



T.C.

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM
DAVRANIŞLARI VE SAĞLIK DENETİM ODAĞI İLE
İLİŞKİSİ**

Dr. TUĞBA TAŞTAN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. SEVGİ ÖZCAN

ADANA-2017



T.C.

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM
DAVRANIŞLARI VE SAĞLIK DENETİM ODAĞI İLE
İLİŞKİSİ**

Dr. TUĞBA TAŞTAN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. SEVGİ ÖZCAN

ADANA-2017

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca yardımlarını, engin bilgi ve tecrübesinin yanı sıra sabrını, özverili yaklaşımını ve naif kişiliğini benden esirgemeyen akıl hocam ve danışman hocam olan Doç. Dr. Sevgi Özcan'a, eğitim sürecimdeki katkı ve emeklerinden dolayı değerli hocalarım Prof. Dr. Esra Saatçi'ye, Prof. Dr. Nafiz Bozdemir'e, Prof. Dr. Ersin Akpınar'a, Doç Dr. Hatice Kurdak'a, kapısından içeri adım attığım andan itibaren hayatıma ayrı bir anlam katan Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalına, çalışanlarına ve birlikte görev yaptığım tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma, her anımda yanımda olan eşim Haluk Uğur Taştan'a, bütün kahrımı çeken annem Nücüde Ünal'a, güler yüzlü babam Cemal Ünal'a, en kıymetli varlıklarımdan olan abim Burak Ünal'a ve birtanecik oğlum Taylan Taştan'a teşekkür ederim.

Dr. Tuğba Taştan

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	0
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLO LİSTESİ.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	v
ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sigara.....	5
2.2.Sağlıklı Beslenme.....	5
2.3.Stres Yönetimi.....	8
2.4. Obezite	11
2.5.Fiziksel Aktivite	14
2.6.Transteorik Model.....	18
2.7. Sağlık Denetim Odağı	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Tipi	23
3.2.Araştırma Evreni ve Örneklemi	23
3.3.Gerekli İzinlerin Alınması.....	24
3.4.Verilerin Toplanması	24
3.5.Veriler Toplama Araçları	24
3.5.1. Anket Formu.....	24
3.5.1.1. Sosyodemografik özellikler ile ilişkili sorular.....	24
3.5.1.2.Sağlıklı yaşam davranışları ve uygulamaları ile ilişkili sorular.....	24
3.5.1.3. Sağlıklı yaşam davranışlarının transteorik modele göre evreleri.....	25
3.5.1.4.Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC-Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği) Form A	25
3.6.Verilerin Değerlendirilmesi	26
4.BULGULAR.....	27
5.TARTIŞMA.....	45
5.1. Tartışma.....	45
5.2.Kısıtlılıkları	50

5.3.Güçlü yanları	50
6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER	51
6.1.Sonuçlar.....	51
6.2.Öneriler	52
KAYNAKLAR	53
EKLER	58
EK-1: Bilgilendirme, Onam ve Anket Formu	58
EK-2: Etik Kurul Onay Formu	62
ÖZGEÇMİŞ	63



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. TÜİK 2015 yılının ICD 10 ana tanı gruplarına ve cinsiyete göre ölüm nedenleri dağılımları	4
Tablo 2. TÜİK onbeş yaş ve üzeri bireylerde beyana dayalı vücut kitle indeksinin cinsiyete göre dağılımı	13
Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	27
Tablo 4. Katılımcıların sağlık durum algıları, kronik hastalık ve BKİ durumları	28
Tablo 5. Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışlarını uygulama durumları	29
Tablo 6. Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışlarını hastalarına önerme durumları	30
Tablo 7. Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışları konusunda danışmanlığının hastaları için önemi hakkındaki algıları ve sağlıklı yaşam davranışları danışmanlığı konusunda yeterlilik algıları	31
Tablo 8. Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışlarının “Transteorik Model”e göre değerlendirilmesi	33
Tablo 9. Katılımcıların sigara içmeme ve sigara içmemeyi hastalarına önerme durumlarının ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması.....	34
Tablo 10. Katılımcıların günlük sebze-meyve tüketme ve sebze-meyve tüketimini hastalarına önerme durumları ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması.....	35
Tablo 11. Katılımcıların stresle başetmek için herhangi bir girişimde bulunma ve stresle başetmek için herhangi bir girişimde bulunmayı hastalarına önerme durumları ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması	36
Tablo 12. Katılımcıların ideal kiloda kalma ve ideal kiloda kalmayı hastalarına önerme durumları ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması	37
Tablo 13. Katılımcıların egzersiz yapma ve egzersiz yapmayı hastalarına önerme durumları ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması	38
Tablo 14. Katılımcıların sağlık algısı, sağlıklı yaşam davranışları konusunda yeterlilik algısı ve bu konudaki danışmanlığın hastalar için önemi algısı ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması	39
Tablo 15. Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışları ile bu davranışları hastalarına önermesi arasındaki ilişki	41
Tablo 16. Katılımcıların sağlık denetim odak puanları.....	42
Tablo 17. Katılımcıların sağlık denetim odaklarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	43
Tablo 18. Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışlarını uygulamaları/önergeleri ile sağlık denetim odakları arasındaki ilişki	44

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BKİ: Beden Kitle İndeksi

ÇÜTF : Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

MHLC: Multi-dimensional Health Locus of Control Scale –Çok Yönlü Denetim Odağı Ölçeği

NHANES III : Üçüncü Ulusal Sağlık ve Beslenme İncelemesi

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

SYBD: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

TTM : Transteorik Model

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

Sağlık Profesyonellerinin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Sağlık Denetim Odağı ile İlişkisi

Amaç: Bu çalışmada sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam davranışlarını uygulama ve hastalarına önerme durumlarının ve bunların sağlık denetim odağıyla ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı tipte planlanan çalışmanın araştırma evrenini, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesindeki doktor ve hemşireler oluşturdu. Sistemantik örnekleme ile 244 doktor ve 267 hemşire çalışmaya dahil edildi. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, sağlıklı yaşam davranışlarını uygulama (sigara içmemek, günlük en az beş porsiyon sebze-meyve tüketmek, günlük en az 10 dakika stresle baş edebilmek için bir girişimde bulunmak, beden kitle indeksini 30'un altında tutmaya çalışmak ve haftada toplam en az 150 dakika tempolu yürüyüşe eşdeğerde egzersiz yapmak) ve bu davranışları hastalarına önerme durumlarını sorgulayan bir anket formu ile Multidimensional Health Locus of Control Scale (Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği) Form A kullanıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması 33,88±9,24 olan katılımcıların, % 68,5'i kadın, % 56,6'sı evli, % 48,1'i doktor, % 64,6'sı dahili bilimlerde görevliydi. Katılımcıların en çok sigara içmemeyi, sonra sırasıyla stresle baş etmek için bir girişimde bulunmayı, egzersiz yapmayı, ideal kiloda kalmaya çalışmayı ve günde 5 porsiyon sebze-meyve tüketmeyi uyguladıkları ve aynı sıralamayla hastalarına öneride bulundukları saptandı. Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışlarını uygulamaları ile hastalarına önermeleri arasında pozitif yönde zayıf-iyi derecelerde ilişkiler saptandı. Katılımcıların % 70,2'sinin sağlık denetim odağının içsel olduğu bulundu. İçsel odaklı katılımcıların sebze meyve tüketimi ve egzersiz puanları ile stres yönetimi hariç dört davranış önerme puanları yüksek bulundu (p <0,05).

Sonuç: Sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam uygulamaları ile hastalarına önerme durumları hem birbirleriyle hem de sağlık denetim odağı ile ilişkilidir. Bu konuda farkındalığı arttıracak girişimlerin planlanması önerilir.

Anahtar kelimeler: Sağlıklı yaşam davranışları, sağlık denetim odağı, hekim, hemşire

ABSTRACT

The Relation Between Health Locus of Control and Healthy Lifestyle Behaviors of Health Professionals

Aim: The aim of this study is to evaluate the healthy lifestyle behaviors and patient suggestion conditions of health professionals and their relation with health locus of control.

Material and Method: Doctors and nurses working in Çukurova University Faculty of Medicine Balcalı Hospital constituted the population of the study planned in cross sectional and definitive type. 244 doctors and 267 nurses were included in the study with systematic sampling. Multidimensional Health Locus of Control Scale Form A and a questionnaire form questioning the sociodemographical characteristics, healthy lifestyle behaviors (not smoking, consuming minimum five portions of vegetables and fruits daily, attempting to overcome stress for minimum 10 minutes daily and making exercise equal to minimum 150 minutes of brisk walking in total) and the suggestion of these behaviors to the patients were used for the participants.

Results: The age median of the participants was 33.88 ± 9.24 and 68.5% were female, 56.6% were married, 48.1% were doctors and 64.6% were working in internal sciences. It was detected that the participants applied mostly not smoking, then attempting to overcome stress, exercising, trying to preserve ideal weight and consuming 5 portions of vegetables and fruits daily in order and made suggestions to their patients in the same order. Connections of positively low-good degrees were detected between healthy lifestyle behaviors and patient suggestion levels of participants. It was also detected that the health locus of control was internal for 70.2% of the participants. Vegetable-fruit consumption and exercise scores and suggestion scores for four behaviors excluding stress management were found high for internal locus participants ($p < 0,05$).

Result: For health professionals, healthy lifestyle behaviors and suggestion condition to their patients are both related to one another and health locus of control. It is recommended to plan attempts which would increase the awareness in this field.

Keywords: Healthy lifestyle behaviors, health locus of control, doctor, nurse.

1.GİRİŞ

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının mortalite ve morbiditede anlamlı düşüşler sağladığı bildirilmiştir. Bu konuda 2000 – 2009 yılları arasında yapılan dokuz temel çalışma⁽¹⁻⁹⁾ incelendiğinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beş davranışın (sigara içmemek, günlük en az beş porsiyon sebze-meyve tüketmek, günlük en az 10 dakika stresle baş edebilmek için bir girişimde bulunmak, beden kitle indeksini 30'un altında tutmaya çalışmak ve haftada toplam en az 150 dakika tempolu yürüyüşe eşdeğerde egzersiz yapmak) aşağıdaki potansiyel faydalarının olduğu görülmüştür⁽¹⁰⁾.

- Tüm nedenlere bağlı ölüm oranında % 40- 65 aralığında bir düşüş,
- Koroner kalp hastalığı olaylarında % 81-87 aralığında bir düşüş,
- Tüm kalp ve damar hastalıklarında % 67'lik bir düşüş,
- İnme riskinde % 50-71 aralığında bir düşüş,
- Tip 2 diyabetin ilerleme riskinde % 58-93 aralığında bir düşüş ve
- Kansere bağlı ölümlerde % 36-60 aralığında bir düşüş.

Sağlık davranışının temelini açıklamaya yönelik kavramlardan birisi olan denetim odağı, “bireyin olumlu veya olumsuz kendisini etkileyen olayları, kendi yetenek ve davranışlarının sonuçları ya da şans, kader, güçlü başkaları gibi kendisi dışındaki güçlerin işi olarak algılaması eğilimi” olarak tanımlanmıştır.⁽¹¹⁾⁽¹²⁾Denetim odağını kendi davranış ve yeteneklerinde algılayan kişiler iç denetim odaklı⁽¹³⁾, sonucun genel olarak kendi davranışlarından bağımsız ve denetimin de kendi kontrolü dışındaki güçlü diğerleri (sağlık profesyonelleri vb) veya şans, talih, kader ve benzeri kaynaklara bağlı olduğuna inananlar ise dış denetim odaklı olarak kabul edilmektedirler.⁽¹⁴⁾

Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptirler.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ Hatta bir çalışmada hekimlerin verdikleri tavsiyelere kendilerinin uymaması durumunda, hastalarına güvenilir ve etkin tıbbi tavsiyeler vermelerinin daha zor olduğu gösterilmiştir.⁽¹⁶⁾ Bu nedenlerle sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam davranışlarının ve bunları etkileyen etmenlerin belirlenerek bunların yol

göstericiliğinde planlamalar yapılması hem kendi sağlıkları hem de hizmet verdikleri popülasyonun sağlığı açısından önemlidir.

Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam davranışlarını uygulamalarını ve hastalarına önermeleri ortaya koyan ⁽¹⁸⁻²³⁾, aynı zamanda sağlık denetim odağı ile ilişkilerini inceleyen çalışma sayısının oldukça az olması ve hatta hekimlerde sağlık denetim odağı ile ilgili hiçbir çalışma olmaması noktasından hareketle planladığımız bu çalışmanın araştırma soruları şunlardır:

1. Sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam davranışlarını uygulama ve hastalarına önerme durumları nasıldır ve bunların sosyodemografik özellikler ile bir ilişkisi var mıdır?
2. Sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam davranışlarını uygulamaları ile hastalarına önermeleri arasında bir ilişki var mıdır?
3. Sağlık profesyonellerinin sağlık denetim odakları nedir ve bunun sosyodemografik özellikler ile bir ilişkisi var mıdır?
4. Sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam davranış uygulamaları/önerileri ile sağlık denetim odakları arasında bir ilişki var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. (24)

Her insanın temel haklarından biri olan sağlıklı olma; sağlığın korunması ve sürdürülmesi, sağlığın geliştirilmesinin esasını teşkil ederken günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren birey merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk alarak doğru tercihler yapmasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır. (25)

Sağlığın geliştirilmesi; bireylerin fiziksel ve zihinsel sağlıklarını optimum düzeye çıkarabilmeleri, fiziksel ve sosyal çevrelerini geliştirebilmeleri için bilinçli karar vermelerine yardımcı olma sürecidir. (26) Bireyler, sağlıklı davranışlar geliştirmede kendi sorumluluklarını almalı ve sağlıklı yaşam davranışlarını günlük alışkanlıkları haline dönüştürmelidirler. Bu bağlamda DSÖ 2000'li yıllardan itibaren “Herkes İçin Sağlık” sloganı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusuna dikkat çekmeye çalışmıştır. Bu hedefe ulaşmada, sağlığın kalitesinin artırılması ve olumsuz sağlık şartlarının elimine edilerek sağlıklı yaşam tarzının sağlanması gerekliliğinin öneminden bahsedilmiştir. (27)

(28)

2000 – 2009 yılları arasında yapılan dokuz temel çalışma (1-9) incelendiğinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beş davranışın (sigara içmemek, günlük en az beş porsiyon sebze-meyve tüketmek, günlük en az 10 dakika stresle baş edebilmek için bir girişimde bulunmak, beden kitle indeksini 30'un altında tutmaya çalışmak ve haftalık toplam en az 150 dakika tempolu yürüyüşe eşdeğerde egzersiz yapmak) mortalite ve morbidite üzerine aşağıdaki potansiyel faydalarının olduğu görülmüştür. (10)

- Tüm nedenlere bağlı ölüm oranında % 40- 65 aralığında bir düşüş,
- Koroner kalp hastalığı olaylarında % 81-87 aralığında bir düşüş,
- Tüm kalp ve damar hastalıklarında % 67'lik bir düşüş,

- İnme riskinde % 50-71 aralığında bir düşüş,
- Tip 2 diyabetin ilerleme riskinde % 58-93 aralığında bir düşüş ve
- Kanserle bağlı ölümlerde % 36-60 aralığında bir düşüş.

Kolay hatırlanması ve uygulanması için bu beş temel sağlıklı yaşam davranışı için 0-5-10-30-150 kısaltması önerilmektedir (0; sigara içmemek, 5; günlük en az 5 porsiyon sebze meyve tüketmek, 10; günlük en az 10 dakika stres yönetimi için girişimde bulunmak, 30; BKİ'ni 30'un altında tutmak, 150; haftalık en az 150 dakika egzersiz yapmak).⁽¹⁰⁾

Tablo 1. TÜİK 2015 yılının ICD 10 ana tanı gruplarına ve cinsiyete göre ölüm nedenleri dağılımları

ICD-10 Ana Tanı Kodları	Erkek (%)	Kadın (%)	Toplam (%)
1.Dolaşım Sistemi Hastalıkları	36,85	44,31	40,2
2.Neoplaziler	23,9	15,47	20,04
3. Solunum Sistemi Hastalıkları	11,94	10,11	11,10
4.Endokrin, Beslenme ve Metabolizma Hastalıkları	3,92	6,34	5,03

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 yılı verilerine bakıldığında (Tablo 1) ülkemizdeki ilk dört ölüm nedeninin sağlıklı yaşam davranışları ile yakından ilişkili olduğu görülmektedir.⁽²⁹⁾ Yukarıda tanımlanan beş temel davranışın kazandırılması yolu ile bu konuda maliyet etkin olarak mücadele edilebileceği açıkça ortadadır.

Aşağıda beş temel sağlıklı davranışla (sigara içmemek, günlük en az beş porsiyon sebze-meyve tüketmek, günlük en az 10 dakika stresle baş edebilmek için bir girişimde bulunmak, beden kitle indeksini 30'un altında tutmaya çalışmak ve haftalık toplam en az 150 dakika tempolu yürüyüşe eşdeğerde egzersiz yapmak) ilişkili genel bilgiye yer verilmiştir.

