

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BOZYAKA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ DAHİLİ BİRİMLERİNDE GÖREV
YAPAN KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIK DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Diyetisyen
Yasemin ERGÜL KUNDURACI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Zeliha Aslı ÖCEK

İZMİR
2017

TEZ DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Yasemin Ergül Kunduracı

(İmza)

Başkan : Prof.Dr.Zeliha Aslı Öcek

(Danışman)

Üye: Doç.Dr. Işıl Ergin

Üye : Doç. Dr. Beyhan Cengiz Özyurt

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 25.07.2017

ÖNSÖZ

“ Bilimsel araştırma nasıl yapılır ? ”sorusunun cevabını bulduğum, eğitim sürecim ve tez çalışmam boyunca bir danışmandan çok daha fazla desteğini hissettiğim, bilgeliğinin ve titizliğini örnek edindiğim çok değerli danışman hocam Prof. Dr. Zeliha Aslı Öcek'e,

Tez sürecim ve eğitimim boyunca desteğini, görüş ve önerilerini esirgemeyen çok değerli hocalarım Doç. Dr. İ. Raika Durusoy ve Doç. Dr. Işıl Ergin'e,

Yüksek lisans eğitimimde halk sağlığı anlayışının inceliklerini öğreten, nitelikli bir eğitim süreci geçirmemi sağlayan çok değerli hocalarım, Prof. Dr. Ali Osman Karababa, Prof. Dr. Aliye Mandıracıoğlu, Prof. Dr. Meltem Çiçeklioğlu, Prof. Dr. Meral Türk, Prof. Dr. Şafak Taner'e ve seminerlerde engin görüşleriyle fikrimi genişleten, güleryüzleriyle bana bir ailenin içerisindeymişim gibi hissettiren tüm Halk Sağlığı uzmanları ve uzmanlık öğrencilerine;

Çalışkanlığı ile bana örnek olan, beni cesaretlendiren, ufkumu açan sevgili Uzm. Dr. Ayşenur Usturalı Mut'a;

Tez çalışmama gönüllü olarak katılmayı kabul eden Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi çalışanlarına;

Hayat boyu bana destek olmak için ellerinden gelen herşeyi yapan çok sevgili anneciğim, babacığim ve kardeşçeğizime,

Desteğini ve sabrını esirgemeyen eşim Dr. Muhammet Kunduracı'ya,

Bensizliğe alışmak zorunda kalan, zamanından almamak için çaba sarfettiğim, serotonin kaynağım, canım kızım Zeynep Şirin'ime,

Yürekten sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Temmuz, 2017

Yasemin Kunduracı

ÖZET

BOZYAKA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ DAHİLİ BİRİMLERİNDE GÖREV YAPAN KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIK DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç:Bu araştırmanın amacı Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi dahili birimlerinde görev yapan kadın sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, sağlık taramalarına ve bağışıklama programlarına katılma durumlarını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evreni Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi dahili birimlerinde görev yapan 271 kadın sağlık çalışanı oluşturmuş, örnek grup seçilmemiştir. Veri toplama 15 Temmuz- 15 Ağustos 2016 tarih aralığında yapılmıştır. Çalışanların %93,3'üne (253 kişi) ulaşılmıştır. Değişkenler sosyodemografik ve çalışma durumu, doğurganlık ve sağlık durumu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık çalışanlarına yönelik aşılarda yapılmış olması ve sağlık taramalarına katılım düzeyi olarak beş ana grupta sınıflandırılmıştır. Araştırmada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimi değişkenleri Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin ilgili alt boyutları ile ölçülmüştür. Anket formunda katılımcıların yaş, medeni durum, aile tipi, çocuk sayısı, menopoz veya emzirme durumu, eğitim düzeyi, geliri, mesleği, çalışma saati, çalışma şekli, nöbet sayısı, deneyimi, kronik hastalıkları, sağlık algısı, beden kütle indeksi, bel çevresi ve bel-kalça oranı, sigara-alkol kullanımı, aşılama ve periyodik sağlık taramasına katılım düzeylerine yönelik sorular yer almaktadır. Veriler yüzyüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Boy ve kilo kalibrasyonu yapılmış stadiometre ve tartılar ile, bel ve kalça çevresi mezura ile standartlara uygun şekilde ölçülmüştür. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler, Student t testi, ki-kare test, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Tek yönlü varyans analizi, Bonferroni testleri ve Korelasyon testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunun %61,7'si hemşire veya ebe, %77,9'u lisans ve lisans üstü mezundur. Yaş ortalaması 36,90±9,03'tür. Katılımcıların %62,8'i evli, %60,9'u çocuk sahibidir. Hanede yaşayan kişi sayısı ortalama 2,69±1,17, çocuk sayısı 0,92±0,84, aylık kişi başı geliri 2676,71±1499,42'dir. Grubun %96'sı kadrolu iken, %68,8'i gündüz+nöbet sisteminde çalışmaktadır. Ortalama haftalık çalışma süresi 44,66±7,67 saat; aylık gece nöbeti sayısı 3,43±2,95; çalışma deneyimi 14,09±9,68 yıldır.

Araştırma grubunun %11,1'i menopozda, %2,8'i emzirme döneminde. Katılımcıların %53,8'i herhangi bir kronik hastalığı olduğunu bildirmiştir. En sık bildirilen kronik hastalık %13,5 ile tiroid hastalıklarıdır. Beden indeksi ortalaması 23,67±3,64; bel/kalça oranı ortalaması 0,80±0,06'dır. Grubun %64,4'ü sağlığını mükemmel, çok iyi veya iyi şeklinde değerlendirmiştir.

Çalışanların %22,9'u düzenli sigara içmektedir. Alkol kullanımına ilişkin olarak 3 kişi riskli içici bulunmuştur. Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamaları sırasıyla 26,82±5,44; 17,00±7,21; 21,31±5,10'dur. Analizlerde 45 yaş ve üzeri katılımcıların beslenme ve stres yönetimi; bekarların, geliri yüksek olanların ve sağlık algısı görece iyi olanların stres yönetimi; sağlık algısı görece iyi olanların stres yönetimi ve fiziksel aktivite puanları yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Çalışanların beyanına bağlı tam aşılı veya doğal bağışık/hastalığı geçirmiş olma düzeyleri hepatit A, hepatit B, kızamık-kızamıkçık-kabakulak, su çiçeği ve tetanoz için sırasıyla %65,2; %90,1; %75,9; %74,7; %71,9 olarak bulunmuştur. Son bir yılda mevsimsel grip aşısı yaptırma %9,9'dur.

Kronik hastalıklara açısından risk grubunda olanların; %95,4'ünün son bir yılda tansiyon ölçümü, %94,3'ünün son bir yılda kolesterol testi, %98,2'sinin son üç yılda diyabet testi, %96,2'sinin son beş yılda tiroid fonksiyon testi yaptırdığı saptanmıştır. Katılımcıların %58,5'inin her ay kendi kendine meme muayenesi yaptığı; %36'sının son iki yılda klinik meme muayenesi yaptırdığı belirlenmiştir. Kırk yaş ve üstü katılımcıların %49'u son iki yılda mamografi, 30 yaş ve üstü katılımcıların %59,5'i son beş yılda smear

testi; 50 yaş ve üstü katılımcıların %59,5'i son iki yılda dışkıda gizli kan testi yaptırdığını bildirmiştir.

