



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAYDARPAŞA NUMUNE
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**HEKİMLERİN PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİ
HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİ VE DAVRANIŞLARI İLE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ BİRLİKTE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Ogün TAYDAŞ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2020



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAYDARPAŞA NUMUNE
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**HEKİMLERİN PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİ
HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİ VE DAVRANIŞLARI İLE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ BİRLİKTE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Ogün TAYDAŞ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Memet Taşkın EGİCİ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR.....	iv
ŞEKİL VE TABLO LİSTESİ.....	v
ÖZET	vii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Sağlık Kavramı	3
2.2.Sağlığın Korunması	5
2.3.Sağlığın Geliştirilmesi	6
2.4.Yaşam Kalitesi ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi	8
2.5.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	8
2.5.1.Beslenme	9
2.5.2.Fiziksel Aktivite	10
2.5.3.Stres Yönetimi	10
2.5.4.Kişiler arası İlişkiler	12
2.5.5.Sağlık Sorumluluğu	12
2.5.6.Manevi Gelişim(Tinsellik)	13
2.6.Periyodik Sağlık Muayeneleri	13
2.6.1.Periyodik Sağlık Muayeneleri'nin Tarihsel Gelişimi.....	13
2.6.2. Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberlerinin Hazırlanması.....	15
2.6.3. Dünya'da ve Türkiye'de Yetişkinler için Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Önerilerinin Karşılaştırılması	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Tipi	19
3.2. Araştırmanın Yeri.....	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
3.4. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri	19
3.5. Araştırmaya Dahil Olmama Kriterleri.....	19
3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	19
3.6.1. Katılımcı Bilgi Toplama Formu	19
3.6.2. Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Bilgi Düzeyi Anketi.....	19

3.6.3. Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Davranış Anketi.....	20
3.6.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II	20
3.7. Araştırma İçin Alınan Etik Kurul Onayı ve İzinler	21
3.8. İstatistiksel Analizler	21
3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları	22
4. BULGULAR	22
4.1. Katılımcılara ait demografik bilgiler	22
4.2. PSM ve Tarama Testleri Bilgi Düzeyi Anketi Bulguları.....	24
4.3. Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Davranış Anketi Bulguları	31
4.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Bulguları	35
5.TARTIŞMA	47
6.SONUÇLAR.....	55
KAYNAKLAR.....	57
ÖZGEÇMİŞ.....	65
EKLER.....	66
EK-1: ETİK KURUL ONAYI	66
EK-2: ANKET FORMU	67

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini bana aktaran, bu çalışmanın tüm aşamalarında her konuda bana destek olan kıymetli hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Memet Taşkın EGİCİ başta olmak üzere; klinik yaklaşımı ile ilgili çok önemli tecrübeler edinmemi sağlayan kliniğimizin değerli hocaları Başasistan Uzm. Dr. Işık GÖNENÇ'e ve Doç. Dr. Emine Zeynep TUZCULAR VURAL'a, palyatif bakım ve yara bakımı konusunda tecrübe kazanmamı sağlayan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Hilal ÖZKAYA'ya, diyabetli hasta yönetimi ve hekimlik sanatı konusunda çok önemli kazanımlar edindiğim kliniğimizin değerli hocası Doç. Dr. Akın DAYAN'a;

İç hastalıkları rotasyonumda klinik bilgi ve tecrübelerini her zaman bana aktararak çok önemli kazanımlar edinmemi sağlayan kıymetli hocam Doç. Dr. Kadir KAYATAŞ'a ve rotasyonlarımda klinik tecrübelerime katkı sağlayan değerli hocalarıma;

Yaşamım boyunca her zaman bana destek olan, tüm başarılarımda emeği geçen aileme teşekkür ederim.

Dr. Ogün TAYDAŞ

İSTANBUL-2020

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

PSM: Periyodik Sağlık Muayeneleri

SYBD: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

CTFPHC: Canadian Task Force on Preventive Health Care/ Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Görev Gücü

USPSTF: The U.S. Preventive Services Task Force/ Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü

NHS: National Health Service/ Ulusal Sağlık Servisi

TSH: Tiroid Stimülan Hormon

PAP smear: Papanicolau smear

HPV: Human Papilloma Virüs

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DM: Diabetes Mellitus

HDL: High Density Lipoprotein/ Yüksek yoğunluklu lipoprotein

TG: Trigliserid

HbA1c: Hemoglobin A1c

OGTT: Oral Glukoz Tolerans Testi

LDL: Low Density Lipoprotein/ Düşük Yoğunluklu Lipoprotein

HBV: Hepatit B Virüsü

HCV: Hepatit C Virüsü

HIV: Human Immunodeficiency Virus/ İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü

DEXA: Dual enerjili x-ray absorpsiyometrisi

SBÜ: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

ŞEKİL VE TABLO LİSTESİ

Şekil-1. Hekimlerin BKİ sınıflamasına göre dağılımı (%)

Tablo-1. USPSTF Öneri Sınıflandırması

Tablo-2. USPSTF Net Yarara Göre Kesinlik Düzeyleri

Tablo-3. CTFPHC Öneri Sınıflandırması

Tablo-4. USPSTF, CTFPHC, İngiltere Ulusal Sağlık Servisi (NHS) ve T.C.Sağlık Bakanlığı Rehberi Önerilerinin Karşılaştırılması

Tablo-5. Hekimlere ait demografik bilgiler ve genel sağlık bilgileri

Tablo-6. Hekimlere ait tanımlayıcı istatistikler

Tablo-7. Hekimlerin yaş gruplarına göre dağılımı

Tablo-8. Hekimlerin Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri rehberleri hakkında bilgi durumu

Tablo-9. Hekimlerin Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri hakkında bilgi düzeyi sorularına verdikleri yanıtların dağılımı

Tablo-10. Hekimlerin Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri hakkında bilgi düzeyi sorularına verdikleri doğru ve yanlış yanıtların dağılımı

Tablo-11. 35 yaş altı hekimlerin Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri davranışları ile ilgili yanıtların dağılımı

Tablo-12. 35-40 yaş arası hekimlerin Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri davranışları ile ilgili yanıtların dağılımı

Tablo-13. SYBDÖ ve alt boyutlarına ait tanımlayıcı istatistikler

Tablo-14. Belirtilen değişken gruplarında hekimlerin SYBDÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo-15. Belirtilen değişken gruplarında hekimlerin SYBDÖ beslenme alt boyutu puanlarının karşılaştırılması

Tablo-16. Belirtilen değişken gruplarında hekimlerin SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu puanlarının karşılaştırılması

Tablo-17. Belirtilen değişken gruplarında hekimlerin SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu puanlarının karşılaştırılması

Tablo-18. Belirtilen değişken gruplarında hekimlerin SYBDÖ kişiler arası ilişkiler alt boyutu puanlarının karşılaştırılması

Tablo-19. Belirtilen değişken gruplarında hekimlerin SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu puanlarının karşılaştırılması

Tablo-20. Belirtilen değişken gruplarında hekimlerin SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu puanlarının karşılaştırılması

Tablo-21. SYBDÖ total puan ve alt boyut puanları ile yaş arasındaki ilişki

Tablo-22. SYBDÖ total puan ve alt boyut puanları ile çalışma süresi arasındaki ilişki

Tablo-23. BKİ sınıflamasına göre hekimlerin SYBDÖ puanı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Tablo-24. 35 yaş altı kadın hekimlerin PSM ve tarama testleri davranışları ile SYBDÖ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Tablo-25. 35 yaş altı erkek hekimlerin PSM ve tarama testleri davranışları ile SYBDÖ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

ÖZET

AMAC: Sağlıklı bir yaşam için periyodik sağlık muayeneleri (PSM) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) büyük önem taşır. Sağlık hizmeti sunumunda anahtar bir rolü bulunan ve hizmet alanlara rol model olma potansiyeli taşıyan hekimlerin SYBD ve PSM ile ilgili bilgi düzeyi, davranışları ve bunları etkileyen faktörleri ayrı ayrı inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Çalışmamızın amacı hekimlerin PSM hakkındaki bilgi düzeyi ve davranışları ile SYBD'nin birlikte değerlendirilerek durum tespiti yapılması, hekimlerin farkındalıklarının artırılması, davranış değişikliği oluşturulması ve ilgili rehber ve uygulamalara katkıda bulunmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı, prospektif ve kesitsel tipte olan çalışmanın evrenini 24 Nisan-24 Temmuz 2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde aktif görevde olan 613 hekim oluşturmuştur. Basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile örneklem genişliği hesaplaması yapılarak araştırmaya katılmayı kabul eden 263 hekime katılımcı bilgi toplama formu, PSM ve tarama testleri hakkındaki bilgi düzeyi ve davranışlarını saptamaya yönelik olarak hazırlanan iki ayrı anket ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)-2 kullanılarak oluşturulan toplam 4 bölümden oluşan anket formu yüz yüze görüşme şeklinde uygulanmıştır. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 ve MS-Excel 2007 programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR: Ankete katılan hekimlerin %62.7'si kadındır. Katılımcıların yaş ortalaması 30.14 ± 4.81 'dir. Türkiye'de ve Dünya'da uygulanmakta olan PSM ve tarama testleri rehberleri hakkında bilgi sahibi olduğunu belirten hekimlerin yüzdeleri sırasıyla %43 ve %14.1 olarak saptanmıştır. "*Başvuru sebebinden bağımsız olarak kaç yaşından itibaren tiroid fonksiyon testleri yapılmalıdır?*" sorusunu hekimlerin %57'si "35 yaş" seçeneğini işaretleyerek doğru yanıtlamıştır. 35 yaş altı kadın hekimlerin %52'si ayda 1 kez kendi kendine meme muayenesi yapmadığını belirtmiştir. 35-40 yaş arası erkek hekimlerin %66.7'si yılda en az bir kez bel çevresi ölçümü yaptırdığını ifade etmiştir. Hekimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları

ölçeği (SYBDÖ) puanı ortalaması 128.03 ± 19.41 olarak saptanmıştır. SYBDÖ alt boyutlarında en yüksek puan ortalaması kişiler arası ilişkilerde (25.19 ± 4.01), en düşük puan ortalaması ise fiziksel aktivitede (17.99 ± 4.77) saptanmıştır. Hekimlerin %73.8'i düzenli egzersiz/spor yapmadığını ifade etmiştir. Hekimlerin sigara kullanma ($p=0.021$), düzenli egzersiz yapıp yapmama ($p<0.001$) ve genel sağlık durumu değerlendirmesine ($p=0.009$) göre SYBDÖ puanları arasında sigara kullanmayan ve sigarayı bırakanlar, düzenli egzersiz yapanlar ile genel sağlık durumu değerlendirmesinde olumlu yönde yanıt verenler lehine pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. 35 yaş altı gruptaki hekimlerde düzenli fiziksel aktivite davranışına göre SYBDÖ puanı arasında düzenli fiziksel aktivite yapanlar lehine pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. 35 yaş altı kadın hekimlerde ağırlık, boy, BKİ, bel çevresi ölçümü ve kendi kendine meme muayenesi; erkek hekimlerde ise düzenli arteriyel tansiyon ölçümü davranışına göre SYBDÖ puanı arasında bu davranışlara sahip olanlar lehine pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir.

SONUÇ: Hizmet alanlara rol model olma potansiyeli taşıyan hekimlerin PSM ve SYBD ile ilgili yeterince haberdar olmadıkları, içerikleri ile ilgili bilgi düzeylerinde de eksiklikler bulunduğu dikkat çekmektedir. Hekimlerin PSM ve tarama testleri ile ilgili tıp fakültesi ve uzmanlık eğitimi yanında diğer kaynaklardan da bilgi almasını arttırmaya ve bilgilerini güncel tutmaya yönelik çalışmalar yapılması gerekmektedir. Hekimlerin büyük bölümünde düzenli fiziksel aktivite yapmama; kadın hekimlerde kendi kendine meme muayenesi yapmama, pap smear/HPV testi yaptırmama; erkek hekimlerde ise bel çevresi ölçümü yaptırmama davranışının saptanması rehberlerin bu konulardaki önerilerinin yerine getirilmediğini göstermektedir. Bu durumun nedenlerinin araştırılarak çözüm yolları aranması ve davranış değişikliği oluşturacak çalışma ve düzenlemeler yapılması önerilmektedir. Hekimlerin çalışmamızda ve benzer diğer çalışmalarda SYBDÖ puanı ortalamasının düşük olması bilgi ve farkındalık eksikliği bakımından bir uyarı olarak dikkate alınmalı ve hekimleri SYBD konusunda motive edecek, bu davranışları günlük yaşamlarında sürekli uygulamalarına destek olacak çalışmalar yapılmalıdır. Çalışmamızda ortaya çıkan en çarpıcı sonuçlardan biri de benzer diğer çalışma sonuçlarıyla desteklenir şekilde hekimlerin hem SYBDÖ alt boyutları arasından fiziksel aktivite alt boyutunda en düşük puan ortalamasını alması hem de

hekimlerin büyük bölümünde düzenli fiziksel aktivite davranışı olmamasıdır. Bu nedenle hekimleri düzenli fiziksel aktiviteye teşvik etmek ve farkındalık oluşturmak amacıyla düzenlemeler yapılmasını önermekteyiz.

ANAHTAR KELİMELEER: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Periyodik Sağlık Muayeneleri, Hekimler, Fiziksel Aktivite, Koruyucu Sağlık Programları



ABSTRACT

PURPOSE: Periodic health examinations (PHE) and healthy lifestyle behaviors (HLBS) are of great importance for a healthy life. Some studies examine the knowledge level and behaviors of physicians, who have a key role in health service delivery and have the potential to be role models for service users, about HLBS and PHE and the factors affecting them. Our study aims to evaluate the knowledge level and behavior of physicians about PHE together with the HLBS, to determine the situation, to increase the awareness of physicians, to create behavioral change, and to contribute to the relevant guidelines and practices.

MATERIALS AND METHODS: The universe of the study, which is descriptive, prospective, and cross-sectional, consisted of 613 physicians who were active in Health Sciences University Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital between April 24 and July 24, 2020. A total of 263 physicians were included in the study by calculating the sample size using a simple random sampling method. Participants were administered the participant information collection form, two separate questionnaires to determine the level of knowledge and behavior about PHE and screening tests, and a questionnaire form consisting of a total of 4 parts using the Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP)-2. IBM SPSS Statistics 21.0 and MS-Excel 2007 programs were used for statistical analysis and calculations. The statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

RESULTS: 62.7% of the physicians participating in the survey are women. The average age of the participants is 30.14 ± 4.81 . The proportion of physicians with information about the guidelines on the implementation of the PSM and screening tests in Turkey is 43%. The rate of physicians who have information about the guidelines about PSM and screening tests applied in the world was determined to be 14.1%. "Regardless of the reason for application, from what age should thyroid function tests be done?" 57% of the physicians answered the question correctly by selecting the "age 35" option. 52% of female physicians under the age of 35 stated that they do not perform breast self-examination once a month. 66.7% of male physicians aged 35-40 stated that they have waist circumference measured at least once a year. The average score of the physicians' health promoting lifestyle profile (HPLP) was found to be 128.03 ± 19.41 . In HPLP sub-dimensions, the highest mean score was found in interpersonal relationships (25.19 ± 4.01) and the lowest average

score was found in physical activity (17.99 ± 4.77). 73.8% of the physicians stated that they do not exercise regularly. Among the physicians, the HPLP scores of non-smokers and those who quit smoking ($p = 0.021$), those who exercise regularly ($p < 0.001$), and those who respond positively in general health assessment ($p = 0.009$) were found to be significantly higher. Among the physicians under the age of 35, HPLP scores were found to be significantly higher in those who regularly exercised. A positive significant difference was found between weight, height, BMI, waist circumference measurement, and breast self-examination, and HPLP scores among female physicians under 35 years of age. In male physicians, a positive significant difference was found between the HPLP score according to the behavior of regular arterial blood pressure measurement.

CONCLUSION: It is noteworthy that physicians who have the potential to be role models for service users are not sufficiently informed about PHE and HLBS, and that there are deficiencies in their knowledge of their contents. Studies should be carried out to increase physicians' knowledge of PHE and screening tests from other sources, as well as from medical faculty and specialty training, and to keep their knowledge up-to-date. The fact that most physicians do not perform regular physical activity, do not perform breast self-examination by female physicians, do not have pap smear / HPV test, and do not measure waist circumference in male physicians show that the recommendations of the guidelines on these issues are not fulfilled. It is recommended to investigate the causes of this situation, seek solutions and make studies and arrangements that will create a change in behavior. The low mean HPLP score of physicians in our study and in other similar studies should be considered as a warning in terms of lack of knowledge and awareness, and studies should be carried out to motivate physicians about HLBS and support their continuous implementation of these behaviors in their daily lives. One of the most striking results of our study is that physicians obtained the lowest average score in the physical activity sub-dimension among the HPLP sub-dimensions, as well as the absence of regular physical activity behavior in most of the physicians. For this reason, we recommend making regulations to encourage physicians to engage in regular physical activity and to raise awareness.

KEY WORDS: Healthy Lifestyle, Screening Programs, Physicians, Physical Activity, Preventive Health Programs

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı “Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak tanımlamıştır (1). Bu tanım ilk kez yapıldığı 1946 yılından günümüze kadar değişmemiştir (2). Ancak bu tanımın yapılmasından sonraki süreçte "sağlıklı yaşam" ve "sağlıkla ilgili yaşam kalitesi" kavramları ön plana çıkmaya başlamıştır.

Toplumların refah seviyelerinin yükselmesi, bilimsel gelişmelerin yeniliklere kapı aralaması ve teknolojinin tıbbi tanı ve tedavide kullanılmaya başlamasıyla birlikte sağlık sadece hastalık, sakatlık ve ölüm kavramlarının olmamasından ibaret bir durum olmaktan sıyrılıp insanların yaşam boyunca elde etmeye, sürdürmeye veya yeniden kazanmaya çabaladıkları fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan bütüncül bir iyilik durumuna dönüşmüştür. "Sağlıklı yaşam" kavramı bu bütünü sürdürme çabasını ifade etmektedir (3). "Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi" kavramı ise bir insanın veya toplumun belli bir süreç içinde algılanan fiziksel ve zihinsel sağlığı olarak tanımlanabilir (4,5).

2018 yılında yayımlanan küresel hastalık yükü çalışmasına göre 1980-2017 yılları arasında 195 ülke ve bölgede gerçekleşen ölümler incelenmiş ve çalışma sonucunda ölümlerin en büyük kısmını (%73.4) bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşturduğu saptanmıştır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar grubunda da ölüm nedenlerinin büyük kısmını kronik hastalıklar (özellikle kardiyovasküler sistem hastalıkları, akciğer hastalıkları, diyabet ve böbrek hastalıkları) ile malignitelerin oluşturduğu saptanmıştır (6).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların ortaya çıkması ve bu hastalıklara bağlı mortalite riskinin artması yaş, cinsiyet, genetik özellikler gibi değiştirilemez özellikler yanında tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik, alkol tüketimi ve sağlıksız beslenme tarzı gibi değiştirilebilir faktörlerle de yakından ilişkilidir (3,7,8). Bu faktörlerin değiştirilmesinde ya da ortaya çıkmasını engellemede ise sağlıklı yaşam biçiminin benimsenmesi ve bunun sağlık davranışıyla bütünleşmesinin rolü vardır.

Kişilerin dengeli ve sağlıklı beslenmesini, düzenli fiziksel aktivite yapmasını, stres yönetimini, diğer bireylerle arasındaki ilişkileri, sağlık sorumluluğunu kazanmasını, manevi gelişimini (tinsellik) kapsayan kavram ise sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) olarak tanımlanmaktadır (9). SYBD ile bulaşıcı olmayan hastalıkların ortaya çıkması ve bu hastalıklara bağlı mortalite riski azaltılabilir.

Sağlıklı yaşam biçimi, bireylerin sağlığını etkileyebilecek tüm davranışları kontrol etmeleri, günlük aktivitelerini düzenlemelerinde sağlıklarını yükseltmeye yönelik davranışları seçerek uygulamalarıdır (10). Sağlık davranışı ise asıl veya algılanan sağlık durumundan bağımsız olarak sağlığı teşvik etmek, korumak veya sürdürmek amacıyla birey tarafından gerçekleştirilen herhangi bir faaliyet olarak tanımlanmıştır (11,12).

SYBD'nin bireylere anlatılması ve benimsetilmesinde koruyucu hekimlik kavramı devreye girer ve büyük önem taşır. Koruyucu hekimlik; bireylerin sağlığını korumaları konusunda onlara danışmanlık hizmeti vermeyi, herhangi bir hastalık riski taşımayan bireyleri olası hastalık risklerinden uzak tutmayı, risk altındaki bireylerin risklerinin azaltılmasını sağlamayı, bireylerin mevcut hastalıklarının erken tarama, tanı ve tedavisiyle kronik hastalıkların ve malignitelerin oluşturacağı morbidite ve mortalite riskinin azaltılmasını kapsar (13).

Koruyucu hekimliğin temel, birincil, ikincil, üçüncül ve dördüncül olmak üzere 5 ana bölümü vardır. Temel koruma; Hastalıkların meydana gelmesinde rolü olan ekonomik, kültürel ve sosyal etmenler ile ilişkili risk faktörlerinin oluşumunun engellenmesine yönelik alınan önlemleri ifade eder (14). Birincil koruma; bireyler herhangi bir hastalığa yakalanmadan önce hastalığın nedenlerini ortadan kaldırmak amacıyla belirli bir hastalık veya hastalık grubuna karşı uygulanabilen önlemler bütünüdür (15). İkincil koruma; bireylerde belirli bir hastalığın veya hastalık grubunun asemptomatik olduğu erken dönemde tespit edilmesi, kontrol altına alınması ve ilerlemesinin engellenmesi için yapılan uygulamalardır (16). Üçüncül koruma; bireylerde bir hastalık ortaya çıktıktan sonra hastalığın kronik etkilerini ve ortaya çıkabilecek komplikasyonlarını azaltmak için uygun tedavi ve rehabilitasyon çalışmaları yaparak bireylerin yaşam kalitelerini ve işlevselliklerini korumak için yapılan uygulamaları kapsar (16,17). Dördüncül koruma; aşırı tedavi riski altındaki bireyleri tespit ederek onları gereksiz, uygun olmayan ve aşırı tıbbi tedavinin

zararlarından korumak ve bireyin hastalık durumuna ve gereksinimlerine göre uygunluğu bilimsel olarak kabul edilebilir, etik olarak kabul edilmiş ve onaylanmış teşhis veya tedavi alternatifleri konusunda bireye uygun bilgilendirilme yapıp bu alternatiflerin avantaj ve dezavantajlarından bahsederek bireyin bu alternatiflerle olabilecek en yüksek düzeyde tıbbi bakımı en az zararla almasını bireyin tıbbi bakım tercihleri arasında bir seçenek olarak sunmayı kapsar (18).

SYBD birincil koruma içerisinde yer alırken gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde koruyucu hekimliğe giderek daha fazla önem verilmesiyle birlikte oldukça yaygın hale gelen periyodik sağlık muayeneleri (PSM) ise ikincil koruma içerisinde yer alır. PSM, herhangi bir hastalığa ait semptom göstermeyen sağlıklı bireylerde görüşme, danışmanlık, fizik muayene ve çeşitli laboratuvar tetkikleri kullanılarak bireylerin sağlık durumlarının düzenli aralıklarla değerlendirilmesidir (19,20). PSM'nin amacı asemptomatik bireylerin yaş, cinsiyet ve risk gruplarına göre önlenabilir ve tedavi edilebilir hastalıklarının erken belirtilerini ve risk faktörlerini tanımlayarak morbidite ve mortalitelerini azaltmaktır (19–22).

Sağlık hizmeti sunumunda anahtar bir rolü bulunan ve hizmet alanlara rol model olma potansiyeli taşıyan hekimlerin PSM'yi ve SYBD'yi bireysel olarak yoğun çalışma hayatlarının da etkisiyle yeterince yerine getirmedikleri bilinmektedir.

Daha önce yapılan çalışmalarda hekimlerin SYBD ve PSM ile ilgili bilgi düzeyi ve davranışları ve bunları etkileyen faktörler ayrı ayrı incelenmiş (23,24) ancak hem PSM hem de SYBD birlikte yeterince ele alınmamıştır.

