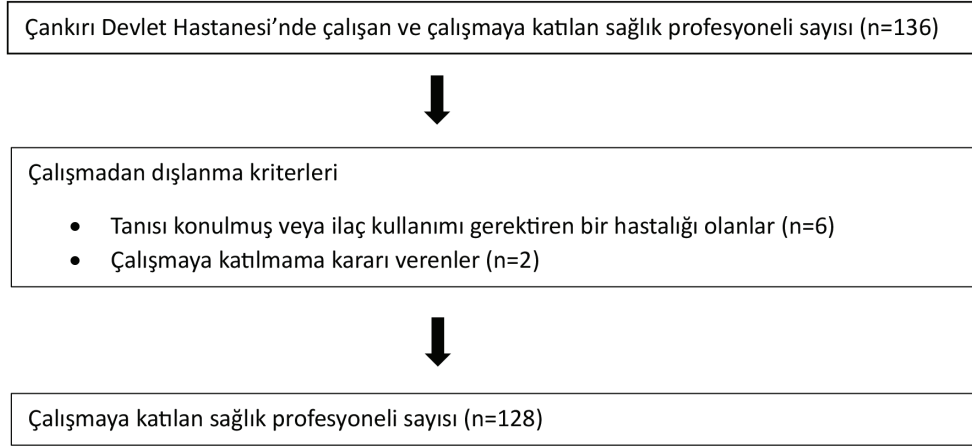
	UFAA-KF	BDE	DSÖYKÖ-BA	DSÖYKÖ-RA	DSÖYKÖ-SA	DSÖYKÖ-ÇA
UFAA-KF	r	0,157	-0,062	0,018	-0,125	0,009
	p	0,077	0,485	0,843	0,158	0,924
BDE	r	1	-0,335	-0,578	-0,436	-0,418
	p	0,077	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
DSÖYKÖ-BA	r	-0,062	1	0,653	0,505	0,595
	p	0,485	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
DSÖYKÖ-RA	r	0,018	-0,578	1	0,635	0,680
	p	0,843	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
DSÖYKÖ-SA	r	-0,125	-0,436	0,505	1	0,606
	p	0,158	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
DSÖYKÖ-ÇA	r	0,009	-0,418	0,595	0,680	1
	p	0,924	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001

UFAA-KF: Uluslararası Fiziksel Aktivite Formu Kısa Formu, BDE: Beck Depresyon Envanteri, DSÖYKÖ-Kısa form: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürümü, BA: Bedensel Alan, RA: Ruhsal Alan, SA: Sosyal Alan, ÇA: Çevresel Alan. n: birey sayısı, p: anlamlılık düzeyi, r: korelasyon katsayısı, p<0,05.

Tablo 3. Kadın ve erkek sağlık profesyonellerinin fiziksel aktivite seviyesi, depresyon düzeyi ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılması (n=128)

Değişkenler	Kadın (n=78) (Ort±Ss)	Erkek (n=50) (Ort±Ss)	p
UFAA-KF puanı (MET-dk/hafta)	1504,32 (1859,99)	1896,91 (1801,94)	0,205
BDE puanı (0-63)	10,2 (7,76)	9,64 (7,26)	0,52
DSÖYKÖ-BA (4-20)	15,09 (2,32)	15,09 (2,5)	0,955
DSÖYKÖ-RA (4-20)	14,76 (2,59)	14,42 (2,98)	0,794
DSÖYKÖ-SA (4-20)	14,27 (3,08)	14,05 (3,31)	0,4
DSÖYKÖ-ÇA (4-20)	14,27 (2,48)	14,32 (2,64)	0,882

UFAA-KF: Uluslararası Fiziksel Aktivite Formu Kısa Formu, BDE: Beck Depresyon Envanteri. DSÖYKÖ-Kısa form: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürümü, BA: Bedensel Alan, RA: Ruhsal Alan, SA: Sosyal Alan, ÇA: Çevresel Alan, MET: Metabolik eşdeğer, n: birey sayısı, Ort: Ortalama, p: anlamlılık düzeyi, Ss: Standart sapma, p<0,05.