Sonuç: Araştırma sonucunda katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin beslenme ve stres yönetimi alt boyutlarından görece daha iyi puan aldıkları gözlenmiştir. Fiziksel aktivite ve sigara kullanımı açısından sorunlu bir durum söz konusudur.Sağlık çalışanlarından oluşan araştırma grubu için tetanoz, KKK, grip gibi aşılar açısından tam aşılılık düzeyinin yetersiz, kronik hastalıklara yönelik taramalara katılımın yüksek, ancak kanser taramalarına katılımın beklenenden düşük düzeydedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık alışanı, yaşam biçimi, sağlık taraması, aşılanma.



ABSTRACT

EVALUATION OF HEALTH BEHAVIORS OF FEMALE HEALTHCARE WORKERS IN GENERAL INTERNAL MEDICINE UNIT AT BOZYAKA TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL

Aim: The aim of this study is to determine the healthy lifestyle behaviors and the participation in health screenings and immunization programs among the female healthcare workers in the internal care units at Bozyaka Training and Research Hospital.

Materials and Methods: The target population of the research was composed of 271 female healthcare workers in the internal care units at Bozyaka Training and Research Hospital; no sampling was conducted, with 93.3% (253 people) of the staff reached. Variables were classified into five main groups as socio-demographic and working status, fertility and health status, healthy lifestyle behaviors, having the immunizations recommended for health workers, and participation level in health screenings. Among the healthy lifestyle behaviors, nutrition, physical activity, and stress management variables were measured with the relevant subscales of the Healthy Life Style Behaviors Scale. The questionnaire consisted of questions regarding participants' age, marital status, family type, number of children, menopause or breastfeeding status, educational level, income, occupation, working hours, working style, number of nightshifts, experience, chronic diseases, health perception, body mass index, waist-hip ratio, use of tobacco and alcohol, and level of participation in immunizations and periodic health screenings. The data were collected using a face-to-face interview technique. Height and weight were measured with calibrated stadiometer and bascule; the waist and hip circumferences were measured with tape measure in accordance with the standards. Descriptive statistics, Student *t*-test, Chi-squared test, Mann-Whitney U-test, Kruskal-Wallis H-test, one-way ANOVA,

and Bonferroni test were used in statistical analyses. Statistical significance level was taken as $p < 0.05$.

Results: Among 61.7% the research group were nurse or midwives and 77.9% had bachelor or post-graduate degree. Their average age was 36.90 ± 9.03 . Among the 62.8% of the participants were married and 60.9% had children. The average number of people in their household was 2.69 ± 1.17 ; the average number of children was 0.92 ± 0.84 ; the average monthly income per capita was $2,676.71 \text{ TL} \pm 1,499.42$. Among them 96% had permanent positions staff; 68.8% worked both daily and had night shifts. The average weekly work hours were $44.66 (\pm 7.67)$; the average number of monthly nightshifts was $3.43 (\pm 2.95)$; the average work experience was $14.09 \text{ years} (\pm 9.68)$.

Among participants 11.1% are in menopause and 2.8% in the breastfeeding period. Of the study group, 53.8% reported a chronic illness. The most frequently reported chronic illness was thyroid disease with 13.5%. The average body mass index was 23.67 ± 3.64 ; the average waist-hip ratio was 0.80 ± 0.06 . Among participants 64.4% rated their health as excellent, very good or good.

Among employees 22.9% regularly smoked. Three participants were using alcohol excessively. Among the healthy lifestyle behaviors, participants' mean scores of nutrition, physical activity, and stress management were 26.82 ± 5.44 ; 17.00 ± 7.21 ; and 21.31 ± 5.10 respectively. In the analyses, the nutrition and stress management scores of participants aged 45 and over were found to be higher; the stress management scores of those unmarried, with high income, and with relatively better health perception were higher; the stress management and physical activity scores of those with relatively better health perception were higher ($p < 0.05$).

The levels of reported full-immunization or natural immunity to hepatitis A, hepatitis B, measles-mumps-rubella, smallpox, and tetanus among employees were found to be 65.2%, 90.1%, 75.9%, 74.7%, and 71.9%, respectively. Seasonal influenza vaccination was 9.9% in the last year.

Of those in the risk group for chronic diseases, 95.4% had blood pressure measurement in the last year, 94.3% had cholesterol test in the last year, 98.2% had diabetes screening test in the last three years, 96.2% had a thyroid function test in the last five years. Among respondents 58.5% had self-administered their breasts every month; 36% had undergone a clinical breast examination in the last two years. 49% of participants over aged ≥ 40 ages had mammography in the last two years; 59.5% of participants aged ≥ 30 had smear test in the last five years; 59.5% of participants aged ≥ 50 reported having occult blood test in stool in the last two years.

Conclusion: As a result of the study, it was observed that the participants scored better in the nutrition and stress management subscales of the healthy lifestyle behaviors scale. Participants should improve their physical activity and smoking behaviours. For the research group consisting of health workers, the level of complete immunization for tetanus, MMR, and influenza was inadequate; participation in screening for chronic diseases was high but participation in cancer screenings was much lower than expected.

Keyword: healthcare workers, lifestyle, health screening, immunization, vaccination

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ

ÖZET	I
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	VII
TABLolar DİZİNİ.....	X
ŞEKİL DİZİNİ.....	XII
KISALTMALAR.....	XIV

BÖLÜM I

1. GİRİŞ.....	1
1.1 Araştırmanın Konusu.....	1
1.2 Araştırmanın Önemi.....	2
1.3 Sınırlılıklar.....	3
1.4 Araştırmanın Amacı	4

BÖLÜM II

2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1 Sağlığın Geliştirilmesi.....	5
2.2 Sağlığın Gelişimi Ve Yaşam Biçiminin Önemi.....	6
2.2.1 Sağlıklı Yaşam Biçiminde Belirleyiciler.....	7
2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	8
2.3.1 Beslenme.....	9

2.3.2 Sigara Kullanımı.....	10
2.3.3 Alkol Kullanımı.....	12
2.3.4 Fiziksel Aktivite.....	14
2.3.5 Stres.....	17
2.4. Sağlık Çalışanları İçin Bağışıklama.....	19
2.5. Periyodik Sağlık Taramaları.....	23
2.5.1 Kronik Hastalıklara İlişkin Taramalar.....	24
2.5.2. Kanser taramaları.....	25

BÖLÜM III

3. YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Tipi.....	27
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	27
3.5. Veri Toplama.....	35
3.6. İstatistiksel Analiz.....	36
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	37
3.8. Araştırmanın süresi.....	38

BÖLÜM IV

4. BULGULAR.....	39
4.1.Sosyodemografik Özellikler ve Çalışma Durumu.....	39

4.2. Doğurganlık ve Sağlık Durumu.....	42
4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	56
4.4. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Aşılar.....	75
4.5. Sağlık Taramalarına Katılım Düzeyi.....	77