2.1. Sigara

Tütün, dünyada önlenebilir ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Günümüzde tütün ve tütün mamulleri her on erişkinden birinin ölüm nedeni olup dünyada en sık tüketilen tütün ürünü sigaradır.⁽²³⁾⁽²⁴⁾ Dünyada 5,4 milyon insan yani her 6 saniyede bir kişi tütün tüketiminden dolayı hayatını kaybetmektedir. Ülkemizde sigaranın sebep olduğu ölümlerin sayısı trafik, terör, iş kazasına bağlı diğer ölümlerin toplamından 5 kat daha fazladır.⁽³⁰⁾

Sigara içiciliği en mortal toplumsal zehirlenme olayıdır. Her bir sigarada vücut için zehirli, irrite edici, kanser yapıcı ve kanserin ortaya çıkmasını kolaylaştırıcı 4000'den fazla kimyasal madde bulunmaktadır. Bunlardan en az 81 tanesinin doğrudan kansere, solunum sistemi ve kardiyovasküler sistem hastalıklarına sebep olduğu kanıtlanmıştır.⁽³⁰⁾ Direkt sigaranın etken olduğu trakea, akciğer, bronş kanserleri erkeklerde görülen en sık kanserlerdir.⁽²⁹⁾

Sağlık istatistiklerine göre (2015) Türkiye'deki bireylerin % 27,3'ünün her gün, % 5,2'sinin ara sıra sigara tütün ve tütün ürünleri kullandığı bulunmuştur. Her gün kullananların % 41,8'i erkek, % 13,1'i kadın olarak saptanmıştır. Dünya verilerine göre değerlendirildiğinde Türkiye'nin bu konuda Letonya, Şili ve Yunanistan'ın ardından 4. sırada yer aldığı görülmektedir (Yunanistan'ın ardından Avrupa'da ikinci).^{(29) (31)}

2.2.Sağlıklı Beslenme

Beslenme; açlık duygusunu bastırmak, karın doyurmak ya da canının çektiği besinleri yemek içmek değil, sağlığı korumak ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir eylemdir. Beslenme yaşam döngüsünün her aşamasında sağlanmalıdır.⁽³²⁾ Bilimsel araştırmalar insanın büyüme ve gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için 70'e yakın besin ögesine gereksinimi olduğunu ve bu öğelerin her birinden günlük ne kadar alınması gerektiğini göstermiştir. Yine bu besin öğelerinin herhangi biri alınmadığında, gereksiniminden az ya da çok alındığında, büyüme ve gelişmenin engellendiği ve sağlığın bozulduğu bilimsel olarak kanıtlanmıştır.

Sağlıklı beslenme; yenilen besinden zevk alarak, çeşitli ve dengeli beslenerek, tüm besin öğelerinin bireye özel gereksinimi kadar miktarlarda alınması ve ideal vücut ağırlığının sürdürülmesidir. Sağlıklı beslenmenin anne karnından başlayarak sağlanması,

yaşam boyu sağığın korunması ve kronik hastalıkların önlenmesi açısından önemlidir. ⁽³³⁾ Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumu “yeterli ve dengeli beslenme” olarak adlandırılır. Sağlıklı beslenmenin amacı; yeterli ve dengeli beslenmenin olmasıdır. ^{(34) (35)}

Yeterli ve dengeli beslenen bireyler her yönden sağlıklı görünümündedirler. Ters durumda birey sağlıksız görünümde; hareketleri ağırlaşmış, isteksiz, iştahsız ve yorgundur. ⁽³⁶⁾ Ayrıca, zihinsel gerilik, hal ve hareketlerde dengesizlik, yetersiz beslenmenin işaretlerindendir. ⁽³³⁾ Yaşam boyunca tüketilen gıdaların miktarı ve bileşiminin bazı hastalıkları etkileyebildiğı bilinmektedir. 1980’den beri yapılmış pek çok epidemiyolojik çalışma ile dünya da ölüm sebeplerinin arasında üst sıralarda bulunan kardiyovasküler hastalıklar, belli başlı kanserler, stroke, insüline bağımlı olmayan diabetes mellitus ve ateroskleroz gibi beş önemli hastalığın etyolojisi ile diyet arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır. ⁽³⁷⁾ Bunun yanında obezite de oluşabilmektedir. Dengesiz beslenmede bilgi eksikliğinin büyük payının olduğu saptanmıştır. Bu nedenle dengesiz beslenmenin önlenmesinde, beslenme eğitimi ve sağlıklı beslenme bilincinin kazandırılması büyük önem taşımaktadır. ⁽³³⁾

Aşırı karbonhidrat, yağ ve tuz içeren besinlerin tüketimi azaltılarak, kronik hastalıklara yakalanma riski azalır ve toksik bileşenlerin alımı en aza indirilir. Diyetle besin çeşitliliğın sağlanması, besin ögesi olmayan faktörlerin alınması açısından da önemlidir, böylece besin ögesi olan ve olmayan faktörlerin koruyucu etkisinden yararlanılmış olur. Vücudun gereksinimi olan ve besinlerin bileşiminde yer alan 70’e yakın besin ögesi kimyasal yapılarına ve vücut çalışmasındaki etkinliklerine göre 5 grupta toplanabilir. Bunlar; proteinler, yağlar, karbonhidratlar, mineraller, vitaminler ve sudur. ⁽³⁵⁾⁽³⁸⁾

Besin gruplarından sebzeler, bitkilerin çiçek, yaprak, gövde ve kökleri gibi yenilebilir bölümleridir. Kök ve yumru sebzeler yüksek nişasta içerikleri nedeniyle nişastalı sebzeler olarak da adlandırılır. Nişasta içermeyen sebzeler ise koyu yeşil yapraklı, kırmızı ve turuncu ve diğer sebzeler olarak sınıflandırılabilir. Bu sebzelerin su içeriğı daha fazladır. Koyu yeşil yapraklı sebzeler; brokoli, ıspanak, marul, kara lahana, semiz otu, pazıdır. Kırmızı ve turuncu sebzeler; domates, kırmızı biberdir. Nişastalı

sebzeler; patates, yer elması, bezelye, havuçtur. Diğer sebzeler ise taze fasulye, soğan, pırasa, sarımsak, kabak, patlıcandır. Meyveler, bitkilerin çiçek ya da tohum gibi yenilebilir bölümleri olup meyveler, turunçgiller ve diğerleri olmak üzere iki gruba ayrılır. Turunçgiller; portakal, mandalina, greyfurt, limon ve suları iken diğerleri; elma, armut, üzüm, kavun, karpuz, çilek, kayısı, vişne, şeftali ve bu meyvelerin kuruları olarak sınıflandırılır.

Meyve ve sebzelerin içerdiği;

- C vitamini; hastalıklara karşı direncin oluşumunda,
- A vitamini; hücre yenilenmesini, doku onarımını ve deri ve göz sağlığının korunmasında,
- B6 vitamini; bilişsel fonksiyonların ve hafızanın korunmasında,
- Folik asit; kan hücrelerinin yapımı ve hücre çoğalmasında,
- Potasyum; kan basıncının düzenlenmesinde,
- Magnezyum; kemik ve diş sağlığının korunmasında,
- Posa; barsakların düzenli çalışmasında etkilidir.

Sebze ve meyvelerin uzun süre çiğneme gerekliliği kişilerde doyumluk hissini sağlamakla birlikte su ve diyet posasından zengin, düşük enerji içeriğine sahip olmaları nedeniyle obeziteye karşı da koruyucudur. Nişastalı sebzeler kompleks karbonhidrat içermeleri nedeniyle günlük alınan besinleri zenginleştirir. ⁽³³⁾

Sebze ve meyveler enerji yoğunluğunun düşük olması ve bazı biyoaktif bileşenleri (karotenoidler, folat, C ve E vitamini, kuersetin, pridoksin ve selenyum) (antioksidan) içermesi nedeni ile bazı kanser türlerine karşı koruyucudur. ⁽³³⁾⁽³⁹⁾

Yeterli ve dengeli sebze ve meyve tüketimi; kardiyovasküler hastalıklar, mide kanseri ve kolorektal kanser riskini azaltır. ⁽⁴⁰⁾ Sebze ve meyve tüketiminin artırılması kalp damar hastalıkları ve inme riskini azalttığı bilinmekle birlikte kalp damar hastalıkları, inme ve tip 2 diyabete karşı korunmak için, günde 5 porsiyon ve üzerinde sebze ve meyve tüketimi önerilmektedir. Günde en az 5 porsiyon tüketilmesi gereken

sebze-meyvenin en az iki porsiyonu yeşil yapraklı sebzeler ve/veya turunçgiller ve/veya domates olmalıdır. ⁽³⁸⁾

TÜİK 2015 verilerine göre on beş yaş ve üzeri bireylerin meyve tüketme sıklığı; günde bir ya da daha çok tüketen erkekler % 45,9, kadınlar % 49 toplamda % 47,5 iken haftada birden az ve hiç tüketmeyenlerin yüzdesi erkeklerde % 9,9 kadınlarda % 10,3 toplamda % 10 olarak bulunmuştur. ⁽²⁹⁾

Yine TÜİK'in 2015 verilerine göre on beş yaş ve üzeri bireylerin sebze ya da salata tüketme sıklığı; günde bir ya da daha çok tüketen erkekler % 57,7, kadınlar % 62,9 toplamda % 60,3 iken haftada birden az ve hiç tüketmeyenlerin yüzdesi erkeklerde % 4 kadınlarda % 3,1 toplamda % 3,5 olarak bulunmuştur. ⁽²⁹⁾

2.3.Stres Yönetimi

Stres sözcüğü en geniş anlamda birey-çevre etkileşiminde kişinin uyumunu bozan, kapasitesini zorlayan talepler olarak tanımlanır. ⁽⁴¹⁾ Stres hayatın bir gerçeğidir fakat günlük hayatta stres genellikle olumsuz bir şey olarak düşünülür. Stresin fazlası, insanı iş göremeyecek bir duruma getirip, ciddi sorunlar da yaratabilir ancak stresin olumlu bir yanı da vardır. Herkes için değişebilen ama belirli dozda stres, varoluşun olumlu bir özelliğidir ve etkili bir işleyiş için gereklidir. Bu tür stres, organizmada fiziksel ve ruhsal gelişmelere, büyümeye ve olgunlaşmaya yol açar. Olumlu ve olumsuz stres arasındaki fark, kişinin stres oluşturunca olay ya da ortamı nasıl algıladığına ve onunla nasıl başa çıktığına bağlıdır. ⁽⁴²⁾ Stresin aşamaları;

1.Alarm aşaması

2.Direnme aşaması

3.Tükenme aşamasıdır.

Bir tehlike anında vücut adrenalin ve diğer stres hormonlarını salgılar ve bu hormonlar sayesinde kalp hızı artar, kan basıncı yükselir ve kaslarda gerginlik meydana gelir. Bu şekilde sempatik sistem uyarılması sonucu stres kaynağı ile mücadele ve stresten kaçma enerjisi sağlanmış olur. ⁽⁴²⁾ Stres durumunun uzaması sonucu organ, sistem ve fonksiyonlarda bozulma meydana gelir.

-Beyin: Kronik stresten olumsuz etkilenir aşırı kortizol hipokampusu etkiler, sürekli olursa hipokampus küçülür.

-Pankreas: Kortizol, insülinin hücreler üzerindeki etkisini azaltır, kortizol seviyesinin sürekli yüksek olması, insülin eksikliği olarak algılanır. En sonunda pankreastaki hücreler tükenene kadar insülin üretilir ve böylece insülin eksikliği doğar, kan şekeri yükselir, diyabet riski olur.

-Kan damarları: Kanın damar duvarına sürekli fazla basınç yapması, zamanla damar duvarında bozukluk ve genişlemeye neden olur.

-Kaslar: Kaslar insüline daha az tepki verir, duyarsızlaşır ve hücrelere insülin aracılı daha az şeker girer. Stres sırasında kas hücreleri şeker yerine yağ yakar, yağı yakabilmek için kas proteinine ihtiyaç duyulur. Karaciğer kaslara besin sağlamak için bu proteinleri şekere çevirir ve kaslar, fiziksel yükte etkin olduğu için bedende gerginlik olur.

-Mide: Noradrenalin, sindirim sistemindeki organların kan damarlarında vazokonstriksiyon yapar,dolayısıyla daha az bağışıklık hücresi gelir ve mide mukozasında virüslerin üremesi kolaylaşır. Noradrenalin fazla salgılanması esnasında mide mukozası, mide sıvılarına karşı daha hassaslaşır. Bu da kasılmayla midede ağrılar ve emezise sebep olur.

-Cinsel organlar: Kolesterolde sentezlenen kortizol ve testosteronun birinin fazla üretilmesi diğerinin az üretilmesine neden olur ve kortizol sentezi artınca testosteron sentezini engeller. Sonuçta cinsel istek azalır, sperm daha az üretilir, libido azalması ve erektil disfonksiyon ortaya çıkabilir. Kadında menstrual düzensizlik olabilir.

-Bağışıklık sistemi: Kronik streste, kanda kortizol yüksekliği sitokin sentezini azaltır ve immun sistemin görevinin tam olmamasına neden olur. Kortizol doğrudan lenfatik sistemi engeller, kimi zaman kortizol eksikliği olur ve bağışıklık sistemi fazla çalışır bu da beyin sapına etki eder; davranışlarda ve duygu durumunda değişikliklere sebep olur; dolayısıyla güçsüzlük, toplumsal izolasyonluk ve depresyon ortaya çıkar.

-Aşırı stres, bedensel ve zihinsel sağlığı ve ilişkileri bozar, fiziksel , duygusal ve davranışsal hastalıklar, uykusuzluk, çeşitli ağrılar, baş ağrısı gibi bir takım

şikayetlere yol açabilir, hipertansiyon, kalp hastalıkları diyabet gibi yaşamı tehdit eden hastalıkların ortaya çıkmasına neden olabilir.

Sonuç olarak, bedenin sürekli olarak stresin neden olduğu sempatik sistem hakimiyetinde kalması, biyolojik sistemlerin yıpranmasına neden olmakta, bedenin kendi kendisini onarma ve koruması tehlikeye girmekte ve hastalanma riski ortaya çıkmaktadır. ⁽³⁹⁾

Kişilerde stres durumunun uzun süre devam etmesi hem ruh hem de beden sağlığı açısından olumsuz sonuçlar doğurabileceği için stresle başa çıkmanın yöntem ve tekniklerinin öğrenilip uygulanması çok önemlidir. Stresle başa çıkma yöntemleri, stres nedenlerini ortadan kaldırmak ya da stresi denetim altına almak, stresin etkilerini yok etmek amacıyla bireylerin strese karşı gösterdikleri davranış veya duygusal tepkileri güçlendirmektedir. Stresle baş etme yöntemleri ile stresin olumsuz etkileri azaltılmaya ya da ortadan kaldırılmaya çalışılmaktadır. Stresle başa çıkmanın amaçları kısa, orta ve uzun vadeli olmak üzere üç grupta incelenebilir: ⁽⁴²⁾

1. Kısa vadeli amaçlar: Stresin yapısını, nedenlerini, etkilerini, stresle başa çıkabilmek için gerekli yöntemleri öğrenmek.
2. Orta vadeli amaçlar: Olumlu stres kaynaklarını algılamak, duygusal ve bedensel stres tepkilerini kontrol etmek, zararlı stres sebeplerini öğrenmek, etkili bir yaşam biçimi geliştirmek.
3. Uzun vadeli amaçlar: Sağlıklı ve düzenli yaşamak, yetenekleri geliştirmek, huzur bulmak, yüksek düzeyde verimlilik sağlamak.

Stresle başa çıkma, kişinin duygusal, zihinsel ve davranış özelliklerine yani bireysel özelliklerine bağlı olarak değişen önemli bir süreç olup kişilerin karakter yapılarına göre de değişebilmektedir.

Stresle başa çıkma yolları bedenle, zihinle ve davranışla ilgili olmak üzere üç grupta ele alınabilir: ⁽⁴²⁾

1. Bedenle başa çıkma: Gevşeme teknikleri, değişik beden egzersizleri ve beslenme biçimleri
2. Zihinsel başa çıkma: Uyumsuzluğa yol açan inançlarla uğraşma ve zihinsel düzenleme teknikleri

3. Davranışçı başa çıkma: “A” tipi kişilik davranış biçiminin değiştirilmesi, güvenli girişkenlik davranış eğitimi ve zaman düzenlemesi teknikleri

2.4. Obezite

DSÖ obeziteyi, yağ dokusundaki artışın kişinin sağlığını bozacak düzeyde olması olarak tanımlamaktadır.⁽⁴³⁾ Obezitenin oluşumunda temel risk faktörleri; aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite azlığı, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyokültürel faktörler, gelir durumu, genetik etmenler, hormonal ve metabolik nedenler, psikolojik sorunlar, sık aralıklarla çok düşük enerjili diyetler uygulamak, sigara içme, alkol kullanımı, ilaçlar, doğum sayısı ve doğumlar arası süre olarak belirtilmiştir.⁽⁴⁴⁻⁴⁶⁾

Vücuttaki yağ oranını hesaplamak kolay değildir, bu yüzden obezitenin değerlendirilmesi kiloya göre yapılır. Obezitenin değerlendirilmesinde en fazla kullanılan yöntem kişinin metre cinsinden boyunu ve kilogram cinsinden kilosunu temel alan beden kitle indeksi (BKİ) ölçümüdür. BKİ: kilo/boy x boy (kg/m²)’dir. Bu formülde yağ, kas ve kemik dokuların ayrımı yapılamamaktadır ve bu nedenle gebelerde, aşırı kaslı olanlarda (örneğin sporcular) yanlış sonuçlar verebilmektedir. Kullanılabilen diğer ölçüm yöntemleri ise şunlardır: ⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾

- Bel çevresi: Abdominal obezitede kullanılır.
- Bel/kalça oranı: Obezitenin fenotipini tanımlamak için kullanılır.
- Vücut adipozite indeksi: $\frac{100 \times \text{kalça çevresi}(m)}{\text{boy}(m) \times \sqrt{\text{boy}(m)}} - 18$ ile hesaplanır.
- Deri kıvrımları: Deri kıvrımı pergelleri ile toplam adipoziteyi hesaplayabilir ancak visceral yağı doğrudan ölçemez.
- Biyoelektrik empedans analizi: Vücudun iletkenliği kullanılarak yağ kitlesi ölçülür.
- Dual enerji X ışını absorpsiyometri: X ışınları kullanılarak yağ dokusu ölçümü yapılır.
- Görüntüleme yöntemleri: Bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans görüntüleme kullanılabilir.