Bu çalışmanın amacı hekimlerin PSM hakkındaki bilgi düzeyi ve davranışları ile SYBD'nin birlikte değerlendirilerek durum tespiti yapılması, hekimlerin farkındalıklarının artırılması, davranış değişikliği oluşturulması ve ilgili rehber ve uygulamalara katkıda bulunmaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Sağlık Kavramı

DSÖ sağlığı ilk kez 1946 yılında “Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak tanımlamıştır ve günümüzde bu tanım DSÖ tarafından kullanılmaya devam etmektedir (1,2). Bu tanımda bahsedilen sağlığın fiziksel, ruhsal ve sosyal yönleri bakımından tam iyilik

seviyesine ulaşılabilmesi için bireyin veya toplumların isteklerini ve ihtiyaçlarını belirleyerek tanımlaması ve bu doğrultuda isteklerini gerçekleştirip ihtiyaçlarını karşılayabilmesi, diğer taraftan çevreyi değiştirebilmesi veya bunlarla mücadele edebilmesi gerekmektedir. Bu nedenle sağlık, yaşamın amacı değil günlük yaşam için bir kaynak olarak görülmelidir. Sağlık, sosyal ve kişisel kaynaklar ile fiziksel kapasiteleri vurgulayan olumlu bir kavramdır (25).

DSÖ'nün tanımından sonra yıllar içerisinde bireylerin ve toplumların yaşamlarındaki değişimle birlikte sağlık anlayışı günümüzde bireylerin ve toplumların sağlıklarını koruyan, geliştiren aynı zamanda bu koruma ve geliştirme durumuna süreklilik kazandırmayı amaçlayan bir hale bürünmüştür. Bu anlayış bireylerin ve toplumların tam iyilik halini koruyacak, geliştirecek ve sürdürecektir davranışlar kazanması ve kendi sağlığıyla ilgili doğru kararlar almasını sağlamayı amaçlayarak temellendirilmiştir (26–29).

Beslenme tarzı, tütün ve alkol kullanımı gibi alışkanlıklar, egzersiz ve fiziksel aktivite, yaşanılan çevre, kişiler arası ilişkiler sağlığı etkileyen önemli faktörlerdendir (30). Sağlığı etkileyen bu faktörlerden yola çıkılarak sağlığın bileşenleri tanımlanmıştır. Bunlar; fiziksel (bedensel), ruhsal (mental), duygusal, spiritüel (manevi) ve sosyal sağlıktır (31,32).

Fiziksel (bedensel) sağlık: Vücuttaki bir organ veya sistemin anatomik, fizyolojik ve mekanik olarak bütünlüğünün tam olması ve işlevinin devam etmesidir (31,32).

Ruhsal (mental) sağlık: Bireyin yaşam süreci içerisinde kazandığı tecrübeler ve entellektüel birikimleriyle birlikte açık, net ve tutarlı bir şekilde düşünebilmesinin yanı sıra bulunduğu bütün alanlara müdahil olabilme yeterliliğini hissetmesi ve bu durumun farkında olmasıdır (31,32).

Duygusal sağlık: Bireyin duygularını tanıyarak kontrol edebilmesi ve uygun şekilde belli edebilmesidir (31,32).

Spiritüel (manevi) sağlık: Bireyin hayatı boyunca yaşadığı hastalık, sakatlık, ağrı, acı, hüznün gibi somut durumların anlamlarını aynı zamanda yaşamın anlamı ve ölüm kavramını inanç temelinde ele alarak algılayabilmesidir. Sağlığın bu bileşeni

bireyin sağlığının bozulmasına yol açabilecek fiziksel ve ruhsal tehlikelere karşı bireyi destekler ve rahatlamasına yardımcı olur (31,32).

Sosyal Sağlık: Bireyin diğer kişilerle iletişim kurup etkileşimde bulunabilmesi ve bunu sürdürebilmesidir (31,32).

Başka bir açıdan sağlık seviyelerine göre ayrılmış ve üç boyutta ele alınmıştır. Bunlar:

Negatif Sağlık: Tedavi ve rehabilitasyon yapılması gereken sağlık durumudur (32).

Nötral Sağlık: Herhangi bir sağlık sorununun olmadığı dengeli bir sağlık durumudur (32).

Pozitif Sağlık: Sağlıklı bir bireyde mevcut sağlık potansiyelinin geliştirilip iyilik halinin arttırılması durumudur (32).

2.2.Sağlığın Korunması

Sağlığın korunması; bireylerin sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek durumların önlenmesi ve bunlardan uzak tutulması ile bireylere sağlığını daha iyi bir seviyeye ulaştıracak davranışlar kazandırılması olarak tanımlanabilir (33). Sağlığın korunması ilk kez 1965 yılında birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak sınıflandırılmıştır (34). Sonraki yıllarda bu sınıflandırmaya temel ve dördüncül koruma eklenmiştir (14,18).

Temel (Primordial) Koruma: Hastalıkların meydana gelmesinde rolü olan ekonomik, kültürel ve sosyal etmenler ile ilişkili risk faktörlerinin oluşumunun engellenmesine yönelik alınan önlemleri ifade eder. Obeziteye yatkınlığı olan bireylerin tespit edilerek bu bireylerde obezite gelişmesini engellemeye yönelik çalışmalar yapılması, bireylerde sigara içme, sağlıksız beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite alışkanlıklarına neden olan ekonomik ve sosyal koşulların düzeltilmesine yönelik çalışmalar yapılması bu kapsamdadır (14).

Birincil (Primer) Koruma: Bireyler herhangi bir hastalığa yakalanmadan önce hastalığın nedenlerini ortadan kaldırmak amacıyla belirli bir hastalık veya hastalık grubuna karşı uygulanabilen önlemleri ifade eder (15,34). Aşı ve bağışıklama çalışmaları, sigara ve alkol kullanımının nlenmesine yönelik

alışmalar, sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel egzersizin teşvik edilmesi, stresle başa çıkabilme konusunda danışmanlık ve destek çalışmaları, temiz içme suyu sağlanması ve sağlığa zararlı çevresel atıkların oluşumunun engellenmesi veya bu atıkların ortadan kaldırılması gibi sanitasyon çalışmaları, sağlık koşullarının bozulmasına neden olan düşük sosyoekonomik düzeyin iyileştirilmesine yönelik çalışmalar bu kapsamdadır (18,35).

İkincil (Sekonder) Koruma: Bireylerde belirli bir hastalığın veya hastalık grubunun asemptomatik olduğu erken dönemde tespit edilmesi, kontrol altına alınması ve ilerlemesinin engellenmesi için yapılan uygulamaları ifade eder (16,34). Tarama testleri, periyodik sağlık muayeneleri ve tespit edilen hastalıkların tedavisine erken dönemde başlanması bu kapsamdadır (18,35).

Üçüncül (Tersiyer) Koruma: Bireylerde bir hastalık ortaya çıktıktan sonra hastalığın kronik etkilerini ve ortaya çıkabilecek komplikasyonlarını azaltmak için uygun tedavi ve rehabilitasyon çalışmaları yaparak bireylerin yaşam kalitelerini ve işlevselliklerini korumak için yapılan uygulamaları ifade eder (16,17,34). Diyabetli hastalarda kan şekeri regülasyonunu sağlayarak retinopati gibi komplikasyonların gelişmesinin engellemesi ve yürüyemeyen tekerlekli sandalye kullanan hastalarda yataktan düşmeye bağlı yaralanmalara ve omuz sakatlanmalarına karşı hastalara eğitim verilip gerekli önlemlerin alınması üçüncül korumaya örnek olarak verilebilir (18,35).

Dördüncül (Kuarterner) Koruma: Aşırı tedavi riski altındaki bireyleri tespit ederek onları gereksiz, uygun olmayan ve aşırı tıbbi tedavinin zararlarından korumak ve bireyin hastalık durumuna ve gereksinimlerine göre uygunluğu bilimsel olarak kabul edilebilir, etik olarak kabul edilmiş ve onaylanmış teşhis veya tedavi alternatifleri konusunda bireye uygun bilgilendirilme yapıp bu alternatiflerin avantaj ve dezavantajlarından bahsederek bireyin bu alternatiflerle olabilecek en yüksek düzeyde tıbbi bakımı en az zararla almasını bireyin tıbbi bakım tercihleri arasında bir seçenek olarak sunmayı ifade eder. Palyatif bakım uygulama ve hizmetleri bu kapsamdadır (18).

2.3.Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi kavramı bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrolünü artırmalarını sağlayan, sadece tedaviye odaklanmayıp herhangi bir

hastalık veya hastalık grubunun temel nedenlerini ele alıp bunları önlemeye yönelik çalışmalar yaparak bireylerin yaşam kalitesine katkı sağlamak ve bu kaliteyi korumak için tasarlanan çeşitli sosyal ve çevresel müdahaleleri ifade eder (36–38).

Sağlığın geliştirilmesi için tüm ülkelerde hükümetlerin ve politika üreticilerin sağlığın geliştirilmesini benimsemesi ve bu temel üzerinde sağlık politikalarına yön vermesi gerekir. Bu kapsamda sağlık eğitimi ve sağlık okuryazarlığı konularında bireylere bilgi ve tecrübe kazandırılarak bireylerin beslenme ve ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri gibi konularda doğru seçimler yapmaları sağlanmalıdır. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetleri yoluyla bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, sağlıksız gıda tüketiminin azaltılması ve engellenmesi, temiz içme suyu sağlanması, hava kirliliğinin önlenmesi, düzenli fiziksel egzersizin yaygınlaştırılmasının yürüyüş ve bisiklet yolu yapılması gibi uygulamalarla teşvik edilmesi, planlı ve düzenli kentleşmenin sağlanması, emniyet kemeri, kask takma ve iş güvenliği önemlerinin zorunlu hale getirilmesi için çeşitli kanun ve düzenlemeler yapılmalıdır (36–38).

DSÖ öncülüğünde sağlığın geliştirilmesinde kavramları, ilkeleri ve uygulama alanlarını belirlemek ve sağlığın geliştirilmesini geniş alanlara yayarak küreselleşmesini sağlamak amacıyla günümüze kadar dokuz adet konferans düzenlenmiştir (39). Bunlardan ilki 1986 yılında Kanada'nın Ottawa kentinde düzenlenmiştir. Bu konferans ve konferans sonunda ortaya çıkan sözleşme, DSÖ ve diğer uluslararası sağlık kuruluşları sağlığın geliştirilmesini uygun olan tüm alanlarda desteklemeye, ülkelerin sağlığın geliştirilmesine yönelik strateji ve programlar hazırlamasını desteklemeye davet etmiştir. Eğer bu davet sonrasında bireyler, sivil toplum kuruluşları, DSÖ ve diğer uluslararası sağlık kuruluşları ve hükümetler sağlığın geliştirilmesine yönelik stratejileri başlatmada güç birliği yaparlarsa 2000 yılına kadar "Herkes İçin Sağlık" hedefine ulaşılabilceği vurgulanmıştır (40). 1988 yılında Avustralya'nın Adelaide kentinde düzenlenen konferansta "Sağlıklı Halk Politikası" stratejisi üzerinde durulmuştur (40). 1991 yılında İsveç'in Sundsvall kentinde düzenlenen konferans ve konferans sonunda ortaya çıkan bildirge Dünya'daki tüm insanları, çevrelerini sağlığı daha iyi bir şekilde destekler hale getirme sürecinde aktif rol almaya çağırmıştır (40). 1997 yılında Endonezya'nın Jakarta kentinde düzenlenen konferansta ve konferans sonunda ortaya çıkan bildirmede 21. yüzyılda sağlığın teşviki ve geliştirilmesiyle ilgili planlamalar üzerinde durulmuştur. Bu konferans sağlığın teşviki ve geliştirilmesini destekleme

abalarına ilk defa özel sektörün dahil edildiği konferanstır (40). 2000 yılında Meksika'da Mexico City'de düzenlenen konferansta ve konferans sonunda ortaya çıkan bildirgede Dünya'da sağlığın teğviki ve geliğtirilmesiyle ilgili olumlu geliğmeler olmasına karėın eğitli faktörlerin etkisiyle pek çok sağlık sorununun devam ettiği vurgulanmığ ve bu durumun üstesinden gelinebilmesi için bireylerin, sivil toplum kuruluğlarının, DSÖ ve diğer uluslararası sağlık kuruluğlarının ve hükümetlerin küresel çapta daha sıkı bir iğbirliği yapması gerektiği, bu sorunların çözümü için eylem planları hazırlanması gerektiği vurgulanmığtır (40). 2005 yılında Tayland'ın Bangkok kentinde düzenlenen konferansta toplumları güçlendirecek, sağlığı ve sağlık hakkaniyetini iyileğtirecek politika ve ortaklıkların, küresel ve ulusal kalkınmanın merkezinde yer alması gerektiği vurgulanmığtır (40). 2009 yılında Kenya'nın Nairobi kentinde düzenlenen konferansta sağlığın geliğtirilmesi ve sağlıkta eğitsizliğin ortadan kaldırılması için daha önce belirlenen hedeflere ulağılamadığı ve sağlıkta eğitsizlik sorununun çözümüne yönelik alığmalar yapılması gerektiği vurgulanmığtır (41). 2013 yılında Finlandiya'nın Helsinki kentinde düzenlenen konferansta "tüm politikalarda sağlık" kavramı ön plana ıkmığtır. Bu kavram halk sağlığı ve sağlık hakkında karar vermek için sağlık politikalarını dikkate alan, sinerjileri arayan ve zararlı sağlık etkilerinden kaçınan sektörlerin kamu politikalarına bir yaklağımı olarak aıklanmığtır (42). Son olarak 2016 yılında in'in Őanghai kentinde düzenlenen konferansta sağlığın teğviki ve geliğtirilmesiyle 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri arasındaki önemli bağlantılar vurgulanmığtır (43).

2.4.Yağam Kalitesi ve Sağlıkla İlgili Yağam Kalitesi

Yağam kalitesi DSÖ tarafından bireylerin içerisinde bulundukları kültür ve değer sistemleriyle bağlantılı olarak hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygılarıyla ilgili yağamdaki konumlarını algılamaları olarak tanımlanmığtır. Bireylerin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, sosyal iliğkileri, bağımsızlık düzeyi, inançları gibi geniğ bir yelpazedeki pek çok faktörden etkilenebilen bir olgudur (44). Sağlıkla ilgili yağam kalitesi ise bir bireyin veya toplumun belli bir süreç içinde algılanan fiziksel ve zihinsel sağlığı olarak tanımlanabilir (4,5).

2.5.Sağlıklı Yağam Biçimi Davranığları

SYBD bireylerin kendi iyilik seviyelerini korumaları ve yükseltmelerini sağlayan davranığlar olarak tanımlanmığtır. SYBD dengeli ve sağlıklı beslenmeyi,

düzenli fiziksel aktiviteyi, stres yönetimini, kişiler arası ilişkileri, sağlık sorumluluğunu kazanmayı ve manevi gelişimi (tinsellik) kapsar (9).

2.5.1.Beslenme

Vücudun büyümesi ve gelişmesi, yenilenmesi ve fonksiyonlarını sürdürmesi için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli miktarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumu yeterli ve dengeli beslenme olarak tanımlanır. Yenilen besinlerden zevk alarak, çeşitli ve dengeli beslenerek tüm besin öğelerinin bireye özel gereksinim duyulan miktarlarda alınması ve ideal vücut ağırlığının sürdürülmesi ise sağlıklı beslenme olarak tanımlanır. Sağlıklı beslenmenin hedefi yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlamaktır (45).

Sağlıklı beslenme; diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, inme ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmaya ve bu hastalıkların ortaya çıkma riskinin azaltılması ile bu hastalıklara bağlı gelişebilecek morbidite ve mortalite riskinin azaltılmasına yardımcı olur. Aynı zamanda yetersiz beslenme riski ile aşırı kilolu olma veya obezite gelişme riskini de azaltır (46,47).

Besinler içerdikleri besin öğelerine göre beş grupta toplanmaktadır. Bunlar süt ve süt ürünleri grubu, et, yumurta, kuru baklagiller ve yağlı tohumlar grubu, ekmek ve tahıllar grubu, sebze grubu ve meyve grubudur. Sağlıklı bir beslenme için besin çeşitliliği gereklidir. Bu nedenle beş besin ögesi grubundan da yeteri kadar tüketilmelidir (48).Günlük enerjinin %45-60'ının karbonhidratlardan, %20-35'inin yağlardan ve %10-20'sinin ise proteinlerden sağlanması önerilir (48). Serbest şeker alımının günlük enerjideki payının %10'u geçmemesi hatta mümkünse sağlık yararları göz önüne alınarak (yapılan çalışmalar serbest şekerlerin kan basıncını ve serum lipidlerini etkilediğini ve serbest şeker alımındaki bir azalmanın kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörlerini azalttığını göstermektedir) %5'i geçmemesi, sağlıklı kilo alımını önlemek için yağların günlük enerjideki payının %30'u geçmemesi, doymuş yağların günlük enerjideki payının %10'u geçmemesi, trans yağların ise günlük enerjideki payının %1'i geçmemesi önerilmektedir (47,49). İyotlu tuz kullanılmalıdır ve günlük tuz alımı 5 gr'ı geçmemelidir. Fazla tuz tüketimi yüksek kan basıncına katkıda bulunarak kardiyovasküler hastalık ve inme riskini arttırır. Tuz alımının önerilen seviyeye düşürülmesi yani günde 5 gr'dan az tüketilmesi, her yıl 1.7 milyon ölümü önleyebilir (47).

2.5.2.Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, yaşam içerisinde iskelet kasları tarafından yapılan enerji harcanmasını gerektiren herhangi bir vücut hareketi olarak tanımlanır (50–52). Egzersiz ise fiziksel uygunluğun bir veya daha fazla bileşeninin geliştirilmesi veya sürdürülmesinin amaçlandığı planlanan, yapılandırılan, tekrarlanan ve bilinçli olarak yapılan bir fiziksel aktivite alt kategorisidir (50–52). Fiziksel aktivite, egzersizin yanı sıra bedensel hareketleri içeren oyun, çalışma, aktif ulaşım, ev işleri ve eğlence aktivitelerinin bir parçası olarak yapılan diğer aktiviteleri içerir (50).

Yetersiz fiziksel aktivite, küresel mortalite için dördüncü önde gelen risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Dünya'da her yıl ölümlerin %6'sından yetersiz fiziksel aktivite sorumludur (50). Ayrıca yetersiz fiziksel aktivite, kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür (53). Meme ve kolon kanserlerinin yaklaşık %21-25'inin, diyabetin %27'sinin ve iskemik kalp hastalıklarının yaklaşık %30'unun ana nedeninin yetersiz fiziksel aktivite olduğu tahmin edilmektedir (50).

Yeterli ve düzenli fiziksel aktivite obezite, hipertansiyon, inme, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve bazı kanser türlerinin (özellikle meme ve kolon kanserleri olmakla birlikte endometrium ve prostat kanseri) ortaya çıkma riskini ve bu hastalıklara bağlı mortalite riskini azaltır (53–57). Ayrıca diyabette kan şekeri regülasyonunun sağlanmasında, meme ve kolon kanserlerinde nüks riskinin azaltılmasında, kilo kontrolünün sağlanmasında, tansiyon regülasyonunda, lipid profilinin düzeltilmesinde, kemik sağlığının korunarak osteoporoz gelişiminin ve fraktürlerin önlenmesinde, depresyon, anksiyete ve panik bozukluğa bağlı semptomların azaltılmasında, yaşlı bireylerde düşme riskinin azaltılmasıyla pelvik ve vertebral fraktürlerin önlenmesinde, kronik obstrüktif akciğer hastalığında(KOAH) fonksiyonel sonuçların iyileştirilmesinde (yürüyüş mesafesi gibi), erektil disfonksiyon sorunu olan erkeklerde erektil disfonksiyonun azaltılmasında yeterli ve düzenli fiziksel aktivite rol oynar (52–59).

2.5.3.Stres Yönetimi

Tarihsel süreç boyunca stres; dert, keder, bela, musibet, güç, baskı, zor anlamlarına gelecek şekilde tanımlanmıştır. Tarihte Hipokrat ve Aristoteles gibi

bilim insanı ve düşünürler stresin ve oluşturduğu olumsuzlukların farkında olmuşlardır. Ancak tıbbi anlamda stres kavramını ilk kez 1878'de Fransız fizyolog Claude Bernard "organizmanın dengesini bozan uyaranlar" olarak tanımlamıştır (60,61).

Stresin günümüze kadar gelen modern anlamdaki ilk ve en genel tanımını ise 1956 yılında "stresin babası" olarak da bilinen endokrinolog Hans Hugo Bruno Selye yapmıştır. Selye stresi vücudun herhangi bir talebe karşı spesifik olmayan yanıtı olarak tanımlamıştır (60,62). Selye'ye göre stres canlının iç dengesinin o canlının iç veya dış çevresi, ortamı tarafından zorlandığı bir durumdur ve herhangi bir anda vücutta devam eden tüm farklı uyumların (organların çalışması, kasların gerilmesi ve gevşemesi, salgılar vb. gibi) toplamıdır (63). Selye'ye göre stres kaçılması gereken bir durum değildir ayrıca yaşam boyunca stresten kaçınmak zaten mümkün değildir. Çünkü insan uyurken bile kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, sinir sistemi, sindirim sistemi ve diğer organlar çalışmaya devam etmelidir. Stres yaşamın bir parçası olarak ortaya çıkan ve yaşam için gerekli bir durumdur. Streten tamamen kurtulmak ancak yaşamın sonlanmasıyla mümkün olur (60,63).

Stres yönetimi başka bir deyişle stresle başa çıkma, bireyin stres faktörleriyle karşılaştığında muhtemel sonuçları değerlendirmesi ve bu değerlendirme sürecinin onun duygusal ve davranışsal tepkilerini etkilemesi olarak tanımlanabilir (64). Bu süreçte ilk olarak işe yaramayan ve bireye zarar veren tepkilerin belirlenmesi ve bunların nelere yol açtığına fark edilmesi gerekir. Stresle başa çıkma yöntemleri, bireyin bu tepkilerini değiştirebilmesini sağlayacak özgül beceriler kazandırarak stresi azaltmayı hedefler. Günümüzde stres yönetiminde bireylere destek amacıyla kognitif davranışçı terapi yöntemleri sıklıkla kullanılmaktadır. Bu terapi yöntemleri bireylere 5 ana beceri kazandırmayı hedefler. Bunlar; kendini gözleme, kognitif yeniden yapılandırma, gevşeme teknikleri, zamanı iyi kullanmak ve problem çözmedir. Kendini gözlemlenmede bireye genellikle günlük tutması önerilir. Bu sayede birey genellikle gözden kaçırdığı davranışlarını farkederek ayrıca kognitif davranışsal tepkilerinin durumların öncülleri ve sonuçlarıyla olan bağlantılarını görür. Kognitif yeniden yapılandırmada bireyin işe yaramayan düşüncelerinin, inançlarının ve beklentilerinin farkına varması, bunların değiştirilmesi amaçlanır. Gevşeme teknikleri sayesinde bireydeki kaygı ve gerilim azaltılarak bireyin olayları daha mantıklı ve soğukkanlı değerlendirmesi amaçlanır. Zamanı iyi kullanma

yöntemleri bireyin yaşamında tekrar bir denge duygusunu kurmasını sağlamayı amaçlar. Son basamak olan problem çözme becerisi ise sorunlu bir duruma nasıl yaklaşılması gerektiğini, bu durumla ilgili nasıl hesaplamalar yapılması gerektiğini ve bu durumu çözmek için etkili bir başa çıkma yönteminin ne şekilde seçilip nasıl uygulanacağını bireye öğretmeyi amaçlar (61).

2.5.4.Kişiler arası İlişkiler

Kişiler arası ilişki kavramı, kişinin diğer kişilerle geliştireceği ve etkileşime girmesini sağlayacak tüm ilişkileri ifade etmektedir. Arkadaşlar, eşler, akrabalar ve meslektaşlar arasındaki ilişkiler örnek olarak verilebilir. Kişiler arası ilişki kavramı içerisinde karşılıklılık, duygu, düşünce ve davranış bileşenlerini barındırır. Kişiler arası ilişkilerin başlamasında, sürdürülmesinde ve sonlandırılmasında bireyin yanı sıra bireyle ilişkiyi yaşayan diğer tarafın da seçim ve nitelikleri, ilişkide belirleyici faktörler olarak işlev görmektedir (65–67).