BÖLÜM V

5. TARTIŞMA.....	93
5.1. Araştırma Grubunun Sağlık Durumu.....	93
5.2. Araştırma Grubunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	98
5.3. Araştırma Grubunun Aşı ve Tarama Programlarına Katılım Düzeyi ...	105

BÖLÜM VI

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	115
---------------------------	-----

KAYNAKLAR.....	120
----------------	-----

EKLER

EK 1 ANKET FORMU

EK 2 ETİK KURUL ONAY FORMU

EK 3 ÖZGEÇMİŞ

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma grubunun sosyodemografik ve ekonomik duruma göre dağılımı.....	41
Tablo 2. Araştırma grubunun çalışma durumunu yansıtan değişkenlere göre dağılımı.....	43
Tablo 3. Araştırma grubunun doğurganlık öykülerine ve sağlık algısına göre dağılımı.....	44
Tablo 4. Araştırma grubunun beyanına dayalı kronik hastalıklarının sıklığı..	45
Tablo 5. Araştırma grubunun antropometrik ölçümlere göre dağılımı.....	46
Tablo 6. Araştırma grubunun sosyodemografik ve ekonomik özelliklerinin beden kütle indeksleri ile ilişkisi.....	48
Tablo 7. Çalışma durumunu yansıtan değişkenlerin beden kütle indeksleri ile ilişkisi.....	49
Tablo 8. Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarının beden kütle indeksleri ile ilişkisi.....	50
Tablo 9. Sosyodemografik ve ekonomik özelliklerin bel kalça oranları ile ilişkisi.....	53
Tablo 10. Çalışma durumunu yansıtan değişkenlerin bel kalça oranları ile ilişkisi.....	54
Tablo 11. Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarının bel kalça oranları ile ilişkisi.....	55
Tablo 12. Araştırma grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin beslenme alt boyutunda yer alan maddelere verdikleri yanıtların dağılımı ve her bir maddenin puan ortalaması.....	57

Tablo 13. Sosyodemografik ve ekonomik özelliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin beslenme alt boyutu ile ilişkisi.....	59
Tablo 14. Çalışma durumunu yansıtan değişkenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin beslenme alt boyutu ile ilişkisi.....	60
Tablo 15. Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin beslenme alt boyutu ile ilişkisi.....	61
Tablo 16. Araştırma grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyutunda yer alan maddelere verdikleri yanıtların dağılımı ve her bir maddenin puan ortalaması.....	63
Tablo 17. Araştırma grubunun sosyodemografik ve ekonomik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyutu ile ilişkisi.....	65
Tablo 18. Çalışma durumunu yansıtan değişkenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyutu ile ilişkisi.....	66
Tablo 19. Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyutu ile ilişkisi.....	67
Tablo 20. Araştırma grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin stres yönetimi alt boyutunda yer alan maddelerden aldıkları puanların frekansı, ortalama ve standart sapma değerleri.....	69
Tablo 21. Araştırma grubunun sosyodemografik ve ekonomik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin stres yönetimi alt boyutu ile ilişkisi.....	71
Tablo 22. Çalışma durumunu yansıtan değişkenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin stres yönetimi alt boyutu ile ilişkisi.....	72
Tablo 23. Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin stres yönetimi alt boyutu ile ilişkisi.....	73

Tablo 24. Araştırma grubunun sigara ve alkol kullanımlarına göre dağılımı.....	74
Tablo 25. Araştırma grubunun aşılama durumlarına göre dağılımı.....	75
Tablo 26. Katılımcıların risk altında bulundukları kronik hastalıklar açısından tarama testi yaptıрма durumlarına göre dağılımları.....	77
Tablo 27. Katılımcıların meme, serviks, kolorektal kanser taramalarına katılım durumları.....	78
Tablo 28. Sosyodemografik özelliklerin KKMM yapma ve KMM yaptırmaları ile ilişkisi.....	81
Tablo 29. Çalışma durumunu yansıtan değişkenlerin KKMM yapma ve KMM yaptırmaları ile ilişkisi.....	82
Tablo 30. Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarının KKMM yapma ve KMM yaptırmaları ile ilişkisi.....	83
Tablo 31. Sosyodemografik özelliklerin mamografi çekirme durumu ile ilişkisi.....	84
Tablo 32. Çalışma durumunu yansıtan değişkenlerin mamografi yaptıрма durumu ile ilişkisi.....	85
Tablo 33. Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarının mamografi yaptıрма durumu ile ilişkisi.....	86
Tablo 34. Sosyodemografik özelliklerin pap smear testi yaptıрма durumu ile ilişkisi.....	87
Tablo 35. Çalışma durumunu yansıtan değişkenlerin pap smear testi yaptıрма durumu ile ilişkisi.....	89
Tablo 36. Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarının pap smear testi yaptıрма durumu ile ilişkisi.....	90

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. SYBDÖ'nün beslenme alt boyutu.....	32
Şekil 2. SYBDÖ'nün fiziksel aktivite alt boyutu.....	33
Şekil 3. SYBDÖ'nün stres yönetimi alt boyutu.....	33
Şekil 4. Araştırmanın süresi.....	39

KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
SYBDÖ	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
CDC	Amerika Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
DALY	İşlev Kaybına Uyarlanmış Yaşam Yılı
BKİ	Beden Kütle İndeksi
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	Klinik Meme Muayenesi
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
HPV	İnsan Papillomavirüs
TL	Türk Lirası
OGTT	Oral Glikoz Tolerans Tarama Testi
HbA1c	Glikozillenmiş Hemoglobin
KKK	Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak

BÖLÜM I : GİRİŞ

1.1.Araştırmanın Konusu

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (1). Son yıllarda pek çok ulusal ve uluslararası kuruluş izlediği 'Herkes İçin Sağlık' stratejisi ile herkesin en üst düzeyde sağlıklı olmasını, toplum sağlığının korunmasını ve sürekliliğini hedeflenmektedir (2). Bu hedefe ulaşmak için belirlenen yol ise sağlığı geliştirme uygulamalarından geçmektedir. Sağlığı geliştirmenin amacı; optimal sağlık durumunun sağlanması için kişilerin yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardım etme ve sağlık davranışlarını olumlu hale getirme olarak bildirilmektedir (3,4,5).

DSÖ 2014 Bulaşıcı Olmayan Hastalık Raporu verilerine göre dünyada her yıl gerçekleşen 70 yaş altı ölümlerin yarısından fazlası şişmanlık, hareketsiz yaşam, sigara, şeker hastalığı ve hipertansiyondan kaynaklanmaktadır (6). Sağlıksız yaşam tarzına dayalı bu hastalıkların; sağlıkla ilişki içinde bulunan diğer tüm bilim dalları ile işbirliği içinde koruyucu önlemler alınarak ve bireylere doğru sağlık davranışları kazandırılarak kontrol altına alınabileceği bildirilmektedir (7,8). Kastedilen sağlık davranışları kişilerin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı bütün uygulamalarıdır (9,10). Sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetiminin teşvik edilmesi, sigarasız hayat, alkoltüketimin sınırlandırılması, bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama programlarına ve periyodik sağlık muayenelerine katılımın sağlanması sağlık davranışları arasında sayılabilir (11, 12,13,14).