Şekil 1. Olgu akış şeması

tisyen, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve diğer meslekler) oluşturdu. Çalışmaya katılan sağlık profesyonellerinin %20,3'ü doktordu. Çalışmaya en az katılım (%1,6) yoğun bakım ünitesinden oldu. Katılımcıların çoğunluğu %47,7'si sadece gündüz mesaisinde çalışanlardan oluşmaktaydı. Lisansüstü mezunu olanların DSÖYKÖ-çevresel alan puanı (15,40±2,19) lise mezunu (13,85±3,0, p=0,009) ve üniversite mezunu olanlara (14,08±2,41, p=0,015) göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti. Karma mesai çalışanların DSÖYKÖ-bedensel alan puanı (14,45±1,94) nöbetli çalışanlara (16,04±2,18, p=0,015) göre anlamlı olarak daha düşüktü. İşe ulaşımında yürümeyi tercih edenlerin UFAA puanı (2072,38±1526,77 MET-dk/hafta) toplu taşıma kullananlara göre (1334,33±1789,14 MET-dk/hafta, p=0,016) istatistiksel olarak daha yüksekti.

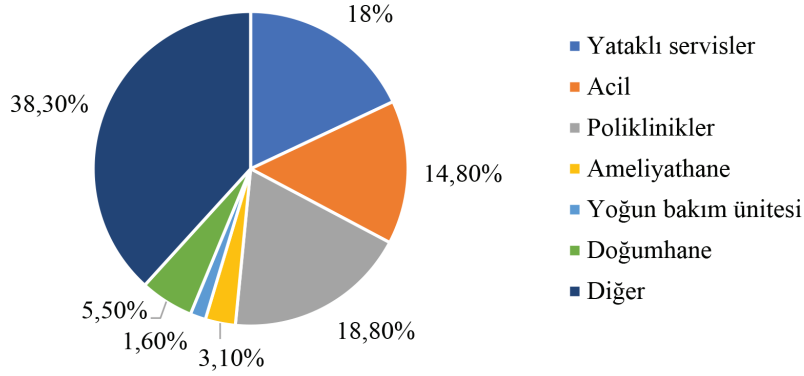
Sağlık profesyonellerinin fiziksel aktivite, depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki Tablo 2'de gösterildi. Kadın ve erkek sağlık profesyonellerinin fiziksel aktivite seviyesi, depresyon düzeyi ve yaşam kalitesi puanları benzerdi (Tablo 3, p>0,05). Normalin üstü kiloda olan sağlık profesyonellerinin BDE puanları normal kilolulara göre daha yüksekti (Tablo 4, p=0,031). Farklı fiziksel aktivite seviyesi olan sağlık profesyonellerinin BDE puanları ve DSÖYKÖ puanları benzerdi (Tablo 5, p>0,05). Depresyonu olmayan sağlık profesyonellerinin DSÖYKÖ- bedensel alan (ortalama fark=1,24 puan), DSÖYKÖ-ruhsal alan (ortalama fark=2,54 puan), DSÖYKÖ-sosyal alan (ortalama fark=2,25 puan) ve DSÖYKÖ- çevresel alan puanı (ortalama fark=1,39 puan) depresyonu olanlara

göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 6, p<0,001).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık profesyonellerinin fiziksel aktivite seviyesi, depresyon düzeyi ve yaşam kalitesinin araştırıldığı çalışmanın akışı "Olgu Akış Şeması" ile gösterilmiştir (Şekil 1). Çalışmaya 136 kişi davet edildi, 8 kişi dahil edilme kriterlerini karşılamadığı için çalışmadan çıkarıldı, çalışmaya 128 kişi katıldı. Çalışmaya katılan sağlık profesyonellerinin çalışma birimleri dağılımı grafiksel olarak gösterilmiştir (Şekil 2). Katılımcıların çoğunluğu diğer birimlerde çalışmaktadır, en az katılım ise yoğun bakım ünitesinden olmuştur. Katılımcıların fiziksel aktivite seviyesi ile yaşam kalitesi ve depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken; yaşam kalitesi ile depresyon durumu arasında orta düzeyde negatif ilişki olduğu gösterildi. Çalışmamıza katılan sağlık profesyonellerinin %36,7'si inaktif ve %43'ü minimal aktifti; %55,5'i hafif depresyon düzeyine sahipti. Normalin üstünde kiloya sahip katılımcıların depresyon düzeyleri normal kilolu olanlara göre daha yüksek; mesaiye yürüyerek gelen sağlık profesyonellerinin fiziksel aktivite düzeyi toplu taşıma kullananlara göre daha yüksekti. Lisansüstü mezunu olan sağlık profesyonellerinin çevre ile ilgili yaşam kalitesi lise ve üniversite mezunu olanlara göre ve mesaisini sadece nöbet tutarak tamamlayan sağlık profesyonellerinin bedensel alanla ilgili yaşam kalitesi karma ve gündüz mesaisinde çalışanlara göre daha iyiydi.

Çalışma Birimleri



Şekil 2. Sağlık profesyonellerinin çalışma birimleri dağılım grafiği

Dünyada ve Türkiye’de yapılan çalışmalarda sağlık profesyonellerinin fiziksel aktivite seviyesinin düşük olduğu gösterilmiştir (15). Yıldırım ve ark. yaptığı çalışmada fiziksel aktivite seviyesi UFAA-KF ile değerlendirilmiş ve bireylerin sadece %25,4’ünün orta düzeyde fiziksel aktivite ($2882,48 \pm 7589,19$ MET-dk/hafta) yaptığı gösterilmiştir (16). Korkmaz ve ark. yaptığı çalışmada da 152 sağlık profesyoneli incelenmiş, katılımcıların fiziksel aktivite seviyesinin düşük olduğu bildirilmiştir (17). 278 hemşirenin katıldığı bir çalışmada birden çok alt boyutlu sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği uygulanmıştır ve fiziksel aktivite alt boyutu en düşük puana sahip alt boyut olarak bildirilmiş ve sağlık profesyonelleri fiziksel olarak inaktif bulunmuştur (18). Sağlık profesyonellerinin fiziksel aktivite motivasyonunun sadece boş zaman fiziksel aktivitesi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (19). Literatür kişilerin boş vakitleri olmadığı ya da çalışma saatlerinden dolayı fiziksel aktiviteye katılımlarının daha az olduğunu göstermektedir (20), boş vakitlerinin olmaması fiziksel aktivite için bir bariyer olabilir ve gelecekteki çalışmalarda sağlık profesyonellerinin fiziksel aktivite bariyerleri araştırılmalıdır.

Bu çalışmada fiziksel aktivite ile depresyon ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmadan farklı olarak Lök ve ark. çalışmasında sağlık profesyoneli olmayan bireylerin ve Lindwall ve ark. çalışmasında ise sağlık profesyonellerin fiziksel aktivite seviyesi ile depresyon düzeyleri arasında negatif ilişki olduğu gösterilmiştir (21, 22). Tessier ve ark. çalışma-

sında da fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi arasında pozitif ilişki gösterilmiştir (23). COVID-19 pandemisi sırasında sağlık profesyonellerinin incelendiği bir çalışmada pandemi öncesine göre fiziksel aktivite düzeylerinde azalma ve buna bağlı olarak egzersiz süresindeki azalmanın hafif stres ve orta-şiddetli depresyon için önemli bir risk faktörü olduğu, egzersiz sıklığının artmasının ise depresif duygu durumuna karşı koruyucu bir faktör olduğu bulunmuştur (7). Bu çalışmada sağlık profesyonellerinin depresyon durumu ve yaşam kalitesi üzerine fiziksel aktivite etkisinin gösterilememesinin nedenlerinden biri COVID-19 pandemisinin hem fiziksel aktivite hem de zihinsel sağlık üzerine farklı etkilerinin olduğu bir dönemde çalışmanın yapılmış olması olabilir. Bir diğer neden de özellikle ülkemizdeki sağlık profesyonellerinin diğer ülkelere göre farklı sosyo-kültürel koşullarda çalışıyor olması olabilir.