Kişiler arası ilişkiler; kişinin kendini tanımasını, kabul etmesini, diğer kişilerden aldığı geri bildirimlerle güçlü ve zayıf yönlerini belirlemesini, anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurarak başkalarına karşı olan ilgi ve sevgisini ifade etmesini, yakın arkadaşları ve ailesiyle problemlerini paylaşarak destek bulmasını ve yaşamının zenginleşmesini sağlar (66,68).

2.5.5.Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu kavramı, bireyin sağlığını fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan bir bütün olarak tam bir iyilik hali içerisinde olacak şekilde korumak için üzerine düşen görevleri yerine getirmesi olarak ifade edilebilir. Bireyin sağlıkla ilgili davranışların sorumluluğunu üzerine alması ve düzenli fiziksel egzersiz yapması, sağlıklı beslenmesi, kilo kontrolünü sağlaması, sigara ve alkol gibi zararlı alışkanlıklardan uzak durması, sağlığıyla ilgili düzenli kontrollerini yaptırması ve hekimlerin önerilerine uyarak bunları yerine getirmesi sağlık sorumluluğu kapsamındadır. Sağlık sorumluluğu sayesinde bireyler kendilerini daha iyi hisseder ve daha az sağlık harcaması yaparlar (69–72).

2.5.6.Manevi Gelişim(Tinsellik)

Manevi gelişim, bireyin kendisi ve diğer bireylerle olan ilişkilerini, evrendeki yerini ve evrenle olan ilişkisini, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabasıdır. Aynı zamanda manevi gelişim yaşam boyunca kazanılan bilgilerin bir sonucudur (73,74). Manevi gelişim sayesinde birey iç huzuruna sahip olur ve bu sayede yaşamı boyunca yapmakta olduğu eylemler dışında yeni ve farklı deneyimler elde etme fırsatına sahip olur. Manevi gelişim bireye evrenle ilişki ve uyum içinde olduğunu hissettirir. Birey manevi gelişimle birlikte yaşamdaki amaçları için çalışmaya ve iyilik durumuna ulaşmaya yönelik kendisinde güç bulur (72).

Yapılan araştırmalarda manevi gelişimin sağlığı, uzun yaşamayı ve fiziksel hastalığın iyileşmesini pozitif yönde etkileyebildiği gösterilmiştir (75,76). Ayrıca bireylerin sağlık ve hastalık davranışlarını sorgulamasında, değişimlere uyum sağlamasında, sorunların üstesinden gelebilme becerisi kazanmasında, yeniden iyileşme gücü ve umudu bulmasında manevi gelişimin olumlu etkisi olduğu bilinmektedir (73,75).

2.6.Periyodik Sağlık Muayeneleri

PSM; "herhangi bir hastalığa ait semptom göstermeyen sağlıklı bireylerde görüşme, danışmanlık, fizik muayene ve çeşitli laboratuvar tetkikleri kullanılarak bireylerin sağlık durumlarının düzenli aralıklarla değerlendirilmesi" şeklinde tanımlanmaktadır (19,20). PSM'nin amacı asemptomatik bireylerin yaş, cinsiyet ve risk gruplarına göre önlenabilir ve tedavi edilebilir hastalıklarının erken belirtilerini ve risk faktörlerini tanımlayarak morbidite ve mortalitelerini azaltmaktır (19–22).

2.6.1.Periyodik Sağlık Muayeneleri'nin Tarihsel Gelişimi

Günümüzdeki anlamıyla sağlıklı kişilerin taranmasına yönelik PSM'ye 1860'lı yıllarda İngiliz göğüs hastalıkları uzmanı Dr. Horace Dobell'in öncülük ettiği düşünülmektedir. Dr.Horace Dobell insan fizyolojisindeki en erken patolojileri açığa çıkarmada ve bunları tedavi etmede PSM'lerin önemli olduğunu belirtmiştir. Amerika'da 20. yüzyılın başlarında ilk evrensel PSM önerisi Dr.George Gould

tarafından yapılmıştır. 1915 yılında ise yine Amerika'da Ulusal Verem Derneği tarafından PSM haftası organize edilmiştir. 1922 yılında Amerikan Tabipler Birliği resmi olarak PSM'yi onaylamış ve PSM'leri uygulamaya başlamıştır. 1926 yılında İngiltere'de hem PSM'nin yapıldığı hem de aile planlaması ve aile sağlığı hizmetlerinin verildiği bir sağlık merkezi kurulmuştur. 1960'ların sonlarında birçok ülkede PSM'lerin değerini test etmeye yönelik çalışmalar başlamış ve PSM'ler daha eleştirel olarak incelenmiştir.

DSÖ tarafından 1968 yılında PSM'lerin sahip olması gereken 10 özellik belirlenmiştir. Bunlar;

- Araştırılan durumun önemli bir sağlık sorunu olması,
- Hastalığı tanımlanan bireyler için uygun bir tedavi yöntemi olması,
- Tanı ve tedavi olanaklarının mevcut olması,
- Araştırılan durumum asemptomatik dönemde veya erken semptomatik dönemde tanınabilmesi,
- Uygun bir test veya muayene yöntemi olması,
- Uygulanacak testin toplum tarafından kabul edilebilir olması,
- Hastalığın asemptomatik dönemden semptomatik hale geçip kliniğinin oturduğu hali de dahil olmak üzere doğal seyrinin yeterince anlaşılmış olması,
- Kimlerin hasta kabul edilerek tedavi edilmesine karar vermek için bir politika olması,
- Olgu bulma maliyetinin (tanı ve tedavi dahil) ekonomik açıdan kabul edilebilir olması,
- Olgu bulmanın kısa süreli veya tek seferlik değil süreklilik halinde olmasıdır (77,78).

Geniş kapsamlı kanıta dayalı toplumsal tarama rehberlerinin ilki 1976 yılında Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Görev Gücü (Canadian Task Force on Preventive Health Care, CTFPHC) tarafından hazırlanmıştır. Daha sonra 1984 yılında Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü (The U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF) tarafından bu kapsamda bir rehber hazırlanmıştır (79,80).

Türkiye'de başta öğrenciler olmak üzere toplumun diğer kesimlerini de taramayı amaçlayan ilk geniş kapsamlı sağlık taraması 1990 yılında gerçekleştirilmiştir (81). PSM rehberi oluşturulması için ilgili uzmanların katılımıyla 2011 ve 2012 yıllarında çalıştay düzenlenmiştir. 2014 yılında bu çalıştaylar sonucunda ortaya çıkan taslak rehber üzerinde düzenlemeler yapılarak bebeklik ve çocukluk, erişkinlik dönemi ve geriatric dönem ile ilgili yaş grubu ve cinsiyete göre değişen PSM ve tarama testleri önerileri "Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Rehberi" adı ile (Bu rehber bundan sonraki bölümlerde T.C. Sağlık Bakanlığı rehberi olarak geçecektir.) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanmıştır (20).

2.6.2. Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberlerinin Hazırlanması

PSM ve tarama testleri rehberleri hazırlanırken bilimsel çalışmalarla, kanıtlarla desteklenme gücüne göre rehberlerde bahsedilen muayeneler ve tarama testleri öneri gücü açısından çeşitli şekillerde sınıflandırılmıştır.

USPSTF tarafından yapılan öneri düzeylerinin sınıflandırılmasına ilişkin açıklama Tablo-1'de yer almaktadır.

Tablo-1. USPSTF Öneri Sınıflandırması (82)

Sınıf	Tanım	Uygulama Önerileri
A	USPSTF hizmeti önerir. Net yararın önemli olduğu konusunda yüksek kesinlik vardır.	Bu hizmeti sunun veya sağlayın.
B	USPSTF hizmeti önerir. Net yararın orta düzeyde olduğu konusunda yüksek kesinlik vardır ya da net yararın orta ya da yüksek düzeyde olduğuna dair orta derecede kesinlik vardır.	Bu hizmeti sunun veya sağlayın.
C	USPSTF bu hizmetin profesyonelin kararına ve hastanın tercihlerine bağlı olarak hastanın bireysel özellikleri dikkate alınarak seçici olarak sunulmasını ya da sağlanmasını öneriyor. Net yararın düşük olduğuna dair en azından orta derecede kesinlik vardır.	Bireysel koşullara bağlı olarak seçilmiş hastalara bu hizmeti sunun ya da sağlayın.
D	USPSTF hizmetin sunulmasına karşıdır. Hizmetin net yararı olmadığına ya da zararın yarardan fazla olduğuna dair orta ya da yüksek düzeyde kesinlik vardır.	Bu hizmeti kullanmaktan vazgeçin.
I	USPSTF eldeki kanıtların hizmetin yarar – zarar dengesini değerlendirmek için yetersiz olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kanıt yok, zayıf kalitede ya da tartışmalı ve yarar - zarar dengesi belirlenmiyor.	USPSTF'nin öneri açıklamasının klinik özellikler bölümünü okuyun. Hizmet sağlanacaksa hasta hizmetin yarar ve zarar dengesinin belirsizliğini anlamalıdır.

USPSTF tarafından yapılan önerilerin net yarara göre kesinlik düzeyleriyle ilgili açıklama Tablo-2'de görülmektedir.

Tablo-2. USPSTF Net Yarara Göre Kesinlik Düzeyleri (82)

Kesinlik düzeyi*	Açıklama
Yüksek	Mevcut kanıtlar genellikle birinci basamak popülasyonlarında iyi tasarlanmış, iyi yapılmış çalışmaların tutarlı sonuçlarını içerir. Bu çalışmalar koruyucu hizmetlerin sağlık sonuçları üzerindeki etkilerini değerlendirmektedir. Dolayısıyla bu sonucun gelecekteki çalışmaların sonuçlarından güçlü bir şekilde etkilenmesi olası değildir.
Orta	Mevcut kanıtlar koruyucu hizmetlerin sağlık sonuçları üzerindeki etkilerini belirlemek için yeterlidir ancak değerlendirmedeki güvenilirlik birtakım faktörlerle sınırlıdır. Bunlar: • Bireysel çalışmaların sayısı, büyüklüğü veya kalitesi • Bireysel çalışmalarda bulguların tutarsızlığı • Bulguların rutin birinci basamak uygulamasına sınırlı genelleştirilebilirliği • Kanıt zincirinde tutarlılık eksikliğidir. Daha fazla bilgi elde edildikçe, gözlemlenen etkinin büyüklüğü veya yönü değişebilir ve bu değişiklik sonucu değiştirecek kadar büyük olabilir.
Düşük	Mevcut kanıtlar sağlık sonuçları üzerindeki etkilerini değerlendirmek için yetersizdir. Kanıtlar aşağıdaki nedenlerle yetersizdir: • Sınırlı sayıda ya da büyüklükte çalışmalar • Çalışma tasarımında veya yönteminde önemli hatalar • Bireysel çalışmalarda bulguların tutarsızlığı • Kanıt zincirindeki boşluklar • Birinci basamak rutin uygulamalarında genelleştirilemeyen bulgular • Önemli sağlık sonuçları hakkında bilgi eksikliği Daha fazla bilgi, sağlık sonuçları üzerindeki etkilerin tahmin edilmesine izin verebilir.
* USPSTF kesinliği "USPSTF'nin bir koruyucu hizmetin net faydasına ilişkin değerlendirmesinin doğru olması olasılığı" olarak tanımlanmaktadır. Net yarar, genel bir birinci basamakta uygulanan koruyucu hizmetten sağlanan ekli zarar olarak tanımlanır. USPSTF, bir önleyici hizmetin net faydasını değerlendirmek için mevcut olan genel kanıtların niteliğine bağlı olarak bir kesinlik düzeyi atar.	

CTFPHC tarafından yapılan öneri düzeylerinin sınıflandırılmasına ilişkin açıklama Tablo-3'de yer almaktadır.

Tablo-3. CTFPHC Öneri Sınıflandırması (83)

Öneri Düzeyi	Açıklama
Güçlü Öneri	Öneri çoğu kişi için geçerlidir. Bireylerin değerleri ve tercihleri ile tutarlı kararlar vermelerine yardımcı olmak için resmi tartışma yardımlarına ihtiyaç yoktur.
*Şarh Öneri	Hastalar için bireysel olarak farklı seçeneklerin uygun olabileceğini biliyoruz. Klinisyenler, her hastayı kendi değerleri ve tercihleri ile uyumlu bir yönetim kararına ulaşmasında desteklemelidir. Bu süreçte bireylere verilen destek, bireylerin bu tür kararlara ulaşmalarını destekleyebilir.
*Görev gücü daha önce "zayıf öneri" terimini kullanmış, ancak klinisyenlerin geri bildirimlerine dayanarak anlayışı geliştirmek ve rehberin uygulanmasını kolaylaştırmak için bunu "koşullu öneri" terimiyle değiştirmiştir. Bu değişikliğin bir nedeni, bir önerinin uygulanması hasta değerleri, kaynak varlığı veya diğer bağlamsal değerlendirmeler gibi koşullara bağlı olduğunda daha iyi açıklığa kavuşturulması ihtiyacı ile birlikte görev gücünün ortaklaşa karar vermeye verdiği değerdir. Hasta değerlerine ve tercihlerine dayalı koşullu öneriler, klinisyenlerin farklı hastalar için farklı seçimlerin uygun olacağını ve bu kararların her hastanın değerleri ve tercihleri ile tutarlı olması gerektiğini anlamasını gerektirir.	

2.6.3. Dünya'da ve Türkiye'de Yetişkinler için Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Önerilerinin Karşılaştırılması

Ülkelerin sosyoekonomik durumuna, sağlık politikalarına ve sağlık altyapısına göre PSM ve tarama testleri ile ilgili öneriler ülkeler arasında farklılıklar gösterebilmektedir. Dünya'daki ve Türkiye'deki PSM ve tarama testleri ile ilgili önerilerin karşılaştırılması olarak incelenmesi amacıyla hazırladığımız Tablo-4 aşağıda yer almaktadır.

Tablo-4. USPSTF, CTFPHC, İngiltere Ulusal Sağlık Servisi (National Health Service, NHS) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Rehberi Önerilerinin Karşılaştırılması (20,84–86)

Konu	USPSTF Önerisi	CTFPHC Önerisi	T.C. Sağlık Bakanlığı Önerisi	NHS Önerisi
Abdominal aort anevrizması	Sigara içen 65-75 yaş arası erkeklerde ultrason ile bir kez tarama yapılması önerilir. (Öneri sınıfı:B)	65-80 yaşları arasındaki erkeklerde ultrason ile bir kez tarama yapılması önerilir. (Öneri düzeyi:Şartlı öneri)	Öneri yok.	65 yaş ve üstündeki erkeklerde ultrason ile bir kez tarama yapılması önerilir.
Asemptomatik tiroid disfonksiyonu	Öneri yok.	18 yaş ve üstündeki asemptomatik yetişkinlerde tiroid disfonksiyonunun tiroid stimulan hormon (TSH) seviyesi ölçülerek taranması önerilir. (Öneri düzeyi:Güçlü öneri)	Ailesinde tiroid hastalığı öyküsü bulunan yetişkinlerde ilk muayenede,aile öyküsü bulunmayan 35 yaş ve üstündeki tüm yetişkinlerde ise beş yılda bir tiroid fonksiyon testlerinin (TSH) yapılması önerilir.	Öneri yok.
Meme kanseri	50-74 yaşları arasındaki kadınlarda 2 yılda bir tarama mamografisi yapılması önerilir. (Öneri sınıfı:B)	50-74 yaşları arasındaki kadınlarda 2 ya da 3 yılda bir mamografi ile tarama yapılması önerilir. (Öneri düzeyi:Şartlı öneri)	-20 yaş ve üstündeki kadınların ayda bir kez kendi kendine meme muayenesi yapmalarının sağlanması önerilir. -20-40 yaşları arasındaki kadınlarda birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunan kadınlarda yılda bir, bulunmayanlarda ise iki yılda bir kez hekim tarafından rutin klinik meme muayenesinin yapılması önerilir. -40-69 yaşları arasındaki tüm kadınlarda yılda bir kez hekim tarafından rutin klinik meme muayenesinin yapılması ve iki yılda bir kez dijital/konvansiyonel mamografi ile tarama yapılması önerilir.	50-71 yaşları arasındaki kadınlarda 3 yılda bir mamografi ile tarama yapılması önerilir.
Serviks kanseri	-21-29 yaşları arasındaki kadınlarda servikal sitoloji ile 3 yılda bir tarama önerilir. -30-65 yaşları arasındaki kadınlarda 3 yılda bir servikal sitoloji, 5 yılda bir yüksek riskli insan papillomavirüs (hrHPV) testi ile veya 5 yılda bir sitoloji ve hrHPV testi ile tarama önerilir. (Öneri sınıfı:A)	25-29 yaşları arasındaki kadınların 3 yılda bir (şartlı öneri), 30-69 yaşları arasındaki kadınların 3 yılda bir (güçlü öneri) servikal sitoloji ile taranması önerilir.	30-65 yaşları arasındaki kadınlarda serviks kanseri ve prekanseröz lezyonları önleme ve erken tanı amaçlı her beş yılda bir papanicolau testi (PAP smear testi) veya human papilloma virüs testi (HPV testi) yapılması önerilir.	25-49 yaşları arasındaki kadınlarda 3 yılda bir, 50-64 yaşları arasındaki kadınlarda ise 5 yılda bir servikal sitoloji ile serviks kanseri taraması yapılması önerilir.
Kolorektal kanser	50-75 yaşları arasındaki yetişkinlerde kolorektal kanser taraması önerilir.Farklı tarama yöntemlerinin çeşitli avantaj ve dezavantajları olduğu için tarama stratejisi klinisyenlere bırakılmıştır (Öneri sınıfı:A)	Kolorektal kanser açısından 50-74 yaşları arasındaki yetişkinlerin 2 yılda bir gaitada gizli kan testiyle ya da 10 yılda bir fleksible sigmoidoskopiyle taranması önerilir (50-59 yaşları arasındaki yetişkinler için şartlı öneri, 60-74 yaşları arasındaki yetişkinler için güçlü öneri).	50-70 yaşları arasındaki yetişkinlerde yılda bir kez gaitada gizli kan testi ve her on yılda bir kez kolonoskopi ile kolorektal kanser taraması yapılması önerilir. Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip öyküsü olanlarda taramaya 40 yaşında başlanması, birinci derece akrabalarında erken yaşta kolorektal kanser ortaya çıkanlarda taramanın 40 yaşından bağımsız olarak kanserin çıkış yaşından beş yıl önce başlatılması önerilir.	55-59 yaşları arasındaki yetişkinlerde bir kez fleksible sigmoidoskopiyle kolorektal kanser taraması yapılması önerilir. 60-74 yaşları arasındaki yetişkinlerde ise 2 yılda bir gaitada gizli kan testiyle kolorektal kanser taraması yapılması önerilir.
Tip 2 Diabetes Mellitus	Aşırı kilolu veya obez olan 40-70 yaşları arasındaki yetişkinlerde Tip 2 Diabetes Mellitus (DM) açısından ve kardiyovasküler risk değerlendirmesinin bir parçası olarak diyabet taraması yapılması önerilir. (Öneri sınıfı:B)	Diyabet riski yüksek olan yetişkinlerin 3 ya da 5 yılda bir rutin olarak HbA1C ile taranması önerilir (şartlı öneri). Diyabet riski çok yüksek olan yetişkinlerin ise yılda bir kez düzenli olarak HbA1C ile taranması önerilir (şartlı öneri).	Belirli risk faktörlerine sahip yetişkinler ile 45 yaş ve üstündeki tüm yetişkinlerde diabetes mellitus taraması yapılması önerilir. (Tarama için açlık plazma glukozu, HbA1c veya OGTT kullanılabilir.Test normal ise üç yılda bir tekrar edilmelidir.)	Öneri yok.
Hipertansiyon	18 yaş ve üstü yetişkinlerde hipertansiyon taraması önerilir.Tedaviye başlamadan önce tanı doğrulanması için klinik dışında ölçümler yapılması önerilir. (Öneri sınıfı:A)	18 yaş ve üstündeki yetişkinlerin birinci basamak sağlık kuruluşlarına her başvurusunda tansiyon ölçümü yapılması önerilir (Güçlü öneri).	18 yaş ve üstündeki yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak hipertansiyon tanısının erken tespiti ve kardiyovasküler olayların önlenmesi amacıyla yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçülmesi önerilir.	Öneri yok.

Tablo-4. USPSTF, CTFPHC, İngiltere Ulusal Sağlık Servisi (National Health Service, NHS) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Rehberi Önerilerinin Karşılaştırılması (devamı)

Akciğer kanseri	30 paket/yıl sigara içme öyküsü olan ve halen sigara içen veya son 15 yıl içinde sigara içme öyküsü mevcut olan 55-80 yaşları arasındaki yetişkinlerde düşük doz bilgisayarlı tomografi ile yıllık tarama yapılması önerilir. (Öneri sınıfı:B)	30 paket/yıl sigara içme öyküsü olan ve son 15 yıl içerisinde sigara içme öyküsü olan veya son 15 yıl içerisinde sigarayı bırakmış 55-74 yaşları arasındaki yetişkinlerde düşük doz bilgisayarlı tomografi ile birbirini izleyen 3 yıl boyunca toplamda 3 kez olacak şekilde tarama önerilir (Öneri düzeyi:Şartlı öneri).	Öneri yok.	Öneri yok.
Obezite	Klinisyenlerin beden kitle indeksi (BKİ) 30 veya daha yüksek olan yetişkinlerde yoğun, çok bileşenli davranışsal değişiklikler oluşturulmasını sağlamaya yönelik çalışmalar yapılması önerilir. (Öneri sınıfı:B)	18 yaş ve üstündeki yetişkinlerin birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurularında boy ve kilo ölçümlerinin yapılması ve BKİ'nin hesaplanması önerilir (Güçlü öneri).	18-65 yaşları arasındaki yetişkinlerde obezitenin önlenmesi ve metabolik sendromun değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, BKİ ve bel çevresi ölçümlerinin yapılması önerilir.	Öneri yok.
Tüberküloz	Risk altındaki popülasyonlarda latent tüberküloz enfeksiyonu taraması önerilir. (Öneri sınıfı:B)	Öneri yok.	Tüberküloz açısından riskli gruptaki kişilerin mantoux testi (tüberkülin deri testi) yapılmak üzere verem savaşı dispanserlerine veya başka bir sağlık kurumuna yönlendirilmesi önerilir.	Öneri yok.
Kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar	-24 yaş ve altındaki cinsel olarak aktif kadınlar ile enfeksiyon riski yüksek olan yaşlı kadınlarda klamidy ve gonore taraması önerilir. (Öneri sınıfı:B) -Enfeksiyon riski yüksek olan kişilerde hepatit B virüsü (HBV) ve sfiliz enfeksiyonu taraması önerilir. (Öneri sınıfı HBV için B, sfiliz için A) -18-79 yaşları arasındaki yetişkinlerde hepatit C virüsü (HCV) enfeksiyonu taraması önerilir. (Öneri sınıfı:B) -18-65 yaşları arasındaki yetişkinlerde ve enfeksiyon riski yüksek olan 65 yaş üstü yetişkinlerde HIV enfeksiyonu taraması önerilir. (Öneri sınıfı:A)	Öneri yok.	18 yaş ve üstündeki cinsel aktif yetişkinlerde kişiden talep gelmesi durumunda veya risk faktörlerinin varlığında gerekli bilgilendirme yapıp kişinin onayı alınarak; HBV, HCV, HIV için tarama yapılması, HBV, HCV, HIV pozitif çıkan kişilerde özellikle uyuşturucu madde kullanımının sorgulanması, danışmanlık hizmeti verilerek ilgili merkezlere yönlendirilmelerinin sağlanması, gonore ve klamidyenin erken tespitine yönelik testlerin yapılması amacıyla ilgili uzmanlık alanına yönlendirilmesi önerilir.	Öneri yok.
Aspirin kullanımı	10 yıllık kardiyovasküler hastalık gelişme riski %10 veya daha fazla olan 50-59 yaşları arasındaki yetişkinlere kardiyovasküler hastalıklar ve kolorektal kanserlerin önlenmesi amacıyla düşük doz aspirin başlanması önerilir. (Öneri sınıfı:B)	Öneri yok.	45-80 yaşları arasındaki erkekler ile 65-80 yaşları arasındaki kadınlarda kardiyovasküler olaylardan (miyokard enfarktüsü v.b.) korunma ve 55-80 yaşları arasındaki kadınlarda iskemik inmenin önlenmesi amacıyla çoğul risk faktörleri gözeticiler ve gastrointestinal yan etkiler dikkate alınarak günlük 81 mg aspirin kullanımı önerilir.	Öneri yok.
Osteoporoz/kırık riski	-65 yaş ve üstündeki kadınlar ile osteoporoz riski yüksek olan 65 yaşından küçük kadınlarda osteoporotik kırıkların önlenmesi amacıyla kemik dansitometrisi ile osteoporoz taraması önerilir. (Öneri sınıfı:B)	Öneri yok.	-65 yaş ve üstündeki tüm yetişkinler ile 65 yaş altında olup osteoporozla yatkınlık oluşturan belirli risk faktörlerine sahip yetişkinlerde yılda en az bir kez biyokimyasal testlerin yapılması, risk faktörleri ve kemik kırığı varlığına göre bu kişilerin ilgili uzmanlıklara yönlendirilmesi önerilir. -65 yaş ve üstündeki kadınlar ile 70 yaş ve üstündeki erkeklerin hayatlarında en az bir kez dual enerjili x-ray absorpsiyometrisi (DEXA) ölçümü yaptırılmalarının sağlanması önerilir.	Öneri yok.
Depresyon	Yetişkinlerde depresyon taraması önerilir. (Öneri sınıfı:B)	Öneri yok.	18-65 yaşları arasındaki yetişkinlerde depresyon semptomlarının sorgulanması önerilir.	Öneri yok.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma, yüz yüze anket şeklinde yapılan tanımlayıcı, prospektif ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde aktif görevde olan 613 hekim oluşturmaktadır. Araştırma evreninden basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile örneklem genişliği hesaplaması yapıldığında; araştırmaya alınacak minimum hekim sayısı bilinen örnekleme %50 sıklık, %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile yapılan hesaplamada 236 olarak hesaplanmıştır. Bunlara %10 veri kaybı eklenerek çalışmaya 263 hekim alınması planlanmıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde aktif olarak hekimlik yapıp çalışmaya katılmayı kabul etme
- Anket formlarını eksiksiz doldurma

3.5. Araştırmaya Dahil Olmama Kriterleri

- Çalışmaya katılmayı kabul etmeme
- Anket formlarını eksik doldurma

3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada 4 bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır.