Sağlık çalışanları söz konusu sağlık davranışlarının topluma kazandırılmasında aktif rol oynar (15,16). Ancak kendileri de sağlıksız yaşam

açısından gerek toplumun bir bireyi olarak gerekse mesleki olarak risk altındadır (16,17). Sosyoekonomik koşullar, kadının çalışma hayatında olması ile birlikte hazır yemek alışkanlıklarının artışı, fiziksel aktivite yapılacak alanların eksikliği, uzun çalışma saatlerine bağlı bireylerin spora veya gevşeme ve rahatlamaya vakit ayıramamaları doğru sağlık davranışları edinmelerinin önünde engeller olarak gösterilmektedir (10,15,16,17).

1.2. Araştırmanın Önemi

Sağlık hizmeti sürekliliğini sağlayabilmek için sağlık alışanlarınınbüyük bir bölümü normal çalışma saatlerinin ve günlerin dışında nöbet sistemi ile çalışmaktadır (10). Aynı zamanda yaşamsal tehdidi bulunan görev ve sorumluluklara sahip olmaları ve zamanla yarışmalarıyaptıkları için stresini artırmaktadır. Çalışma koşullarının yarattığı bu stresin yanısıra sağlıkta şiddet, mobbing gibi faktörler de eklendiğinde alışanlarınsağlıksız yaşam tarzı içerisinde olmaları neredeyse kaçınılmazdır (2,17,18,19,20). Yeterli ve dengeli beslenememe, sigara bağımlılığı, riskli içicilik, fiziksel inaktivite ve kişilerin stres yönetimini gerçekleştirememesi sağlıksız yaşam tarzını getiren başlıca sağlık davranışları arasındadır (17,18).

Hepatit A, influenza, su çiçeği, kızamık gibi hastalıkların erişkinlik döneminde daha ağır seyretmesi,kızamıkığın gebelerde yüksek teratojenik etkisi, Hepatit B'nin morbiditesinin, tetanozun mortalitesinin yüksek oluşu erişkin dönemde bağışıklamayı önemli kılar. Bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama sağlığın geliştirilmesinin önemli bir parçasını oluşturur (11,13). Sağlık alışanları, hasta veya hastalıkların enfekte materyallerine temasta bulunmaları sebebi ile bulaşıcı hastalıklar açısından risk grubu içerisinde sayılmaktadır. Bulaşması muhtemel Hepatit A ve B, tetanoz, kızamık, kızamıkçık, su çiçeği, influenza gibi hastalıklara karşı aşılanmaları önerilmektedir (11).

Kronik hastalıklar ve kanser de mortalite yüküne ek olarak, insanların yaşam kalitesini bozmaktadır. Sözkonusu hastalıklara karşı risk grubunda olanların belirlenmesi ve periyodik sağlık taramalarının

yapılmasının hastalıkların erken teşhisi ve tedavisini mümkün kıldığı bilinmektedir (13). Özellikle kadınların meme ve serviks kanser taramalarına katılması erken teşhis açısından oldukça önemlidir (13,14). Sağlık çalışanları her ne kadar sağlıklı yaşam biçimini, bağışıklamayı ve sağlık taramalarını öneren ve hatta tarama ve aşılama hizmeti sunan konumda olsalarda, kendilerinin bu taramalara katılıp katılmadığı, sağlıklı yaşayıp yaşamadıkları merak konusudur. Bu gereksinimlerden yola çıkılarak Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi'nde görev yapan kadın sağlık çalışanlarında bu çalışmanın yürütülmesine karar verilmiştir.

1.3. Sınırlılıklar

Araştırma Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi dahili birimlerde görev yapan 253 kadın sağlık çalışanını kapsamaktadır. Bu nedenle elde edilen bulgular Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi'nin tüm çalışanlarına veya ülkemizde farklı bölgelerde, farklı kurum ve birimlerde görev yapan kadın sağlık çalışanlarına genellenemez. Ayrıca çalışmada sadece tıbbi bakım hizmetlerinde aktif görev alan sağlık çalışanları dahil edilmiş, idari, temizlik, güvenlik, bilgi işlem personelleri çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Araştırmada sağlık davranışlarının bağımsız değişkenler ile ilişkisi ve belirlenen bazı risk gruplarının bağımlı değişkenler ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Fakat değişkenler arasındaki ilişki aynı zaman kesitinde değerlendirildiği için neden ve sonuç ilişkisindeki sıra belirsizdir ve nedenselliğe yönelik yorum yapma olanağı sınırlıdır.

Araştırmanın verileri yüzyüze anket tekniği ile toplandığı için aylık gelir, sağlık kontrolleri için test yaptırma durumu, aşılar gibi değişkenler açısından hatırlamaya bağlı hata olasılığı söz konusudur. Bunun yanı sıra stres yönetimi, sigara ve alkol kullanımı gibi konularla ilgili bölümlerde sosyal açıdan kabul edilebilir yönde yanıt verilmiş olması da muhtemeldir. Yan tutma olasılığı bulguların geçerliliği açısından önemli bir sınırlılık oluşturmaktadır.

1.4. Araştırmanın Amacı

Kısa Erimli Amaç

Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahili Tıp Birimlerinde görev yapan kadın sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, sağlık taramalarına ve bağışıklama programlarına katılma durumlarının belirlemesi amaçlanmıştır.

Uzun Erimli Amaç

Bu çalışmanın sonuçları ile sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam sürmesini zorlaştıran faktörlerin belirlenmesine ve özömlenmesine yönelik çalışmalara katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

BÖLÜM II : GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlık tanımında vurgulanan 'iyilik hali'nin 'toplumsal iyilik' kapsamında değerlendirilmesi 1978 yılında yayınlanan Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi (Alma-Ata Bildirgesi) ile sağlanmıştır (7). Yirmibirinci yüzyıl sağlık hedeflerinin temelini oluşturan bildirgede hakkaniyet, toplum ve çevre bütünlüğü, koruyuculuk, risk grupları, önemli hastalık, hizmet tanımı ve boyutu, kalkınma, evrensellik gibi konular ile toplumsal iyiliğin sağlanabilmesi için gerekli ön koşullar ileri sürülmüştür (21).

Sağlığın geliştirilmesi kavramı ilk olarak DSÖ'nün 1986 yılında Ottawa'da düzenlediği herkes için sağlık temalı toplantıda 'İnsanların kendi sağlıkları üzerinde sorumlulukları artırılarak sağlık düzeylerini yükseltme süreci' olarak tanımlanmıştır (21). Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili 1988 yılında düzenlenen Adelaide Konferansında, sağlığın insan hakkı ve sosyal sorumluluk olduğu gerçeğinden yola çıkarak hükümetlerin ekonomik, sosyal ve sağlık politikaları geliştirmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili dört öncelikli alan kadın sağlığı, beslenme, tütün/alkol kullanımı ve destekleyici çevre olarak bildirilmiştir (22, 23).

Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili olarak Alma-Ata'nın ve Ottawa Bildirgelerinin çizdiği sınırlar sağlık eşitsizliği, sağlık eğitimi gibi kavramlarla genişletilmektedir (22). Sağlığın geliştirilmesi stratejilerinin çizilmeye devam ettiği 1990 Milano, 1991 Sunsvall Kongrelerinde sosyal düzenlemeler üzerinde durulmuştur. Sağlığın gelişimi önündeki engeller 1997 Jakarta bildirgesinde yoksulluk ve kentleşme olarak belirtilmiştir. Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili devam eden tarihsel süreçte 2009 yılından bu yana sağlık okur-yazarlığı, sağlık eğitimi ve sağlık gelişimi arasındaki ilişki üzerinde durulmaktadır (23).

Sağlığın geliştirilmesi kavramının otuz yıllık bir gelişim serüveninin ardından, 2016 yılında Çin'de yayınlanan deklarasyonda sağlık belirleyicilerinin refah düzeyi ve sürdürülebilir gelecek olduğu vurgulanmıştır. Gelişimin desteklenmesi için insan ve doğa koordinasyonuna ihtiyaç duyulacağından bahsedilmekte, bu koordinasyonun 5P (people, planet, prosperity, partnership, peace) insan, gezegen, refah, ortaklık, ve barış ile mümkün olacağı öngörülmektedir (24). Sağlığın geliştirilmesi sadece sağlık eylem alanının değil, çevre, ekonomi, bilim, teknoloji gibi alanların da katkısı ile mümkündür (22).

2.2. Sağlığın Gelişimi Ve Yaşam Biçiminin Önemi

Sağlığın geliştirilmesi kavramıyla birlikte 1980'lerin sonlarına doğru 'sağlıklı yaşam programları' oluşturulmaya başlanmıştır (25). Sağlıklı yaşam biçimi; bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçerek düzenlemesidir (10). Pender ve Edelman'a göre sağlıklı yaşam biçimi; bireyleri hastalıktan koruyan ve yaşam boyu sağlık düzeyini artırmaya yönelik davranışların tümünü kapsar (16).

Bağışıklama ve antibiyotik kullanımına bağlı olarak mortalitesi ve sıklığı yüksek olan enfeksiyon hastalıklarının azalmasıyla, yaşam tarzıyla ilgili hastalıklar olan kronik hastalıkların önemi artmıştır (26). Enfeksiyona bağlı ölümlerin 2030 yılına kadar yedi milyon azalacağı, kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümün altı milyon, kansere bağlı ölümlerin dört milyon artacağı öngörülmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalık raporu verilerine göre 2008 yılında dünya çapında meydana gelen 57 milyon ölümden 36 milyonu (%63'ü); bulaşıcı olmayan hastalıklardan ve özellikle de kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanserler ve kronik solunum yolu hastalıklarından kaynaklanmıştır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların etkisi arttıkça ve nüfuslar yaşlandıkça bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin dünya çapında artacağı tahmin edilmektedir (8).

Doğumdan itibaren yaşam beklentisi gelişmiş ülkelerde 80-83 yıl arasında değişmektedir (27). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 yılı verilerine göre Türkiye geneli için doğumdan itibaren yaşam beklentisi toplamda 78 yıl, erkeklerde 75,3 ve kadınlarda 80,7 yıldır (28). Tüm dünyada altmış beş yaş üzeri nüfusta 2000-2030 yılları arasında %6.9'dan %12'ye, Avrupa'da %15.5'ten %24.3'e, Kuzey Amerika'da %12.6'dan %20.3'e, Asya'da %6'dan %12'ye, Latin Amerika ve Karaiblerde %5.5'ten %11.6'ya kadar artış beklenmektedir (27). Yaşam beklentisinin artması, yaşanan sağlıklı yılların süre ve kalitesinin artırılmasıyla ilgili olarak sağlıklı yaşam biçimini gündeme getirmektedir (25).

2.2.1. Sağlıklı yaşam biçiminde belirleyiciler

Bireylerin sağlıklı veya hasta olmasını yaşamı, sınıfsal konumu, çalışma koşulları ve içinde bulunduğu çevre belirlemektedir. Sağlık eşitsizlikleri sağlık hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizliklerde bireylerin sağlığını belirleyici faktörler arasında sayılmaktadır (29). Geliştirilen davranış modellerinde; doğru sağlık davranışlarının oluşturulmasında bireylere sorumluluk yüklemenin yetersiz bir yaklaşım olduğu gösterilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının oluşturulmasında sosyal adaletin ve barışın sağlanması, insanların barınma, giyim gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmasının yanısıra toplumsal anlamda da destekleyici bir sosyoekonomik çevre oluşturulmasının belirleyici olduğu gösterilmiştir (22).

Sosyoekonomik eşitsizlikler, sürdürülebilir sağlıklı bir çevre içinde yaşayamama bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmesinin önünde engelleyici faktörlerdir (29). Sağlıklı yaşam biçimlerinin sağlanması için sadece bireye yönelmek yerine, temel çabanın fizik ve sosyal çevrenin değiştirilmesi ve geliştirilmesi konusunda olması gerekmektedir. Çünkü gerçekte bireyler yaşam biçimlerini düzenleme konusunda çok sınırlı seçeneklere sahiptir. Bu nedenle de onların yaşam ve çalışma koşulları sağlıkta temel belirleyici olmaktadır (30). Sağlıklı seçeneklerin artmasının; örgütlerde, kurumlarda ve toplumlarda sağlığı geliştirici uygulamaların

dinamikleşmesinin sağlık davranışlarının tutum olarak hayata geçmesine olanak kılacağı belirtilmiştir (23).

2.3.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Koal ve Cobb sağlık davranışını, 'kendisinin iyi olduğuna inanan, herhangi bir hastalık belirtisi göstermeyen bireylerin sağlıklı kalmak amacıyla yaptıkları eylemler' olarak tanımlanmıştır. Gochman'a sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını 'sağlık düzeyinin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesiyle ilgili davranışlar bütünü' olarak ifade edilmiştir (10). Pender'e göre 'sağlıklı yaşamı destekleyen, iyilik halini artıran, sağlığı geliştiren tüm davranışlar' sağlıklı yaşam biçimi davranışları sayılmaktadır (25). Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'ne göre ise 'asıl veya algılanan sağlık durumundan bağımsız olarak sağlığı teşvik etmek, korumak veya sürdürmek amacıyla, objektif olarak bu amaç için etkili olup olmasa da, birey tarafından gerçekleştirilen herhangi bir faaliyet' olarak tanımlanmıştır (11).

DSÖ sağlıksız yaşam tarzının tüm kronik hastalıkların üçte birinden sorumlu olduğunu bildirmektedir (6). Sağlıksız yaşam biçimi davranışları obezite, kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi epidemisi yüksek hastalıklar ile ilişkilidir. Çağın sağlıksız davranışlarından sayılan sağlıksız beslenme, tütün kullanımı, alkolün zararlı kullanımı ve hareketsizlik olarak belirtilen dört temel davranışsal risk faktörü kronik hastalıkların büyük bir kısmını önlenabilir ve kontrol edilebilir hale getirmektedir (8). Sağlıklı yaşam biçiminin sağlanmasıyla kronik hastalıklardan korunmanın yanısıra, yaşam boyunca sağlık düzeyini artırma hedeflenmektedir (16).