Depresyon durumunu etkileyen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel unsurlar aynı zamanda yaşam kalitesinin de belirleyici özellikleri arasında yer almaktadır (24). Bu durumu da doğrulayacak şekilde bu çalışmada depresyon düzeyi ile yaşam kalitesi arasında negatif orta düzeyde ilişki olduğu ve depresyon arttıkça kişilerin yaşam kalitesinin azaldığı gösterilmiştir. Depresyon düzeyi arttıkça bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alanlarda yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır. Bu çalışmadaki yaşam kalitesinin çeşitli alt boyutları ile depresyon arasındaki negatif ilişki, Kızırmak ve ark. hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada

(25) ve Rios ve ark. (26) tarafından yapılan çalışmada da görülmektedir.

Toplumsal rollerin, iş hayatının ve evdeki aile yaşantısının kadın cinsiyet üzerinde fiziksel aktiviteye katılım için zaman problemi yarattığı tahmin edilmektedir (27), bu çalışmada fiziksel aktiviteye katılım açısından cinsiyetin etkisi saptanmamıştır. Çalışmadaki kadın ve erkeklerin UFAA-KF puanları (1504,32±1859,99/1896,91±1801,94; sırasıyla), BDE puanı ve DSÖYKÖ puanları benzerdi. Başka bir çalışmada da erkeklerin fiziksel aktivite düzeyinin daha fazla olduğunu bildirmiştir (28). Literatürde yapılan çalışmalar kadınların iş yükü, kişisel ihtiyaçları ve toplumsal rolleri depresyonu etkileyen faktörler olarak bildirilmiştir ve yaşam kaliteleri ile depresyon arasında negatif ilişki olduğu bildirilmiştir (25). Kadın cinsiyette rekabetin daha fazla olması, bireysel olarak daha duygusal olmak, anne ve eş olmak, evde ve işte ayrı sorumlulukların olması kişilerin üzerindeki stres ve baskıyı artırıyor olabilir bu da beraberinde kişilerin yaşam kalitesini olumsuz etkiliyor olabilir. Bir çalışmada kadın çalışanların BDE puanı= 10,04±7,26, erkek çalışanların BDE puanı=8,26±8,59 olarak bildirilmiş ve kadınların yaşam kalitesi erkeklerden düşük bulunmuştur (26). Kadın cinsiyette depresyon daha fazla bulunmuş olup bunda toplumsal cinsiyet rolleri, fazla sorumluluk, vardiyalı çalışma koşulları, erkek çalışanlara göre daha fazla mobbinge uğramak, iş ve aile yaşantısının stresi etkili olmuş olabilir.

Bir çalışmada VKİ'si yüksek olan kişilerin depresyon seviyelerinin yüksek olduğu ve obezitenin depresyon riskini artırıcı etkisinin yanı sıra düşük beden saygısı ve olumsuz vücut algısı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (29). Benzer şekilde bu çalışmada da kilolu olan sağlık profesyonellerinin depresyon düzeyleri (BDE= 11,29±7,28 puan), normal kilolu sağlık profesyonellerine (BDE=8,52±7,16 puan) göre yüksekti. Kişilerin bedensel vücut imaj değişimleri ruh sağlıklarını etkilemektedir, bu iki parametre arasındaki ilişkinin daha kapsamlı çalışmalarla gösterilmesine ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada eğitim düzeyi yüksek kişilerin çevresel alan puanlarının daha yüksek olduğu gösterildi. Sarı ve ark. yaptığı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinden beklentinin arttığı ve ekonomik seviye olarak daha iyi düzeye gelindiği bildirilmiştir (24). Eğitim düzeyinin artması kişilerin çevreden bek-

lentisinin artmasını, beklentilere olan ulaşılabilirliği ve kişilerin ekonomik olarak bir şeye ulaşmasını kolaylaştırdığı için dış dünya ile başa çıkmanın daha kolay olduğunu gösteriyor olabilir.