3.6.1. Katılımcı Bilgi Toplama Formu

Bu form araştırmaya katılanların sosyodemografik verilerini, kronik hastalık ve ilaç kullanım durumlarını saptamak amacıyla hazırlanan 14 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Bilgi Düzeyi Anketi

Bu anket araştırmaya katılanların PSM ve tarama testleri hakkındaki bilgi düzeyini saptamak amacıyla konuyla ilgili T.C. Sağlık Bakanlığı rehberi (20) başta

olmak üzere literatür ve uzman görüşünden yararlanılarak hazırlanan 26 sorudan oluşmaktadır.

3.6.3. Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Davranış Anketi

Bu anket araştırmaya katılanların PSM ve tarama testleri hakkındaki davranışlarını saptamak amacıyla konuyla ilgili T.C. Sağlık Bakanlığı rehberi (20) başta olmak üzere literatür ve uzman görüşünden yararlanılarak hazırlanan yaş ve cinsiyete göre farklı sayıdaki sorulardan oluşmaktadır.

3.6.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II

SYBDÖ, 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile bağlantılı olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmek amacıyla geliştirilen 48 maddeden oluşan bir ölçektir (9). 1996 yılında SYBDÖ Walker, Sechrist ve Pender tarafından revize edilip 4 madde daha eklenip madde sayısı 52'ye çıkarılarak SYBDÖ-II olarak adlandırılmıştır (87). Ölçeğin ilk versiyonu için 1997 yılında Esin (88) tarafından; ikinci versiyonu için ise 1998 yılında Akça (89) ve 2008 yılında Bahar ve arkadaşları (72) tarafından Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

SYBDÖ-II, 52 maddeden oluşur ve bu maddelerle bağlantılı 6 alt grubu içerir:

- Beslenme (9 madde)
- Fiziksel aktivite (8 madde)
- Stres yönetimi (8 madde)
- Kişiler arası ilişkiler (9 madde)
- Sağlık sorumluluğu (9 madde)
- Manevi gelişim (9 madde)

Ölçekte derecelendirme dörtlü likert biçiminde yapılmıştır. Buna göre **asla** yanıtı 1 puan, **bazen** yanıtı 2 puan, **sık sık** yanıtı 3 puan, **düzenli olarak** yanıtı 4 puan olarak kabul edilmiştir. Ölçekte yer alan 52 maddenin hepsi olumludur. Ölçekteki 52 maddenin toplamından ortaya çıkan en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekte hesaplanan toplam puan arttıkça bireyin ölçekte yer alan sağlık davranışlarını büyük oranda uyguladığı anlaşılır (72).

3.7. Araştırma İçin Alınan Etik Kurul Onayı ve İzinler

Araştırma için SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan HNEAH-KAEK 2020/45 (HNEAH-KAEK 2020/KK/45) karar no ile onay alınmıştır. Ayrıca İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden 15916306-604.01.01 sayılı yazıyla araştırmanın yapılması için izin alınmıştır.

3.8. İstatistiksel Analizler

Cinsiyet, medeni durum, unvan, sigara kullanımı gibi demografik bilgilerin yer aldığı sorular ile sorulara verilen yanıtlarda bireylerin dağılımını göstermede sayı (n) ve yüzde (%) değerleri kullanıldı.

Çalışmada yer alan yaş, çalışma süresi, SYBDÖ ve 6 alt boyut puanı (beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, kişiler arası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim) gibi sürekli değişkenin normal dağılıma uygunluğu grafiksel olarak ve Shapiro-Wilks testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlerin SYBDÖ puanı hariç normal dağılıma uymadıkları belirlendi bu nedenle tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde ortanca (ÇAG–Çeyreklikler Arası Genişlik) değerleri kullanıldı. Ek olarak tanımlayıcı istatistik gösteriminde Ortalama±Standart Sapma değerleri kullanıldı.

Medeni durum, sigara kullanımı, alkol kullanımı gibi kategorik değişkenlere göre bireylerin SYBDÖ 6 alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında gruptaki gönüllü sayısı dengeli olmadığından istatistiksel analizlerde Kruskal Wallis non-parametrik varyans analizine başvurulmuştur.

Cinsiyete göre SYBDÖ puanının karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi kullanıldı. Ayrıca cinsiyete göre SYBDÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Yaş, çalışma süresi ile SYBDÖ ve alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizinde ise spearman non-parametrik korelasyon katsayısı verildi.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın metropol bir ildeki tek bir merkezde yapılması, eğitim görevlisi/akademisyen hekimlerin ankete katılımının sınırlı kalması ve 45 yaş üstü katılımcı sayısının beklenen düzeyde olmaması araştırmanın kısıtlılıklarıdır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcılara ait demografik bilgiler

Ankete katılan hekimlerin %62.7'si (n=165) kadın; %60.1'i (n=158) bekâr; %85.1'i (n=224) asistandır. Hekimlerin %23.6'sı (n=62) sigara; %33.1'i (n=87) alkol kullanmaktadır. Hekimlerin %9.9'unun (n=26) kronik hastalığı ve %10.6'sının (n=28) sürekli kullanmakta olduğu ilacı bulunmaktadır. Hekimlerin %73.8'i (n=194) düzenli egzersiz/spor yapmamaktadır. “Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna hekimlerin %56.7'si (n=149) iyi, %26.6'sı (n=70) çok iyi, %12.9'u (n=34) orta, %3'ü (n=8) mükemmel, %0.8'i (n=2) kötü yanıtı vermiştir (Tablo-5).

Tablo-5. Hekimlere ait demografik bilgiler ve genel sağlık bilgileri

		n (%)
Cinsiyetiniz	Kadın	165 (62.7)
	Erkek	98 (37.3)
Medeni Durum	Evli	103 (39.1)
	Bekâr	158 (60.1)
	Boşanmış/Ayrı	2 (0.8)
Unvanınız	Pratisyen	1 (0.4)
	Asistan	224 (85.1)
	Uzman	37 (14.1)
	Eğitim görevlisi/Akademisyen	1 (0.4)
Sigara Kullanıyor musunuz?	Kullanıyorum	62 (23.6)
	Kullanmıyorum	189 (71.8)
	Bıaktım	12 (4.6)

Tablo-5. Hekimlere ait demografik bilgiler ve genel sağlık bilgileri(devamı)

Alkol Kullananıyormusunuz?	Kullanıyorum	87 (33.1)
	Kullanmıyorum	172 (65.4)
	Bıraktım	4 (1.5)
Kronik bir hastalığınız varmı?	Var	26 (9.9)
	Yok	237 (90.1)
Sürekli kullanmakta olduğunuz ilaç varmı?	Var	28 (10.6)
	Yok	235 (89.4)
Düzenli egzersiz/spor yapıyor musunuz?	Evet	69 (26.2)
	Hayır	194 (73.8)
Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	Mükemmel	8 (3.0)
	Çok iyi	70 (26.6)
	İyi	149 (56.7)
	Orta	34 (12.9)
	Kötü	2 (0.8)
	Çok kötü	0 (0.0)

Ankete katılan hekimlerin yaş ortalaması 30.14 ± 4.81 , yaş ortancası 29.0 (ÇAG=4.0) yıl ve minimum yaş değeri 24.0 yıl, maksimum yaş değeri 53.0 yıl olarak elde edilmiştir. Hekimlerin meslekte çalışma süresi ortalaması 62.45 ± 56.89 , ortancası 46.0 (ÇAG=37.0) ay iken minimum değeri 1.0 ay, maksimum değeri 372.0 ay olarak tespit edilmiştir (Tablo-6).

Tablo-6. Hekimlere ait tanımlayıcı istatistikler

	Ort±SS	Ortanca (ÇAG)	Minimum – Maksimum
Yaş	30.14±4.81	29.0 (4.0)	24.0; 53.0
Boy	168.67±8.33	168.0 (14.0)	150.0; 190.0
Kilo	68.53±14.09	65.0 (22.0)	47.0; 117.0
Meslek süresi (Ay)	62.45±56.89	46.0 (37.0)	1.0; 372.0

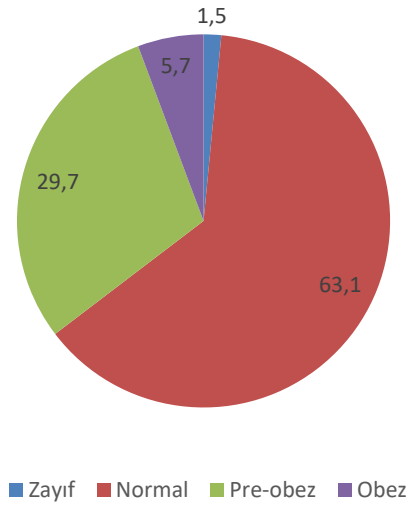
Çalışmaya katılan hekimlerin %86.8'i (n=228) 35 yaşından küçük, %6.8'i (n=18) 35-39 yaş aralığında, %3.8'i (n=10) 40-44 yaş aralığında, %1.5'i (n=4) 45-49 yaş aralığında, %1.1'i (n=3) 50 yaş ve üzerindedir (Tablo-7).

Tablo-7. Hekimlerin yaş gruplarına göre dağılımı

	n (%)
35 yaş altı	228 (86.8)
35-39 yaş	18 (6.8)
40-44 yaş	10 (3.8)
45-49 yaş	4 (1.5)
50 yaş ve üstü	3 (1.1)

DSÖ'nün BKİ sınıflamasına göre (90) çalışmaya katılan hekimlerin 4'ünün zayıf, 166'sının normal, 78'inin pre-obez, 15'inin obez grubunda olduğu belirlenmiştir.

Şekil-1. Hekimlerin BKİ sınıflamasına göre dağılımı (%)



4.2. PSM ve Tarama Testleri Bilgi Düzeyi Anketi Bulguları

Ankete katılan hekimlerin PSM ve tarama testleriyle ilgili bilgi edinme yolları ve rehberler hakkındaki bilgilerini saptamaya yönelik sorulan 1,2 ve 3. sorular

incelendiğinde “T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan ve önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi hakkında bilgi sahibi misiniz?” sorusuna hekimlerin %43’ü (n=113) **evet** yanıtı; “Dünya’da yayınlanıp uygulanmakta olan Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberleri hakkında bilgi sahibi misiniz?” sorusuna ise %14.1’i **evet** yanıtı verirken “Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri hakkında bilgilerinizi hangi yolla edindiniz?” sorusuna ise hekimlerin büyük bölümünün **tıp fakültesi ve uzmanlık eğitimi** yanıtı verdiği görülmektedir (Tablo-8).

Tablo-8. Hekimlerin Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri rehberleri hakkında bilgi durumu

	n (%)
1)T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan ve önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi hakkında bilgi sahibi misiniz?	
Evet	113 (43.0)
Hayır	112 (42.6)
Fikrim yok	38 (14.4)
2)Dünya’da yayınlanıp uygulanmakta olan Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberleri hakkında bilgi sahibi misiniz?	
Evet	37 (14.1)
Hayır	174 (66.2)
Fikrim yok	52 (19.8)
3)Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri hakkında bilgilerinizi hangi yolla edindiniz?*	
Tıp fakültesi	163
Uzmanlık eğitimi	104
Kongreler	19
Bilimsel yayınlar	43
İnternet	89

“55-65 yaş grubu kadınlarda iskemik inmenin önlenmesi amacıyla nasıl bir yöntem seçilmelidir?” sorusunu hekimlerin %45.2’si (n=119) **medikal tedavisiz düzenli aralıklarla takip** olarak yanlış cevaplamıştır. “Başvuru sebebinden bağımsız olarak hipertansiyon tanısının erken tespiti ve kardiyovasküler olayların önlenmesi amaçlı yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü kaç yaşından itibaren yapılmalıdır?” sorusunu hekimlerin %53.6’sı (n=141) **18 yaş** olarak doğru yanıtlamıştır. Hekimlerin %44.9’u ailesinde erken yaşta aterosklerotik hastalık öyküsü olanlarda kardiyovasküler sistemle ilgili izlemler ve yaşam tarzı değişiklikleri; %39.9’u başvuru sebebinden bağımsız olarak kardiyovasküler sistemle ilgili izlemler ve yaşam tarzı değişiklikleri; %18.3’ü kardiyovasküler olaylardan

korunma, %25.9'u serum lipid profili taraması, %21.3'ü diabetes mellitus taraması ile ilgili soruyu doğru cevaplamıştır (Tablo-9).

Tablo-9. Hekimlerin Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri hakkında bilgi düzeyi sorularına verdikleri yanıtların dağılımı

	n (%)
4)Ailesinde erken yaşta aterosklerotik hastalık öyküsü olan bireylerde kardiyovasküler sistem açısından gerekli yaşam tarzı değişiklikleri ve izlemler kaç yaşından önce yapılmalıdır?	
35	96 (36.5)
40	118 (44.9)
45	32 (12.2)
50	17 (6.5)
5)Başvuru sebebinden bağımsız olarak bir kez kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılarak, risk saptanan gruplarda gerekli yaşam tarzı değişiklikleri ve önerilen izlemlerin yapılması gereken yaş grubu hangisidir?	
35 yaş ve üstü	77 (29.3)
40 yaş ve üstü	105 (39.9)
45 yaş ve üstü	59 (22.4)
50 yaş ve üstü	22 (8.4)
6)45-65 yaş grubu erkeklerde kardiyovasküler olaydan korunmada nasıl bir yöntem seçilmelidir?	
Medikal tedavisiz düzenli aralıklarla takip	170 (64.6)
Düzenli aralıklarla takip ve günde 81 mg asetilsalisilik asit	48 (18.3)
Düzenli aralıklarla takip ve günde 100 mg asetilsalisilik asit	44 (16.7)
Düzenli aralıklarla takip ve günde 300 mg asetilsalisilik asit	1 (0.4)
7)55-65 yaş grubu kadınlarda iskemik inmenin önlenmesi amacıyla nasıl bir yöntem seçilmelidir?	
Medikal tedavisiz düzenli aralıklarla takip	119 (45.2)
Düzenli aralıklarla takip ve günde 81 mg asetilsalisilik asit	70 (26.6)
Düzenli aralıklarla takip ve günde 100 mg asetilsalisilik asit	67 (25.5)
Düzenli aralıklarla takip ve günde 300 mg asetilsalisilik asit	7 (2.7)
8)Başvuru sebebinden bağımsız olarak hipertansiyon tanısının erken tespiti ve kardiyovasküler olayların önlenmesi amaçlı yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü kaç yaşından itibaren yapılmalıdır?	
18 yaş	141 (53.6)
20 yaş	49 (18.6)
21 yaş	23 (8.7)
24 yaş	50 (19.0)
9)Başvuru sebebinden bağımsız olarak serum lipid profili taraması kaç yaşından itibaren yapılmalı ve kaç yılda bir tekrarlanmalıdır?	
30 yaşından itibaren/5 yılda bir	89 (33.8)
35 yaşından itibaren/5 yılda bir	68 (25.9)
40 yaşından itibaren/3 yılda bir	66 (25.1)
45 yaşından itibaren/3 yılda bir	40 (15.2)
10)Başvuru sebebinden bağımsız olarak diabetes mellitus taraması kaç yaşından itibaren yapılmalı ve kaç yılda bir tekrarlanmalıdır?	
35 yaşından itibaren/5 yılda bir	109 (41.4)
40 yaşından itibaren/5 yılda bir	79 (30.0)
45 yaşından itibaren/3 yılda bir	56 (21.3)
50 yaşından itibaren/3 yılda bir	19 (7.2)

"Başvuru sebebinden bağımsız olarak kaç yaşından itibaren tiroid fonksiyon testleri yapılmalıdır?" sorusunu hekimlerin %57'si (n=150) **35 yaş** olarak doğru cevaplamıştır. "40-69 yaş arası kadınlarda hangi aralıklarla hekim tarafından rutin meme muayenesi yapılmalıdır" sorusunu hekimlerin %65'i (n=171) **12 ayda bir** olarak doğru yanıtlamıştır. Hekimlerin %73.4'ü obezitenin önlenmesi ve metabolik sendrom; %28.9'u kendi kendine meme muayenesi; %53.6'sı/47.9'u birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunan/bulunmayan kadınlarda hekim tarafından rutin meme muayenesi ile ilgili soruyu doğru cevaplamıştır (Tablo-9).

Tablo-9. Hekimlerin Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri hakkında bilgi düzeyi sorularına verdikleri yanıtların dağılımı (devamı/11-16. sorular)

	n (%)
11)Başvuru sebebinden bağımsız olarak kaç yaşından itibaren tiroid fonksiyon testleri yapılmalıdır?	
35 yaş	150 (57.0)
40 yaş	71 (27.0)
45 yaş	26 (9.9)
50 yaş	16 (6.1)
12)18-65 yaş grubu yetişkinlerde obezitenin önlenmesi ve metabolik sendromun değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez bakılması gereken ölçümler hangileridir?	
Kilo, boy	9 (3.4)
Kilo, boy,bel çevresi	193 (73.4)
Kilo, boy,kalça çevresi	6 (2.3)
Kilo,boy,bel çevresi,kalça çevresi	55 (20.9)
13)Kadınlarda meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi kaç yaşından itibaren yapılmalıdır?	
18 yaş	149 (56.7)
20 yaş	76 (28.9)
22 yaş	4 (1.5)
24 yaş	34 (12.9)
14)40 yaş altı kadınlarda kendi kendine meme muayenesinin başlamasıyla birlikte birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunan kadınlarda hangi aralıklarla hekim tarafından rutin meme muayenesi yapılmalıdır?	
6 ayda bir	109 (41.4)
12 ayda bir	141 (53.6)
18 ayda bir	8 (3.0)
24 ayda bir	5 (1.9)

15)40 yaş altı kadınlarda kendi kendine meme muayenesinin başlamasıyla birlikte birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunmayan kadınlarda hangi aralıklarla hekim tarafından rutin meme muayenesi yapılmalıdır?	
6 ayda bir	14 (5.3)
12 ayda bir	113 (43.0)
18 ayda bir	10 (3.8)
24 ayda bir	126 (47.9)
16)40-69 yaş arası kadınlarda hangi aralıklarla hekim tarafından rutin meme muayenesi yapılmalıdır?	
6 ayda bir	44 (16.7)
12 ayda bir	171 (65.0)
18 ayda bir	8 (3.0)
24 ayda bir	40 (15.2)

"40-69 yaş arası kadınlarda kaç yıl aralıklarla dijital/konvansiyonel mamografi yapılmalıdır?" sorusunu hekimlerin %50.2'si (n=132) **2 yıl** olarak doğru cevaplamıştır. "Serviks kanseri ve prekanseröz lezyonları önleme ve erken tanı amaçlı papanicolau testi (pap smear testi) veya human papilloma virüs testi (HPV testi) kaç yaşından itibaren ve kaç yılda bir yapılmalıdır?" sorusunu hekimlerin %55.5'i (n=146) **21 yaşından itibaren/2 yılda bir** olarak yanlış yanıtlamıştır. Hekimlerin %29.3'ü birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip öyküsü olanlarda kolorektal kanser taraması; %49.8'i/66.9'u ailesinde prostat kanseri öyküsü olan/olmayan erkeklerde prostat kanseri taraması ile ilgili soruyu doğru cevaplamıştır (Tablo-9).

Tablo-9. Hekimlerin Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri hakkında bilgi düzeyi sorularına verdikleri yanıtların dağılımı (devamı/17-22. sorular)

	n (%)
17)40-69 yaş arası kadınlarda kaç yıl aralıklarla dijital/konvansiyonel mamografi yapılmalıdır?	
1 yıl	96 (36.5)
2 yıl	132 (50.2)
3 yıl	28 (10.6)
4 yıl	7 (2.7)
18)50-70 yaş grubundaki yetişkinlerde kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla aşağıdakilerden hangisi/hangileri yapılmalıdır?(Yapılması gerektiğini düşündüğünüz rakamları yuvarlak içine alınız.)*	
Yılda bir gaitada gizli kan testi	189
İki yılda bir gaitada gizli kan testi	55
Beş yılda bir kolonoskopi	126
On yılda bir kolonoskopi	89

19) Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip öyküsü olanlarda kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla taramaya kaç yaşından itibaren başlanmalıdır?	
30 yaş	112 (42.6)
35 yaş	57 (21.7)
40 yaş	77 (29.3)
45 yaş	17 (6.5)
20) Serviks kanseri ve prekanseröz lezyonları önleme ve erken tanı amaçlı papanicolau testi (<i>pap smear testi</i>) veya human papilloma virüs testi (<i>hpv testi</i>) kaç yaşından itibaren ve kaç yılda bir yapılmalıdır?	
21 yaşından itibaren/2 yılda bir	146 (55.5)
25 yaşından itibaren/2 yılda bir	47 (17.9)
30 yaşından itibaren/5 yılda bir	57 (21.7)
35 yaşından itibaren/5 yılda bir	13 (4.9)
21) Ailesinde prostat kanseri öyküsü olan erkeklerde prostat kanserine yönelik tarama kaç yaşından itibaren yapılmalıdır	
35 yaş	60 (22.8)
40 yaş	131 (49.8)
45 yaş	44 (16.7)
50 yaş	28 (10.6)
22) Ailesinde prostat kanseri öyküsü olmayan erkeklerde prostat kanserine yönelik tarama kaç yaşından itibaren yapılmalıdır?	
35 yaş	14 (5.3)
40 yaş	28 (10.6)
45 yaş	45 (17.1)
50 yaş	176 (66.9)

"65-80 yaş arasındaki yetişkinlerde kardiyovasküler olayların ve iskemik inmenin önlenmesi amacıyla nasıl bir yöntem seçilmelidir?" sorusunu hekimlerin %46.4'ü (n=122) **düzenli aralıklarla takip ve günde 100 mg asetilsalisilik asit** olarak yanlış cevaplamıştır. "Başvuru sebebinden bağımsız olarak osteoporoz/kırık riski açısından en az bir kez tarama hangi yaş grubundan itibaren yapılmalıdır?" sorusunu hekimlerin %51.7'si (n=136) **55 yaş üstü** olarak yanlış yanıtlamıştır. Hekimlerin %27.4'ü/25.5'i kadınlarda/erkeklerde dxa (kemik mineral dansitometresi) ölçümü ile ilgili soruyu doğru cevaplamıştır (Tablo-9).