2.3.1. Beslenme

Beslenme; büyüme-gelişme süreçleri dahil olmak üzere sağlıklı yaşamın sürdürülmesi, korunması ve geliştirilmesi için besinlerin kullanımınıdır (31). Hipokrat tıbbi ilkelerinde ve eski Asya toplumlarında besinlerin birer ilaç olduğu yaygın olarak bilinmektedir. Günümüzün kanıta dayalı bilim dünyasında da besinlerin sadece bireylerin fiziksel ihtiyaçlarını karşılamak için değil, sağlık ve refah düzeylerine de katkıda bulunduğu kabul edilmektedir (32).

Beslenmenin amacı sadece açlık duygusunu bastırmak değil bireysel özelliklere göre (yaş,cinsiyet, fiziksel aktivite, içinde bulunulan fizyolojik durum) enerji ve besin öğelerinin yeterli ve dengeli alınmasıdır (33,34). Dengesiz beslenmeye bağlı ortaya çıkan obezite ve malnutrisyon önemli bir halk sağlığı sorunudur (35). Pellegra, beriberi, skorbüt, anemi, raşitizm gibi primer olarak beslenme yetersizliğine bağlı hastalıkların yanında; kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, diyabet, alerjik hastalıklar, osteoporoz ve birçok kanser türü de yetersiz ve dengesiz beslenme ile ilişkilidir (36).

Sağlıklı beslenmenin temeli besin çeşitliliğidir. Beslenme bilimciler besin grupları oluşturmuş ve her gruptan günlük tüketilmesi gereken miktarları belirlemişlerdir. Ülkemizde de dört yapraklı yonca şeklinde temsil edilen dört ana besin grubu süt ve ürünleri, et-yumurta-baklagiller, sebze-meyve ve tahıl grubudur. Tüm besin gruplarının bireysel gereksinimlere göre tüketilmesi dengeli beslenmenin ilkesidir (35). Yağların ve şekerlerin tüketim miktarlarının obezite başta olmak üzere birçok hastalık ile ilgisi bulunmaktadır. Sağlıklı beslenme sadece besinlerin miktarları ile ilgili değil; öğün sayılarının ve örüntülerinin düzenli olması (örneğin düzenli kahvaltı yapmak gibi), pişirme teknikleri, besin etiketi okuma ve sıvı tüketimi alışkanlıkları ile belirlenir (37).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA 2010) sonuçlarına göre ülkemizde toplumun %32,1'inindüzenli olarak üç öğün yediği belirlenmiştir. Besin gruplarına göre değerlendirildiğinde de, toplumun %45'inin her gün süt ürünü, %20,2'sinin kırmızı et, %39,1'inin balık, %23,4'ünün fındık-fıstık gibi yağlı tohum tüketmediği görülmüştür. Her gün yumurta tüketenler ise toplumun sadece %29,7'sini oluşturmaktadır. Ülkemizde her iki kişiden birinin her gün meyve, %71,4'ünün de tam tahıl yemediği saptanmıştır. Aynı çalışmada kişilerin beden kütle indeksleri de değerlendirilmiştir ve yetişkinlerde obezite görülme sıklığı %30,3 olarak bulunmuştur. Hafif şişmanlık ve obezite birlikte değerlendirildiğinde erkeklerin %59.6'sı, kadınların %70.7'si normal kilonun üstündedir (38).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışmasının verilerine göre 15 yaş ve üzeri obezite sıklığı kadınlarda %29, erkeklerde %15 olarak bulunmuştur (39). Çalışan sağlığında beslenme; bireylerin hastalıklara karşı korunmaları, işe devamsızlık durumları ve iş kazalarına yatkınlıkları açısından çok önemli bir faktör olarak göze çarpmaktadır. İşyerlerinde uygun yemek verilmemesi, ekonomik yetersizlikler, eğitimsizlik ve yanlış beslenme alışkanlıklarına bağlı olarak beslenme sorunları olabilmektedir. Tuna 2005 'de yaptığı çalışmanın sonucunda çalışanlarda beslenme sorunlarının giderilmesinin bireylerin sağlıklı olmalarını desteklerken, kişilerin iş doyumunu da artıracaklarını bildirmiştir (40). Sağlıklı beslenen bireyler sağlıklı ve refah düzeyi yüksek toplumları oluşturur (37).

2.3.2. Sigara Kullanımı

Sigara/tütün keyif verici ve bağımlılık yapıcı maddelerin başında gelir (41). Son elli yıldır zararları üzerinde yoğun olarak durulmakta ve sigara / tütün ile mücadele politikaları yürütülmektedir (42). Dünyada bir milyar tütün kullanıcısı vardır. Her yıl yaklaşık altı milyon insan tütün kullanımı ve maruziyetten ölmektedir. Tütüne bağlı ölümlerin 2030 yılına kadar yedi buçuk milyon (tüm ölümlerin yaklaşık %10'u) artacağı tahmin edilmektedir (8). Küresel Yetişkin Tütün Kullanım Araştırmasının 2008 yılı verilerine göre

kadınların sigara içme sıklığı %15,2, 2012 verilerine göre %13,1'dir. Küresel Yetişkin Tütün Kullanım Araştırmalarına göre kadınlarda 2008–2012 yılları arasında sigara kullanımının azalması söz konusudur (43,39).

Ülkemizde yılda 100.000-150.000 kişi; yani her gün 300 kişinin sigaraya bağlı nedenlerle öldüğü tahmin edilmektedir (41). Türkiye'de ortalama beş erkekten ikisi, beş kadından birinin sigara içtiği bilinmektedir (44). Kadınlarda sigara kullanımı ve maruziyetinin kadın sağlığı ve anne-bebek sağlığı açısından riskler oluşturduğu bilinmesine rağmen kadınlarda sigara içme oranı oldukça yüksektir. Türkiye'de sigara içme ilgili bir meta-analiz çalışmasının sonuçlarına göre sigara içme sıklığı 1997 yılından 2010 yılına kadar erkeklerde yılda %1.33 azalırken, kadınlarda ise değişmemiştir (45). Sağlık çalışanlarında sigara içme sıklığı ise %21 ile 37 arasındadır (20,46,47).

DSÖ ve Amerika Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi(CDC) sigara bağımlılığını üç kategoride değerlendirmektedir (48,49):

Her gün düzenli içen; son 30 gün içinde her gün en az bir adet sigara içen kişiler

Her günden seyrek içen; sigara içen ama son 30 günde her günden daha seyrek içen kişiler

Ara sıra içen; ara sıra (sosyal ortamlarda vb.) içen kişiler

Sigara içmeyen kişileri de iki kategoride sınıflandırmıştır (48,49):

*Yaşam boyu hiç sigara içmeyen;*yaşamı boyunca hiç sigara içmemiş kişiler

*Sigarayı bırakmış olan;*önceden sigara içmiş olup halen içmeyen kişiler

DSÖ'nün bir başka tanımlamasına göre yaşam boyu toplam yüz sigara içmek, sigara içiyor veya içmiyor ayrımının yapılması için sınır kabul edilmiştir. Yaşamı boyunca toplam yüz adet sigara içmiş olan kişi sigara içen olarak kabul edilmektedir (49).