Bu çalışmadaki sağlık profesyonellerinden karma mesai şeklinde çalışanların DSÖYKÖ-bedensel alan puanlarının daha düşük olduğu gösterildi. Literatürde de kişilerin karma sistemde çalışmalarının bedensel sağlık alanını olumsuz etkilediği gösterilmiştir (30), diğer çalışma şekillerine göre karma mesainin bedensel toleransının daha zor olduğu düşünülmektedir. Nöbetli çalışan kişilerin UFAA-KF puanları (2032,35±1969,49 MET-dk/hafta) diğer mesai türlerinde çalışanlara göre daha yüksekti, literatürde ise farklı olarak gündüz çalışanların fiziksel aktivite-egzersiz düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirildi (31), bu çalışmada farklı çıkması kişilerin nöbetten sonraki vakitlerini daha aktif geçirdiklerini düşündürmektedir, ancak daha ayrıntılı araştırılmaya ihtiyaç vardır. Bu çalışmada nöbetli çalışan kişilerin DSÖYKÖ-bedensel alan puanı diğer sistemlerde çalışan kişilerden daha yüksek bulunmuştur, bu durum hastanenin gece sirkülasyonunun daha az olmasından kaynaklanmış olabilir. Ancak nöbetli çalışan bu kişilerin BDE puanı diğerlerinden daha yüksekti. Bu da kişilerin düzensiz beslenme, sigara tüketimi, uyanık kalmak için fazla kafein alımı ile alakalı olabilir. Sağlığı olumsuz etkileyen sigara-alkol tüketimi, hazır yemek alışkanlığı ve kafein alımının sağlık profesyonellerinde diğer çalışanlara göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (32). Vardiyalı çalışmak obeziteye yatkınlığı arttıran bir faktördür, vardiya düzenlenmesi veya egzersiz uyumunun geliştirilmesi sağlığı olumlu etkileme ve geliştirme için önerilmiştir (33). Kişilerin fiziksel aktivite düzeyleri istatistiksel olarak benzer olsa da işe gelirken yürüme-yi tercih eden kişilerin fiziksel aktivite puanları daha yüksek olma eğilimindeydi, işe gelirken yürümenin fiziksel aktiviteye olumlu yansıdığı görülmektedir. Kişiler evlerinden kendi araçlarını kullanarak geldiklerinde fiziksel olarak daha az aktif bulunmuştur. Bu durum da meslek dışı fiziksel aktivitenin sağlıkla ilgili yararları açısından daha önemli olduğunu ortaya koyabilir, ancak araştırılmaya ihtiyaç vardır.

Sağlık profesyonelliği stresli bir iştir ve birçok olumsuz duyguya maruziyete sebep olmaktadır. Yapılan bir çalışmada fiziksel olarak inaktif sağlık profesyonelleri-

nin olumsuz duyguları dışı vurumunun daha sert olduğu bildirilmiştir ve sağlık profesyonellerinin olumsuz duygularını dengelemek için fiziksel aktivite yapabilecekleri alanların oluşturulması önerilmiştir (34). Fiziksel inaktivite, vardiyalı çalışmak, uyku süresinin azlığı depresyona yol açabilir, depresyonu önlemek için vardiyalı sistemde değişim ve kişilerin egzersiz uyumluluğunun iyileştirilmesi önerilmiştir (35). Uzun saatler çalışmak duygusal ve ruhsal bozukluklara karşı kişileri savunmasız hale getirmektedir, hastanede çalışmanın ruh sağlığını olumsuz etkilediği bildirilmiştir (36). Sağlık profesyonellerinin çalışma saatlerinin ve döngülerinin depresyon durumlarıyla birlikte yaşam kalitelerini de etkilediği bu çalışmada da gösterilmiştir. Literatür incelendiğinde sağlık profesyonelleri üzerine yapılan çalışmaların kısıtlı olduğu daha fazla araştırma yapılması gerektiği, fiziksel aktivite yapmadaki bariyerlerin belirlenmesine yönelik çalışmaların yapılması gerektiği, fiziksel aktiviteye katılımı destekleyici eğitimler verilmesi, alanlar oluşturulması dikkat çekmektedir. Sağlık profesyonellerinin koşullarının yarattığı olumsuz durumların azaltılması, ruhsal olarak çalışanların desteklenmesi, yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi kişilerin toplumsal rol model olmalarını kolaylaştırabilir.