DSÖ’ye göre BKİ değeri;^{(35) (49)}

- ✓ BKİ<18,50 olanlar zayıf

- ✓ $18,50 \leq \text{BKİ} < 25$ olanlar normal
- ✓ $25,00 \leq \text{BKİ} < 30,00$ olanlar kilolu
- ✓ $30,00 < \text{BKİ}$ olanlar obez sınıfında yer almaktadır.

Bununla beraber risk belirlenmesinde bel çevresi de önemli bir parametredir, beden kitle indeksi $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ olan veya bel çevresi ölçümü kadınlarda 80 cm, erkeklerde 94 cm veya daha fazla olanlarda kilo fazlalığının ilerlemesini engellemek ve eşlik eden diğer faktörleri tespit etmek gerekir.

Daha detaylı sınıflama yapacak olursak zayıf olanlar da kendi içinde;

- ✓ $\text{BKİ} > 16$ olanlar aşırı zayıf
- ✓ $16,00 \leq \text{BKİ} < 16,99$ olanlar orta düzeyde zayıf
- ✓ $17,00 \leq \text{BKİ} < 18,49$ olanlar hafif düzeyde zayıf olarak tanımlanır.

Obez olanlar da;

- ✓ $30,00 \leq \text{BKİ} < 34,99$ olanlar evre 1 obez
- ✓ $35,00 \leq \text{BKİ} < 39,99$ arasında evre 2 obez
- ✓ $40 < \text{BKİ}$ evre 3 obez olarak sınıflandırılmıştır.⁽⁵⁰⁾

Obezite, hemen hemen tüm toplumlarda çok yaygın görülen bir sağlık sorunudur. DSÖ belirlemelerine göre; dünya genelinde obezite, 1980 yılından günümüze iki kat artmıştır, 2008 yılında 1,4 milyar erişkinin fazla kilolu, 200 milyon erkek ve 300 milyon kadının ise obez olduğu ortaya konmuştur. Bu rakamlar prevalans olarak ifade edildiğinde; 2008 yılı itibarı ile dünyada fazla kiloluluk prevalansı % 35, obezite prevalansı ise % 11'lerdedir.⁽⁵¹⁾

Gelişmiş toplumların % 25'inin obez, % 25'inin fazla kilolu, % 25'inin de normal kilolu ancak genetik olarak obeziteye eğilimli olduğu kabul edilmektedir ve genetik olarak obeziteye yatkın olan grup; sürekli diyet ve egzersiz çabaları ile kilosunu koruyabilen, bunlara dikkat etmediği takdirde kolaylıkla kilo alarak fazla kilolu veya obez sınıfına geçiş gösterebilen bireyleri kapsamaktadır. Bu kişilerde, genetik alt yapıya bağlı olarak metabolik mekanizmalar obezlerdeki benzer biçimde çalışmakta ve bu grup için son yıllarda “metabolik obez” tanımı kullanılmaktadır. Diğer taraftan araştırmacılar, kilolu, hatta hafif obez sınıfına giren fakat metabolik açıdan tamamen

normal olan bir grup olduğunu, bunlar için de “sağlıklı obez” tanımının kullanılması gerektiğini bildirmektedirler.⁽⁵²⁾

Üçüncü Ulusal Sağlık ve Beslenme İncelemesi (NHANES III), Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 20 yaşın üzerindeki genel nüfusun % 54,9’unun aşırı kilolu ve % 22,5’inin obez olduğunu bulmuştur. ABD’de, 2030 yılında pek çok eyalette obezite sıklığının % 50’ye varacağı tahmin edilmektedir. Avrupa’nın karşılaştırmalı verileri, prevalans oranlarının en düşük değerler gösterdiği İsveç’te, erkeklerde % 7 ve kadınlarda % 9, en yüksek değerler gösteren Litvanya’da ise erkeklerde % 22 ve kadınlarda % 45 aralığında olduğunu göstermektedir. Avrupa’daki ortalamalar, yaklaşık olarak erkeklerde % 15 ve kadınlarda % 20’dir.

Türkiye’de de obezite prevalansının artış yönünde olduğu bilinmektedir (Tablo 2).
(52)

Tablo 2. TÜİK onbeş yaş ve üzeri bireylerde beyana dayalı vücut kitle indeksinin cinsiyete göre dağılımı

Yıl	Cinsiyet	Düşük Kilolu %	Normal Kilolu %	Fazla Kilolu %	Obez %
2010	Erkek	3,5	46,1	37,3	13,2
	Kadın	5,9	44,7	28,4	21,0
	Toplam	4,7	45,5	33,0	16,9
2012	Erkek	2,7	44,7	39,0	13,7
	Kadın	5,1	43,6	30,4	20,9
	Toplam	3,9	44,2	34,8	17,2
2014	Erkek	2,8	43,7	38,2	15,3
	Kadın	5,5	40,7	29,3	24,5
	Toplam	4,2	42,2	33,7	19,9

Obeziteye eşlik eden problemler şu şekildedir;⁽⁴⁹⁻⁵⁵⁾

- Diabetes mellitus
- Hipertansiyon obezlerde risk 5 kat artmıştır
- Koroner arter hastalıkları (hiperlipidemiye bağlı olarak 3,6 kat risk artar)
- Hiperlipidemi: BKİ 21 kg/m²’yi geçince dislipidemi ilerleyici şekilde ortaya çıkmaktadır

- Metabolik sendrom
- Safra kesesi hastalıkları
- Hiperürisemi ve gut
- Kanseri türleri (Kadınlarda safra kesesi, endometriyum, over ve meme kanserleri, erkeklerde kolon ve prostat kanserleri)
- Osteoartrit: Artmış yağ dokusunun eklemlerde yırtıklara neden olması sonucu
- Serebro vasküler olay
- Obstrüktif uyku apnesi: Artmış parafarengeal yağlanmaya bağlı
- Non alkolik steatohepatit
- Astım
- Gebelik komplikasyonları
- Artmış anestezi riski
- Deri ve mantar enfeksiyonları
- Psikolojik rahatsızlıklar (Anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıkanırcasına yeme, major depresyon, bipolar bozukluk)
- Polikistik over sendromu
- İnfertilite

Obezlerdeki disfori, anksiyete ve depresyonu, obezitenin sonucu olarak düşünenlerin olduğu gibi, obezitenin bunlara neden olduğunu düşünen görüşler de vardır. Erişkinde önce obezite sonra depresif bozukluk gelişirken, çocuklarda önce depresif bozukluk sonra obezite geliştiği bildirilmiştir. Son yapılan çalışmalara göre BKİ'si 40'tan fazla olan bireylerde depresif bozukluk görülme riski artmıştır. Obezlerde depresyonun daha ağır geçtiği ve prognozun daha kötü olduğu gösterilmiştir. Aşırı obez kişilerin % 89'u bipolar bozukluk spektrumundadır. ⁽³¹⁻⁵⁴⁾

2.5.Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite günlük yaşam içerisinde kas ve eklemlerimizi kullanarak enerji tüketimi ile gerçekleşen, kalp atım hızını ve solunum hızını arttıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanabilir. ⁽⁶¹⁾ Egzersiz ise fiziksel aktivitenin alt sınıfı olarak kabul edilmektedir. Egzersizin amacı fiziksel uygunluğu

geliştirmek için oksijen dağılımını yapmak, metabolik süreçleri düzenlemek, kas-eklem hareketlerini iyileştirmek ve vücut yağ oranını azaltmaktır.⁽³⁹⁾

Yürümek, koşmak, sıçramak, yüzmek, bisiklete binmek, çömelmek- kalkmak, kol ve bacak hareketleri, baş ve gövde hareketleri gibi temel vücut hareketlerinin tümünü ya da bir kısmını içeren çeşitli spor dalları, dans, egzersiz, oyun ve gün içindeki aktiviteler fiziksel aktivite olarak kabul edilir.

Günümüzde toplumun fiziksel aktivite konusunda bilgi düzeyinin yetersiz olması, fiziksel aktivitenin sağlık için öneminin yeterince anlaşılamaması ve giderek daha hareketsiz bir yaşam tarzının benimsenmesi (sedanter yaşam) ve teknolojiye gelişmelerle birlikte (bilgisayar başında geçen sürenin artması gibi) fiziksel aktivite düzeyinde azalma meydana gelmesi sağlık sorunlarını da beraberinde getirmiştir.^{(56) (57)} Fizik aktivitenin yetersizliği toplumda obezite, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, osteoporoz gibi kronik hastalıkların görülme sıklığını artıran önemli nedenlerdendir.⁽⁵⁸⁾ Fiziksel hareketsizlik, dünyada ölüme neden olan risk faktörleri arasında dünya genelindeki ölümlerin % 6'sı ile dördüncü sırada yerini almaktadır. Hareketsizlik yüzünden her yıl 3,2 milyon insan ölmektedir. Yeterince hareket etmeyen insanlar, tüm nedenlere bağlı mortalite açısından % 20 ile % 30 arası daha yüksek risk altındadır.⁽⁵⁹⁾

Uygun yapılan egzersiz, her yaşta sağlığa yararlıdır.⁽³⁹⁾ Haftada toplamda en az 150 dakika orta şiddette (tempolu yürüyüşe eşdeğerde) fiziksel aktivite bile genellikle sağlığımız üzerinde olumlu etkileri açığa çıkarmaya yeterlidir.^{(10) (57)}

Egzersiz Tipleri;⁽⁶⁰⁾

- A. Aerobik egzersizler
- B. Kas güçlendirme=direnç egzersizleri (ağırlık)
- C. Germe egzersizleri

Fiziksel aktivitenin sağlığımız üzerine etkileri temelde üç başlık halinde incelenebilir:

- 1- Bedensel sağlık
- 2- Ruhsal ve sosyal sağlık
- 3- Gelecekteki yaşamımız üzerine etkileri

1-Bedensel Sağlığımız Üzerine Etkileri

Fiziksel aktivitenin bedensel sağlığımız üzerindeki etkileri iki ana başlık altında incelenebilir.

A- Kas İskelet Sistemi Üzerindeki Etkileri:

- Kas kuvvetinin korunması ve arttırılması,
- Kas tonusunun korunması ve düzenlenmesi
- Vücut segmentlerini hareket ettiren aksi grup kaslar arasındaki dengenin sağlanması, kas- eklem kontrolünü arttırarak stabilitenin sağlanması,
- Eklem hareketliliğinin korunması ve arttırılması,
- Kas ve eklemlerin esnekliğinin korunması ve arttırılması (fleksibilite),
- Hareket alışkanlığının ve fiziksel aktivite toleransının artması (kondisyon ve dayanıklılık),
- Fiziksel aktivite içerisinde yapılan hareketlerin daha fazla tekrar sayılarında yapılabilecek oranda gelişmesi (endurans),
- Reflekslerin ve reaksiyon zamanının gelişmesi,
- Vücut düzgünlüğünün ve postürün korunması,
- Vücut farkındalığının geliştirilmesi,
- Denge ve düzeltme reaksiyonlarının gelişmesi,
- Yorgunluğun azaltılması,
- Kas kasılması ve aktivitenin etkisiyle kemik mineral yoğunluğunun korunması ve osteoporozun önlenmesi,
- Kas dokusunca kullanılan enerji ve oksijen miktarının artması,
- Olası yaralanma, sakatlık ve kazalara karşı bedensel korunma geliştirilmesi,

B- Diğer Vücut Sistemleri Üzerine Etkileri

- Kalbin dakikadaki atım sayısı azalır,
- Kalbin boşluklarında genişleme meydana gelir ve bir atımda pompalanan kan miktarında artış olur,
- Kalbin ritmi düzenlenir,
- Damarların kan akışına olan direnci azalır ve kan basıncı düşer,
- Damar yapısının elastikiyetini artırır,
- Yüksek kan kolesterol ve trigliserit düzeyini etkileyerek damar hastalıkları riskini azaltır,
- Kalbi güçlendirerek kalbe olan kan akışını artırır ve kalp krizi geçirme riskini azaltır ayrıca geçirilmiş kalp krizleriyle başa çıkma oranını artırır,
- Akciğerlerin havalanması artar, solunum kapasitesinde artış meydana gelir,
- Düzenli fiziksel aktivite yapan bireyler sigara bağımlılığından kurtulma konusunda inaktif bireylerden daha başarılıdırlar,
- Düzenli fiziksel aktivite insülin aktivitesinin kontrolünü sağlayarak şeker hastalığının ve kan şekerinin kontrolüne yardımcı olur,
- Vücudun su, tuz, mineral kullanımının dengelenmesine yardımcı olur,
- Enerji gereksinimini yağları yakarak karşılama alışkanlığı getirerek metabolizmayı hızlandırır ve kilo alımını önler,
- Kadınlarda menopoza girme başlangıç yaşını geciktirir, menopozun olumsuz etkilerinin hafifletilmesinde yardımcıdır,
- Damar yapısına etkileri nedeniyle beyine olan kan akışının artışına bağlı olarak erken demans ve unutkanlık gelişim riskini azaltır,
- Beyin damar hastalıkları gelişim riskini azaltır,
- Yetişkinlerde sağlıklı cinsel aktivite üzerinde olumlu etkileri vardır.

2.6. Transteorik Model

Değişim aşamaları modeli ilk olarak psikolog James O. Prochaska ve Carlo Diclemente tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir. ⁽⁵⁹⁾ Sonrasında farklı psikoterapi teorileri ile entegre edilip bu modele Transteoretik Model (TTM) ismi verilmiştir. ⁽⁶²⁾ ⁽⁶³⁾ TTM; problemlili davranışı değiştirmek için bilişsel ve davranışsal tekniklerin kullanıldığı, değişim aşamalarına odaklı bir modeldir. Model aynı zamanda bireyin yeni bir sağlıklı davranışına hazır olup olmadığını değerlendirir, sağlıklı davranışı gerçekleştirmeye ve o sağlıklı davranışı devam ettirmeye çalışan bireye rehberlik eder.