Tablo-9. Hekimlerin Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri hakkında bilgi düzeyi sorularına verdikleri yanıtların dağılımı (devamı/23-26. sorular)

	n (%)
23)65-80 yaş arasındaki yetişkinlerde kardiyovasküler olayların ve iskemik inmenin önlenmesi amacıyla nasıl bir yöntem seçilmelidir?	
Medikal tedavisiz düzenli aralıklarla takip	56 (21.3)
Düzenli aralıklarla takip ve günde 81 mg asetilsalisilik asit	77 (29.3)
Düzenli aralıklarla takip ve günde 100 mg asetilsalisilik asit	122 (46.4)
Düzenli aralıklarla takip ve günde 300 mg asetilsalisilik asit	8 (3.0)
24)Başvuru sebebinden bağımsız olarak osteoporoz/kırık riski açısından en az bir kez tarama hangi yaş grubundan itibaren yapılmalıdır?	
55 yaş üstü	136 (51.7)
60 yaş üstü	42 (16.0)
65 yaş üstü	80 (30.4)
70 yaş üstü	5 (1.9)
25)Başvuru sebebinden bağımsız olarak kadınlarda hangi yaş grubundan itibaren en az bir kez dxa (kemik mineral dansitometresi) ölçümü yapılmalıdır?	
55 yaş üstü	131 (49.8)
60 yaş üstü	53 (20.2)
65 yaş üstü	72 (27.4)
70 yaş üstü	7 (2.7)
26)Başvuru sebebinden bağımsız olarak erkeklerde hangi yaş grubundan itibaren en az bir kez dxa (kemik mineral dansitometresi) ölçümü yapılmalıdır?	
55 yaş üstü	30 (11.4)
60 yaş üstü	67 (25.5)
65 yaş üstü	99 (37.6)
70 yaş üstü	67 (25.5)

Soruların doğru yanıtı **koyu** renkle belirtilmiştir. *Sadece sayı (n) değerleri

18-65 yaş grubu yetişkinlerde obezitenin önlenmesi ve metabolik sendromun değerlendirilmesi ile ilgili 12.soruya hekimlerin %73.4'ü (n=193) doğru cevap vermiştir. 45-65 yaş grubu erkeklerde kardiyovasküler olaydan korunma ile ilgili 6.soruya ise hekimlerin %81.7'si (n=215) yanlış cevap vermiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Hekimlerin Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri hakkında bilgi düzeyi sorularına verdikleri doğru ve yanlış yanıtların dağılımı

	Doğru	Yanlış
	n (%)	n (%)
Soru 4	118 (44.9)	145 (55.1)
Soru 5	105 (39.9)	158 (60.1)
Soru 6	48 (18.3)	215 (81.7)
Soru 7	70 (26.6)	193 (73.4)
Soru 8	141 (53.6)	122 (46.4)
Soru 9	68 (25.9)	195 (74.1)
Soru 10	56 (21.3)	207 (78.7)
Soru 11	150 (57.0)	113 (43.0)
Soru 12	193 (73.4)	70 (26.6)
Soru 13	76 (28.9)	187 (71.1)
Soru 14	141 (53.6)	122 (46.4)
Soru 15	126 (47.9)	137 (52.1)
Soru 16	171 (65.0)	92 (35.0)
Soru 17	132 (50.2)	131 (49.8)
Soru 18	59 (22.4)	204 (77.6)
Soru 19	77 (29.3)	186 (70.7)
Soru 20	57 (21.7)	206 (78.3)
Soru 21	131 (49.8)	132 (50.2)
Soru 22	176 (66.9)	87 (33.1)
Soru 23	77 (29.3)	186 (70.7)
Soru 24	80 (30.4)	183 (69.6)
Soru 25	72 (27.4)	191 (72.6)
Soru 26	67 (25.5)	196 (74.5)

Ankete katılanların çoğunluğu tarafından doğru yanıtlanan sorular **koyu** renkle belirtilmiştir.

4.3. Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Davranış Anketi Bulguları

Cinsiyet ve yaşa göre değişen cevaplar içerisinde 35 yaş altı grup incelendiğinde:

Kadın hekimlerin %86.8'i (n=132); erkek hekimlerin ise %84.2'si (n=64) "yılada en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) ölçümü" yaptırdığını belirtmiştir. Kadın hekimlerin %66.4'ü (n=101); erkek hekimlerin ise %60.5'i (n=46) "düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.)" yapmadığını ifade etmiştir. Kadın hekimlerin %62.5'i (n=95); erkek hekimlerin ise %53.9'u (n=41) "son 1 yıl içerisinde en az bir kez olmak üzere düzenli arteriyel tansiyon ölçümü"

yaptırdığını belirtmiştir. Kadın hekimlerin %64.5'i (n=98); erkek hekimlerin ise %43.4'si (n=33) "*yılda en az bir kez bel çevresi ölçümü*" **yaptırdığını** belirtmiştir. Kadın hekimlerin %68.4'ü (n=104) "*5 yılda bir papanicolau testi (pap smear testi) ya da human papilloma virüs testi (HPV testi)*" **yaptırmadığını**; %52'si (n=79) ise "*ayda 1 kez kendi kendine meme muayenesi*" **yapmadığını** ifade etmiştir (Tablo-11).

Tablo-11. 35 yaş altı hekimlerin Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri davranışları ile ilgili yanıtların dağılımı

KADIN	EVET n (%)	HAYIR n (%)
Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümlemleri yaptırırım.	132 (86.8)	20 (13.2)
Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlemleri yaptırırım.	98 (64.5)	54 (35.5)
Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.	51 (33.6)	101 (66.4)
Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.	95 (62.5)	57 (37.5)
5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırırım.	48 (31.6)	104 (68.4)
Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım.	73 (48.0)	79 (52.0)
ERKEK		
Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümlemleri yaptırırım.	64 (84.2)	12 (15.8)
Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlemleri yaptırırım.	33 (43.4)	43 (56.6)
Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.	30 (39.5)	46 (60.5)
Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.	41 (53.9)	25 (46.1)

Cinsiyet ve yaşa göre değişen cevaplar içerisinde 35-40 yaş arası grup incelendiğinde:

Kadın hekimlerin %66.7'si (n=6) "*5 yılda bir papanicolau testi (pap smear testi) ya da human papilloma virüs testi (HPV testi)*" **yaptırdığını**; %44.4'ü (n=4) ise "*ayda 1 kez kendi kendine meme muayenesi*" **yaptığını** belirtmiştir. Erkek hekimlerin %77.8'i (n=7); kadın hekimlerin ise %66.7'si (n=6) "*5 yılda bir serum lipid düzeylerine*" **baktırdığını** ifade etmiştir (Tablo-12).

Tablo-12. 35-40 yaş arası hekimlerin Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri davranışları ile ilgili yanıtların dağılımı

KADIN	EVET n (%)	HAYIR n (%)
Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümlemlerimi yaptırırm.	6 (66.7)	3 (33.3)
Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlemlerimi yaptırırm.	4 (44.4)	5 (55.6)
Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.	1 (11.1)	8 (88.9)
Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.	3 (33.3)	6 (66.7)
5 yılda bir serum lipid düzeylerime baktırırm.	6 (66.7)	3 (33.3)
5 yılda bir tiroid fonksiyon testlerini yaptırırm.	6 (66.7)	3 (33.3)
5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırırm.	6 (66.7)	3 (33.3)
Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım.	4 (44.4)	5 (55.6)
ERKEK		
Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümlemlerimi yaptırırm.	8 (88.9)	1 (11.1)
Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlemlerimi yaptırırm.	6 (66.7)	3 (33.3)
Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.	3 (33.3)	6 (66.7)
Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.	7 (77.8)	2 (22.2)
5 yılda bir serum lipid düzeylerime baktırırm.	7 (77.8)	2 (22.2)
5 yılda bir tiroid fonksiyon testlerini yaptırırm.	7 (77.8)	2 (22.2)

Cinsiyet ve yaşa göre değişen cevaplar içerisinde 40-45 yaş arası grup (8 erkek, 3 kadın hekim) incelendiğinde:

Erkek hekimlerden 7'si "yılda en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümü, 5 yılda bir tiroid fonksiyon testlerini" **yaptırdığını** ve "5 yılda bir serum lipid düzeylerine" **baktırdığını** ifade ederken diğeri bunların tersini ifade etmiştir. Erkek hekimlerden 6'sı "kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi, son 1 yıl içerisinde en az bir kez olmak üzere düzenli arteriyel tansiyon ölçümü" **yaptırdığını** belirtirken diğeri 2'si **yaptırmadığını** belirtmiştir. Erkek hekimlerden 5'i "yılda en az bir kez bel çevresi ölçümü" **yaptırdığını**; 3'ü **yaptırmadığını** ifade etmiştir. Erkek hekimlerden 3'ü "düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.)" **yaptığını**; 5'i **yapmadığını** belirtmiştir.

Kadın hekimler "yilda en az bir kez ağırlık, boy, bel çevresi ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) ölçümü, 5 yılda bir tiroid fonksiyon testlerini" **yaptırdığını** ve "5 yılda bir serum lipid düzeylerine" **baktırdığını** ifade etmiştir. Kadın hekimlerden 2'si "kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi, son 1 yıl içerisinde en az bir kez olmak üzere düzenli arteriyel tansiyon ölçümü" **yaptırdığını** belirtirken diğeri **yaptırmadığını** belirtmiştir. Kadın hekimlerden 2'si "5 yılda bir papanicolau testi (pap smear testi) ya da human papilloma virüs testi (HPV testi), 2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi" **yaptırmadığını** ve " düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.), ayda 1 kez kendi kendine meme muayenesi" **yapmadığını** ifade ederken diğeri bunların tersini ifade etmiştir.

Cinsiyet ve yaşa göre değişen cevaplar içerisinde 45-50 yaş arası grup (2 erkek, 1 kadın hekim) incelendiğinde:

Erkek hekimler "yilda en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) ölçümü, kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi, son 1 yıl içerisinde en az bir kez olmak üzere düzenli arteriyel tansiyon ölçümü, 5 yılda bir tiroid fonksiyon testlerini" **yaptırdığını** ve "5 yılda bir serum lipid düzeylerine, 3 yılda bir açlık kan şekeri (AKŞ)" **baktırdığını** ifade etmiştir. Erkek hekimlerden biri "yilda en az bir kez bel çevresi ölçümü" **yaptırdığını**, "düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.)" **yaptığını** ve "düzenli olarak günde 81 mg aspirin" **kullandığını** belirtirken diğeri erkek hekim bunların tersini ifade etmiştir.

Kadın hekim "yilda en az bir kez ağırlık, boy, bel çevresi ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) ölçümü, son 1 yıl içerisinde en az bir kez olmak üzere düzenli arteriyel tansiyon ölçümü, 5 yılda bir tiroid fonksiyon testlerini" **yaptırdığını** ve "5 yılda bir serum lipid düzeylerine, 3 yılda bir açlık kan şekeri (AKŞ)" **baktırdığını** ifade ederken "kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi, 5 yılda bir papanicolau testi (pap smear testi) ya da human papilloma virüs testi (HPV testi), 2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi" **yaptırmadığını** ve " düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.), ayda 1 kez kendi kendine meme muayenesi" **yapmadığını** belirtmiştir.

Cinsiyet ve yaşa göre değişen cevaplar içerisinde 50 yaş üstü grup (3 erkek hekim) incelendiğinde:

Erkek hekimler "yilda en az bir kez ağırlık, boy, bel çevresi ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) ölçümü, son 1 yıl içerisinde en az bir kez olmak üzere düzenli arteriyel tansiyon ölçümü, 5 yılda bir tiroid fonksiyon testlerini" **yaptırdığını**; "5 yılda bir serum lipid düzeylerine, 3 yılda bir açlık kan şekeri (AKŞ)" **baktırdığını** ifade etmiştir.

Erkek hekimlerin 2'si "her yıl gaitada gizli kan testi, 10 yılda 1 kolonoskopi" **yaptırdığını**; "düzenli olarak günde 81 mg aspirin" **kullandığını**;

"düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.)" yapmadığını; "prostat kanserinin erken tanısı amaçlı üroloji uzmanına" başvurmadığını belirtirken diğer erkek hekim bunların tersini belirtmiştir.

4.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Bulguları

Çalışmaya katılan hekimlerin SYBDÖ puanı ortalaması 128.03 ± 19.41 'dir. SYBDÖ alt boyutlarından beslenme alt boyutunun puan ortalaması 20.71 ± 4.12 'dir (Tablo-13).

Tablo-13. SYBDÖ ve alt boyutlarına ait tanımlayıcı istatistikler

	Ort $\pm$ SS	Ortanca (ÇAG)
SYBDÖ	128.03 $\pm$ 19.41	126.0 (28.0)
Beslenme	20.71 $\pm$ 4.12	20.0 (6.0)
Fiziksel Aktivite	17.99 $\pm$ 4.77	18.0 (7.0)
Stres yönetimi	19.28 $\pm$ 3.75	19.0 (5.0)
Kişiler arası ilişkiler	25.19 $\pm$ 4.01	25.0 (5.0)
Sağlık sorumluluğu	21.08 $\pm$ 4.26	21.0 (6.0)
Manevi gelişim	23.77 $\pm$ 4.49	25.0 (6.0)

Çalışmaya katılan erkek hekimlerin SYBDÖ puanı ortalaması 126.53 ± 16.42 , kadın hekimlerin ise 128.92 ± 20.98 'dir. Cinsiyete göre hekimlerin SYBDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p=0.335$) (Tablo-14). Hekimlerin sigara kullanma, düzenli egzersiz yapıp yapmama durumuna ve genel sağlık durumu değerlendirmesine göre SYBDÖ puanları arasında sigara kullanmayan ve sigarayı bırakanlar, düzenli egzersiz yapanlar ile genel sağlık durumu değerlendirmesinde olumlu yönde yanıt verenler lehine pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.021$, $p<0.001$, $p=0.009$). Sigarayı bırakan hekimlerin SYBDÖ puanı ortancasının sigara kullananlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo-14).

Tablo-14. Belirtilen değişken gruplarında hekimlerin SYBDÖ puanlarının karşılaştırılması

		SYBDÖ PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	t;Z ; χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	128.92±20.98	126.0 (29.0)	t=0.966	0.335
	Erkek	126.53±16.42	126.5 (20.0)		
Medeni durum	Evli	128.44±18.69	126.0 (27.0)	$\chi^2=2.080$	0.353
	Bekar	127.99±19.91	127.0 (28.0)		
	Boşanmış/Ayrı	110.5±12.02	110.5 (N/A)		
Sigara Kullanıyor musunuz?	Kullanıyorum	122.85±18.27	123.0 (22.0)	$\chi^2=7.766$	0.021
	Kullanmıyorum	129.14±19.64	127.0 (28.0)		
	Bıraktım	137.33±16.13	141.0 (26.0)		
Alkol Kullanıyor musunuz?	Kullanıyorum	126.40±19.38	124.0 (27.0)	$\chi^2=2.676$	0.262
	Kullanmıyorum	128.53±19.20	127.0 (28.0)		
	Bıraktım	141.75±27.43	154.0 (45.0)		
Kronik bir hastalığınız var mı?	Var	125.08±20.32	124.5 (31.0)	Z=0.497	0.619
	Yok	128.35±19.32	127.0 (28.0)		
Sürekli kullanmakta olduğunuz ilaç var mı?	Var	126.0±19.60	125.0 (23.0)	Z=0.230	0.818
	Yok	128.27±19.41	127.0 (28.0)		
Düzenli egzersiz/spor yapıyor musunuz?	Evet	136.87±17.80	136.0 (25.0)	Z=4.333	<0.001
	Hayır	124.89±19.02	123.0 (26.0)		
Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirir siniz?	Mükemmel	140.25±14.43	139.0 (24.0)	$\chi^2=13.636$	0.009
	Çok iyi	133.71±19.79	131.0 (30.0)		
	İyi	126.02±19.13	125.0 (28.0)		
	Orta	124.00±16.94	124.0 (26.0)		
	Kötü	98.50±14.85	98.5 (N/A)		

t:bağımsız örneklem t testi, Z:Mann Whitney U testi, χ^2 =Kruskal Wallis Testi, N/A: Not Available

Hekimlerin düzenli egzersiz yapıp yapmama ve sigara kullanma durumuna göre beslenme alt boyut puanları arasında düzenli egzersiz yapanlar ile sigara kullanmayan ve sigarayı bırakanlar lehine pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.028$, $p=0.002$). Cinsiyet, medeni durum, alkol kullanımı, kronik hastalık, sürekli ilaç kullanma durumu ve genel sağlık durumu değişkenlerinde beslenme alt boyut puanlarının benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo-15).

Tablo-15. Belirtilen değişken gruplarında hekimlerin SYBDÖ beslenme alt boyutu puanlarının karşılaştırılması

		BESLENME PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	21.03±4.34	21.0 (6.0)	Z=1.673	0.094
	Erkek	20.16±3.67	20.0 (4.0)		
Medeni durum	Evli	21.21±4.11	21.0 (6.0)	$\chi^2=4.108$	0.128
	Bekar	20.42±4.10	20.0 (5.0)		
	Boşanmış/Ayrı	17.00±2.82	17.0 (N/A)		
Sigara kullanıyor musunuz?	Kullanıyorum	19.22±3.92	19.0 (4.0)	$\chi^2=12.731$	0.002
	Kullanmıyorum	21.12±4.14	21.0 (5.5)		
	Bıaktım	21.83±3.04	21.0 (1.0)		
Alkol kullanıyor musunuz?	Kullanıyorum	20.02±4.30	20.0 (6.0)	$\chi^2=4.203$	0.122
	Kullanmıyorum	20.99±3.94	20.0 (6.0)		
	Bıaktım	23.25±6.24	24.5 (11.7)		
Kronik bir hastalığınız var mı?	Var	21.34±4.51	21.5 (7.0)	Z=1.031	0.302
	Yok	20.64±4.08	20.0 (5.0)		
Sürekli kullanmakta olduğunuz ilaç var mı?	Var	21.36±4.47	21.5 (6.7)	Z=1.003	0.316
	Yok	20.63±4.08	20.0 (5.0)		
Düzenli egzersiz/spor yapıyor musunuz?	Evet	21.61±3.64	21.0 (4.0)	Z=2.191	0.028
	Hayır	20.39±4.24	20.0 (6.0)		
Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	Mükemmel	22.25±4.13	21.5 (6.0)	$\chi^2=3.661$	0.454
	Çok iyi	21.27±3.81	20.0 (5.0)		
	İyi	20.57±4.19	20.0 (6.0)		
	Orta	19.94±4.33	19.5 (5.5)		
	Kötü	18.00±4.24	18.0 (N/A)		

Çalışmaya katılan hekimlerden “Düzenli egzersiz/spor yapıyor musunuz?” sorusuna evet yanıtını verenlerin fiziksel aktivite puan ortalaması 22.26 ± 3.60 , hayır yanıtını verenlerin ise 16.47 ± 4.18 'dir (Tablo-16). Hekimlerin düzenli egzersiz yapıp yapmamasına göre fiziksel aktivite puanları arasında düzenli egzersiz yapanlar lehine pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0.001$).

Tablo-16. Belirtilen değişken gruplarında hekimlerin SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu puanlarının karşılaştırılması

		FİZİKSEL AKTİVİTE PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	17.79±4.98	18.0 (7.5)	Z=0.771	0.441
	Erkek	18.34±4.40	18.0 (7.0)		
Medeni durum	Evli	17.87±4.14	17.0 (6.0)	$\chi^2=1.785$	0.410
	Bekar	18.11±5.17	18.0 (8.2)		
	Boşanmış/Ayrı	14.50±0.71	14.5 (N/A)		
Sigara kullanıyor musunuz?	Kullanıyorum	17.27±5.01	17.0 (9.2)	$\chi^2=1.999$	0.368
	Kullanmıyorum	18.17±4.68	18.0 (7.0)		
	Bıaktım	18.92±4.81	19.0 (4.7)		
Alkol kullanıyor musunuz?	Kullanıyorum	17.93±4.98	18.0 (7.0)	$\chi^2=0.530$	0.767
	Kullanmıyorum	17.98±4.66	18.0 (6.0)		
	Bıaktım	19.75±5.79	20.5 (10.7)		
Kronik bir hastalığınız var mı?	Var	17.65±4.46	17.0 (7.0)	Z=0.331	0.741
	Yok	18.02±4.81	18.0 (7.0)		
Sürekli kullanmakta olduğunuz ilaç var mı?	Var	17.32±4.53	17.0 (7.7)	Z=0.780	0.436
	Yok	18.07±4.80	18.0 (7.0)		
Düzenli egzersiz/spor yapıyor musunuz?	Evet	22.26±3.60	23.0 (4.0)	Z=8.575	<0.001
	Hayır	16.47±4.18	16.0 (7.0)		
Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	Mükemmel	22.25±3.15	21.5 (4.2)	$\chi^2=16.44$ 1	0.002
	Çok iyi	18.94±4.92	19.0 (8.0)		
	İyi	17.83±4.56	18.0 (6.0)		
	Orta	16.03±4.73	16.0 (6.2)		
	Kötü	13.00±2.83	13.0 (N/A)		

“Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna mükemmel yanıtını verenlerin stres yönetimi puanı ortalaması 22.62±1.99, çok iyi yanıtını verenlerin 20.58±3.88, iyi yanıtını verenlerin 18.81±3.54, orta yanıtını verenlerin 18.15±3.49, kötü yanıtını verenlerin 14.00±2.83'dür. Genel sağlık durumu değerlendirmesine göre stres yönetimi puanları arasında genel sağlık durumu değerlendirmesinde olumlu yönde yanıt verenler lehine pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p<0.001) (Tablo-17).

Tablo-17. Belirtilen değişken gruplarında hekimlerin SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu puanlarının karşılaştırılması

		STRES YÖNETİMİ PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	19.31±3.97	19.0 (4.0)	Z=0.004	0.997
	Erkek	19.23±3.36	19.0 (6.0)		
Medeni durum	Evli	19.22±3.68	19.0 (5.0)	$\chi^2=0.257$	0.880
	Bekar	19.33±3.81	19.0 (5.0)		
	Boşanmış/Ayrı	18.00±4.24	18.0 (N/A)		
Sigara kullanıyor musunuz?	Kullanıyorum	18.47±3.76	18.0 (5.2)	$\chi^2=4.061$	0.131
	Kullanmıyorum	19.48±3.74	19.0 (4.0)		
	Bıraktım	20.42±3.37	20.5 (6.7)		
Alkol kullanıyor musunuz?	Kullanıyorum	19.29±3.77	19.0 (6.0)	$\chi^2=1.540$	0.463
	Kullanmıyorum	19.23±3.69	19.0 (4.0)		
	Bıraktım	21.50±5.74	24.0 (9.5)		
Kronik bir hastalığınız var mı?	Var	18.38±4.43	19.0 (7.2)	Z=0.774	0.439
	Yok	19.38±3.66	19.0 (4.5)		
Sürekli kullanmakta olduğunuz ilaç var mı?	Var	18.57±4.33	19.0 (7.0)	Z=0.526	0.599
	Yok	19.36±3.67	19.0 (4.0)		
Düzenli egzersiz/spor yapıyor musunuz?	Evet	20.85±3.56	21.0 (6.0)	Z=3.956	<0.001
	Hayır	18.72±3.66	18.0 (5.0)		
Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	Mükemmel	22.62±1.99	22.5 (3.0)	$\chi^2=22.370$	<0.001
	Çok iyi	20.58±3.88	19.5 (5.0)		
	İyi	18.81±3.54	19.0 (5.0)		
	Orta	18.15±3.49	18.0 (4.0)		
	Kötü	14.00±2.83	14.0 (N/A)		

Erkek hekimlerin kişiler arası ilişkiler puan ortalaması 24.25 ± 3.46 , kadın hekimlerin ise 25.75 ± 4.22 'dir. Cinsiyete göre kişiler arası ilişkiler puanı arasında kadın cinsiyet lehine pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.004$). Ayrıca genel sağlık durumu değerlendirmesine göre kişiler arası ilişkiler puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.002$) (Tablo-18).