Sigara kullanım ve maruziyetine bağlı sağlık problemleri, ölümle sonlanan hastalıklar ve doğrudan ölümle sonuçlanmayan hastalıklar olarak sınıflandırılmaktadır. lmle sonlanan hastalıkların bağında kanserler, kalp dolağım sistemi ile ilintili hastalıklar, solunum yolu hastalıkları ve ülserler gelir. Doğrudan ölümle sonuçlanmayan ilintili kronik hastalıklar; ağız ve diğ sağlığı hastalıkları, bağırsak hastalıkları, depresyon, astım, tiroid bozuklukları, diyabet, iğitme kaybı, görme bozuklukları, eğitli enfeksiyonlar, cinsel problemler, infertilite, bağığıklık sistemi bozuklukları olarak sıralanmaktadır (42).

Sigaranın sağlık çıktılarından dolayı dünyada ve ülkemizde eğitli kontrol programları oluğturulmakta ve politikalar geliğtirilmektedir (50). Hastaneye bağvuran hastalara sağlık alığanları sözlü bilgilendirmeler ile sigarayı bırakması konusunda uyarılar vermektedir. Ancak sağlık alığanlarının bu konu ile ilgili kendi izlediği tutum inandırıcılığını ve ikna ediciliğini azaltmaktadır. Sağlık alığanının hem toplumun bir bireyi olarak hem de uygun rol model olarak sigara içmemesi, içiyorsa bırakması sağlığın geliğtirilmesi açısından önemlidir (51).

2.3.3. Alkol Kullanımı

Alkol binlerce yıldır üretimi ve tüketimi meğru olan keyif verici bir içecektir. Ancak sağlığa etkileri üzerinde son 25-30 yıldır durulmaktadır (52). Dğk miktarda alkol tüketiminin koroner kalp hastalıklarına karėı koruyucu etkisinin olduğu dğnlmektedir (4). Fakat alkolintoksikasyonun olumsuz sağlık etkileri de mevcuttur. Alkolün hem bireysel hem sosyal zararları tüketim miktarına ve sıklığına bağlıdır (53). Alkol intoksikasyonu; ruhsal ve davranığsal hastalıklar, gastrointestinal rahatsızlıklar, kanserler, kalp damar hastalıkları, immunolojik bozukluklar, akciğer hastalıkları, kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarına sebebiyet vermekte, anne-bebek sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Trafik kazaları, aile içi őiddet, ocuk istismarı gibi eğitli suçlarla toplum düzeninin bozulması alkolün sosyal açıdan zararları olarak belirtilebilir (54).

Alkol bağımlılığı dünya genelinde bulaşıcı olmayan hastalıkların dört temel risk etmeninden biri olarak görülmektedir (44). Dünya genelinde 2010 yılı verilerine göre 15 yaş üstü ortalama kişi başı yılda 6.2 litre, günlük 13.5 g saf alkol tüketimi olmuştur. Verilere göre 2012’de dünyada toplam 3.3 milyon olan ölümlerin %5.9’undan alkol tüketimi sorumludur. Dünya genelinde hastalık ve yaralanma yükünün işlev kaybına uyarlanmış yaşam yılı (DALY) %5.1’ini alkol bağımlılığı oluşturmaktadır. Yani alkolün zararlı tüketiminin önlenmesi ile dünya genelindeki hastalık yükünün %5.1’lik kısmı önlenilecektir (55).

DSÖ 2002 verilerine göre dünyada kayıtlı ve kayıt dışı yıllık alkol tüketimi kişi başı 4,09 litredir (44). OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü -Organisation for Economic Co-operation and Development) 2014 istatistik verilerine göre; 15 yaş üstü kayıtlı ve kayıt dışı yıllık alkol tüketimi 1.5 litredir(45). Alkol pek çok toplumun kültüründe yer almasına rağmen dünyadaki yetişkin nüfusun yaklaşık %45’i alkol kullanmamaktadır. Bu oran kadınlarda %55’e çıkmaktadır (8). Ülkemizde 2003 verilerine göre hayatı boyunca hiç içki içmeyenlerin sıklığı %81.1 (erkeklerde %65.9; kadınlarda %92.4) olarak verilmiştir (44). Türkiye’de 2010 TBSA verilerine göre ise de kadınların alkol tüketimi erkeklere göre çok düşük olduğu saptanmıştır. 31-50 yaş arası kadınlarda 1.5 ml/gün, erkeklerde ise 39.62 ml/gün olarak bildirilmiştir (38).

Riskli içicilik olarak kabul edilen sık veya bir defada aşırı tüketilen alkol miktarı alkol bağımlılığı ile ilişkilidir. Kişilerin kendilerini alkol bağımlısı olarak görmemeleri bağımlılığın saptanmasını güçleştirmektedir (52). Riskli içicilik; kadınlarda haftada 7 veya tek seferde 3 standart içkiden fazla; erkeklerde ise haftada 14 veya tek seferde dört standart içkiden fazla içme olarak tanımlanmaktadır (55). Kardiyovasküler olumlu etkileri yönünden, hafif-orta derecede alkol tüketiminin sınırı erkeklerde günde iki standart içki ve altı, kadınlarda ve 65 yaş üstündekilerde günde 1 standart içki ve altı olarak tarif edilmektedir (56). Çalışmalar haftada 3-4 defa tüketilen tek standart içkinin de benzer olumlu etkilerinin olabileceğini göstermektedir (4). Bir standart içki

14 gram alkol içermektedir. Bir standart içki 40 ml viski, rakı gibi distile içki, 120 ml şarap veya 310 ml bira olarak bildirilmektedir (35).

2.3.4. Fiziksel Aktivite

Yaklaşık olarak her yıl 3,2 milyon ölüm ve 2010 yılında 69,3 milyon DALY (tüm DALY'nin %2,8'i) fiziksel aktivite yetersizliği ile ilişkilidir (12). DSÖ 2014 raporuna göre 2010 yılında tüm dünyada 18 yaş ve üzeri erişkinlerin %23'ü (%20 erkek, %27 kadın) yetersiz fiziksel aktivite düzeyine sahiptir (6). Ülkemizde de fiziksel aktivite düzeyini belirlemek amacıyla geniş kapsamlı çalışmalar yapılmaktadır (57). Sağlık Bakanlığı'nın 2004 yılında yaptığı 'Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım' çalışmasında katılımcıların sadece %3,5'idüzenli fiziksel aktivite yaptıklarını beyanetmişlerdir (58). Fiziksel aktivite düzeyinin hafif, orta ve ağır aktif olarak sınıflandırıldığı 2010 Türkiye beslenme ve sağlık araştırmasında; 20-30 yaş arası erkekler orta ve ağır aktif, kadınlar hafif ve orta aktif, 31-50 yaş arası erkekler hafif, kadınların orta aktif, 51 ile 64 yaş arası her iki cinsiyet grubu da hafif aktif bulunmuştur (38).