Geleneksel davranış değiştirme çalışmalarının büyük çoğunluğu, bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasını genellikle dikkate almaz ya da tüm bireylerin davranış değişimi için hazır oluşuklarının aynı olduğunu kabul eder. Ancak TTM'de değişimi kolaylaştırmak için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına en uygun girişimler belirlenir ve kullanılır. Herkese kalıplaşmış bilgilerin verilmesinin zaman kaybıyla sonuçlandığı ve davranış değişimine karşı direnç geliştirdiği bilinmektedir. TTM, farklı aşamalarda bulunan bireyleri tanımak ve bireylerin özel ihtiyaçlarını karşılayacak girişimleri geliştirmek için oluşturulmuştur. Girişimler bireylerin ihtiyaçları için bireye özgün hale getirildiğinden ve değişimi devam ettirme oranı diğerlerine göre daha yüksek olduğundan, bireylerin davranışa tekrar dönme olasılığı TTM'de diğer modellere göre daha düşüktür. ⁽⁵⁹⁾ ⁽⁶⁴⁾

TTM'de değişim, "bir dizi aşamada ilerlemeyi içeren süreç" olarak tanımlanmaktadır. Bireyler, davranışlarını birden değiştiremez; değişim aşamaları boyunca azar azar veya adım adım arttırarak davranışlarını değiştirebilirler. Değişim aşamaları, bireyin davranış değiştirmedeki ilgi ve motivasyonunu belirtir. Bu modele göre, davranış değişikliği beş aşamayı kapsar. ⁽⁶⁴⁾ ⁽⁶⁶⁾

Değişim Aşamaları;

- 1) Düşünmeme (Düşünme öncesi, farkındalık öncesi, niyet öncesi): Gelecek altı ay içinde davranış değişikliğini düşünmeme
- 2) Düşünme (Farkındalık, niyet): Gelecek altı ay içinde davranış değişikliğini düşünme
- 3) Hazırlık (Karar verme): Gelecek 30 gün içinde harekete geçmeyi düşünme

- 4) Hareket (eyleme geçme, deneme): Davranış altı aydan daha kısa süre önce değiştirmiş olma
- 5) Devam ettirme (Sürdürme): Davranış altı aydan daha uzun süre önce değiştirmiş olma

Aşama 1: Düşünme öncesi (Farkındalık öncesi, niyet öncesi)

Düşünmeme aşamasındaki birey, altı ay içinde davranış değiştirme niyetinde değildir ve bireyin hastalık risklerini göz ardı ettiği ya da bu alışkanlığının sonuçları hakkında yeterli bilgisinin olmadığı söylenir. Birey, genellikle davranışını değiştirmeye yardım edecek bilgiyi almaktan imtina eder. Çevresinden gelen baskılar da değişimin önünde engel oluşturmuş bireylerin morali bozulmuştur, çünkü birkaç kez değişimi denemelerine rağmen başarılı olamamışlardır. Bu yüzden bilinçlenmelerini artıracak düşünce ve hareketlerden kaçmayı isterler. Kendine güvenleri yoktur, değişime dirençlidirler. Bu aşamadaki bireye sağlıklı davranış hakkında daha fazla bilgi verilmeli, olumsuz davranış değiştirmenin yararları konusundaki farkındalık sağlanmalı ve olumsuz davranışlarının diğer insanlar üzerindeki etkileri hakkında düşünmeye teşvik edilmelidir. ⁽⁶⁴⁾⁽⁶⁵⁾

Aşama 2: Düşünme (Farkındalık, niyet)

Düşünme aşamasındaki birey davranışının hatalı olduğunun farkındadır ve altı ay içinde sağlıklı davranış başlatmak istemektedir. Değiştirmeyi düşündüğü davranışının yararlı ve zararlı yönlerini araştırmaya başlar. Başa çıkma yöntemlerini düşünür ancak henüz eyleme geçememiştir. Problemlili davranışın çözümünün yararlarının ve zararlarının düşünülmesi, düşünme aşamasının önemli yönlerinden biridir. Yinede problemlili davranışın yararlarını daha çok düşünürler ve değişim için yetersiz çaba - enerji harcarlar. ⁽⁶⁴⁾⁽⁶⁵⁾

Aşama 3: Hazırlık (Karar verme)

Bu aşamada birey bir sonraki ay içinde harekete geçmek niyetindedir ve çoğunlukla daha önce başarısızlıkla sonuçlanan girişimlerde bulunmuştur. Davranış değişikliği için küçük adımlar atmaya başlar. Bu aşamada birey güvendikleri arkadaşlarından destek bekler ve en fazla davranış değiştirdiğinde başarısız olmaktan kaygılanır. ⁽⁶²⁾ Daha önceki deneyimleri başarısızlıkla sonuçlanmış hazırlık aşamasındaki

bireyler sağlık eğitimi programlarına katılmak ya da davranış değişimini denemek gibi hareket planlarına sahiptirler. Bu bireyler davranış değişimini gerçekleştirmede daha etkindirler. Hazırlık aşaması, hareket aşamasının tetikleyicisi olduğundan bu evredeki bireylerin “sağlığıma zarar veren problem davranışımı değiştirmem lazım, bu değişimi nasıl gerçekleştirebilirim?” ifadelerinden tanınabilirler.⁽⁶⁴⁾⁽⁶⁵⁾

Aşama 4: Hareket (eyleme geçme, deneme)

Hareket aşamasındaki birey son altı ay içinde problemlı davranış değiştirmiş ve yeni sağlıklı davranışlar edinmeye başlamıştır. Hareket aşamasının eski davranışa yeniden geri dönüşü önlemek(relaps), kazanılan davranış pekiştirmek için çabalamak kritik bir aşamadır. Problemlı davranış yok etmek için bireyler alışkanlıklarını ve çevrelerini güç ve zaman harcayarak değiştirme gayreti içindedirler. Bireyin hareket aşamasına geçmesi davranış değişimiyle eşdeğerdır yani birey artık eski davranışını terk etmiştir. Hareket farkedildiğinde davranış değiştirmenin başladığından söz edilebilir. Hareket aşaması, relapsın en sık olduğu aşamadır. Relaps % 50 oranında ilk iki-üç hafta içinde olur ve sonraki iki üç ay içinde bu oran gittikçe azalır. Bundan dolayı başlangıçta destek çok ama çok önemlidir. Üç dört ay sonraki destek ise davranışa yeniden dönme üzerine daha az etkilidir. Davranışa yeniden dönmeyi önlemeye yönelik görüşmeler ve pozitif davranış ödüllendirmek relaps yaşanmaması konusunda çok etkilidir. Bireye bu aşamada karşılaşabileceği güçlüklerle nasıl mücadele etmesi gerektiğini öğretmek gerekir. Bireye başarı karşısında kendisini ödüllendirmesi, sağlıksız şekilde davranmaya özendiren insanlardan ve durumlardan kaçınması gibi relapsı engellemeye yardımcı teknikler öğretilmelidir.⁽⁶⁴⁾⁽⁶⁵⁾

Aşama 5: Devam ettirme (Sürdürme)

Bu aşamadaki birey en az altı aydır problemlı davranış değiştirmiştir. Bu aşama değişimin başladığı ilk altı aydan başlayarak sınırsız süreyi kapsar. Birey bir süre yeni sağlıklı davranış sürdürür ve geri dönüşü önlemeye çalışır. Birey problemlı davranış teşvik eden uyarılardan daha az etkilenir hale gelir ve değişimi devam ettirebileceğine olan güven artmıştır. Problemlı davranışa yeniden dönme riski daha düşüktür, fakat relapsı engellemek için alınan önlemlere hala dikkat edilmesi gerekir. Devam ettirme aşaması, problemlı davranışa yeniden dönmeyi engelleyici, önleyici, hareket aşamasında edinilen başarıları destekleyici çalışmaların ağırlık kazandığı bir aşamadır. Devam

ettirme aşamasındaki bireyin davranış değişikliğini devam ettirebilme konusundaki özgüveni artmıştır ve problem davranışa yeniden dönmeyi sağlayacak risklerden daha az etkilenirler. ⁽⁶⁴⁾⁽⁶⁵⁾

2.7. Sağlık Denetim Odağı

Rotter (1966) denetim odağı kavramını, bireyin olumlu ya da olumsuz şekilde kendisini etkileyen olayları, kendi yetenek ve davranışlarının sonuçları ya da şans, kader, güçlü başkaları gibi kendisi dışındaki güçlerin işi olarak algılaması eğilimidir diye tanımlamıştır. ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾ Denetim odağını kendi davranış ve yeteneklerinde algılayan kişiler içten denetimli ⁽¹³⁾, sonucun genel olarak kendi davranışlarından bağımsız ve denetimin de kendi kontrolü dışındaki güçlü diğerleri (sağlık profesyonelleri vb.) kontrolü altında olduğuna inananlar dıştan denetimli, kontrolün şans, talih, kader ve benzeri kaynaklara bağlı olduğuna inananlar da ‘kaderci’ olarak tanımlanmaktadır. Güçlü diğerleri kontrolü altında olanlar ve kaderci olarak tanımlananlar dış denetim odaklı bireylerdir. ⁽¹⁴⁾

Sağlık denetim odağı ise kişinin sağlığıyla ilgili konularda kontrolün kaynağına yönelik atıflarıdır. ⁽⁶⁷⁾ Sağlık alanında geliştirilen ölçeklerle yapılan çalışmalarda, sağlık denetim odağının bazı sağlık davranışları ve tutumları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. İç denetimli kişiler kendi başlarına davranabileceklerine olan inançları nedeni ile bilgiye daha fazla gereksinim duyarken, dıştan denetimli kişiler daha yeterli kişilere bağımlılığı (örneğin doktor, hemşire) daha kolay kabul etmeleri nedeni ile bilgiye daha az gereksinim duyarlar. İç denetimlilerin kendi yaşamlarına ilişkin sorumluluk yüklenmeye, rahatsız edici ve kötü koşulları değiştirme çabalarına daha hazır oldukları görülür. Dış denetimli kişiler, sağlıklarının sorumluluklarını üstlerine almak istemezler, sağlıklarının kader veya şansa bağlı olduğuna inanırlar ve davranış değişikliklerine karşı direnç gösterirler. Kişilerin edindikleri inançları denetleyebilmeleri ve sağlık davranışlarının bilinçli temelini oluşturma açısından yararlanabilmeleri için kişilere yapılan eğitimlerde özellikle iç denetim odağı algısının geliştirilmesine önem verilmektedir. ⁽⁶⁸⁾

Wallston ve Wallston tarafından 1981’de yapılan araştırma sonuçları, sağlık denetim odağının insanların fiziksel ve ruhsal sağlığını, sosyal destek, davranışsal

stratejileri kullanma, beslenme ve egzersiz kadar etkilediğini göstermiştir. Deneysel ve ilişkisel araştırmalar, bebeklikten yaşlılığa tüm yaşam dönemleri boyunca denetim algılarının, fiziksel ve ruhsal sağlık, başarı, kendilik değeri, kişisel uyum, başa çıkma becerileri gibi pek çok değişkenle ilgili olduğunu ve bunlar üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir.⁽⁶⁸⁾

Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptirler.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ Hatta hekimlerin verdikleri tavsiyelere kendilerinin uymaması durumunda, hastalarına güvenilir ve etkin tıbbi tavsiyeler vermelerinin daha zor olduğu gösterilmiştir. Bu nedenlerle sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam davranışlarının ve bunları etkileyen etmenlerin belirlenerek bunların yol göstericiliğinde planlamalar yapılması hem kendi sağlıkları hem de hizmet verdikleri popülasyonun sağlığı açısından önemlidir.

Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam uygulamalarını ve hastalarına önermelerini ortaya koyan, aynı zamanda sağlık denetim odağı ile ilişkilerini inceleyen çalışma sayısının oldukça az olması⁽¹⁸⁻²³⁾ ve hatta hekimlerde sağlık denetim odağı ile ilgili hiçbir çalışma olmaması noktasından hareketle planladığımız bu çalışmanın amacı sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam davranışlarını uygulamalarını/önermelerini değerlendirmek ve bunların sağlık denetim odağıyla ilişkisini ortaya koymaktır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Amacı sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam davranışlarını uygulamaları/önergeleri ve bunların sağlık denetim odağıyla ilişkisinin değerlendirilmesi olan bu çalışma aşağıdaki araştırma sorularına yanıt arayacak tarzda kesitsel tipte planlandı.

1. Sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam davranışlarını uygulama ve hastalarına önerme durumları nasıldır ve bunların sosyodemografik özellikler ile bir ilişkisi var mıdır?
2. Sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam davranışlarını uygulamaları ile hastalarına önergeleri arasında bir ilişki var mıdır?
3. Sağlık profesyonellerinin sağlık denetim odakları nedir ve bunun sosyodemografik özellikler ile bir ilişkisi var mıdır?
4. Sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam davranış uygulamaları/önergeleri ile sağlık denetim odakları arasında bir ilişki var mıdır?

3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, 2016 yılının Mayıs, Haziran ve Temmuz aylarında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinde dahili ve cerrahi branşlarda görev yapan doktorlar (660) ve hemşireler (863) oluşturdu.

Sağlıklı yaşam davranışları uygulama sıklığı % 50 alındığında, evreni % 95 güvenilirlik ile temsil eden en az örneklem büyüklüğü doktorlar için 244, hemşireler için 267 olarak hesaplandı. En az örneklem büyüklüğüne ulaşmak amacıyla Tıp Fakültesi Dekanlığı ve Balcalı Hastanesi Başhemşireliği'nden alınan doktor ve hemşire listeleri üzerinden sistematik örnekleme yöntemiyle isimler belirlendi.

3.3.Gerekli İzinlerin Alınması

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırma öncesinde aşağıdaki belirtilen izinler ve onaylar alındı.

1. Aile Hekimliği Akademik Kurul Kararı
2. Tıp Fakültesi Etik Kurul (01.04.2016 -Karar no :16)
3. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
4. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Başhemşireliği

3.4.Verilerin Toplanması

ÇÜTF Dekanlığından alınan doktor listesinden ve ÇÜTF Başhekimliğinden alınan hemşire listesinden sistematik örnekleme yöntemiyle belirlenen katılımcılara bire bir ulaşıldı. Çalışmaya katılmak istemeyen kişilerin yerine listede bir alt sıradaki kişi alındı. Emeklilik nedeniyle listede adı görülen fakat görevden ayrılmış veya ankete katılmayı kabul etmeyen bireylerin (toplamda 78 kişi) yerine listede adı bir alt sırada olan kişiye geçildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere anketler elden verildi ve toplandı.

3.5.Veriler Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından oluşturulan ve katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, sağlıklı yaşam davranışlarını ve bu konulardaki uygulamalarını sorgulayan bir anket formu ile Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC-Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği) Form A kullanıldı.

3.5.1. Anket Formu

3.5.1.1. Sosyodemografik özellikler ile ilişkili sorular

Katılımcıların; yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, çalıştığı bölüm, kronik hastalık varlığı, kendi sağlık ve ekonomik durumu hakkındaki algısı soruldu. Son iki soru 1 (çok kötü), 2 (kötü), 3 (orta), 4 (iyi), 5 (çok iyi) olmak üzere beşli Likert olarak derecelendirildi. Ayrıca bu bölümde katılımcıların boyları ve kiloları soruldu.

3.5.1.2.Sağlıklı yaşam davranışları ve uygulamaları ile ilişkili sorular

Katılımcılara beş sağlıklı yaşam davranışını (sigara içmemek, stresle baş etmek için günde en az 10 dakika zaman ayırmak, ideal kiloda olmak ve bunu korumaya çalışmak, günlük 5 porsiyon meyve ve/veya sebze tüketmek, haftalık toplam en az 150

dakika egzersiz yapmak) uygulayıp uygulamadıkları ve bunları hastalarına önerip önermedikleri soruldu. Yanıtlar 1 (hiçbir zaman), 2 (nadiren), 3 (bazen), 4 (sık sık), 5 (her zaman) olarak derecelendirildi.

3.5.1.3. Sağlıklı yaşam davranışlarının transteorik modele göre evreleri

Katılımcıların beş sağlıklı yaşam davranışını uygulama konusunda transteorik modele göre hangi aşamada oldukları; 1 (hayır düşünmüyorum), 2 (evet önümüzdeki 6 ay içinde düşünüyorum), 3 (evet önümüzdeki 1 ay içinde planlıyorum), 4 (evet 6 aydan daha az bir süredir uyguluyorum), 5 (evet 6 aydan daha uzun bir süredir uyguluyorum) şeklinde soruldu.

Ayrıca; katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda danışmanlıklarını/yeterliliklerini nasıl değerlendirdikleri ve sağlıklı yaşam davranışları konusunda danışmanlıklarının/yeterliliklerinin hastalar için ne kadar önemli olduğu algısı soruldu ve yanıtlar beşli Likert olarak derecelendirildi

3.5.1.4. Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC-Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği) Form A

Wallston, Wallston ve DeVellis tarafından 1981’de geliştirilen Çok Yönlü Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği (Multi-dimensional Health Locus of Control Scale, MHLC) kişilerin sağlık davranışlarında içten denetimli mi, dıştan denetimli mi olduklarını ya da kaderci bir yaklaşımı mı benimsediklerini saptamaya yöneliktir.

MHLC ölçeğinin üç formu vardır: Form A, Form B, Form C. En sık kullanılan Form A’dır. Ülkemizde MHLC ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliği, Üstündağ-Budak (2005) tarafından yapılmıştır.⁽⁶⁹⁾ Ülkemizde hastalarla yapılan bir kaç çalışmada kullanılan bu formun Cronbach α değeri 0,74-0,78 olarak bulunmuştur.

Likert tipi 6 seçenekli, 18 maddeden oluşan MHLC ölçeği, iç ve dış denetim odakları ile kaderci yaklaşıma yönelik algılamaları değerlendirmek amacıyla altışar maddelik üç gruba ayrılmaktadır. İçsel puan; 1., 6., 8., 12., 13., 17. soruların puanlarının toplamı, dışsal puan (Şans) 2., 4., 9., 11., 15., 16. soruların puanlarının toplamı ve güçlü diğerlerinin puanlanması 3, 5, 7, 10, 14, 18. soruların puanlarının toplamıdır. Denetim odağı algılama düzeyleri ile ilgili ortalamalar 6-36 arasında değerlendirilmektedir.

Toplam puan diye bir şey yoktur. Hangi bölümün puanı yüksek ise sağlık denetim odağının o olduğu kabul edilmektedir .

3.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde önce kodlama rehberi oluşturuldu. Excel programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılan veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edildi.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve sağlıklı yaşam davranışlarını uygulamaları/önergeleri ile ilgili veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirildi. Katılımcıların; sağlıklı yaşam davranışları uygulamalarının/önergelerinin sosyodemografik özellikler ve sağlık denetim odağı ile ilişkisi normal dağılıma uymadığı için Mann Whitney U, Kruskal Wallis testleriyle, sağlık denetim odaklarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı ise Ki-kare testi ile değerlendirildi. Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışları ile sağlıklı yaşam uygulamaları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. ⁽⁷⁰⁾ Katsayı 0-0,25; çok zayıf ilişki, 0,25-0,50; zayıf-orta derecede ilişki, 0,50-0,75; iyi derecede ilişki, 0,75-1,00; çok iyi derecede ilişki şeklinde yorumlandı. ⁽⁷¹⁾ P değerinin 0,05'ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4.BULGULAR

Yaş ortalaması $33,88 \pm 9,24$ olan 514 katılımcının % 68,5'i kadın, % 56,6'sı evli, % 48,1'i doktor, % 64,6'sı dahili bilimlerde görevliydi. Katılımcıların % 44,9'unun ekonomik durumlarını iyi olarak algıladıkları saptandı ($3,43 \pm 0,76$) (Tablo 3).