Tablo-18. Belirtilen değişken gruplarında hekimlerin SYBDÖ kişiler arası ilişkiler alt boyutu puanlarının karşılaştırılması

		KİŞİLER ARASI İLİŞKİLER PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort $\pm$ SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	25.75 $\pm$ 4.22	26.0 (5.0)	Z=2.844	0.004
	Erkek	24.25 $\pm$ 3.46	25.0 (5.0)		
Medeni durum	Evli	24.90 $\pm$ 4.14	25.0 (4.0)	$\chi^2=1.787$	0.409
	Bekar	25.37 $\pm$ 3.95	26.0 (5.0)		
	Boşanmış/Ayrı	23.50 $\pm$ 2.12	23.5 (N/A)		
Sigara Kullanıyor musunuz?	Kullanıyorum	24.45 $\pm$ 4.40	25.0 (7.0)	$\chi^2=4.120$	0.127
	Kullanmıyorum	25.33 $\pm$ 3.91	26.0 (4.5)		
	Bıraktım	26.92 $\pm$ 2.91	26.5 (3.7)		
Alkol Kullanıyor musunuz?	Kullanıyorum	24.91 $\pm$ 4.28	25.0 (6.0)	$\chi^2=0.860$	0.651
	Kullanmıyorum	25.32 $\pm$ 3.90	26.0 (5.0)		
	Bıraktım	26.0 $\pm$ 2.94	26.0 (5.5)		
Kronik bir hastalığınız var mı?	Var	25.11 $\pm$ 3.84	26.0 (6.0)	Z=0.289	0.773
	Yok	25.2 $\pm$ 4.04	25.0 (5.0)		
Sürekli kullanmakta olduğunuz ilaç var mı?	Var	25.43 $\pm$ 3.86	26.0 (5.2)	Z=0.628	0.530
	Yok	25.17 $\pm$ 4.04	25.0 (5.0)		
Düzenli egzersiz/spor yapıyor musunuz?	Evet	25.65 $\pm$ 3.79	26.0 (3.0)	Z=1.155	0.248
	Hayır	25.03 $\pm$ 4.09	25.0 (5.2)		
Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	Mükemmel	26.37 $\pm$ 4.72	27.0 (5.2)	$\chi^2=17.103$	0.002
	Çok iyi	26.64 $\pm$ 3.91	26.5 (5.2)		
	İyi	24.47 $\pm$ 3.84	25.0 (6.0)		
	Orta	25.47 $\pm$ 3.92	25.5 (5.5)		
	Kötü	19.00 $\pm$ 1.41	19.0 (N/A)		

Hekimlerin düzenli egzersiz yapıp yapmama durumuna göre sağlık sorumluluğu puanı arasında düzenli egzersiz yapanlar lehine pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.032$). Cinsiyet, medeni durum, sigara kullanma durumu, alkol kullanımı, kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanma durumu ve genel sağlık durumu değişkenlerinde sağlık sorumluluğu puanlarının benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo-19).

Tablo-19. Belirtilen değişken gruplarında hekimlerin SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu puanlarının karşılaştırılması

		SAĞLIK SORUMLULUĞU PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	21.21±4.29	21.0 (7.0)	Z=0.610	0.542
	Erkek	20.88±4.22	20.5 (6.0)		
Medeni durum	Evli	21.22±4.14	21.0 (7.0)	$\chi^2=3.734$	0.155
	Bekar	21.06±4.34	21.0 (6.0)		
	Boşanmış/Ayrı	16.00±1.41	16.0 (N/A)		
Sigara kullanıyor musunuz?	Kullanıyorum	20.61±3.60	20.0 (5.0)	$\chi^2=5.351$	0.069
	Kullanmıyorum	21.08±4.45	21.0 (7.0)		
	Bıraktım	23.58±3.68	25.0 (4.7)		
Alkol kullanıyor musunuz?	Kullanıyorum	21.24±4.07	21.0 (6.0)	$\chi^2=2.041$	0.360
	Kullanmıyorum	20.93±4.35	21.0 (7.0)		
	Bıraktım	24.00±4.08	25.5 (7.0)		
Kronik bir hastalığınız var mı?	Var	20.50±5.25	21.0 (8.5)	Z=0.241	0.810
	Yok	21.15±4.14	21.0 (6.0)		
Sürekli kullanmakta olduğunuz ilaç var mı?	Var	20.85±5.15	21.5 (8.5)	Z=0.221	0.825
	Yok	21.11±4.15	21.0 (6.0)		
Düzenli egzersiz/spor yapıyor musunuz?	Evet	22.00±3.97	22.0 (6.0)	Z=2.143	0.032
	Hayır	20.76±4.32	20.0 (7.0)		
Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	Mükemmel	22.37±4.95	24.0 (4.5)	$\chi^2=6.493$	0.165
	Çok iyi	21.13±4.48	20.0 (7.0)		
	İyi	21.03±3.99	21.0 (6.0)		
	Orta	21.26±4.77	21.0 (7.2)		
	Kötü	N/A	N/A		

Çalışmaya katılan hekimlerden “Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna mükemmel yanıtı verenlerin manevi gelişim puanı ortalaması 24.37 ± 3.96 , çok iyi yanıtı verenlerin 25.14 ± 4.45 , iyi yanıtı verenlerin 23.29 ± 4.37 , orta yanıtı verenlerin 23.15 ± 4.75 , kötü yanıtı verenlerin 19.50 ± 3.53 ’dür. Hekimlerin genel sağlık durumu değerlendirmesine göre manevi gelişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0.036$) (Tablo-20).

Tablo-20. Belirtilen değişken gruplarında hekimlerin SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu puanlarının karşılaştırılması

		MANEVİ GELİŞİM PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	23.84±4.66	24.0 (6.0)	Z=0.066	0.947
	Erkek	23.66±4.21	25.0 (6.0)		
Medeni durum	Evli	23.94±3.89	25.0 (5.0)	$\chi^2=0.399$	0.819
	Bekar	23.69±4.84	25.0 (7.0)		
	Boşanmış/Ayrı	21.50±6.36	21.5 (N/A)		
Sigara kullanıyor musunuz?	Kullanıyorum	22.82±4.29	25.0 (7.0)	$\chi^2=4.294$	0.117
	Kullanmıyorum	23.96±4.54	25.0 (6.0)		
	Bıaktım	25.67±4.09	27.0 (8.0)		
Alkol kullanıyor musunuz?	Kullanıyorum	23.01±4.71	24.0 (8.0)	$\chi^2=4.310$	0.116
	Kullanmıyorum	24.08±4.29	25.0 (6.0)		
	Bıaktım	27.25±5.74	29.0 (10.2)		
Kronik bir hastalığınız var mı?	Var	22.08±4.65	22.5 (6.2)	Z=1.902	0.057
	Yok	23.96±4.44	25.0 (6.0)		
Sürekli kullanmakta olduğunuz ilaç var mı?	Var	22.46±4.46	23.0 (6.0)	Z=1.562	0.118
	Yok	23.93±4.48	25.0 (6.0)		
Düzenli egzersiz/spor yapıyor musunuz?	Evet	24.49±4.77	25.0 (7.0)	Z=1.316	0.188
	Hayır	23.51±4.37	24.0 (7.0)		
Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	Mükemmel	24.37±3.96	24.5 (5.2)	$\chi^2=10.249$	0.036
	Çok iyi	25.14±4.45	25.5 (6.2)		
	İyi	23.29±4.37	24.0 (6.0)		
	Orta	23.15±4.75	24.0 (6.2)		
	Kötü	19.50±3.53	19.5 (N/A)		

Yaş ile kişisel arası ilişkiler alt boyut puanı arasında zayıf düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (spearman ilişki katsayısı=-0.218, $p<0.001$) (Tablo-21). Yaş arttıkça kişiler arası ilişkiler puanı %21.8 oranında azalmakta olduğu belirlenmiştir.

Tablo-21. SYBDÖ total puan ve alt boyut puanları ile yaş arasındaki ilişki

	Yaş	
	Spearman İlişki Katsayısı	p
SYBDÖ	-0.109	0.076
Beslenme	-0.034	0.587
Fiziksel Aktivite	-0.070	0.255
Stres yönetimi	-0.093	0.132
Kişiler arası ilişkiler	-0.218	<0.001
Sağlık sorumluluğu	0.003	0.968
Manevi gelişim	-0.120	0.051

Çalışma süresi (ay) ile kişisel arası ilişkiler alt boyut puanı arasında zayıf düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (spearman ilişki katsayısı=-0.225, $p<0.001$) (Tablo-22). Çalışma süresi arttıkça kişiler arası ilişkiler puanının %22.5 oranında azalmakta olduğu tespit edilmiştir.

Tablo-22. SYBDÖ total puan ve alt boyut puanları ile çalışma süresi arasındaki ilişki

	Çalışma Süresi (ay)	
	Spearman İlişki Katsayısı	p
SYBDÖ	-0.067	0.279
Beslenme	0.018	0.766
Fiziksel Aktivite	-0.039	0.529
Stres yönetimi	-0.057	0.353
Kişiler arası ilişkiler	-0.225	<0.001
Sağlık sorumluluğu	0.052	0.399
Manevi gelişim	-0.078	0.209

BKİ sınıflamasına göre SYBDÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (p=0.081) (Tablo-23).

Tablo-23. BKİ sınıflamasına göre hekimlerin SYBDÖ puanı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Zayıf Ort±SS Medyan(ÇA G)	Normal Ort±SS Medyan(ÇA G)	Hafif Şişman (PreObez) Ort±SS Medyan(ÇAG)	Obez Ort±SS Medyan(ÇAG)	Test İstatistiği	
					χ^2*	p
SYBDÖ	113.25±8.81	129.33±20.52	127.54±17.14	120.13±17.41	6.733	0.081
	115.0 (16.0)	127.0 (29.0)	129.0 (25.0)	119.0 (32.0)		
Beslenme	18.50±4.43	20.96±4.41	20.49±3.39	19.67±4.01	4.250	0.236
	17.0 (7.5)	21.0 (6.0)	20.0 (4.0)	20.0 (6.0)		
Fiziksel Aktivite	14.75±5.56	18.17±4.95	18.26±4.33	15.47±4.10	6.281	0.099
	15.0 (10.7)	18.0 (7.0)	18.0 (6.2)	15.0 (7.0)		
Stres Yönetimi	17.00±2.16	19.44±3.95	19.26±3.42	18.27±3.33	3.479	0.323
	16.5 (4.0)	19.0 (5.0)	19.0 (5.2)	18.0 (5.0)		
Kişiler Arası İlişkiler	27.00±4.24	25.55±4.22	24.55±3.59	24.13±3.27	5.472	0.140
	28.0 (7.5)	26.0 (5.0)	25.0 (4.0)	24.0 (5.0)		
Sağlık Sorumluluğu	16.25±4.50	21.35±4.28	20.88±4.27	20.47±3.25	5.120	0.163
	16.0 (8.2)	21.0 (7.0)	21.0 (6.5)	20.0 (5.0)		
Manevi Gelişim	19.75±7.09	23.86±4.62	24.10±4.13	22.13±3.54	4.399	0.221
	21.0 (13.2)	25.0 (6.0)	25.0 (6.0)	23.0 (6.0)		

Çalışmaya katılan 35 yaş altı kadın hekimlerde “yılta en az bir kez bel çevresi ölçümlemlerimi yaptırırım” ifadesine evet yanıtı verenlerin SYBDÖ puanı ortalaması 133.82±19.58, hayır yanıtı verenlerin SYBDÖ puanı ortalaması ise 120.65±21.14’dür. 35 yaş altı kadın hekimlerin “yılta en az bir kez ağırlık, boy, BKİ ve bel çevresi ölçümlemlerimi yaptırırım, düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.) yaparım ve ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım” ifadelerine verdikleri yanıtlara göre SYBDÖ puanı arasında evet yanıtı verenler lehine pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p<0.001, p=0.008) (Tablo-24).

Tablo-24. 35 yaş altı kadın hekimlerin PSM ve tarama testleri davranışları ile SYBDÖ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

		SYBDÖ PUANI	Test İstatistiği	
		Ort±SS	t	p
Yılta en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) ölçümlemlerimi yaptırırım.	Evet	132.08±20.27	4.735	<0.001
	Hayır	109.70±15.21		
Yılta en az bir kez bel çevresi ölçümlemlerimi yaptırırım.	Evet	133.82±19.58	3.865	<0.001
	Hayır	120.65±21.14		
Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.	Evet	141.04±16.99	5.393	<0.001
	Hayır	123.13±20.39		
Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.	Evet	130.71±21.57	1.362	0.175
	Hayır	125.91±19.69		
5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırırım.	Evet	133.40±21.58	1.705	0.090
	Hayır	127.17±20.61		
Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım.	Evet	133.79±21.77	2.674	0.008
	Hayır	124.84±19.53		

Çalışmaya katılan 35 yaş altı erkek hekimlerde “düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.) yaparım” ifadesine evet yanıtı verenlerin SYBDÖ puanı ortalaması 132.93 ± 15.93 , hayır yanıtı verenlerin SYBDÖ puanı ortalaması ise 122.85 ± 14.88 ’dir. 35 yaş altı erkek hekimlerin “düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.) yaparım ve son 1 yıl içerisinde en az bir kez olmak üzere düzenli arteriyel tansiyon ölçümü yaptırırım” ifadelerine verdikleri yanıtlara göre hekimlerin SYBDÖ puanı arasında evet yanıtı verenler lehine pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.006$, $p=0.02$) (Tablo-25).

Tablo-25. 35 yaş altı erkek hekimlerin PSM ve tarama testleri davranışları ile SYBDÖ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

		SYBDÖ PUANI	Test İstatistiği	
		Ort $\pm$ SS	t	p
Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümlemlerimi yaptırırım.	Evet	127.03 $\pm$ 15.46	0.253	0.801
	Hayır	125.75 $\pm$ 19.29		
Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlemlerimi yaptırırım.	Evet	128.33 $\pm$ 15.07	0.716	0.476
	Hayır	125.67 $\pm$ 16.74		
Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.	Evet	132.93 $\pm$ 15.93	2.809	0.006
	Hayır	122.85 $\pm$ 14.88		
Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.	Evet	130.73 $\pm$ 14.73	2.373	0.020
	Hayır	122.26 $\pm$ 16.39		

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda hekimlerin PSM hakkındaki bilgi düzeyi ve davranışları ile SYBD birlikte değerlendirilmiş ayrıca bunlara etki eden sosyodemografik parametreler incelenmiştir. Elde edilen bulgular literatür ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %62.7'si kadındır. Peleg ve arkadaşları tarafından İsrail'de aile hekimleriyle yapılan bir çalışmaya katılanların %58.7'si (91); Frank ve Segura tarafından Kanada'da hekimlerle yapılan bir çalışmaya katılanların %34'ü (92); Hidalgo ve arkadaşları tarafından Brezilya'da sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmaya katılan hekimlerin %43.4'ü (93); Amerika Birleşik Devletleri'nin Kaliforniya Eyaleti'nde Bazargan ve arkadaşları tarafından hekimlerle yapılan bir çalışmaya katılanların %24.9'u (94) kadındır.

Katılımcıların %39.1'i evlidir. Peleg ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya katılanların %92.7'si (91); Hidalgo ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya katılan hekimlerin %61.3'ü (93); Bazargan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya katılanların %76.9'u (94) evlidir.

Katılımcıların %93.6'sı 39 yaş ve altındadır. Peleg ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya katılanların %39.9'u (91); Hidalgo ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya katılan hekimlerin %56.6'sı (93); Bazargan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya katılanların %19.5'i (94) 39 yaş ve altındadır.

Katılımcıların %71.8'i sigara kullanmadığını belirtmiştir. Frank ve Segura tarafından yapılan çalışmaya katılanların %87'si (92); Hidalgo ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya katılan hekimlerin ise %82.1'i (93) sigara kullanmadığını belirtmiştir.

Genel sağlık durumunu hekimlerin %56.7'si iyi, %26.6'sı çok iyi, %12.9'u orta, %3'ü mükemmel ve %0.8'i kötü olarak değerlendirmiştir. Genel sağlık durumunu Frank ve Segura tarafından yapılan çalışmaya katılan hekimlerin %26'sı iyi, %42'si çok iyi, %8'i orta, %24'ü mükemmel ve %1'i kötü (92); Hidalgo ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya katılan hekimlerin %31.3'ü iyi, %29.1'i çok iyi, %7.1'i normal, %32.4'ü mükemmel (93) olarak değerlendirmiştir.

Katılımcıların DSÖ'nün BKİ sınıflamasına göre (90) %1.5'inin zayıf, %63.1'inin normal, %29.7'sinin pre-obez, %5.7'sinin obez grupta olduğu belirlenmiştir. 2019 yılında yapılan Türkiye Sağlık Araştırması'nın sonuçlarına göre obez bireylerin oranı %21.1 olarak saptanmıştır (95). Hidalgo ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hekimlerin %3.3'ünün zayıf, %41.2'sinin normal, %39.6'sının pre-obez, %15.9'unun obez (93); Frank ve Segura tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların %1'inin zayıf, %54'ünün normal, %37'sinin pre-obez, %8'inin obez grupta olduğu tespit edilmiştir (92).

Hekimlerin %43'ü T.C. Sağlık Bakanlığı Rehberi hakkında, %14.1'i ise Dünya'da yayınlanıp uygulanmakta olan PSM ve tarama testleri rehberleri hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Tugay tarafından Türkiye genelinde aile hekimliği uzaktan eğitim platformuna kayıtlı pratisyen ve uzman aile hekimleriyle yapılan çalışmaya katılan hekimlerin %48.9'u T.C. Sağlık Bakanlığı rehberi hakkında, %26.6'sı ise Dünya'da yayınlanıp uygulanmakta olan PSM ve tarama testleri rehberleri hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir (96). Çalışmamızın ve Tugay tarafından yapılan çalışmanın sonucu dikkate alındığında hekimlerin ülkemizde ve Dünya'da yayınlanan PSM ve tarama testleri rehberleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığı söylenebilir.

Hekimlerin büyük bölümü PSM ve tarama testleriyle ilgili bilgilerini tıp fakültesi ve uzmanlık eğitimi yoluyla edindiklerini belirtmiştir. Diğer bilgi edinme yollarının düşük seviyede belirtilmiş olması hekimlerin bu bilgi edinme yolları konusundaki ilgi ya da farkındalık eksikliğinden kaynaklanmış olabilir.

Katılımcılara sorulan PSM ve tarama testleri hakkında bilgi düzeyi ile ilgili 23 adet sorudan *arteriyel tansiyon ölçümü, tiroid fonksiyon testleri, obezitenin önlenmesi ve metabolik sendrom, birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunan kadınlarda hekim tarafından rutin meme muayenesi, mamografi ile meme kanseri taraması, ailesinde prostat kanseri öyküsü olmayan erkeklerde prostat kanseri taraması* konu başlıkları ile ilgili 7 soru katılımcıların çoğunluğu tarafından doğru yanıtlanırken; *kardiyovasküler sistemle ilgili izlemler ile yaşam tarzı değişiklikleri ve kardiyovasküler olaylardan korunma, iskemik inmenin önlenmesi, serum lipid profili taraması, diabetes mellitus taraması, kendi kendine meme muayenesi, birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunmayan*

kadınlarda hekim tarafından rutin meme muayenesi, kolorektal kanser taraması, serviks kanseri taraması, ailesinde prostat kanseri öyküsü olan erkeklerde prostat kanseri taraması, osteoporoz/kırık riski açısından tarama, dexta (kemik mineral dansitometresi) ölçümü konu başlıkları ile ilgili diğer 16 soruyu ise doğru yanıtlayan katılımcı yüzdesi oldukça düşük bulunmuştur. Bu bulgular hekimlerde PSM ve tarama testleri ile ilgili farkındalığın yeterli olmadığını ve farkındalığın artırılmasına yönelik çalışma ve düzenlemelerin yapılması gerektiğini düşündürmektedir.

PSM ve tarama testleri davranış bölümünde hekimlerin büyük bölümünün düzenli fiziksel aktivite yapmadığını ifade etmesi ve bunun hekimlerde SYBDÖ'nün alt boyutları arasında en düşük puan ortalamasının fiziksel aktivitede saptanması ile desteklenir nitelikte olması hekimlerin bu konuda rol model oluşları da göz önünde bulundurulduğunda dikkate değer bir sorun olarak öne çıkmaktadır.

40 yaşından küçük hekimlerde düzenli ağırlık, boy ve BKİ ölçümü yaptırma alt başlıklarında evet yanıtı verenlerin yüzdesi yüksek saptanırken düzenli fiziksel aktivite yapma alt başlığında ise hayır yanıtı verenlerin yüzdesinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Peleg ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hekimlerin %85.5'i son 5 yıl içerisinde BKİ ölçümü yaptırdığını belirtmiştir (91). Bazargan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hekimlerin %31.1'i orta yoğunlukta; %32.5'i yüksek yoğunlukta fiziksel aktivite yaptığını ifade ederken %35.4'ü ise fiziksel aktivite yapmadığını ifade etmiştir (94). Çepe tarafından Ankara'da çalışan pratisyen, asistan ve uzman aile hekimleriyle yapılan bir çalışma incelendiğinde 40 yaşından küçük hekimlerde düzenli ağırlık, boy ve BKİ ölçümü yaptırma alt başlıklarında evet yanıtı; düzenli fiziksel aktivite yapma alt başlığında ise hayır yanıtı verenlerin yüzdesi çalışmamızda çıkan sonuca benzer şekilde yüksek saptanmıştır (97).

Düzenli arteriyel tansiyon ölçümü yaptırma alt başlığında 35 yaşından küçük hekimler ile 35-40 yaş arası erkek hekimlerde evet yanıtı; 35-40 yaş arası kadın hekimlerde ise hayır yanıtı verenlerin yüzdesi yüksek saptanmıştır. Peleg ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hekimlerin %61.6'sı son 1 yıl içerisinde arteriyel tansiyon ölçümü yaptırdığını belirtmiştir (91). Frank ve Segura tarafından yapılan çalışmada ise hekimlerin %67'si son 1 yıl içerisinde arteriyel tansiyon ölçümü yaptırdığını belirtmiştir (92). Çepe tarafından yapılan çalışmada düzenli arteriyel tansiyon ölçümü yaptırma alt başlığında çalışmamızdaki sonuçtan farklı

olarak 40 yaşından küçük hekimlerde evet yanıtı verenlerin yüzdesi yüksek saptanmıştır (97).

Düzenli bel çevresi ölçümü yaptırma alt başlığında 35 yaşından küçük kadın hekimler ile 35-40 yaş arası erkek hekimlerde evet yanıtı; 35 yaşından küçük erkek hekimler ile 35-40 yaş arası kadın hekimlerde ise hayır yanıtı verenlerin yüzdesi yüksek saptanmıştır. Çepe tarafından yapılan çalışmada düzenli bel çevresi ölçümü yaptırma alt başlığında çalışmamızdaki sonuçtan farklı olarak 40 yaşından küçük hekimlerde hayır yanıtı verenlerin yüzdesi yüksek saptanmıştır (97).

40 yaşından küçük kadın hekimlerde kendi kendine meme muayenesi yapma alt başlığında hayır yanıtı verenlerin yüzdesinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çepe tarafından yapılan çalışmada kendi kendine meme muayenesi yapma alt başlığında çalışmamızdaki sonuçtan farklı olarak 35 yaşından küçük kadın hekimlerde evet yanıtı verenlerin yüzdesinin yüksek olduğu saptanırken 35-40 yaş arası kadın hekimlerde ise evet ve hayır yanıtı verenlerin yüzdesinin eşit olduğu saptanmıştır (97).