Çalışmanın Limitleri

Katılımcılar değerlendirilirken COVID-19 pandemisi dönemi bulaş tedbirleri nedeniyle fiziksel temasın minimumda tutulabilmesi adına sadece subjektif yöntemler kullanılabilirdi. Bu durum çalışmamızın en önemli limitasyonudur. Gelecekte planlanacak çalışmalarda objektif ve subjektif yöntemlerin bir arada kullanılması önerilmektedir.

Çalışmada örneklem sayısı güç analizi ile belirlenmiş ve çalışmaya belirlenen sayının üzerinde birey dahil edilmiştir, ancak literatürdeki benzer çalışmalara daha fazla katılımcı dahil edildiği görülmektedir. Bu durumun özellikle farklı meslek gruplarından, farklı servis ya da birimlerde çalışan katılımcıların karşılaştırılması ya da alt grupların incelenmesi açısından sınırlılık yarattığı düşünülmektedir.

Teşekkür

Çalışmaya katılmayı kabul eden Çankırı Devlet Hastanesi sağlık profesyonellerine ve çalışmaya izin veren hastane yönetimine teşekkür ederiz.

Çıkar çatışması ve finansman bildirimi

Yazarlar bildirecek bir çıkar çatışmaları olmadığını beyan eder. Yazarlar bu çalışma için hiçbir finansal destek almadıklarını da beyan eder.

KAYNAKLAR

1. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med.* 2020;54(24):1451-62.
2. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014). Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ankara. Erişim tarihi: 27.10.2022, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Fiziksel_Aktivite_Rehberi/Turkiye_Fiziksel_Aktivite_Rehberi.pdf
3. Kaya EÖ, Sarıtış N, Yıldız K, Kaya M. Sedanter olan ve olmayan bireylerin fiziksel aktivite ve yaşam tatmin düzeyleri üzerine araştırma. *Celal Bayar Üni Sağ Bil Enst Derg.* 2018;5(3):89-94.
4. Knöchel C, Oertel-Knöchel V, O'Dwyer L, et al. Cognitive and behavioural effects of physical exercise in psychiatric patients. *Prog Neurobiol.* 2012;96(1):46-68.
5. D'Ettoire G, Pellicani V, Greco M, Mazzotta M, Vullo A. Assessing and managing the shift work disorder in healthcare workers. *Med Lav.* 2018;109(2):144-50.
6. Ulupınar S. Sağlık profesyoneli olan ve olmayan hastane çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Sürekli Tıp Eğt Derg.* 2018;27(1):1-10.
7. Kua Z, Hamzah F, Tan PT, Ong LJ, Tan B, Huang Z. Physical activity levels and mental health burden of healthcare workers during COVID-19 lockdown. *Stress Health.* 2022;38(1):171-9.
8. Sağlam M, Arıkan H, Savcı S, Inal-Ince D, Boşnak-Güçlü M, Karabulut E. International Physical Activity Questionnaire: reliability and validity of the Turkish version. *Percept Mot Skills.* 2010;111(1):278-84.
9. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* 2003;35(8):1381-95.
10. Hisli N. Beck depresyon envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikol. Derg.* 1988;6:118-22.
11. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:561-71.
12. Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. Yaşlılar için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm

- geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. *Türk Psikiyatri Derg.* 2010;21(1):37-48.
13. Development of the World Health Organization WHO-QOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med.* 1998;28(3):551-8.
 14. Alpar R. (2022). Spor sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik güvenilirlik. Detay Yayıncılık. 7. Baskı.
 15. Reed JL, Prince SA. Women's heart health: a focus on nurses' physical activity and sedentary behaviour. *Curr Opin Cardiol.* 2018;33(5):514-20.
 16. Yıldırım Dİ, Yıldırım A, Eryılmaz MA. Sağlık çalışanlarında fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi ilişkisi. *Cukurova Med Jo.* 2019;44(2):325-33.
 17. Korkmaz N, Demirkan N. Hastanede çalışan sağlık personellerinin fiziksel aktivite düzeyinin değerlendirilmesi. *Sport Sciences.* 2017;12(4):52-62.
 18. Bostan N. (2013) Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üni Sağ Bil Ens, İzmir.*
 19. Wesolowska-Górniak K, Nerek A, Serafin L, Czarkowska-Pączek B. The Relationship between Sociodemographic, Professional, and Incentive Factors and Self-Reported Level of Physical Activity in the Nurse Population: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(12):7221.
 20. Saridi M, Filippopoulou T, Tzitzikos G, Sarafis P, Souliotis K, Karakatsani D. Correlating physical activity and quality of life of healthcare workers. *BMC Research Notes.* 2019;12(1):208.
 21. Lök N, Bademli K. Yetişkin bireylerde fiziksel aktivite ve depresyon arasındaki ilişkisinin belirlenmesi. *Mustafa Kemal Üni Sosyal Bil Ens Derg.* 2017;14(40):101-10.
 22. Lindwall M, Gerber M, Johnsdottir I. The relationships of change in physical activity with change in depression, anxiety, and burnout: A longitudinal study of Swedish healthcare workers. *Health Psychology.* 2014;33(11):1309-18.
 23. Tessier S, Vuillemin A, Bertrais S, et al. Association between leisure-time physical activity and health-related quality of life changes over time. *Prev Med.* 2007;44(3):202-8.
 24. Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26(1):13-7.
 25. Kızılırmak M, Demir S. Hastanede çalışan hemşirelerde depresyon ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2016;15(2):132-40.
 26. Rios KA, Barbosa DA, Belasco AGS. Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18:413-20.
 27. Gümüş H, Özcan I, Karakullukçu Ö, Yıldırım İ. Ortaöğretim kurumlarında serbest zaman fiziksel aktivite kısıtlayıcıları. *Int J SCS 2014;2(Special Issue 1):814-25.*
 28. Ünal B, Ergör G, Horasan GD, Kalaça S, Sözmen K (2013). Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Sağlık Bakanlığı. Erişim Tarihi: 22.03.2022, <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>
 29. Şengönül M, Arancıoğlu İÖ, Maviş ÇY, Ergüden B. Obezite ve psikoloji. *Haliç Üni Sağ Bil Derg.* 2019;2(3):1-12.
 30. Selvi Y, Özdemir GP, Özdemir O, Aydın A, Beşiroğlu L. Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimleri Dergisi.* 2010;23(4):238-43.
 31. Uz D, Kitiş Y. Bir hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz etkililik düzeylerinin belirlenmesi. *Gazi Sağ Bil Derg.* 2017;2(3):27-39.
 32. Tsiga E, Panagopoulou E, Niakas D. Health promotion across occupational groups: one size does not fit all. *Occup Med (London).* 2015;65(7):552-7.
 33. Buchvold HV, Pallesen S, Øyane NM, Bjorvatn B. Associations between night work and BMI, alcohol, smoking, caffeine and exercise--a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2015;15:1112.
 34. Aksoy Y, Sarıyıldız AY. Sağlık çalışanlarında fiziksel aktivitenin öfke ifade tarzına etkisi. *BMIJ.* 2022;10(2):716-23.
 35. Kalmbach DA, Fang Y, Arnedt JT, et al. Effects of sleep, physical activity, and shift work on daily mood: a prospective mobile monitoring study of medical interns. *J Gen Intern Med.* 2018;33(6):914-20.
 36. Bhugra D, Sauerteig S-O, Bland D, et al. A descriptive study of mental health and wellbeing of doctors and medical students in the UK. *Int Rev Psychiatry.* 2019;31(7-8):563-8.