Tablo 3.Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (N=514)

		N	% *
Yaş	≤25	85	16,5
	26-35	243	47,3
	36-45	118	23,0
	>45	68	13,2
Cinsiyet	Kadın	352	68,5
	Erkek	162	31,5
Medeni durum	Evli	291	56,6
	Bekar	223	43,4
Meslek	Doktor	247	48,1
	Hemşire	267	51,9
Bölüm	Dahili	332	64,6
	Cerrahi	182	35,4
Ekonomik durum algısı	Çok Kötü	6	0,01
	Kötü	45	8,8
	Orta	209	40,7
	İyi	231	44,9
	Çok iyi	23	4,5

*Tüm katılımcılar içindeki yüzde

Tablo 4’te katılımcıların sağlık durum algıları, kronik hastalık ve BKİ dağılımları görülmektedir. Katılımcıların % 21,4’ü kronik hastalığı olduğunu, % 54,7’si ise sağlık durumunun iyi olduğunu bildirdi ($3,84 \pm 0,69$). Bildirilen boy ve kilolara göre yapılan hesaplamalardan katılımcıların % 43,8’inin BKİ’ne göre normal aralığın dışında oldukları saptandı.

Tablo 4. Katılımcıların sağlık durum algıları, kronik hastalık ve BKİ durumları (N=514)

		N	% *
Sağlık durum algısı	Çok Kötü	0	0
	Kötü	9	1,8
	Orta	144	28,0
	İyi	281	54,7
	Çok iyi	80	15,6
Kronik hastalık	Var	110	21,4
	Yok	404	78,6
Beden kitle indeksi	<18,5	17	3,3
	18.5-24.99	289	56,2
	25-29.99	181	35,2
	30-39.99	27	5,3
	>40	0	0,0

*Tüm katılımcılar içindeki yüzde

Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışlarına bakıldığında; % 25,1'inin düzenli olarak, % 17'sinin ise ara sıra sigara içtiği, % 29,8'inin hiçbir zaman günlük beş öğün meyve-sebze tüketmediği, % 10,9'unun hiçbir zaman stres yönetimi ile ilgili bir girişimde bulunmadığı, % 24,5'unun hiçbir zaman ideal kiloda olmadığı ve % 23,9'unun hiçbir zaman egzersiz yapmadığı görüldü (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışlarını uygulama durumları (N=514)

	Hiçbir zaman N (%)*	Nadiren N (%)*	Bazen N(%)*	Sık Sık N (%)*	Her zaman N(%)*	Ort±SD
Sigara içme	298 (57,9)	61(11,9)	26(5,1)	66(12,8)	63(12,3)	2,10±1,49
Günlük 5 porsiyon sebze-meyve tüketme	153(29,8)	216(42,0)	83(16,1)	31(6,0)	31(6,0)	2,17±1,10
Stresle baş etmek için bir girişimde bulunma	56(10,9)	135(26,3)	149(29,0)	77(15,0)	97(18,9)	3,05±1,26
İdeal kiloda kalmaya çalışma	126(24,5)	184(35,8)	130(25,3)	48(9,3)	26(5,1)	2,35±1,10
Egzersiz yapma	123(23,9)	213(41,4)	61(11,9)	44(8,6)	73(14,2)	2,48±1,32

*Tüm katılımcılar içindeki yüzde

Katılımcıların değerlendirilen beş sağlıklı davranış arasından hastalarına en çok sigara içmeme konusunda öneride bulundukları saptandı. En az öneride bulunulan konu sebze-meyve tüketmeydi (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışlarını hastalarına önerme durumları (N=514)

	Hiçbir zaman N(%)*	Nadiren N (%)*	Bazen N(%)*	Sık N (%)*	Her zaman N(%)*	Ort±SD
Sigara içmeme	16 (3,1)	40(7, 8)	71(13,8)	76(14,8)	311(60,5)	4,22±1,13
Günlük 5 porsiyon sebze-meyve tüketme	86(16,7)	197(38,3)	101(19,6)	56(10,9)	74(14,4)	2,68±1,28
Stresle baş etmek için bir girişimde bulunma yönetimi	19(3,7)	90(17,5)	119(23,2)	112(21,8)	174(33,9)	3,65±1,21
İdeal kiloda kalmaya çalışma	75(14,6)	146(28,4)	88(17,1)	103(20,0)	102(19,8)	3,02±1,36
Egzersiz yapma	37(7,2)	124(24,1)	102(19,8)	85(16,5)	166(32,3)	3,43±1,34

*Tüm katılımcılar içindeki yüzde

Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışları konusunda danışmanlığının hastaları için önemi hakkındaki algılarına bakıldığında % 88,9'u önemli/çok önemli olduğunu bildirdi. Katılımcıların sağlıklı yaşam danışmanlığı konusundaki yeterlilik algılarına bakıldığında ise % 61,8'i kendisini iyi/çok iyi olarak değerlendirdi (Tablo 7).

Tablo 7 Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışları konusunda danışmanlığının hastaları için önemi hakkındaki algıları ve sağlıklı yaşam davranışları danışmanlığı konusunda yeterlilik algıları (N=514)

		N	% *	Ort±SD
Sağlıklı yaşam danışmanlığının hastalar için önem algısı	Hiç önemli değil	3	0,6	4,21±0,70
	Önemli değil	7	1,4	
	Fark etmez	47	9,1	
	Önemli	179	54,3	
	Çok önemli	178	34,6	
Sağlıklı yaşam davranışları danışmanlığı konusunda yeterlilik algısı	Çok Kötü	1	0,2	3,72±0,81
	Kötü	31	6,0	
	Orta	164	31,9	
	İyi	232	45,1	
	Çok iyi	86	16,7	

*Tüm katılımcılar içindeki yüzde

Tablo 8’de katılımcıların davranış değişikliği evrelerine göre dağılımları görülmektedir. Katılımcıların değerlendirilen beş sağlıklı davranış arasından en çok sigara içmemeyi (% 66,2), sonra sırasıyla stresle baş etmek için bir girişimde bulunmayı (% 57,3), egzersiz yapmayı (% 48,1), ideal kiloda kalmaya çalışmayı (% 45,1) ve günde 5 porsiyon sebze-meyve tüketmeyi (% 33,0) uyguladıkları saptandı.

Sigara içenlerin % 33,9’unun, günlük 5 porsiyon sebze-meyve tüketmeyenlerin % 34,0’ının, stresle baş etmek için herhangi bir girişimde bulunmayanların % 51,6’sının, ideal kilosunda olmaya çalışmayanların % 39,0’ının, egzersiz yapmayanların % 49,4’ünün bu konularda karar (hazırlık) aşamasında oldukları bulundu. SYBD konusunda düşünme aşamasındaki yüzdeler de şu şekildeydi: sigara için % 23,6, günlük en az 5 porsiyon sebze meyve tüketimi için % 36,6, stres yönetimi için % 37,9, ideal kiloda kalmaya çalışma için % 30,8, egzersiz için % 34,0. Düşünce öncesi evrede olanların oranları sırasıyla % 42,5, % 29,4, % 10,5, % 30,2, % 16,5’tur.

Tablo 8. Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışlarının “Transteorik Model”e göre değerlendirilmesi (N=514)

	Hayır düşünmüyorum N (%)	Evet önümüzdeki 6 ay içinde düşünüyorum N (%)	Evet önümüzdeki 1 ay içinde düşünüyorum N (%)	Evet 6 aydan daha az bir süredir uyguluyorum N (%)	Evet 6 aydan uzun bir süredir uyguluyorum N (%)	Ort±SD
Sigara içmeme/bırakma	74(14,4)	41(8,0)	59(11,5)	20(3,9)	320(62,3)	3,92±1,53
Günlük 5 porsiyon meyve ve/veya sebze tüketme	101(19,6)	126(24,5)	117(22,8)	66(12,8)	104(20,2)	2,89±1,40
Stresinizle baş etmek için günde en az 10 dk. bir girişimde bulunma	23(4,5)	83(16,1)	113(22,0)	102(19,8)	193(37,5)	3,70±1,24
İdeal kilonuzda olma ve bunu korumaya çalışma	85(16,5)	87(16,9)	110(21,4)	94(18,3)	138(26,8)	3,22±1,42
Haftada en az toplam 150 dk. egzersiz (tempolu yürüyüşe eşdeğer) yapma	44(8,6)	91(17,7)	132(25,7)	91(17,7)	156(30,4)	3,44±1,31

Erkeklerin kadınlardan daha fazla sigara içtiği, erkeklerin kadınlardan, doktorların ise hemşirelerden daha fazla sigara konusunda öneride bulunduğu saptandı ($p<0,05$). Yaş arttıkça katılımcıların sigara içme davranışının azaldığı, hastalarına sigara içmeme konusunda öneride bulunma ortalamasının ise arttığı görüldü ($p<0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların sigara içmeme ve sigara içmemeyi hastalarına önerme durumları ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Sigara içmeme Ort±SD	Önerme Ort±SD
Yaş	≤25	1,72 ±1,31	4,25± 1,16
	26-35	2,07±1,45	4,07±1,19
	36-45	2,25±1,51	4,37±1,06
	>45	2,40±1,75	4,43±0,91
	p*	0,019	0,033
Cinsiyet	Kadın	4,09±1,41	4,11±1,18
	Erkek	3,53±1,71	4,44±0,98
	p*	0,001	0,002
Medeni durum	Evli	3,95±1,48	4,27±1,09
	Bekar	3,88±1,59	4,15±1,19
	p*	0,889	0,279
Meslek	Doktor	3,89±1,58	4,41±0,98
	Hemşire	3,94±1,48	4,04±1,23
	p*	0,945	0,001
Bölüm	Dahili	3,93±1,49	4,19±1,17
	Cerrahi	3,89±1,60	4,27±1,06
	p*	0,986	0,574

*Mann-Whitney U Testi

**Kruskal Wallis

Kadınların, hemşirelerin ve dahili branşta çalışanların günde 5 porsiyon sebze-meyve tüketiminin daha fazla olduğu, dahili branşta çalışan katılımcıların sebze-meyve tüketimi konusunda daha fazla öneride bulunduğu saptandı ($p<0.05$). Sebze-meyve tüketimi ile diğer sosyodemografik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadı (Tablo 10).

Tablo 10.Katılımcıların günlük sebze-meyve tüketme ve sebze-meyve tüketimini hastalarına önerme durumları ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Sebze-meyve tüketme Ort $\pm$ SD	Önerme Ort $\pm$ SD
Yaş	≤ 25	2,39 $\pm$ 1,09	2,84 $\pm$ 1,31
	26-35	2,28 $\pm$ 1,08	2,99 $\pm$ 1,31
	36-45	2,34 $\pm$ 1,09	3,06 $\pm$ 1,46
	>45	2,54 $\pm$ 1,17	3,29 $\pm$ 1,41
	p*	0,389	0,214
Cinsiyet	Kadın	3,35 $\pm$ 1,38	3,07 $\pm$ 1,37
	Erkek	2,94 $\pm$ 1,48	2,91 $\pm$ 1,35
	p*	0,004	0,226
Medeni durum	Evli	3,27 $\pm$ 1,43	3,04 $\pm$ 1,38
	Bekar	3,15 $\pm$ 1,41	3,00 $\pm$ 1,34
	p*	0,343	0,775
Meslek	Doktor	3,07 $\pm$ 1,42	3,06 $\pm$ 1,37
	Hemşire	3,36 $\pm$ 1,41	2,99 $\pm$ 1,36
	p*	0,021	0,530
Bölüm	Dahili	3,33 $\pm$ 1,41	3,18 $\pm$ 1,35
	Cerrahi	3,02 $\pm$ 1,43	2,73 $\pm$ 1,35
	p*	0,020	0,000

*Mann-Whitney U Testi

**Kruskal Wallis

Sosyodemografik özellikler ile katılımcıların stresle baş etmek için herhangi bir girişimde bulunması/hastalarına önermesi arasında herhangi anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 11).

Tablo 11.Katılımcıların stresle baş etmek için herhangi bir girişimde bulunma ve stresle baş etmek için herhangi bir girişimde bulunmayı hastalarına önerme durumları ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Stresle baş etme Ort±SD	Önerme Ort±SD
Yaş	≤25	2,12± 0,94	2,60±1,20
	26-35	2,13 ±1,05	2,66±1,31
	36-45	2,37 ±1,30	2,67±1,22
	>45	2,00 ±1,07	2,85±1,35
	p*	0,255	0,643
Cinsiyet	Kadın	2,90±1,35	2,70±1,24
	Erkek	2,88±1,49	2,64±1,36
	p*	0,751	0,353
Medeni durum	Evli	2,82±1,43	2,66±1,27
	Bekar	3,00±1,34	2,71±1,28
	p*	0,103	0,565
Meslek	Doktor	2,95±1,43	2,77±1,36
	Hemşire	2,85±1,36	2,60±1,18
	p*	0,463	0,315
Bölüm	Dahili	2,92±1,38	2,76±1,30
	Cerrahi	2,86±1,42	2,53±1,21
	p*	0,613	0,071

*Mann-Whithney U Testi

**Kruskal Wallis

Doktorların hemşirelerden, dahili branşta çalışanların cerrahi branşta çalışanlardan daha fazla ideal kiloda kalmaya çalıştıkları saptandı. Erkeklerin, doktorların, dahili branşta çalışanların ideal kiloda kalma konusunda hastalarına daha fazla öneride bulunduğu saptandı. Yaş arttıkça ideal kiloda kalma konusunda öneri puanının arttığı saptandı ($p<0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların ideal kiloda kalma ve ideal kiloda kalmayı hastalarına önerme durumları ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		İdeal kiloda kalma çabası Ort±SD	Önerme Ort±SD
Yaş	≤25	3,29±1,31	3,29±1,16
	26-35	2,98±1,28	3,63±1,23
	36-45	3,05±1,23	3,75±1,20
	>45	2,99±1,19	3,99±1,13
	p*	0,211	0,003
Cinsiyet	Kadın	3,69±1,20	3,55±1,24
	Erkek	3,71±1,33	3,85±1,12
	p*	0,644	0,014
Medeni durum	Evli	3,62±1,24	3,65±1,21
	Bekar	3,80±1,24	3,64±1,21
	p*	0,077	0,958
Meslek	Doktor	3,81±1,25	3,88±1,14
	Hemşire	3,60±1,23	3,43±1,24
	p*	0,034	0,000
Bölüm	Dahili	3,80±1,20	3,77±1,17
	Cerrahi	3,52±1,31	3,41±1,26
	p*	0,025	0,001

*Mann-Whitney U Testi

**Kruskal Wallis

Dahili branşta çalışanların daha fazla egzersiz yaptıkları; erkeklerin, doktorların, dahili branşta çalışanların hastalarına egzersiz yapma konusunda daha fazla öneride bulundukları saptandı. Yaş arttıkça egzersiz yapma konusunda öneri puanının arttığı saptandı ($p<0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13.Katılımcıların egzersiz yapma ve egzersiz yapmayı hastalarına önerme durumları ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Egzersiz yapma Ort±SD	Önerme Ort±SD
Yaş	≤25	2,40±1,33	2,99±1,35
	26-35	2,45±1,31	3,44±1,31
	36-45	2,48±1,31	3,48±1,40
	>45	2,66±1,37	3,81±1,20
	p**	0,600	0,003
Cinsiyet	Kadın	3,37±1,29	3,31±1,38
	Erkek	3,59±1,34	3,67±1,22
	p*	0,064	0,007
Medeni durum	Evli	3,36±1,32	3,50±1,33
	Bekar	3,53±1,29	3,33±1,35
	p*	0,139	0,174
Meslek	Doktor	3,45±1,28	3,74±1,21
	Hemşire	3,42±1,34	3,13±1,39
	p*	0,881	0,000
Bölüm	Dahili	3,55±1,29	3,59±1,29
	Cerrahi	3,24±1,32	3,13±1,38
	p*	0,010	0,000

*Mann-Whitney U Testi

**Kruskal Wallis

Erkeklerin kadınlara göre, doktorların ise hemşirelere göre kendi sağlık durumları ile algıları istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha iyiydi. Danışmanlık konusunda dahili

branşta çalışan sağlık profesyonellerinin kendilerini cerrahi branşta çalışanlara göre ve yaş arttıkça katılımcıların kendilerini daha yeterli olarak algıladıkları bulundu. Doktorların sağlıklı yaşam davranışları konusunda hastalarına verdikleri danışmanlığın önemi konusundaki algıları hemşirelere göre daha yüksekti (Tablo 14).