HPV testi yaptırma alt başlığında 35 yaşından küçük kadın hekimlerde hayır yanıtı; 35-40 yaş arası kadın hekimlerde ise evet yanıtı verenlerin yüzdesi yüksek saptanmıştır. Bazargan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kadın hekimlerin %85.3'ü son 2 yıl içerisinde HPV testi yaptırdığını belirtmiştir (94). Frank ve Segura tarafından yapılan çalışmada kadın hekimlerin %47'si son 1 yıl içerisinde; %29'u ise son 2 yıl içerisinde HPV testi yaptırdığını belirtmiştir (92). Çepe tarafından yapılan çalışmada HPV testi yaptırma alt başlığında 35 yaşından küçük kadın hekimlerde çalışmamızda çıkan sonuca benzer şekilde hayır yanıtı verenlerin yüzdesinin yüksek olduğu saptanırken 35-40 yaş arası kadın hekimlerde ise çalışmamızdaki sonuçtan farklı olarak evet ve hayır yanıtı verenlerin yüzdesinin eşit olduğu saptanmıştır (97).

35-40 yaş arası hekimlerde serum lipid düzeyleri ve tiroid fonksiyon testleri ölçümü yaptırma alt başlıklarında evet yanıtı verenlerin yüzdesi yüksek saptanmıştır. Peleg ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hekimlerin %81.2'si son 5 yıl içerisinde serum lipid düzeylerini ölçtüklerini ifade etmiştir (91). Frank ve Segura tarafından yapılan çalışmada hekimlerin %44'ü son 1 yıl içerisinde; %21'i ise son 2 yıl içerisinde serum lipid düzeylerini ölçtüklerini ifade etmiştir (92). Çepe tarafından yapılan çalışmada 35-40 yaş arası hekimlerde serum lipid düzeyleri ve

tiroid fonksiyon testleri ölçümü yaptırma alt başlıklarında evet yanıtı verenlerin yüzdesi çalışmamızda çıkan sonuca benzer şekilde daha yüksek tespit edilmiştir (97).

Çalışmamızın ve Çepe tarafından yapılan çalışmanın sonucu dikkate alındığında 40 yaş altı hekimlerde düzenli ağırlık, boy ve BKİ ölçümü yaptırma; 35-40 yaş arası hekimlerde ise serum lipid düzeyleri ve tiroid fonksiyon testleri ölçümü yaptırma ile ilgili olumlu bir eğilim olduğu söylenebilirken öte yandan 40 yaşından küçük hekimlerin büyük bölümünün düzenli fiziksel aktivite yapmadığını ifade etmesi ise farkındalıklarının yeterli olmaması yanında iş ve yaşam koşullarındaki zorluklardan kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların SYBDÖ puanı ortalaması 128.03 ± 19.41 'dir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 208 olduğu göz önünde bulundurulduğunda kendisine başvuran kişilere sağlıklı yaşamla ilgili önerilerde bulunan hekimlerin bu önerileri uygulama konusunda daha duyarlı olacakları düşünüldüğünden puan ortalamasının 128.03 ± 19.41 olması dikkat çekicidir. Malatya'da Türkol tarafından İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan asistan hekimlerle yapılan çalışmada SYBDÖ puanı ortalaması çalışmamızdan daha düşük seviyede 116.31 ± 17.80 olarak saptanmıştır (23). Edirne'de Canbolat tarafından Trakya Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hekimler ile Edirne merkezinde birinci basamakta çalışan hekimlerle yapılan çalışmada SYBDÖ puanı ortalaması çalışmamızdan daha düşük seviyede 119.97 ± 20.02 olarak saptanmıştır (98). Düzce'de Zoroğlu tarafından merkezde birinci basamakta çalışan sağlık personeli ile Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan asistan hekim ve hemşirelerle yapılan çalışmada asistan hekimlerde SYBDÖ puanı ortalaması 120.08 ± 17.35 ; birinci basamakta çalışan aile hekimlerinde 125.20 ± 18.91 ve toplum sağlığı merkezi hekimlerinde 119.25 ± 11.89 olarak çalışmamızdan daha düşük seviyede saptanmıştır (99). Ankara'da Çetin tarafından halk sağlığı müdürlüğü ve merkez ilçeleri toplum sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelleriyle yapılan çalışmada hekimlerde SYBDÖ puanı ortalaması çalışmamızdan kısmen daha yüksek seviyede 130.35 ± 17.98 olarak saptanmıştır (100). Alzahrani ve arkadaşları tarafından Suudi Arabistan'da tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ise tıp fakültesi öğrencilerinde SYBDÖ puanı ortalaması 123.8 ± 19.8 olarak saptanmıştır (101). Çalışmamızdaki SYBDÖ puanı ortalamasının düşüklüğü literatürdeki çalışmalarla uyumludur. Bu durum sorunun genel bir sorun olarak ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

SYBDÖ'nün alt boyutlarının puan ortalamaları sırasıyla beslenme 20.71 ± 4.12 ; fiziksel aktivite 17.99 ± 4.77 ; stres yönetimi 19.28 ± 3.75 ; kişiler arası ilişkiler 25.19 ± 4.01 ; sağlık sorumluluğu 21.08 ± 4.26 ; manevi gelişim 23.77 ± 4.49 olarak saptanmıştır. Böylece alt boyutlarda en yüksek puan ortalaması kişiler arası ilişkilerde, en düşük puan ortalaması ise fiziksel aktivitede saptanmıştır. Türköl ve Çetin tarafından yapılan çalışmalardaki hekimlerle ilgili bulgularla karşılaştırıldığında en yüksek ve en düşük puan ortalaması çalışmamızdaki gibi saptanmıştır (23,100). Canbolat ve Zoroğlu tarafından yapılan çalışmalardaki hekimlerle ilgili bulgularla karşılaştırıldığında çalışmamızdan farklı olarak en yüksek puan ortalaması manevi gelişim alt boyutunda saptanırken en düşük puan ortalaması çalışmamızdaki gibi fiziksel aktivite alt boyutunda saptanmıştır (98,99). Alzahrani ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada en yüksek puan ortalaması manevi gelişimde, en düşük puan ortalaması ise fiziksel aktivitede saptanmıştır (101). Çalışmamızda ve benzer diğer çalışmalarda en düşük puan ortalamasının fiziksel aktivite alt boyutunda saptanması fiziksel aktivite konusunda hekimlerin yeterince farkındalığa sahip olmadıklarını gösterirken bu durumun ortaya çıkmasında iş ve yaşam koşullarındaki zorlukların da etkisi olduğunu düşündürebilir. Çalışmamızın PSM ve tarama testleri davranış bölümünde hekimlerin düzenli fiziksel aktivite alt başlığında hayır yanıtı verme yüzdelerinin yüksek olması da bu durumu destekler niteliktedir.

Erkek hekimlerin SYBDÖ puanı ortalaması 126.53 ± 16.42 ; kadın hekimlerin SYBDÖ puanı ortalaması ise 128.92 ± 20.98 'dir. Cinsiyete göre hekimlerin SYBDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Cinsiyete göre hekimlerin SYBDÖ puanları arasında Türköl tarafından yapılan çalışmada çalışmamızdaki gibi istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken Canbolat tarafından yapılan çalışmada çalışmamızdan farklı olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (23,98). Cinsiyete göre hekimlerin SYBDÖ puanları arasında istatistiksel olarak bazı çalışmalarda anlamlı farklılık saptanıp bazılarında saptanmamasının nedenlerinin incelenmesinde yarar bulunmaktadır.

Katılımcıların sigara kullanma, düzenli egzersiz yapıp yapmama ve genel sağlık durumuna göre SYBDÖ puanları arasında sigara kullanmayan ve sigarayı

bırakanlar, düzenli egzersiz yapanlar ile genel sağlık durumu değerlendirmesinde olumlu yönde yanıt verenler lehine pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Türkol tarafından yapılan çalışmada yaş, medeni durum ve genel sağlık durumuna göre SYBDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (23). Canbolat tarafından yapılan çalışmada ise yaş, medeni durum ve sigara kullanma durumuna göre SYBDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (98). Sigara kullanmayan ya da sigarayı bırakmış olan, düzenli egzersiz yapan ve genel sağlık durumu olumlu yönde ilerleyen hekimlerin SYBDÖ puanı sağlıkları ile ilgili farkındalıklarının artması nedeniyle yüksek çıkmış olabilir.

Katılımcıların düzenli egzersiz yapıp yapmama durumuna göre beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu alt boyut puanları arasında düzenli egzersiz yapanlar lehine pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Düzenli egzersiz yapan hekimlerin, fiziksel aktiviteyi önemseyerek bunu düzenli ve sağlıklı beslenmeyle birleştirip sağlıklarını mümkün olduğunca korumaya çalışması ve bu olumlu etkenler ile yaşamlarındaki stresi yönetme becerisine sahip bireyler olması sonucu bu alt boyutlarda yüksek puanlar ortaya çıkmış olabilir.

Katılımcıların sigara kullanma durumuna göre beslenme alt boyut puanı arasında sigara kullanmayan ve sigarayı bırakanlar lehine pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Türkol tarafından yapılan çalışmada ise sigara kullanma durumuna göre beslenme alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken stres yönetimi alt boyut puanı arasında saptanmıştır (23). Sigara içmeyen ya da sigarayı bırakmış olan hekimlerin, sigara kullanımıyla genellikle birliktelik gösteren fast food (çabuk yemek) ve işlenmiş gıda tüketimi yerine düzenli ve sağlıklı beslenmeyi tercih etmeleri beslenme alt boyut puanının yüksek olmasını açıklayabilir.

Katılımcıların genel sağlık durumu değerlendirmesine göre fiziksel aktivite, stres yönetimi, kişiler arası ilişkiler ve manevi gelişim alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Türkol tarafından yapılan çalışmada ise genel sağlık durumu değerlendirmesine göre fiziksel aktivite, stres

yönetimi, sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (23). Genel sağlık durumu olumlu yönde değişen hekimlerin fiziksel ve ruhsal iyilik halinin artmasının hekimlerin günlük yaşamlarında fiziksel aktivitenin yer etmesini, kişiler arası ilişkilerinin gelişmesini, manevi duygularının artmasını ve stres yönetimini daha iyi gerçekleştirmelerini sağlayarak bu boyutlarda yüksek puan alınmasına neden olduğu söylenebilir.

Cinsiyete göre hekimlerin kişiler arası ilişkiler alt boyut puanı arasında kadın cinsiyet lehine pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Yaş ve çalışma süresi ile kişisel arası ilişkiler alt boyut puanı arasında zayıf düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kişiler arası ilişkiler puanının yaş arttıkça %21.8; çalışma süresi arttıkça %22.5 oranında azalmakta olduğu saptanmıştır. Bu durum yaşın ve meslekte çalışma süresinin artmasının getirdiği yıpranma, sorumluluk artışı, belirli bir çevreyle sınırlanma faktörleriyle açıklanabilir.

Katılımcıların büyük bölümünü oluşturan 35 yaş altı gruptaki hekimlerde düzenli fiziksel aktivite davranışına göre SYBDÖ puanı arasında düzenli fiziksel aktivite yapanlar lehine pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. 35 yaş altı kadın hekimlerde ağırlık, boy, BKİ, bel çevresi ölçümü ve kendi kendime meme muayenesi; erkek hekimlerde ise düzenli arteriyel tansiyon ölçümü davranışına göre SYBDÖ puanı arasında bu davranışlara sahip olanlar lehine pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir.

6.SONUÇLAR

Sağlıklı bir yaşam sürdürmek için koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik PSM ve tarama testleri ile SYBD büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada PSM rehberleri, tarama testleri ve SYBD ile ilgili olarak sağlık hizmeti sunumunda anahtar fonksiyonu olan hekimlerin bilgi ve farkındalık durumu ile bireysel yaşamlarındaki davranışları değerlendirilmiştir.

Hizmet alanlara rol model olma potansiyeli taşıyan hekimlerin PSM ve SYBD ile ilgili yeterince haberdar olmadıkları, içerikleri ile ilgili bilgi düzeylerinde de eksiklikler bulunduğu dikkat çekmektedir.

Hekimlerin PSM ve tarama testleri ile ilgili tıp fakültesi ve uzmanlık eğitimi yanında diğer kaynaklardan da bilgi almasını arttırmaya ve bilgilerini güncel tutmaya yönelik çalışmalar yapılması gerekmektedir. Bu tür çalışmaların hem hekimlerin kendilerine başvuran kişileri PSM ve tarama testlerine yönlendirme oranını arttıracaklarını hem de hekimlerin PSM ve tarama testleri ile ilgili bireysel uygulamalarında saptanan olumsuz davranışları değiştirebileceğini düşünmekteyiz.

Hekimlerin çoğunluğunda düzenli ağırlık, boy, BKİ ve arteriyel tansiyon ölçümü yaptırma davranışı saptanmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz. Hekimlerin büyük bölümünde düzenli fiziksel aktivite yapmama; kadın hekimlerde kendi kendine meme muayenesi yapmama, pap smear/HPV testi yaptırmama; erkek hekimlerde ise bel çevresi ölçümü yaptırmama davranışının saptanması rehberlerin bu konulardaki önerilerinin yerine getirilmediğini göstermektedir. Bu durumun nedenlerinin araştırılarak çözüm yolları aranması ve davranış değişikliği oluşturacak çalışma ve düzenlemeler yapılması önerilmektedir.

Hekimlerin çalışmamızda ve benzer diğer çalışmalarda SYBDÖ puanı ortalamasının düşük olması hekimlerin iş ve yaşam koşullarındaki zorlukların da etkisiyle ortaya çıkan bilgi ve farkındalık eksikliği bakımından bir uyarı olarak dikkate alınmalı ve hekimleri SYBD konusunda motive edecek, bu davranışları günlük yaşamlarında sürekli uygulamalarına destek olacak çalışmalar yapılmalıdır.

Çalışmamızda ortaya çıkan en çarpıcı sonuçlardan biri de benzer diğer çalışma sonuçlarıyla desteklenir şekilde hekimlerin hem SYBDÖ alt boyutları arasından

fiziksel aktivite alt boyutunda en düşük puan ortalamasını alması hem de hekimlerin büyük bölümünde düzenli fiziksel aktivite davranışı olmamasıdır. Hekimleri düzenli fiziksel aktiviteye teşvik etmek ve farkındalık oluşturmak amacıyla düzenlemeler yapılması önerilmektedir.

Hekimlerin PSM hakkındaki bilgi düzeyi ve davranışları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının birlikte değerlendirildiği yeterince çalışma olmaması nedeniyle çalışmamızın sonuçlarının bu alandaki literatüre katkı yapması beklenebilir.



KAYNAKLAR

1. WHO.Constitution of the World Health Organization. Basic documents: forty-ninth edition 2020 (including amendments adopted up to 31 May 2019) [İnternet]. World Health Organization; 2020. Erişim adresi: <https://apps.who.int/gb/bd/> Erişim tarihi:08/04/2020.
2. World Health Organization. The constitution of the WHO. WHO Chronicle, 1974;1:29.
3. Epp J. Achieving health for all: A framework for health promotion. Health Promot Int. 1986;1(4):419–428.
4. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med. 1993;118(8):622–629.
5. Centers for Disease Control and Prevention, Health Related Quality of Life Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm> Erişim tarihi:08/04/2020.
6. Roth GA, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, vd. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet. Kasım 2018;392(10159):1736-88.
7. Forouzanfar MH, Afshin A, Alexander LT, Anderson HR, Bhutta ZA, Biryukov S, vd. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet. Ekim 2016;388(10053):1659-724.
8. World Health Organization Noncommunicable diseases fact sheet , January 2015 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> Erişim tarihi: 10/04/2020.
9. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. Nurs Res. Mart 1987;36(2):76??81.
10. Aksoy T, Uçar H. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Hacet Üniversitesi Hemşire Fakültesi Derg. 2014;1(2):53–67.
11. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promot Int. 1998;13(4):349–364.
12. The WHO Health Promotion Glossary,1986 version.

13. McWhinney IR. A Textbook of Family Practice. 2nd ed., New York: Oxford University Press, 1997; 3-28 , 37-103, 179-227.
14. Tezel A. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Erişim adresi: <https://acikders.ankara.edu.tr/mod/resource/view.php?id=5069> Erişim tarihi: 10/04/2020.
15. Pandve HT. Changing concept of disease prevention: From primordial to quaternary. Arch Med Health Sci. 2014;2(2):254.
16. Bentzen N, Bjerre B, Peterson C, Saltman D, Sive P. Wonca International Dictionary of General. Fam Pract Wonca Int Classif Comm. 1999;
17. Margarida M, Moreira A. Too Many Types of Prevention. Euras J Fam Med. 2015;4(3):142–4.
18. de Almeida LM. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. Prev Em Saúde. 2005;23.
19. Grimm KJ, Diebold MM. Periodic health examination. In: Rakel RE, editors. Textbook of Family Medicine, 8th ed. Philadelphia: WB Saunders. 2011; 79-99.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. 2015; yayın no:991.
21. Milone SD, Milone SL. Evidence-based periodic health examination of adults. Memory aid for primary care physicians. Can Fam Physician. 2006;52(1):40–47.
22. Charap MH. The periodic health examination: genesis of a myth. Ann Intern Med. 1981;95(6):733–735.
23. Türköl E. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. 2012;
24. Sözen F, Aydemir S, Altuğ KUT, ÖZBAKIR Z, Eminsoy G. Periodic Health Examination Knowledge, Attitudes and Behavior among Primary Care Physicians: A Descriptive Study of Preventive Care in Turkey. Turk J Fam Med Prim Care. 13(4):418–426.
25. WHO, The Ottawa Charter for Health Promotion. 1986.
26. Kang R. Building community capacity for health promotion: A challenge for public health nurses. Public Health Nurs. 1995;12(5):312–318.

27. Sisk RJ. Caregiver burden and health promotion. *Int J Nurs Stud*. 2000;37(1):37–43.
28. Lundy KS, Janes S. Community health nursing: Caring for the public's health. Jones & Bartlett Learning; 2009.
29. Edelman CL, Mandle CL. Health Promotion Throughout the Life Span-Pageburst on VitalSource. Elsevier Health Sciences; 2009.
30. Fertman CI, Allensworth DD, editörler. Health promotion programs: from theory to practice. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2010. 454 s.
31. Tripp SL, Stachowiak B. Health maintenance, health promotion: is there a difference? *Public Health Nurs*. 1992;9(3):155–161.
32. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. İmaj; 2004.
33. Black JM, Hawks JH. Medical-surgical nursing: Saunders. Elsevier; 2009.
34. Leavell HR, Clark EG. Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach. *Prev Med Dr His Community Epidemiol Approach*. 1958;
35. Teutsch SM. A framework for assessing the effectiveness of disease and injury prevention. *MMWR Recomm Rep*. 1992;41(RR-3):1–12.
36. WHO. What is health promotion? Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/what-is-health-promotion> Erişim tarihi: 20/04/2020.
37. O'Donnell MP. Definition of health promotion 2.0: embracing passion, enhancing motivation, recognizing dynamic balance, and creating opportunities. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2009.
38. American Academy of Family Physicians: Health Promotion and Disease Prevention, Reprint No:267.
39. WHO Global Health Promotion Conferences Erişim adresi: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/> Erişim tarihi: 23/04/2020.
40. Erkoç Y, Göçmen L, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, World Health Organization, Regional Office for Europe. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik dönüm noktaları: global konferanslardan bildiriler. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2011.

41. WHO 7th Global Conference on Health Promotion Erişim adresi:
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/> Erişim tarihi:
24/04/2020.
42. WHO The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki,
Finland, 10-14 June 2013 Erişim adresi:
https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/en/
Erişim tarihi: 24/04/2020.
43. WHO 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai 2016
Erişim adresi:
<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/about/en/> Erişim
tarihi: 24/04/2020.
44. Organization WH. Division of Mental Health and Prevention of
Substance Abuse. WHOQOL: measuring quality of life. 1997. 2016.
45. Beslenme HÜSBF, Bölümü D. Türkiye'ye özgü besin ve beslenme
rehberi. Ank Hacet Üniversitesi. 2015;
46. Expert Consultation on Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic
Diseases, Weltgesundheitsorganisation, FAO, editörler. Diet, nutrition, and the
prevention of chronic diseases: report of a WHO-FAO Expert Consultation ;
[Joint WHO-FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition, and the Prevention
of Chronic Diseases, 2002, Geneva, Switzerland]. Geneva: World Health
Organization; 2003. 149 s. (WHO technical report series).
47. Organization WH. Healthy diet. World Health Organization. Regional
Office for the Eastern Mediterranean; 2019.
48. Pekcan A. G., Şanlıer N., Baş M., Türkiye Beslenme Rehberi 2015
(TÜBER) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Yayın No:
1031, Ankara 2016.
49. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
Erişim tarihi:27/04/2020.
50. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/> Erişim
tarihi:29/04/2020.
51. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk
Sağlığı Kurumu, Yayın No: 940, Ankara 2014.
52. U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity
Guidelines for Americans, 2nd edition. Washington, DC: U.S. Department of
Health and Human Services; 2018.

53. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
Erişim tarihi:29/04/2020.
54. Organization WH. Global strategy on diet, physical activity and health. 2004;
55. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *Cmaj*. 2006;174(6):801–809.
56. Miles L. Physical activity and health. *Nutr Bull*. 2007;32(4):314–363.
57. Penedo FJ, Dahn JR. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Curr Opin Psychiatry*. 2005;18(2):189–193.
58. Paluska SA, Schwenk TL. Physical activity and mental health. *Sports Med*. 2000;29(3):167–180.
59. Kohrt WM, Bloomfield SA, Little KD, Nelson ME, Yingling VR. Physical activity and bone health. *Med Sci Sports Exerc*. 2004;36(11):1985–1996.
60. Fink G. Stress: Concepts, Definition and History ☆. İçinde: Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology [Internet]. Elsevier; 2017 [a.yer 31 Mayıs 2020]. s. B9780128093245022000. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780128093245022082> Erişim tarihi:29/04/2020.
61. Balcıoğlu İ, Uğur M, Şentürk H, Yavuz R, Demir T, Tosun M, vd. Medikal Açıdan Stres Ve Çareleri. İstanbul İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Yayın. 2005;
62. Johnstone M. Stress in teaching: An overview of research. C. 103. Scottish Council for Research in Education; 1989.
63. Dyce JM. Stress and Decision-making in Dental Practice. Buch-und-Zeitschriften-Verlag Die Quintessenz; 1973.
64. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company; 1984.
65. Graham G, LaFollette H. Person to person. 1989;
66. Chen M-Y. The effectiveness of health promotion counseling to family caregivers. *Public Health Nurs*. 1999;16(2):125–132.
67. İmamoğlu SE, Aydın B. KİŞİLERARASI İLİŞKİ BOYUTLARI ÖLÇEĞİ’NİN GELİŞTİRİLMESİ. *Psikol ÇalışmalarıStudies Psychol*. 2009;29:39–64.

68. Aydın A, Hiçdurmaz D. Kişilerarası duyarlılık ve hemşirelik. 2016;
69. Avcı Y. Personal Health Responsibility. TAF Prev Med Bull. 2016;15(3):259.
70. Buyx AM. Personal responsibility for health as a rationing criterion: why we don't like it and why maybe we should. J Med Ethics. 01 Aralık 2008;34(12):871-4.
71. Steinbrook R. Health Care Reform in Massachusetts — A Work in Progress. N Engl J Med. 18 Mayıs 2006;354(20):2095-8.
72. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşire Üksekokulu Derg. 2008;12(1):1-13.
73. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spiritüel bakım ve hemşirelik. 2007;
74. Koenig HG. Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. Can J Psychiatry. Mayıs 2009;54(5):283-91.
75. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. Turk J Fam Med Prim Care. 2012;6(1).
76. Rippentrop EA, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population: Pain. Ağustos 2005;116(3):311-21.
77. Dobell H. Lectures on the germs and vestiges of disease: and on the prevention of the invasion and fatality of disease by periodical examinations; delivered at the royal infirmary for diseases of the chest. John Churchill; 1861.
78. Wilson JMG, Jungner G, Organization WH. Principles and practice of screening for disease. 1968;
79. Minino AM, Arias E, Kochanek KD, Murphy SL, Smith BL. Deaths: final data for 2000. National vital statistics reports. Hyattsville MD Natl Cent Health Stat. 2002;
80. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. Jama. 2004;291(10):1238-1245.
81. MAZICIOĞLU MM, ŞAFKAK ED, ÜSTÜNBAŞ HB. Periyodik Sağlık Muayenesinin Tarihi Gelişim Süreci. Türkiye Klin Aile Hekim-Özel Konular. 2013;4(5):1-4.
82. <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grade-definitions#july2012> Erişim tarihi:17/06/2020.