Tablo 14.Katılımcıların sağlık algısı, sağlıklı yaşam davranışları konusunda yeterlilik algısı ve bu konudaki danışmanlığın hastalar için önemi algısı ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Sağlık algısı Ort ±SD	Danışmanlık konusunda yeterlilik algısı Ort±SD	Danışmanlığın hastalar için önemi algısı Ort±SD
Yaş	≤25	3,93± 0,73	3,53± 0,89	4,14±0,78
	26-35	3,84±0,67	3,71±0,80	4,19±0,66
	36-45	3,81±0,70	3,81±0,76	4,23±0,67
	>45	3,81±0,67	3,85±0,815	4,32±0,80
	p**	0,484	0,046	0,209
Cinsiyet	Kadın	3,79±0,69	3,73±0,82	4,21±0,68
	Erkek	3,96 ±0,69	3,70±0,80	4,21±0,75
	p*	0,019	0,699	0,701
Medeni durum	Evli	3,80±0,68	3,73±0,81	4,21±0,67
	Bekar	3,90±0,70	3,72±0,82	4,22±0,75
	p*	0,078	0,906	0,575
Meslek	Doktor	3,97±0,65	3,73±0,81	4,27±0,73
	Hemşire	3,72±0,70	3,72±0,82	4,15±0,67
	p*	0,000	0,844	0,017
Bölüm	Dahili	3,88±0,68	3,77±0,83	4,22±0,72
	Cerrahi	3,77±0,70	3,64±0,78	4,20±0,68
	p*	0,086	0,044	0,655

*Mann-Whithney U Testi,

**Kruskal Wallis

Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışları ile bu davranışları hastalarına önermeleri arasındaki ilişki Tablo 15’te verilmiştir. Bu tabloya göre;

Sigara içme ile stres yönetimi, ideal kiloda kalma, egzersiz yapma, sigara içmemeyi önerme, stres yönetimi yapmayı önerme arasında negatif yönde zayıf ilişki, egzersiz yapmayı önerme arasında pozitif yönde zayıf ilişki,

Sebze meyve tüketimi ile sigara içmemeyi önerme dışında tüm sağlıklı yaşam uygulamaları ve önerileri arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki,

Stres yönetimi ile sigara içmeme arasında negatif yönde zayıf ilişki sebze meyve tüketimi, ideal kiloda olmaya çalışma, egzersiz yapma ve stres yönetimi yapmayı önerme arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki,

İdeal kiloda olmaya çalışma ile sigara içmeme arasında negatif yönde zayıf ilişki, diğer tüm sağlıklı yaşam davranışları ve önermeleri arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki,

Egzersiz yapma ile diğer dört sağlıklı yaşam davranışını uygulama ve hastalarına önerme arasında pozitif yönde zayıf-iyi derecelerde ilişki,

Herhangi bir sağlık davranışını önerme durumu ile diğer dört sağlık davranışını önerme durumu arasında pozitif yönde orta ve iyi derecelerde ilişki bulundu.

Tablo 15. Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışları ile bu davranışları hastalarına önermesi arasındaki ilişki

	Sigara içme	Sebze-meyve tüketme	Stres yönetimi	İdeal kiloda olma	Egzersiz	Sigara içmemeyi önerme	Sebze-meyve tüketmeyi önerme	Stres yönetimini önerme	İdeal kiloda kalmayı önerme	Egzersiz yapmayı önerme
Sigara içme	1,000	-,062	-,095*	-,130**	-,099*	-,100*	,059	-,200**	,059	,092*
Sebze-meyve tüketme		1,000	0,127**	0,430**	,289**	,077	,386**	,191**	,239**	,292**
Stres yönetimi			1,000	,150**	,249**	,061	,075	,289**	,036	,076
İdeal kiloda olma				1,000	,374**	,181**	,264**	,261**	,275**	,259**
Egzersiz					1,000	,098*	,138**	,170**	,202**	,186**
Sigara içmemeyi önerme						1,000	,346**	,322**	,434**	,403**
Sebze-meyve tüketmeyi önerme							1,000	,455**	,636**	,700**
Stres yönetimini önerme								1,000	,344**	,430**
İdeal kiloda kalmayı									1,000	,734**
Egzersiz yapmayı önerme										1,000

*Korelasyon 0.05 seviyesinde önermlidir.

**Korelasyon 0.01 seviyesinde önemlidir.

*Spearman korelasyon analiz testi

Tablo 16'da katılımcıların genel olarak sağlık denetim odak puanları belirtilmiştir. Katılımcıların iç denetim odak puanının ($24,77 \pm 5,08$) şanssal ($20,32 \pm 3,75$) ve güçlü diğerleri ($20,12 \pm 4,43$) odak puanından fazla olduğu şanssal ve güçlü diğerleri denetim odak puanlarının birbirlerine çok yakın olduğu bulundu.

Tablo 16. Katılımcıların sağlık denetim odak puanları

	Ort$\pm$SD	En az	En çok
İç denetim odak puanı	24,77 $\pm$ 5,08	10	36
Şanssal denetim odak puanı	20,32 $\pm$ 3,75	10	31
Güçlü diğerleri denetim odak puanı	20,12 $\pm$ 4,43	6	36

Katılımcıların sağlık denetim odaklarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımına bakıldığında her grubun içsel denetimli yüzdesinin en fazla olduğu (toplamda % 70,2), ikinci sıradaki denetim odaklarının erkeklerde ve doktorlarda güçlü diğerleri iken, diğer gruplarda şanssal olduğu görüldü. Katılımcıların sağlık denetim odaklarının cinsiyet ve bölüme göre farklılaştığı saptandı. Kadınların % 20,2'si şanssal denetim odaklı iken erkeklerde bu oranın % 8,6 olduğu ve cerrahi branşta çalışan katılımcıların % 36,8'i güçlü diğerleri denetim odaklı iken dahili branşta çalışanlarda bu oranın % 13 olduğu bulundu (Tablo 17).

Tablo 17.Katılımcıların sağlık denetim odaklarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

		İçsel denetim odaklı N(%)	Şanssal denetim odaklı N(%)	Güçlü diğerleri denetim odaklı N(%)	P*
Yaş	≤25	65(18,0)	13(15,3)	7(10,3)	0,339
	26-35	177(49,0)	36(42,4)	30(44,1)	
	36-45	77(21,3)	22(25,9)	19(27,9)	
	>45	42(11,6)	14(16,5)	12(17,6)	
Cinsiyet	Kadın	234(66,5)	71(20,2)	47(13,4)	0,004
	Erkek	127(78,4)	14(8,6)	21(13,0)	
Medeni durum	Evli	195(67,0)	54(18,6)	42(14,4)	0,184
	Bekar	166(74,4)	31(13,9)	26(11,7)	
Meslek	Doktor	179(72,5)	33(13,4)	35(14,2)	0,169
	Hemşire	182(68,2)	52(19,5)	33(12,4)	
Bölüm	Dahili	246(74,1)	43(13,0)	43(13,0)	0,009
	Cerrahi	115(63,2)	42(23,1)	25(36,8)	
Toplam		361 (70,2)	85 (16,5)	68 (13,2)	

*Ki-kare Testi

Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışlarını uygulamaları/önergeleri ile sağlık denetim odakları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı. İçsel denetim odaklı sağlık profesyonellerinin hastalarına sigara içmemeyi önerme, sebze-meyve tüketme, sebze- meyve tüketmeyi önerme, ideal kiloda kalmayı önerme, egzersiz yapma ve egzersiz yapmayı önerme puanları yüksek bulundu ($p<0,05$).

Katılımcıların SYBD yeterlik algıları puanları ve bu konunun hastalar için önem algısı puanları iç denetim odağına sahip olanlarda diğer denetim odağına sahip olanlardan yüksek bulundu ($p<0,05$)(Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışlarını uygulamaları/önergeleri ile sağlık denetim odakları arasındaki ilişki

		İçsel denetim odaklı Ort ±SD	Şansal denetim odaklı Ort ±SD	Güçlü diğerleri denetim odaklı Ort ±SD	P*
Sigara içmeme	Uygulama	2,20±1,55	1,87±1,36	1,81±1,26	0,147
	Önerme	4,31±1,08	4,01±1,16	3,97±1,31	0,020
Sebze-meyve tüketme	Uygulama	2,47±1,13	2,11±1,00	2,01±0,93	0,001
	Önerme	3,18±1,37	2,69±1,25	2,60±1,30	0,000
Stresle baş etme girişimi	Uygulama	2,12±1,08	2,31±1,25	2,24±0,97	0,346
	Önerme	2,69±1,29	2,79±1,28	2,49±1,21	0,350
İdeal kiloda kalma çabası	Uygulama	3,12±1,28	2,92±1,28	2,82±1,13	0,087
	Önerme	3,79±1,18	3,22±1,23	3,40±1,21	0,000
Egzersiz yapma	Uygulama	2,56±1,34	2,13±1,19	2,47±1,29	0,021
	Önerme	3,61±1,34	2,93±1,25	3,06±1,25	0,000
Danışmanlık verme	Yeterlilik	3,80±0,83	3,54±0,82	3,56±0,65	0,007
	Önem	4,27±0,71	3,95±0,68	4,21±0,63	0,000

*KruskalWallis

5.TARTIŞMA

5.1. Tartışma

Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesinde görev yapan doktor ve hemşirelerin sağlıklı yaşam davranışlarını uygulamalarının/önermelerinin ve bunların sağlık denetim odağıyla ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışma ulaşılabilen literatür kapsamında sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam davranışlarını uygulama ve hastalarına önerme durumları arasındaki ilişkinin değerlendirildiği nadir çalışmalardan biri ve hekimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla sağlık denetim odakları arasındaki ilişkisinin değerlendirildiği ilk çalışmadır. Konu hakkında çalışma sayısının az olması ve ulaşılabilen çalışmalarda sağlıklı yaşam davranışları konusunda farklı sorular/ölçekler kullanılması nedeniyle çalışmamızın literatürle karşılaştırılmasında kısıtlılık yaşanmıştır.

Çalışmaya katılan 514 sağlık profesyonelinin yaş ortalaması $33,88 \pm 9,24$, % 68,5'i kadın, % 56,6'sı evli, % 48,1'i doktor, % 64,6'sı dahili bilimlerde görevlidir. Katılımcıların % 44,9'u ekonomik, % 54,7'si sağlık durumlarını iyi olarak algıladıklarını bildirmişlerdir. Avcı ve Pala'nın yaptığı çalışmada çalışmamızla uyumlu olarak hekimlerin % 54,2'si sağlık durumunu iyi olarak değerlendirmektedir.⁽⁷²⁾⁽⁷³⁾ Brezilya'da Hidalgo ve ark.'nın 2016'da sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada da hekimlerin sağlık durum algıları % 61,5 iyi/ çok iyi, hemşirelerin % 55,7 iyi/çok iyi olarak saptanmıştır ve bu bulgular çalışmamızla uyumlu bulunmuştur.⁽²³⁾

Çalışmamızda katılımcıların % 57,9'unun hiçbir zaman sigara içmediği, % 25,1'inin düzenli olarak, % 17'sinin ise ara sıra sigara içtiği bulunmuştur. Erkeklerin kadınlardan daha fazla sigara içtiği ve yaş arttıkça sigara içiciliğinin azaldığı bulunmuştur. Sigara içme davranışının medeni durum, meslek ve çalıştığı bölüme göre farklılaşmadığı saptanmıştır. TÜİK'in verilerine göre katılımcıların % 27,3'ü her zaman sigara içtiğini bildirmiştir ve erkeklerin kadınlardan daha fazla sigara içtiği saptanmıştır.⁽²⁹⁾ Türkol ve Güneş'in araştırmasında da asistanların % 62'sinin sigarayla hiçbir zaman içmediği⁽⁷⁴⁾ Koç ve arkadaşlarının 304 katılımcıdan oluşan hastane personeliyle yaptığı

çalışmada ve Altın ile arkadaşlarının yaptığı çalışmada çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmuştur. ⁽⁷⁵⁾⁽⁷⁶⁾ Öztürk'ün yaptığı çalışmada da çalışmamızla uyumlu olarak hekimlerin çalıştığı bölümler arasında sigara içiciliği konusunda anlamlı fark bulunmamıştır. ⁽⁷⁷⁾

Katılımcıların % 71,8'i günlük en az 5 porsiyon meyve sebze tüketimini hiçbir zaman/nadiren olarak bildirmişlerdir. Kadınların, hemşirelerin ve dahili branşta çalışanların günde 5 porsiyon sebze-meyve tüketiminin daha fazla olduğu bulunmuştur. Katılımcıların sebze-meyve tüketimi ile diğer sosyodemografik özellikler arasında ilişki bulunamamıştır. Yalçinkaya, Özer ve Karamanoğlu'nun yaptığı çalışmada ve Özçelik'in yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının günlük sebze-meyve tüketimi, ara öğün alımlarının yetersiz olduğu ve bu durumun en çok zaman olmamasından kaynaklandığı bulunmuştur. ^{(78) (79)} Pasinlioğlu ve Gözümlü'nün sağlık personelleriyle yaptıkları çalışmada kadınların beslenmeye daha çok özen gösterdiği saptanmıştır. ⁽⁸⁰⁾

Çalışmamızdaki katılımcıların % 37,2'sinin hiçbir zaman/nadiren, % 33,9'unun sık sık/her zaman stresle baş etmek için herhangi bir girişimde bulunduğu saptanmıştır. Stresle baş etmek için bir girişimde bulunma ile sosyodemografik özellikler arasında bir ilişki bulunamamıştır. Sayıl ve arkadaşlarının dahili branşta çalışan doktor ve hemşirelerle yaptıkları çalışmada, çalışmamızla uyumlu olarak sosyodemografik özellikler ile stresle başetme arasında bir ilişki bulunamamıştır. ⁽⁸¹⁾

Katılımcılarımızın bildirdikleri boy ve kilolarına göre hesaplanan BKİ'leri sonucu % 3,3'ünün zayıf, % 56,2'sinin normal kilolu, % 35,2'sinin fazla kilolu, % 5,3'ünün obez olduğu saptanmıştır. TÜİK'in 2015 verilerine göre Türkiye genelinde ise % 4,2 zayıf, % 42,2 normal kilolu, % 13,7 fazla kilolu, % 19,9 obez olarak bulunmuştur. ⁽²⁹⁾

Çalışmamızda bulduğumuz fazla kilolu ve obez grubundaki veriler Türkiye genelinden düşüktür. Bu durum katılımcıların sağlık çalışanı olması, yaş ortalamasının 33,8 olması, verilerin beyana dayalı olması gibi faktörlerden kaynaklanmış olabilir. Nitekim 2012 Bowring ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucunda katılımcıların boylarını daha uzun ve kilolarını daha az söyleme eğiliminde olduklarını bulmuşlardır. ⁽⁸²⁾ Efil'in sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada da katılımcıların BKİ'leri ile çalışmamızın verileri uyumlu ve obezite sıklığı toplumdakinden daha düşük bulunmuştur. ⁽⁸³⁾ Katılımcıların %43,8'inin BKİ'ne göre normal aralığın dışında oldukları ve % 24,5'unun hiçbir zaman ideal kiloda kalmaya çalışmadığı bulunmuştur. Doktorların hemşirelerden, dahili

branşta çalışanların cerrahi branşta çalışanlardan daha fazla ideal kiloda kalmaya çalıştıkları saptanmıştır. Adana İl Sağlık Müdürlüğü Çalışanlarında Obezite Görülme Sıklığı Araştırmasına gönüllü olarak katılan 523 sağlık çalışanı (doktor, ebe hemşire, diğre sağlık hizmetleri, genel idari hizmetler, teknik hizmetler, yardımcı hizmetler personeli) ile yapılan çalışmada ise cinsiyet, medeni durum ile BKİ'si arasında anlamlı ilişki bulunmuş, erkeklerde, evli olanlarda obezitenin daha fazla olduğu saptanmıştır. Meslek dağılımı ile BKİ arasında da anlamlı ilişki saptanmış ve obez sınıfında olanların yardımcı hizmetler grubunda çalışanlar olduğu belirlenmiştir.⁽⁵⁶⁾ Hidalgo'nun çalışmasında Brezilya'daki genel popülasyonun yaklaşık % 50'sinin fazla kilolu olduğunu hekimlerin de % 40'a yakının fazla kilolu % 16 sinin obez, hemşirelerin % 26,2'sinin fazla kilolu % 12,7 sinin obez olduğu saptanmış olup hekimlerin ve hemşirelerin genel popülasyondan daha az fazla kilolu/obez oldukları çalışmamızla uyumlu bulunmuştur.⁽²³⁾ Estonya' da Suija ve ark. 198 kadın aile hekimiyle yaptığı çalışmada katılımcıların % 63 ü normal ve zayıf kilolu olarak bulunmuştur.⁽¹⁸⁾ Estonya'da yapılan bu çalışma ile çalışmamızın uyumsuzluğu katılımcılarının tamamının kadın olmasından, % 93'ünün fiziksel aktivite yapmalarından ve kültürel farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamıza katılan doktor ve hemşirelerin % 65,3'ünün hiçbir zaman / nadiren, % 22,8 'inin sık sık/her zaman haftalık en az 150 dakika egzersiz yaptığı bulunmuştur. Katılımcılarımızdan dahili branşta çalışanların daha fazla egzersiz yaptıkları saptanmıştır. Türköl ve Güneş'in çalışmasında, Yalçinkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişki, stres yönetimi, SYBD toplam puanlarına bakılmış ve en düşük puanı fiziksel egzersiz almıştır.^{(74) (79)} Brezilya'da yapılan çalışmada doktorların % 82,1 inin, hemşirelerin % 87,9'unun hiç sigara içmediği sadece % 5,6'sının şu an sigara içtiği, günde en az 5 porsiyon sebze meyve tüketiminin doktorlarda % 36, hemşirelerde % 28,8 olduğu, doktorların % 46,9'unun ve hemşirelerin % 40,3' ünün egzersiz yaptığı saptanmıştır ve bu bulgulara göre çalışmamıza katılan katılımcılardan daha fazla SYBD yaptıkları dikkati çekmiştir.⁽²³⁾ Hindistanda 146 hekimle yapılan çalışmada ise çalışmamızla uyumlu olarak erkeklerin % 18,6' sının sigara içtiği, % 37.7 sinin egzersiz yaptığı bulunmuştur.⁽²⁰⁾ Estonya' da Suija ve ark. 198 kadın aile hekimiyle yaptığı çalışmada katılımcıların % 59' unun orta düzeyde, % 34' ünün ağır egzersiz (% 93) yaptığı bulunmuş ve çalışmamızla

farklılığın katılımcılarının tamamının kadın olmasından ve kültürel farklılıktan kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. ⁽¹⁸⁾

Katılımcıların kendi uygulamaları ile uyumlu olarak hastalarına en çok sigara içmeme konusunda (% 89,1), sonra sırasıyla stresle baş etme (% 78,9), egzersiz yapma (% 68,6), ideal kiloda kalmaya çalışma (% 56,9) ve günde 5 porsiyon sebze-meyve tüketme (% 44,9) konularında önerilerde bulundukları saptanmıştır. Doktorların hemşirelere göre sigara içmeme, ideal kiloda olma, egzersiz yapma konularında daha fazla öneride bulundukları ve yaş arttıkça aynı konularda tüm katılımcıların öneri sıklığının arttığı saptanmıştır. Dahili branşta çalışanların cerrahi branşta çalışanlara göre sebze-meyve tüketimi, ideal kiloda kalma, egzersiz yapma konularında daha fazla öneride bulundukları saptanmıştır. Sigara içmeme konusunda erkeklerin, ideal kiloda olma konusunda ise kadınların daha fazla öneride bulundukları saptanmıştır.