83. <https://canadiantaskforce.ca/methods/grade/> Erişim tarihi:18/06/2020.
84. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-and-b-recommendations?SORT=D&DESC=1&PAGE=1> Erişim tarihi:18/06/2020.
85. <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/> Erişim tarihi:22.06.2020.
86. <https://www.nhs.uk/conditions/nhs-screening/> Erişim tarihi:23/06/2020.
87. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. Health promotion model-instruments to measure health promoting lifestyle: Health-promoting lifestyle profile [HPLP II](Adult version). 1995;
88. MN E. Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması Ve Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı [PhD Thesis]. Doktora Tezi, İstanbul; 1997.
89. Akça Ş. Üniversite öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve bunu etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Yayın Bilim Uzm Tezi İzmir. 1998;
90. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> Erişim tarihi: 10/07/2020.
91. Peleg R, Ostermich A, Gienco V, Portughez E. Screening tests among family doctors: do we do as we preach? Public Health. 2013;127(3):282–289.
92. Frank E, Segura C. Health practices of Canadian physicians. Can Fam Physician. 2009;55(8):810–811.
93. Hidalgo KD, Mielke GI, Parra DC, Lobelo F, Simões EJ, Gomes GO, vd. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. BMC Public Health. 2016;16(1):1114.
94. Bazargan M, Makar M, Bazargan-Hejazi S, Ani C, Wolf KE. Preventive, lifestyle, and personal health behaviors among physicians. Acad Psychiatry. 2009;33(4):289–295.
95. <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do;jsessionid=172BfyWBSt2ZZJ43jj4hhJTqSWd7lJnJpLzTrGJtbwJHB6t8gwfl355138016?id=33661> Erişim tarihi: 10/07/2020.
96. Tugay D. Aile Hekimlerinin Periyodik Muayene Rehberine Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. 2015.

97. Çepe Pİ. Aile hekimlerinin kendi periyodik sağlık muayenelerini yaptıırma durumu. 2018.
98. Canbolat Y. Üniversite Hastanesi Ve Birinci Basamak Hekimlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılması; Edirne Örneğinde. 2019.
99. Zoroğlu G. Düzce Merkez İlçedeki Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personeli İle Üniversite Hastanesi Asistan Hekim Ve Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. 2018.
100. Çetin FE. Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü Ve Merkez İlçelerin Toplum Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. 2015.
101. Alzahrani SH, Malik AA, Bashawri J, Shaheen SA, Shaheen MM, Alsaib AA, vd. Health-promoting lifestyle profile and associated factors among medical students in a Saudi university. SAGE Open Med. 2019;7:2050312119838426.

ÖZGEÇMİŞ

I- Kişisel Bilgiler

Adı-Soyadı: Ogün TAYDAŞ

Doğum yeri ve tarihi: KARS/ 1992

Medeni durumu: Bekar

Askerlik durumu: Yapıldı.

Telefon numarası: 0553 222 08 72

E-posta adresi: taydas1400@hotmail.com

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitim

-Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi 2016 mezunuyum.

III- Mesleki Deneyim

-27.09.2016- 16.06.2017 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Genç Devlet Hastanesi'nde pratisyen hekim olarak görev yaptım.

-31.10.2017 tarihinden itibaren SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde asistan hekim olarak uzmanlık eğitimime başladım ve halen bu klinikte asistan hekim olarak çalışmaktayım.

IV- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

- Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD)

EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAYI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

SAYI : HNEAH-KAEK 2020/45 - 2152
KONU : Araştırma Onay Başvurusu

23.03.2020

Sayın Doç.Dr.Memet Taşkın EĞİCİ,

Sorumlu araştırmacısı olduğunuz, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde yürütülmesi planlanan **"Hekimlerin Periyodik Sağlık Muayeneleri Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Davranışları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Birlikte Değerlendirilmesi."** başlıklı çalışmaya ait sunmuş olduğunuz başvuru dosyası ile ilgili belgeleri araştırmacının amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemleri yürürlükte bulunan "İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik" ve "Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği" dikkate alınarak incelenmiş, araştırmacının yürütülmesinde etik açıdan sakınca olmadığına 23.03.2020 tarihli toplantımızda oy birliğiyle HNEAH-KAEK 2020/45 (HNEAH-KAEK 2020/KK/45) karar no ile karar verilmiştir.

"İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik" ve "Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği" kapsamında yer alan araştırmalar için çalışmaya başlamadan önce Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.
Araştırmada kullanılacak tüm ürünlerin ve tetkiklerin destekleyici, destekleyici yoksa araştırmacı tarafından karşılanması, destek alınacak ise desteği alınacak taahhüt edilen kurumun cevabi yazısının bir kopyasının araştırma başlamadan önce etik kurulumuza tarafınızca iletilmesi.

Araştırmanın başlamaması, iptali ve sonlandırılması halinde tarafımıza bilgi verilmesi.
Araştırmanın Helsinki Bildirgesi'nin son metni, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve ilgili mevzuata uygun olarak yürütülmesi.

Çalışma tamamlandığında tarafımıza bildirilmesi ve araştırmaya ait yıllık bildirim raporunun tarafımıza sunulması gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Çağatay NUHOĞLU
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

EK-2: ANKET FORMU

ANKETİN YAPILDIĞI KURUM:

ANKET NO:

Hekimlerin periyodik sağlık muayeneleri hakkındaki bilgi düzeyi ve davranışları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının birlikte değerlendirilmesi

Sayın meslektaşım;

Bu anket "hekimlerin periyodik sağlık muayeneleri hakkındaki bilgi düzeyi ve davranışları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının birlikte değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasına veri sağlamak amacıyla hazırlanmıştır.

Anketimiz katılımcı bilgi toplama formu ile hekimlerin periyodik sağlık muayeneleri hakkındaki bilgi düzeyi ve davranışları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendiren sorulardan oluşmaktadır.

Çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılmak için onam verdiğiniz yönünde yorumlanacaktır. Ankette yer alan bilgiler kesinlikle gizli tutulacak ve belirtilen amacın dışında kullanılmayacaktır. Anket sonuçlarının geçerliliği ve bilimsel gerçekliği yansıtmaları bakımından aşağıda belirtilen ifadeler vereceğiniz cevaplar büyük önem taşımaktadır.

Değerli zamanınızı ayırarak araştırmaya yaptığınız katkılardan dolayı teşekkür ederim.

Doç. Dr. Memet Taşkın EGİCİ

Asistan Dr. Ogün TAYDAŞ

SBÜ Haydarpaşa Numune EAH

SBÜ Haydarpaşa Numune EAH

Aile Hekimliği Kliniği

Aile Hekimliği Kliniği

Katılımcı Bilgi Toplama Formu

1. Yaş:
2. Cinsiyet: () Kadın () Erkek
3. Medeni Durum: () Evli () Bekar () Boşanmış/Ayrı yaşıyor.
4. Unvanınız: () Pratisyen () Asistan () Uzman () Eğitim Görevlisi/Akademisyen
5. Görev yaptığınız bölüm?
.....
6. Meslekteki süreniz: yıl ay
7. Vücut ağırlığınız: kg
8. Boyunuz: cm
9. Sigara kullanıyor musunuz?
() Kullanıyorum () Kullanmıyorum () Bıraktım
10. Alkol kullanıyor musunuz?
() Kullanıyorum () Kullanmıyorum () Bıraktım
11. Kronik bir hastalığınız var mı?(varsa yazınız)
() Var
() Yok
12. Sürekli kullanmakta olduğunuz ilaç var mı?(varsa yazınız)
() Var
() Yok
13. Düzenli egzersiz/spor yapıyor musunuz?
() Evet
() Hayır
14. Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
() Mükemmel () Çok İyi () İyi () Orta () Kötü () Çok kötü

Periyodik Sağlık Muayeneleri Ve Tarama Testleri Hakkında Bilgi Düzeyi

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan ve önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi hakkında bilgi sahibi misiniz?

() Evet () Hayır () Fikrim yok.

2. Dünyada yayınlanıp uygulanmakta olan Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri rehberleri hakkında bilgi sahibi misiniz?

() Evet () Hayır () Fikrim yok.

3. Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri hakkında bilgilerinizi hangi yolla edindiniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

() Tıp Fakültesi () Uzmanlık Eğitimi () Kongreler
() Bilimsel yayınlar () İnternet

4. Ailesinde erken yaşta aterosklerotik hastalık öyküsü olan bireylerde kardiyovasküler sistem açısından gerekli yaşam tarzı değişiklikleri ve izlemler kaç yaşından önce yapılmalıdır?

() 35 () 40 () 45 () 50

5. Başvuru sebebinden bağımsız olarak bir kez kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılarak, risk saptanan gruplarda gerekli yaşam tarzı değişiklikleri ve önerilen izlemlerin yapılması gereken yaş grubu hangisidir?

() 35 yaş ve üstü () 40 yaş ve üstü () 45 yaş ve üstü () 50 yaş ve üstü

6. 45-65 yaş grubu erkeklerde kardiyovasküler olaydan korunmada nasıl bir yöntem seçilmelidir?

() Medikal tedavisiz düzenli aralıklarla takip

() Düzenli aralıklarla takip ve günde 81 mg asetilsalisilik asit

() Düzenli aralıklarla takip ve günde 100 mg asetilsalisilik asit

() Düzenli aralıklarla takip ve günde 300 mg asetilsalisilik asit

7. 55-65 yaş grubu kadınlarda iskemik inmenin önlenmesi amacıyla nasıl bir yöntem seçilmelidir?

- ☐ Medikal tedavisiz düzenli aralıklarla takip
- ☐ Düzenli aralıklarla takip ve günde 81 mg asetilsalisilik asit
- ☐ Düzenli aralıklarla takip ve günde 100 mg asetilsalisilik asit
- ☐ Düzenli aralıklarla takip ve günde 300 mg asetilsalisilik asit

8. Başvuru sebebinden bağımsız olarak hipertansiyon tanısının erken tespiti ve kardiyovasküler olayların önlenmesi amaçlı yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü kaç yaşından itibaren yapılmalıdır?

- ☐ 18 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 24

9. Başvuru sebebinden bağımsız olarak serum lipit profili taraması kaç yaşından itibaren yapılmalı ve kaç yılda bir tekrarlanmalıdır?

- ☐ 30 yaşından itibaren/5 yılda bir
- ☐ 35 yaşından itibaren/5 yılda bir
- ☐ 40 yaşından itibaren/3 yılda bir
- ☐ 45 yaşından itibaren/3 yılda bir

10. Başvuru sebebinden bağımsız olarak diabetes mellitus taraması kaç yaşından itibaren yapılmalı ve kaç yılda bir tekrarlanmalıdır?

- ☐ 35 yaşından itibaren/5 yılda bir
- ☐ 40 yaşından itibaren/5 yılda bir
- ☐ 45 yaşından itibaren/3 yılda bir
- ☐ 50 yaşından itibaren/3 yılda bir

11. Başvuru sebebinden bağımsız olarak kaç yaşından itibaren tiroid fonksiyon testleri yapılmalıdır?

- ☐ 35 ☐ 40 ☐ 45 ☐ 50

12. 18-65 yaş grubu yetişkinlerde obezitenin önlenmesi ve metabolik sendromun değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez bakılması gereken ölçümler hangileridir?

- ☐ Kilo, boy
☐ Kilo, boy,bel çevresi
☐ Kilo, boy,kalça çevresi
☐ Kilo,boy,bel çevresi,kalça çevresi

13. Kadınlarda meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi kaç yaşından itibaren yapılmalıdır?

- ☐ 18 ☐ 20 ☐ 22 ☐ 24

14. 40 yaş altı kadınlarda kendi kendine meme muayenesinin başlamasıyla birlikte birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü **bulunan** kadınlarda hangi aralıklarla hekim tarafından rutin meme muayenesi yapılmalıdır?

- ☐ 6 ayda bir ☐ 12 ayda bir ☐ 18 ayda bir ☐ 24 ayda bir

15. 40 yaş altı kadınlarda kendi kendine meme muayenesinin başlamasıyla birlikte birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü **bulunmayan** kadınlarda hangi aralıklarla hekim tarafından rutin meme muayenesi yapılmalıdır?

- ☐ 6 ayda bir ☐ 12 ayda bir ☐ 18 ayda bir ☐ 24 ayda bir

16. 40-69 yaş arası kadınlarda hangi aralıklarla hekim tarafından rutin meme muayenesi yapılmalıdır?

- ☐ 6 ayda bir ☐ 12 ayda bir ☐ 18 ayda bir ☐ 24 ayda bir

17. 40-69 yaş arası kadınlarda kaç yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılmalıdır?

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

18. 50-70 yaş grubundaki yetişkinlerde kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla aşağıdakilerden hangisi/hangileri yapılmalıdır?(Yapılması gerektiğini düşündüğünüz rakamları yuvarlak içine alınız.)

- I. Yılda bir gaitada gizli kan testi
II. İki yılda bir gaitada gizli kan testi
III. Beş yılda bir kolonoskopi
IV. On yılda bir kolonoskopi

19. Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip öyküsü olanlarda kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla taramaya kaç yaşından itibaren başlanmalıdır?
☐ 30 ☐ 35 ☐ 40 ☐ 45
20. Serviks kanseri ve prekanseröz lezyonları önleme ve erken tanı amaçlı papanicolau testi (papsmear testi) veya human papilloma virüs testi (HPV testi) kaç yaşından itibaren ve kaç yılda bir yapılmalıdır?
☐ 21 yaşından itibaren/2 yılda bir

☐ 25 yaşından itibaren/2 yılda bir

☐ 30 yaşından itibaren/5 yılda bir

☐ 35 yaşından itibaren/5 yılda bir
21. Ailesinde prostat kanseri öyküsü olan erkeklerde prostat kanserine yönelik tarama kaç yaşından itibaren yapılmalıdır?
☐ 35 ☐ 40 ☐ 45 ☐ 50
22. Ailesinde prostat kanseri öyküsü olmayan erkeklerde prostat kanserine yönelik tarama kaç yaşından itibaren yapılmalıdır?
☐ 35 ☐ 40 ☐ 45 ☐ 50
23. 65-80 yaşları arasındaki yetişkinlerde kardiyovasküler olayların ve iskemik inmenin önlenmesi amacıyla nasıl bir yöntem seçilmelidir?
☐ Medikal tedavisiz düzenli aralıklarla takip

☐ Düzenli aralıklarla takip ve günde 81 mg asetilsalisilik asit

☐ Düzenli aralıklarla takip ve günde 100 mg asetilsalisilik asit

☐ Düzenli aralıklarla takip ve günde 300 mg asetilsalisilik asit
24. Başvuru sebebinden bağımsız olarak osteoporoz/kırık riski açısından en az bir kez tarama hangi yaş grubundan itibaren yapılmalıdır?
☐ 55 yaş üstü ☐ 60 yaş üstü ☐ 65 yaş üstü ☐ 70 yaş üstü
25. Başvuru sebebinden bağımsız olarak kadınlarda hangi yaş grubundan itibaren en az bir kez dxa (kemik mineral dansitometresi) ölçümü yapılmalıdır?
☐ 55 yaş üstü ☐ 60 yaş üstü ☐ 65 yaş üstü ☐ 70 yaş üstü
26. Başvuru sebebinden bağımsız olarak erkeklerde hangi yaş grubundan itibaren en az bir kez dxa (kemik mineral dansitometresi) ölçümü yapılmalıdır?
☐ 55 yaş üstü ☐ 60 yaş üstü ☐ 65 yaş üstü ☐ 70 yaş üstü

Periyodik Sağlık Muayeneleri Ve Tarama Testleri Davranış

Yaş aralığınız ve cinsiyetinize uygun olan bölümü doldurunuz.

35 yaş altı

KADIN	EVET	HAYIR
Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümlemlerimi yaptırırım.		
Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlemlerimi yaptırırım.		
Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.		
Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.		
5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırırım.		
Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım.		

ERKEK	EVET	HAYIR
Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümlemlerimi yaptırırım.		
Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlemlerimi yaptırırım.		
Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.		
Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.		

35-40 yaş arası

KADIN	EVET	HAYIR
Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümlemlerimi yaptırırım.		
Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlemlerimi yaptırırım.		
Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.		
Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.		
5 yılda bir serum lipid düzeylerime baktırırım.		
5 yılda bir tiroid fonksiyon testlerini yaptırırım.		
5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırırım.		
Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım.		

ERKEK	EVET	HAYIR
Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümlemlerimi yaptırırım.		
Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlemlerimi yaptırırım.		
Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.		
Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.		
5 yılda bir serum lipid düzeylerime baktırırım.		
5 yılda bir tiroid fonksiyon testlerini yaptırırım.		

40-45 yaş arası

KADIN	EVET	HAYIR
Kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yaptırırım.		
Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümlemlerimi yaptırırım.		
Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlemlerimi yaptırırım.		
Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.		
Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.		
5 yılda bir serum lipid düzeylerime baktırırım.		
5 yılda bir tiroid fonksiyon testlerini yaptırırım.		
5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırırım.		
Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım.		
2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptırırım.		

ERKEK	EVET	HAYIR
Kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yaptırırım.		
Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümlemlerimi yaptırırım.		
Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlemlerimi yaptırırım.		
Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.		
Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.		
5 yılda bir serum lipid düzeylerime baktırırım.		
5 yılda bir tiroid fonksiyon testlerini yaptırırım.		

45-50 yaş arası

KADIN	EVET	HAYIR
Kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yaptırırım.		
Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümlemlerimi yaptırırım.		
Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlemlerimi yaptırırım.		
Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.		
Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.		
5 yılda bir serum lipid düzeylerime baktırırım.		
5 yılda bir tiroid fonksiyon testlerini yaptırırım.		
3 yılda bir açlık kan şekere (AKŞ) baktırırım.		
5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırırım.		
Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım.		
2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptırırım.		

ERKEK	EVET	HAYIR
Kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yaptırırım.		
Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümlemlerimi yaptırırım.		
Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlemlerimi yaptırırım.		
Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.		
Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım.		
Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.		
5 yılda bir serum lipid düzeylerime baktırırım.		
5 yılda bir tiroid fonksiyon testlerini yaptırırım.		
3 yılda bir açlık kan şekere (AKŞ) baktırırım.		

50 yaş ve üzeri

KADIN	EVET	HAYIR
Kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yaptırırım.		
Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümlemlerimi yaptırırım.		
Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlemlerimi yaptırırım.		
Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.		
Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım.		
Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.		
5 yılda bir serum lipid düzeylerime baktırırım.		
5 yılda bir tiroid fonksiyon testlerini yaptırırım.		
3 yılda bir açlık kan şekere (AKŞ) baktırırım.		
Her yıl gaitada gizli kan testi yaptırırım.		
10 yılda bir kolonoskopi yaptırırım.		
5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırırım.		
Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım.		
2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptırırım.		

ERKEK	EVET	HAYIR
Kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yaptırırım.		
Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümlemlerimi yaptırırım.		
Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlemlerimi yaptırırım.		
Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.		
Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım.		
5 yılda bir serum lipid düzeylerime baktırırım.		
5 yılda bir tiroid fonksiyon testlerini yaptırırım.		
3 yılda bir açlık kan şekere (AKŞ) baktırırım.		
Her yıl gaitada gizli kan testi yaptırırım.		
10 yılda 1 kolonoskopi yaptırırım.		
Prostat kanserinin erken tanısı amaçlı üroloji uzmanına başvururum.		

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Bu anket, sizin şu anki yaşam biçiminiz ve kişisel alışkanlıklarınızla ilgili sorular içermektedir. Lütfen her soruya elinizden geldiğince doğru cevaplar vermeye çalışınız ve hiçbir soruyu atlamamaya özen gösteriniz. Soruları, kendinize en yakın olan cevabın altına “X” işareti koyunuz.

	Asla	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1.Bana yakın insanlarla sorunlarını ve endişelerini tartışırım.				
2.Katı yağlar, kolesterol ve yağdan fakir bir diyet seçerim.				
3.Alışılmamış bir belirtide doktor veya sağlık personeline danışırım.				
4.Planlı bir egzersiz programı izlerim.				
5.Uyku ihtiyacımı karşılarım.				
6.Olumlu bir şekilde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim.				
7.Başkalarının başarılarını överim.				
8.Şeker ve şeker içeren yiyecek(tatlı) kullanımını kısıtlarım.				
9.Sağlığı geliştirici makaleler okur ve TV programları izlerim.				
10.Haftada en az üç kez olmak üzere 20 dakika veya daha fazla süre ile etkin egzersiz uygulam(örnek olarak: hızlı yürüme, bisiklete binme, aerobik, dans, merdiven çıkma vb.)				
11.Her gün gevşemeye zaman ayırırım.				
12.Hayatımın bir amacı olduğuna inanıyorum.				
13.Başkaları ile anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurarım.				
14.Her gün 6-11 dilim ekmek, tahıl, pirinç ya da makarna yerim				
15.Önerilerini almak için sağlık personeline sorular yöneltirim.				
16.Hafif ve orta derecede fiziksel aktiviteye katılırım.				
17.Hayatımdaki değiştiremeyeceğim şeyleri kabul ederim.				
18.Geleceğe umutla bakarım.				
19.Kendime yakın arkadaşlarımla geçirmek için zaman ayırırım.				
20.Her gün 2 ile 4 kere meyve yerim.				

	Asla	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
21.Sağlık görevlisinin önerisi hakkında tereddütlerim olduğunda ikinci bir kimseye danışırım.				
22.Boş zamanlarımda eğlenceli fiziksel aktivitelere katılırım.				
23.Yatma zamanında hoş şeyler düşünürüm.				
24.Kendimi mutlu, kendimle barışık hissederim.				
25.Başkalarına ilgi, sevgi ve sıcaklık göstermekte zorlanmam.				
26.Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim.				
27.Sağlık problemlerimi sağlık personeliyle tartışırım.				
28.Haftada 3 kez gerilme hareketleri yaparım.				
29.Stresimi kontrol etmek için özel metodlar kullanırım.				
30.Hayatımda uzun dönemli hedefler çerçevesinde çalışırım.				
31.Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan, bana dokunmalarından hoşlanırım (Çocuğunuzu okşamak, sevdiklerinize sarılmak, tokalaşmak).				
32.Her gün 2-3 porsiyon süt, yoğurt ya da peynir yerim.				
33.Vücudumu en az aylık periyotlarla fiziksel değişimi veya tehlike işaretleri için incelerim.				
34.Günlük alışkanlıklarım sırasında egzersiz yaparım (öğlen yürümek, asansör yerine merdiven kullanmak gibi).				
35.İş ve eğlence arasındaki zamanı dengelerim.				
36.Her bir günü enteresan ve zorlayıcı bulurum.				
37.Yalnız kalma ihtiyacımı karşılamak için yollar bulurum.				
38.Et, balık, bakliyat, çerez grubundan her gün sadece 2-3 porsiyon yerim.				
39.Sağlık uzmanlarına danışarak kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda bilgi alırım.				

	Asla	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
40.Egzersiz sırasında nabzımı kontrol ederim.				
41.Her gün 15-20 dakika kendimi rahatlatacak bir şeyler yaparım.				
42.Hayatta benim için neyin önemli olduğunun farkındayım.				
43.Çevremdeki kişilerden destek görürüm.				
44.Paketlenmiş yiyeceklerin kutularındaki içerikler bölümün gıda, yağ ve nitrat içeriğini belirlemek üzere okurum.				
45.Kendi kendine sağlık bakımı konulu eğitici programlara katılırım.				
46.Egzersiz sırasında hedef kalp atışı oranına ulaşırım.				
47.Yorgunluğumu önlemek için kendimi belli bir düzene göre ayarlarım/planlı hareket ederim).				
48.Kendimi benden daha üstün bir güce bağımlı hissederim.				
49.Başkaları ile fikir ayrılıklarımı tartışma ve uzlaşma yolu ile çözerim.				
50.Kahvaltı yaparım.				
51.Gerektiğinde yönlendirme ve danışmanlık ararım.				
52.Yeni deneyim ve mücadelelere kendimi açık tutarım.				