Katılımcıların sigara hariç herhangi bir sağlık davranışını uygulama durumu ile diğer dört sağlık davranışını uygulama durumları arasında pozitif yönde zayıf ve orta derecelerde ilişki bulunmuştur. Yine katılımcıların herhangi bir sağlık davranışını önerme durumları ile diğer dört sağlık davranışını önerme durumları arasında pozitif yönde orta ve iyi derecelerde ilişki bulunmuştur. Sigara içme ile stres yönetimi, ideal kiloda kalma, egzersiz yapma, sigara içmemeyi önerme, stres yönetimi yapmayı önerme arasında negatif yönde zayıf ilişki, egzersiz yapmayı önerme arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulundu.

Hung'un Amerika Birleşik Devletleri'nde çalışmasında sigara içmeyen ve haftada en az bir gün egzersiz yapan doktorların sigara içen ve egzersiz yapmayanlardan SYBD konusunda daha fazla öneride bulunduğu saptanmıştır. ⁽²²⁾ Kanada'da Abramson ve arkadaşlarının birinci basamak hekimleriyle yaptıkları çalışmada çalışmamızla uyumlu olarak egzersiz yapan katılımcıların hastalarına daha fazla öneride bulundukları ve egzersizin faydalarından daha fazla bahsettikleri bulunmuştur. ⁽¹⁹⁾ Hindistan'da yapılan çalışmada da fiziksel aktivite yapan hekimlerin üç kat daha fazla öneride bulunduğu saptanmıştır. ⁽²⁰⁾ Ayrıca Brezilya, Hollanda ve Estonya'da yapılan çalışmalarda sağlık profesyonellerinin kendi uygulamaları ile önerileri arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. ^{(18) (21) (23)}

Koyun'un çalışmasında sigaranın örnek olduğu davranış değişikliğinde TTM'nin evrelerine göre; sigara içen bireylerin % 50-60'ının düşünmeme, % 30-40'ının düşünme, % 10-15'inin hazırlık aşamasında olduğu tespit edilmiştir.⁽⁶⁶⁾ ⁽⁸⁴⁾ Çalışmamızda sigara içmeyenlerin % 33,9'unun, günlük 5 porsiyon sebze-meyve tüketmeyenlerin % 34,0'ının, stresle baş etmek için herhangi bir girişimde bulunmayanların % 51,6'sının, ideal kilosunda olmaya çalışmayanların % 39,0'ının, egzersiz yapmayanların % 49,4'ünün bu konularda karar (hazırlık) aşamasında oldukları bulundu. Bu verilere göre katılımcılarımızın SYBD konusunda hazırlık aşamasındaki oranların yüksekliği dikkati çekmektedir.

Katılımcıların genel olarak denetim odak puanlarına göre iç denetim odak puanının (24,77±5,08) en yüksek ikinci sırada şanssal (20,32±3,75) ve üçüncü sırada güçlü diğerleri (20,12±4,43) odak puanı olduğu saptanmıştır. Katılımcıların % 70,2'sinin iç denetim odaklı oldukları bulunmuştur. Sosyodemografik özellikler ile denetim odağı arasındaki ilişkiye bakıldığında her grubun içsel denetim odak yüzdesinin en fazla olduğu görülmüş olup sağlık denetim odaklarının cinsiyet ve bölüme göre farklılaştığı saptanmıştır. Kadınların % 20,2'si şanssal denetim odaklı iken erkeklerde bu oranın % 8,6 olduğu ve cerrahi branşta çalışan katılımcıların % 36,8'i güçlü diğerleri denetim odaklı iken dahili branşta çalışanlarda bu oranın % 13 olduğu bulunmuştur. Akbolat ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında iş doyumu ile denetim odakları arasındaki ilişkiye baktıkları çalışmalarında sağlık çalışanlarının iç denetim odaklı olduklarını saptamışlardır.⁽⁸⁵⁾ Ulaş ve Özmen'nin ameliyathane ve yoğun bakım kliniklerinde hemşirelerle yaptığı çalışmada hemşirelerin iç denetim odak puanları en yüksek ikinci sırada güçlü diğerleri ve en düşük puanı şanssal denetim odağı olarak saptanmıştır.⁽⁸⁶⁾ Ulaş'ın çalışmasıyla çalışmamız arasındaki farklılığın çalışılan ortam veya kültürel farklılıktan kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

İç denetimlilerin kendi yaşamlarına ilişkin sorumluluk yüklenmeye, rahatsız edici ve kötü koşulları değiştirme çabalarına daha hazır oldukları buna karşın dış denetimli kişilerin, sağlıklarının sorumluluklarını üstlerine almak istedikleri, sağlıklarının kader veya şansa bağlı olduğuna inandıkları ve davranış değişikliklerine karşı direnç gösterdikleri bilinmektedir.⁽⁶⁸⁾ Çalışmamızda da bu bilgiyle uyumlu olarak sağlık profesyonellerinden içsel denetim odaklı olanların sebze meyve tüketimi ve egzersiz puanları ile stres yönetimi hariç dört sağlıklı davranışı önerme puanları yüksek

bulunmuştur. Aynı zamanda iç denetim odaklı katılımcıların sağlıklı yaşam davranışları konusunda yeterlilik puanları ve sağlıklı yaşam davranışlarının hastalar için önem algı puanları yüksek bulunmuştur.

5.2.Kısıtlılıkları

Her araştırmada olduğu gibi çalışmamızın da kısıtlılıkları vardır. Bir anket çalışması olduğu için veriler subjektiftir. Bulgularımız sadece bu çalışmaya ait örneklemeyi yansıttığı için ülkemizdeki sağlık profesyonellerinin geneline ait kesin yargı çıkarmak bilimsel olarak uygun değildir. Ulaşılabilen literatürde SYBD konusunda farklı ölçekler kullanılmış olup çalışılan parametreler farklılık gösterdiği için çalışmamızın bu çalışmalarla karşılaştırılmasında kısıtlılık yaşanmıştır.

5.3.Güçlü yanları

Ulaşılabilen literatüre göre çalışmamız ülkemizde sağlık profesyonellerinin SYBD'leri uygulama sıklıklarının ve SYBD'leri yapmaları ile önermeleri arasındaki ilişkinin değerlendirildiği ilk çalışmadır. Aynı zamanda literatürde hekimlerin SYBD ile sağlık denetim odağının ilişkisinin değerlendirildiği ilk çalışmadır.

Çalışmamızda kurumumuzda çalışan sağlık profesyonellerinin SYBD uygulamaları/hastalarına önermeleri konularında durum tespiti yapılmış ve farkındalık yaratılmıştır. Talep eden bireylere SYBD konusunda geri bildirim ve danışmanlık verilmiştir. Bu bağlamda çalışmamızın konuyla ilgili yapılması planlanan eğitim veya girişimler için yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Katılımcıların değerlendirilen beş sağlıklı davranış arasından en çok sigara içmemeyi (% 66,2), sonra sırasıyla stresle baş etmek için bir girişimde bulunmayı (% 57,3), egzersiz yapmayı (% 48,1), ideal kiloda kalmaya çalışmayı (% 45,1) ve günde 5 porsiyon sebze-meyve tüketmeyi (% 33,0) uyguladıkları bulundu.

Sağlıklı yaşam davranışları ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisine bakıldığında; erkeklerin kadınlardan daha fazla sigara içtiği ve yaş arttıkça sigara içiciliğinin azaldığı; kadınların, hemşirelerin ve dahili branşta çalışanların günde 5 porsiyon sebze-meyve tüketiminin daha fazla olduğu; katılımcıların % 43,8'inin BKİ'ne göre normal aralığın dışında oldukları, doktorların hemşirelerden, dahili branşta çalışanların cerrahi branşta çalışanlardan daha fazla ideal kiloda kalmaya çalıştıkları; dahili branşta çalışanların daha fazla egzersiz yaptıkları saptandı.

Katılımcıların kendi uygulamaları ile uyumlu olarak hastalarına en çok sigara içmeme konusunda (% 89,1), sonra sırasıyla stresle baş etme (% 78,9), egzersiz yapma (% 68,6), ideal kiloda kalmaya çalışma (% 56,9) ve günde 5 porsiyon sebze-meyve tüketme (% 44, 9) konularında önerilerde bulundukları saptandı. Doktorların hemşirelere göre sigara içmeme, ideal kiloda olma, egzersiz yapma konularında daha fazla öneride bulundukları ve yaş arttıkça aynı konularda tüm katılımcıların öneri sıklığının arttığı bulundu. Dahili branşta çalışanların cerrahi branşta çalışanlara göre sebze-meyve tüketimi, ideal kiloda kalma, egzersiz yapma konularında daha fazla öneride bulundukları saptandı. Sigara içmeme konusunda erkeklerin, ideal kiloda olma konusunda ise kadınların daha fazla öneride bulundukları saptandı.

Katılımcıların sigara hariç herhangi bir sağlık davranışını uygulama durumu ile diğer sağlık davranışlarını uygulama durumları arasında pozitif yönde zayıf ve orta derecelerde ilişki bulundu. Yine katılımcıların herhangi bir sağlık davranışını önerme durumları ile diğer sağlık davranışlarını önerme durumları arasında pozitif yönde orta ve iyi derecelerde ilişki bulundu.

Katılımcıların % 70,2'sinin iç denetim odaklı oldukları, kadınların % 20,2'si şanssal denetim odaklı iken erkeklerde bu oranın % 8,6 olduğu ve cerrahi branşta çalışan katılımcıların % 36,8'i güçlü diğerleri denetim odaklı iken dahili branşta çalışanlarda bu oranın % 13 olduğu bulundu.

İçsel denetim odaklı katılımcıların sebze meyve tüketimi ve egzersiz puanları ile stres yönetimi hariç dört sağlıklı davranışı önerme puanları yüksek bulundu. İç denetim odaklı katılımcıların sağlıklı yaşam davranışları konusunda yeterlilik puanları ve sağlıklı yaşam davranışlarının hastalar için önem algı puanları yüksek bulundu.

6.2.Öneriler

1. Bu çalışma doktor ve hemşireler dışında kalan diğer sağlık çalışanlarına da uygulanarak genişletilebilir, geri bildirimlerle geliştirilip, revize edilebilir.
2. Niteliksel çalışmalarla sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam davranışlarını uygulamalarının/önerilerinin içeriği, süresi, engeller, zorluklar, tetikleyiciler/motivatörler vb. ortaya konulabilir. Girişimsel çalışmalar planlanabilir.
3. Sağlık çalışanlarının, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahip oldukları konularında farkındalık yaratacak girişimler (konferans, seminer, kurs, makale, poster, broşür vb.) yapılabilir.
4. Sağlıklı yaşam davranışları ve sağlık denetim odağı kavramlarının mezuniyet öncesi, sonrası ve sürekli mesleki gelişim eğitim programları kapsamında daha etkin yer alması için girişimler yapılabilir.
5. Aile hekimliği polikliniğine başvuran sağlık profesyonellerine disiplinin ilkelerinden biri olan kapsamlı bakım gereği sağlıklı yaşam davranışlarıyla ilgili danışmanlık verebilir. Bu çerçevede 5A, Transteorik Model, motivasyonel görüşme gibi yöntemler kullanılabilir. Farkındalığı arttırmak için sağlık profesyonellerine 0-5-10-30-150 kısaltması öğretilir (0; sigara içmemek, 5; günlük en az 5 porsiyon sebze meyve tüketmek, 10; günlük en az 10 dakika stres yönetimi için girişimde bulunmak, 30; BKİ 'yi 30'un altında tutmak, 150; haftalık en az 150 dakika egzersiz yapmak)

KAYNAKLAR

1. **Joshi KJ, et al.** The effect of fruit and vegetable intake on risk for coronary heart disease. *Annals of Internal Medicine* **2001**:1106-1114.
2. **Stampfer MJ, et al.** Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. *N Engl J Med* **2000**; 343:16-22.
3. **Knoops KT, et al.** Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *Jama* **2004**: 1433-1439
4. **Kenneth J, et al.** Alcohol consumption and risk for coronary heart disease in men with healthy lifestyles. *Archives of Internal Medicine* **2006**: 2145-2150.
5. **Chiuve SE, et al.** Healthy lifestyle factors in the primary prevention of coronary heart disease among men. *Circulation* **2006**: 160-167.
6. **Khaw KT, et al.** Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. *PLoS medicine* **2008**: e12.
7. **Chiuve SE, et al.** Primary prevention of stroke by healthy lifestyle. *Circulation* **2008**: 947-954.
8. **King DM.** Adherence to healthy lifestyle habits in US adults. *Am J Med.* **2007**.
9. **Diabetes Prevention Program Research Group.** Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med.* **2002**;346:393-403
10. **Kopes-Kerr CP.** Lifestyle interventions and behavior change, *Rakel Textbook of Family Medicine*, 8th ed. Saunders, Philadelphia, **2011**: 100-111.
11. **Öngen D.** Denetim odağı ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi* .**2003**;35: 436-447
12. **Akbağ M, Sayiner B.** Üniversite öğrencilerinde stres düzeyi, denetim odağı ve depresyon düzeyi arasındaki ilişki üzerine bir inceleme. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi* **2005**:59-74.
13. **Küçükkaragöz H, ve ark.** Rotter iç- dış kontrol odağı ölçeğinin öğretmen geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Akademik Bakış Dergisi* **2013**.
14. **Özcakir A, et al.** Health locus of control, health related behaviors and demographic factors: a study in a turkish population. *British Journal of Medicine & Medical Research* **2014**.
15. **Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F.** Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* **2005**: 9(2).
16. **Hash RM, et al.** Does physician weight affect perception of health advice? *Preventive Medicine* **2002**: 41-44.
17. **Phiri PL, et al.** Nurses' lifestyle behaviors, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle: a qualitative descriptive study. *BMC Nursing* **2014**:13(38).

18. **Suija K, et al.** Phsyical activitiy of Estonian family doctors and their counselling for a healthy lifestyle:a cross-sectional study. *BMC Nursing* **2010**;11(48).
19. **Abramson S, et al.** Personal exercise habits and counseling practices of primary care physicians:a national survey.*Clin J Sport Med.* **2000**;10(1):40-8.
20. **Patra L, et al.** Doctors' self-reported physical activity, their counselling practices and their correlates in urban Tivandrum,South India:should a full-service doctor be physically active doctor? *Br J Sports Med* **2015**;49:413-416.
21. **Noordman J, et al.** Exploring lifestyle counselling in routine primary care consultations:the professionals' role. *Family Practice* **2013**;30:332-340.
22. **Hung OY, Keenan NL, Fang J.** Phsicians' health habits are associated with lifestyle counselig for hypertensive patients.*American Journal of Hypertension* **2013**;26(2).
23. **Hidalgo KD, et al.**Health promoting practices and personal lifestyle behaviors Brazilian health professionals. *BMC Public Health* **2016**;16 :1114.
24. **World Health Organization.** WHO definition of health. Erişim:(<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>) Erişim tarihi: 01.06.2017
25. **On B.** Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlığını Geliştirilmesi ile İlgili Görüşleri Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yüksek Lisans Tezi,Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2016**.
26. **Yalçınkaya M.** Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Korumucu Hekimlik Bülteni* **2007**.
27. **Zaybak A, Fadiloğlu Ç.** Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2004**;20(1):75-9
28. **Güngör İ, Hotun řN.** Sağlığın geliştirilmesinde kullanılan temel davranış değiştirme kuram ve modelleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*,**2006**; 3:6-13.
29. **Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.** *Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015*, Ankara, **2016**.
30. **Sağlık Bakanlığı Sakarta Halk Sağlığı Müdürlüğü.** Sigaranin sağlığa zararları Erişim:<http://sakaryahsm.gov.tr/detay/335/slgaranin-sagliga-zararlari.aspx> Erişim Tarihi:30.06.2017
31. **Çapık C, Cingil D.** Hemşirelik öğrencilerinde sigara kullanımı, nikotin bağımlılık düzeyi ve ilişkili etmenler. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi* **2013**: 55-61.
32. **Bilici S.** Optimal Beslenme Ve Sağlık. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı Ankara, **2008**.
33. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü.*Türkiye 'ye Özgü Besin Ve Beslenme Rehberi*. 1. Baskı. Temmuz **2015**.
34. **Ayhan DE, ve ark.**Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve bunları etkileyen faktörler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi* **2012**: 97-104.
35. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *Sağlıklı Beslenme Önerileri ve Hareketli Hayat Programı* (2013-2017).3. Baskı, Ankara **2013**.

36. **Aksoydan E, Çakır N.** Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fizikselaktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* **2011** :264-270.
37. **Çelik F.** *Beslenme ve Sağlık* **2013**.
38. **Bozhüyük A, ve ark.** Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care* **2012**:13-21.
39. **Bozhüyük A.** Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri, Adana, **2010**.
40. **Şahin MA.** Yetişkin Bireylerde Diyet Kalitesi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2014**.
41. **Yılmaz UN.** Stres ve stresle başa çıkma.
Erişim:http://www.sksdb.hacettepe.edu.tr/files/Stresle_Basa_Cikma.pdfErişim Tarihi:17.05.2017
42. **Balcı A.** Çalışanlarda Stres Kaynakları, Stresle Başa Çıkma Yöntemleri Ve Sağlık Sektörü.Yükseklisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul, **2014**.
43. **World Health Organisation.** Technical Consultation Obesity: Preventing and Managing the Global epidemic. Geneva, WHO Technical Report Series. 2000.
44. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Türkiye Obezite ile Mücadele Programı(2010-2014)*. 2.Baskı Mart **2011**.
45. **Branca F, Nikogosian H, Lobstein T.** The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. *WHO, Denmark* **2007**.
46. **Arslan M, Başkal N, Çorakçı A.** *Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.Ulusal Obezite Rehberi*,Ankara. Tuna MatbaacılıkYayını. **2009**.
47. **Kushner RF, Bessesen DH.** Treatment of the obese patient (Contemporary endocrinology). *Humana Press Inc* **2007** : 121-144
48. **Satman I, et al.** Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care* **2002**; **25(9)**: 1551–15.
49. **Ekiz İ.** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Obeziteye İlişkin İnanç Tutum Ve Önyargılarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi,Çukurova Üniveritesi Aile Hekimliği A.B.D. Adana, **2016**.
50. **World Health Organization.** BMI classification. Erişim: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.Erişim tarihi:06.06.2017
51. **World Health Organization.** Obesity and overweight fact sheet no:311. Erişim: (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en>). Erişim tarihi:06.06.2017
52. **Türk Endokrin ve Metabolizma Derneği.** *Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu*. 5. Baskı. Mayıs **2017**.
53. **Haslam DW, James WP.** Obesity. *Lancet*, **2005**: 366 (1197-1209).

54. **Canbay Ö, ve ark.** Bir Üniversite Hastanesi Çalışanlarında Obezite Görülme Sıklığının ve Beslenme Alışkanlıklarının Araştırılması. *Bakırköy Tıp Dergisi* **2016** :129-135.
55. **Balcıoğlu İ, Başer ZS.** Obezitenin Psikiyatrik Yönü. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. İstanbul, Mart **2008**: 341-348.
56. **Ergüzel N, ve ark.** Sağlık Çalışanlarında Obezite Prevelansı ve Etkileyen Faktörler. Adana Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü. **Erişim:** <http://www.adanasim.gov.tr/Duyuru.aspx?id=1409> **Erişim tarihi:19.07.2017**
57. **Bek N.** *Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız*. Ankara: Klasmat Matbaacılık, **2008**.
58. **Korkmaz NH.** Yetişkinlerin fiziksel aktivite düzeyleri ile sosyo-ekonomik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *E-Journal of New World Sciences Academy* **94** **2013**.
59. **Tümer A, ve ark.** Yetişkinlerin egzersiz davranışının transteoretik modele göre incelenmesi. *Sağlık ve Toplum* **2013**:24-31.
60. **Zafar D.** Egzersiz türleri nelerdir? **Erişim:** <http://www.bilgiustam.com/egzersiz-turleri-nelerdir/Erişim> Tarihi:25.06.2017
61. **Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.** *Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi*. 2.Baskı, Ankara, **2014**.
62. **Prochaska JB, Redding CAB.** Initial efficacy of MI, *Prev Med* **2008**, 46(3): 226–31.
63. **Özvarış ŞB.** *Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi*. 1.Baskı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, **2011**.
64. **Koyun A.** Yetişkin kadınlara değişim aşamaları modeli(transteoretik model) ile yapılan eğitimin sigarayı bırakma davranışı üzerine etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2013**.
65. **Şengezer T.** Tütün bağımlılığında bilişsel davranışçı tedavi yöntemleri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* **2016**; 4 (1): 97-103.
66. **Güngörmüş Z, Karabulutlu EY.** Üniversite öğrencilerinin genel sağlık ölçümlerinin değişim aşamalarına göre değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* **2012**.
67. **Arslan I.** Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği C Formu: Türkiye Geçerlik-Güvenirlik Çalışması, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul **2013**.
68. **Hekimoğlu L, Şensoy N.** Aile sağlığı merkezine başvuran hastaların sağlık denetim odağı algılama düzeyleri ve sağlık davranışlarına etkisi. *Euras J Fam Med* **2014**; 3(3):157-162.
69. **Üstündağ Budak M.** The role of personality variables in predicting the reported physical symptoms of male and female college students. Unpublished Master's Thesis. Middle East Technical University, Ankara, Turkey **1999**.
70. **Çolak, E.** Korelasyon Analizi. **Erişim:**http://eczacilik.anadolu.edu.tr/bolumSayfaları/belgeler/ecz2014%202012_20140527094539.pdf **Erişim Tarihi:28.07.2017**
71. **Özdemir O.** *Medical İstatistik* , İstanbul Medical Yayıncılık, 1. baskı **2006**.

72. **Avcı K, Pala K.** Uludağ üniversitesi tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **2004**: 81-85.
73. **Sevim Y, Dayi YS.** Doktorların ekonomik durumları ve toplumsal konumları (Elazığ İli Örneği). *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* **2009**: 231-248.
74. **Türköl E, Güneş G.** İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2012**.
75. **Koç EM, ve ark .** Hastane çalışanlarının sigara içme düzeylerinin belirlenmesi ve dumanlız hava sahası uygulamasının değerlendirilmesi. *Journal of Clinical and Experimental Investigations* **2015**: 33-39.
76. **Altın R, ve ark.** Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışanlarda sigara içme prevalansı ve sigaraya karşı tutumlarının değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi The Medical Journal of Kocatepe* **2014**:63-67.
77. **Öztürk, Ö.** Sağlık çalışanları ve sigara. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* **2009**;16(2): 32-38.
78. **Özçelik Ö.** Sağlık personelinin beslenme alışkanlıkları üzerine bir araştırma. *GIDA* **2000**: 93-99.
79. **Yalçınkaya M, ve ark.** Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* **2007**: 409-420.
80. **Pasinlioğlu T, Gözüml S.** Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **1998**.
81. **Sayıl I, ve ark.** Ankara Üniversitesi Hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Kriz Dergisi* **1997**: 71-77.
82. **Bowring LA,et al.** Measuring the accuracy of self –reported height and weight in a community-based sample of young people. *Medical Research Methodology* **2012**; 12 :175
83. **Efil S.** Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyon, **2005** .
84. **Rodgers WC.** Examination of the transtheoretical model and exercise in 3 populations. *Am J Health* **2001**: 33-41.
85. **Akbolat M, Işık O, Uğurluoğlu Ö.** Sağlık çalışanlarının kontrol odağı, iş doyumu, rol belirsizliği ve rol çatışmasının karşılaştırılması. *H.Ü. İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* **2011**: 23-48.
86. **Ulamış B, Özmen D.** Bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlık kontrol odağı arasındaki ilişki. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi* **2014**: 119-125.

EKLER

EK-1: Bilgilendirme, Onam ve Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Sağlık denetim odağı ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları ile ilgili bir anket çalışması planlanmıştır. Bu ankette tanımlayıcı bilgiler yer almamaktadır. Cevaplarınız gizli kalacaktır ve sonuçlar sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Ancak doldurduğunuz anketin sonucu konusunda bireysel olarak geribildirim ve/veya danışmanlık almak isterseniz bir rumuz ekleyerek bizden randevu almanız gerekmektedir. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır. Sorulara dürüst olarak doğru cevap vermeniz araştırmanın sağlıklı sonuçlarla tamamlanabilmesi açısından çok önemlidir. Katılımınız ve ayıracağınız zaman için teşekkür ederiz.

Dr.Tuğba Taştan-Doç.Dr.Sevgi Özcan

Ç. Ü.T.F. Aile Hekimliği AD. (3087)

1. Yaşınız :	
2. Cinsiyet	1.Kadın 2.Erkek
3. Medeni Durum	1.Evli 2.Bekar
4. Meslek	1.Doktor 2.Hemşire
5. Çalıştığınız bölüm	1.Dahili branş 2.Cerrahi branş
6. Boyunuz	cm
7. Kilonuz	kg
8. Kronik hastalığınız var mı?	1. Var 2.Yok Cevabınız var ise bunun için ilaç kullanıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır
9. Genel olarak sağlık durumunuz için nasıl bir tanımlama yaparsınız?	1.Çok kötü 2.Kötü 3.Orta 4.İyi 5.Çok iyi
10. Genel olarak ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	1.Çok kötü 2.Kötü 3.Orta 4.İyi 5.Çok iyi

Lütfen arka sayfaya geçiniz

Aşağıda sağlık durumunuzu ele alınızla ilgili 18 tane cümle verilmiştir. Her cümleyi dikkatli okuyarak altılı ölçek üzerinde (Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Kısmen katılıyorum, Çoğunlukla katılıyorum, Katılıyorum, Kesinlikle Katılıyorum) size uygun dereceyi yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Seçiminizi yaparken, seçmeniz gerektiğini düşündüğünüz veya doğru olmasını arzu ettiğiniz cümleyi değil, gerçekten size uygun olan dereceyi seçiniz. Bu anket kişisel inançlarla ilgilidir;bu sebeple “doğru” yada “yanlış” cevap diye bir durum söz konusu değildir.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Hastalandığımda ne kadar sürede iyileşeceğim kendi davranışlarıma bağlıdır.	1	2	3	4	5	6
2. Ne yaparsam yapayım, hastalanacaksam, hastalanırım	1	2	3	4	5	6
3. Düzenli olarak hekime görünmek, hastalıkları önlemenin en iyi yoludur.	1	2	3	4	5	6
4. Sağlığımı etkileyen olayların çoğu kazara oluşur.	1	2	3	4	5	6
5. Ne zaman kendimi iyi hissetmesem, hemen hekime giderim.	1	2	3	4	5	6
6. Sağlığım kontrolüm altındadır.	1	2	3	4	5	6
7. Hastalanmam veya sağlıklı olmamda ailemin rolü büyüktür.	1	2	3	4	5	6
8. Hastalanmam kendi yüzümdendir	1	2	3	4	5	6
9. Ne kadar sürede iyileşeceğim büyük ölçüde şansa bağlıdır.	1	2	3	4	5	6
10. Sağlığımın kontrolü sağlık personelinin elindedir.	1	2	3	4	5	6
11. Sağlıklıyım çünkü şanslıyım.	1	2	3	4	5	6
12. Sağlığımı etkileyen en önemli şey, yaptıklarımdır.	1	2	3	4	5	6
13. Kendime iyi bakarsam, hastalıkları önlerim.	1	2	3	4	5	6
14. İyileşmemin nedeni başkalarının (hekimler, hemşireler, arkadaşlarım ve ailem) bana iyi bakmasıdır.	1	2	3	4	5	6
15. Ne yaparsam yapayım hasta olurum.	1	2	3	4	5	6
16. Elimde olsa, sağlıklı kalmak isterim.	1	2	3	4	5	6
17. Eğer doğru davranırsam sağlıklı kalırım.	1	2	3	4	5	6
18. Sağlığım konusunda sadece hekimin önerilerine uyarım.	1	2	3	4	5	6

Her bir soru için size en uygun olan cevabı belirtiniz.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. Sigara içiyor musunuz?	1	2	3	4	5
2. Stresinizle baş etmek için günde en az 10 dk. bir girişimde bulunuyor musunuz?	1	2	3	4	5
3. İdeal kilonuzda kalmaya ve bunu korumaya çalışıyor musunuz?	1	2	3	4	5
4. Günlük 5 porsiyon meyve ve/veya sebze tüketiyor musunuz?	1	2	3	4	5
5. Haftada en az toplam 150 dk. egzersiz(tempolu yürüyüşe eşdeğer) yapıyor musunuz?	1	2	3	4	5
6. Hastalarınıza sigarayı bırakmalarını öneriyor musunuz?	1	2	3	4	5
7. Hastalarınıza stresiyle baş etmek için günde en az 10 dk. bir girişimde bulunmalarını öneriyor musunuz?	1	2	3	4	5
8. Hastalarınıza ideal kilolarında kalmaya ve bunu korumaya çalışmalarını öneriyor musunuz?	1	2	3	4	5
9. Hastalarınıza günlük 5 porsiyon meyve ve/veya sebze tüketmelerini öneriyor musunuz?	1	2	3	4	5
10. Hastalarınıza haftada en az toplam 150 dk. egzersiz (tempolu yürüyüşe eşdeğer) yapmalarını öneriyor musunuz?	1	2	3	4	5

11) Sağlıklı yaşam davranışları konusunda danışmanlığınızı / yeterliliğinizi nasıl değerlendirirsiniz?

(1)Çok kötü (2) Kötü (3) Orta (4) İyi (5) Çok İyi

12)Sizce;sizin sağlıklı yaşam davranışları konusunda danışmanlığınız/ yeterliliğiniz hastalarınız için ne kadar önemlidir?

(1)Hiç önemli değil (2) Önemli değil (3) Fark etmez (4)Önemli (5) Çok önemli

Lütfen arka sayfaya geçiniz.

Her bir soru için size en uygun olan cevabı belirtiniz.	Hayır düşünmüyorum	Evet Önümüzdeki 6 ay içinde düşünüyorum	Evet önümüzdeki 1 ay içinde planlıyorum	Evet 6 aydan daha az bir süredir uyguluyorum	Evet 6 aydan daha uzun bir süredir uyguluyorum
1. Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz? (İçmiyorsanız 5'i işaretleyiniz)	1	2	3	4	5
2. Stresinizle baş etmek için günde en az 10 dk. bir girişimde bulunmayı düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
3. İdeal kilonuzda kalmayı ve bunu korumaya çalışmayı düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
4. Günlük 5 porsiyon meyve ve/veya sebze tüketmeyi düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
5. Haftada en az toplam 150 dk. egzersiz (tempolu yürüyüşe eşdeğer) yapmayı düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5

Katılımınız için çok teşekkür ederiz. Doldurduğunuz anketin sonucu konusunda geribildirim ve/veya danışmanlık almak isterseniz bir rumuz ekleyerek randevu almanız gerekmektedir.

Dr.Tuğba Taştan ÇÜTF Aile Hekimliği AD.(3087) (Cep tlf:5305673678)

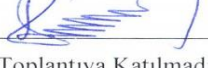
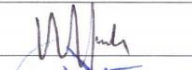
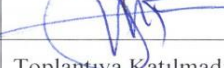
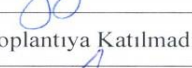
Lütfen ankette eksik kalan yer olup olmadığını kontrol ediniz.

EK-2: Etik Kurul Onay Formu

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
52	1 Nisan 2016

KARAR NO 16- Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda, Doç. Dr. Sevgi Özcan yönetiminde, Araş. Gör. Dr. Tuğba Taştan tarafından yürütülmesi öngörülen, "Sağlık Profesyonellerinin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Sağlık Denetim Odağı ile İlişkisi" başlıklı tıpta uzmanlık tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Mehmet Kanadaşı Kardiyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Tuğba TAŞTAN

Doğum Tarihi Ve Yeri : 01.01.1987/ ADANA

Medeni Durumu : Evli

Adres : Mahfesiğmaz Mah.79044 sok. Kemal Bey
Apt. Kat:6 No:12 ÇUKUROVA / ADANA

Telefon : 05305673678

E posta : tba_unal@hotmail.com

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Çukurova Üniversitesi

Görev Yerleri : 2012 Kastamonu Azdavay İlçe Hastanesi
2013 Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği
A.D.

Dernek üyelikleri : Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği
Mezunlar Derneği

Yabancı Dil : İngilizce