Fiziksel aktivite bedensel ve ruhsal sağlığı olumlu yönde etkiler. Bedensel olarak başlıca; kas-iskelet sistemi, kalp-damar sağlığı, solunum sistemi, kan şekeri ve insülin regülasyonuna olumlu etkisi bulunmaktadır. Ruh sağlığı üzerine olan etkileri; depresyon ve kaygı bozuluklarının azaltılması, vücut düzgünlüğü ve farkındalığını geliştirerek bedeni ile barışık, özgüvenli bireyler yaratması, sosyal ilişkilerde gelişme, stresle başa çıkabilme yeteneğini geliştirmesi ve yorgunluk hissinin azalması olarak belirtilmektedir (59). Yeterli fiziksel aktivite iskemik kalp hastalığı riskini %30, diyabet riskini %27, meme-kolon kanseri riskini %21-25 azaltmaktadır. Enerji harcamasının doğrudan belirleyicisi olan fiziksel aktivite kilo kontrolü ve obezite açısından da çok büyük öneme sahiptir (8).

Fiziksel uygunluğu geliştirme özelliğine göre fiziksel aktiviteler:

Fiziksel uygunluğu geliştirme özelliğine göre fiziksel aktiviteler dört ana başlıkta toplanmaktadır (59):

1)Dayanıklılık Egzersizleri: Herhangi bir fiziksel aktivitenin uzun süre yorulmadan yapılabilmesini ifade eder. Vücudun oksijen kullanma kapasitesini artırır ve büyük kas gruplarını dinamik ve ritmik olarak çalıştırır. Aşırı yüklenmenin olmadığı düzenli sık adımlarla yürüme, bisiklete binme, tenis oynama, uzun süre boyunca bahçede çalışma gibi aktiviteler bu gruba örnek gösterilebilir.

2) Kuvvet Egzersizleri: Kasın dirence karşı koyabilme yeteneğidir. Kas ve kemikleri güçlendirir, vücut yağ oranını azaltır, kas kaybını önler. Büyük kas gruplarını kuvvetlendirmeye yarar. Yerden bir eşya kaldırmak, yük taşımak, ağır bir cismi çekmek gibi aktiviteler bu gruba örnek gösterilebilir.

3) Esneklik Egzersizleri: Eklemlerin geniş açıda hareket edebilmesidir. Günlük yaşam etkinliklerinde rahat hareket edebilme becerisini ve yaşam kalitesini artırır. Yoga, pilates, tai-chi gibi egzersizler bu gruba örnek gösterilebilir.

4) Denge Egzersizleri: Bedenin düşünmeden durabilme ve düzgün hareket edebilme yeteneğidir. İyi bir dengeye sahip olma düşme risklerini azaltır. Esneklik ve dayanıklılık egzersizleri dengeyi olumlu etkiler. Parmak ucunda yürüme, tek ayak üstünde durma, kaygan zeminde yürüme gibi egzersizler bu gruba örnek gösterilebilir (59).

Metabolik eşdeğerlerine göre fiziksel aktiviteler

Bireyin fiziksel aktivite düzeyi metabolik eşdeğer kavramı ile değerlendirilir. Metabolik eşdeğer (ME) vücudun fiziksel aktivite esnasında kullandığı oksijen miktarını gösteren birimdir. Böylece fiziksel aktivite sırasında kullanılan oksijen miktarı ml/kg/dk cinsinden ifade edilerek kişinin tükettiği enerji hesaplanır. Sakin şekilde istiharat halinde oturma 1 ME olarak

belirlenir. Hareketin şiddeti arttıkça ME değeri artar (37). Fiziksel aktivite türleri metabolik eşdeğerlerine göre; hafif, orta ve yüksek şiddetli aktiviteler olarak üç gruba ayrılır (60):

1) Hafif şiddetli aktiviteler: ME değeri 3'ün altında olan aktivitelerdir. Uyku, televizyon izleme, yemek hazırlama, yazı yazma, masa başı işler, düşük tempoda yürüyüş (<3km/saat hız ile) gibi aktiviteler sayılabilir.

2) Orta şiddetli aktiviteler: ME değeri 3 ile 6 arasında olan nabızı ve solunum sayısını artıran aktivitelerdir. Tempolu yürüme (5-6 km/saat), bisiklet binme (9-12 km/saat), hafif tempo koşu, yüzme, tenis, ağır ev işleri (elektrik süpürgesi kullanma, elde çamaşır yıkama, cam silme), bahçe işleri gibi aktiviteler orta şiddetli aktivitelerden sayılabilir. Aktivite hızı "aktiviteler yapılırken yanındaki ile konuşabilecek ancak şarkı söyleyemeyecek bir tempo" şeklinde ifade edilir.

3) Yüksek şiddetli fiziksel aktiviteler: ME değeri 6'nın üstünde olan nabızı ve solunum sayısını oldukça artıran aktivitelerdir. Ağırlıkla yürüme, yokuş yukarı yürüme, koşma (7.5 km/saat), bisiklete binme (15 km/saat) üzeri, merdiven çıkma, basketbol, futbol, voleybol, ağır bahçe işleri gibi aktiviteler yüksek şiddetli aktivitelere örnek olarak verilebilir. Aktivite hızı "nefes kesilmeden birkaç kelimeden fazlasının konuşulamayacağı bir tempo" şeklinde ifade edilir. Yorgunluk düzeyi rakamsal olarak 0-10 arasında belirtilecek olursa 5-6 orta şiddetli, 7-8 ise yüksek şiddetli aktivite olarak değerlendirilir (60).

Önerilen Fiziksel Aktiviteler

DSÖ sağlıklı yaşam için haftada toplam 150 dakika orta şiddetli fiziksel aktivite (haftada beş gün 30 dakika, 10 dakikalık üç bölüm halinde) veya haftada 75 dakika yüksek şiddetli aktivite (haftada üç gün 25 dakika veya dört gün 20 dakika) önermektedir. Bunlara ek olarak haftada iki gün denge ve esneklik egzersizleri (büyük kas grupları gövde, kalça, omuz ile yapılan) önermektedir (60). Halat çekme, tırmanma, şınav, mekik, jimnastiki vücut

ağırlığını ya da dirençli bantları kullanarak yapılan egzersizler önerilen denge ve esneklik egzersizlerinden sayılabilir (59).

2.3.5. Stres

Stres Latince 'estrectia', eski Fransızca 'estrece' kelimelerinden gelir. İsim olarak anlamı 'zorlanma, gerilme ve baskı'dır (61). Stres kavramının 1930'larda Hans Selye tarafından 'bireyin herhangi bir fiziksel veya psikolojik uyarıcı karşısında gerekli uyumu sağlayabilmek için ruhsal ve bedensel olarak harekete geçmesi, tepki göstermesi' şeklinde tanımlanmasının ardından 'stres' tüm ülkelerin gündelik dillerine girmiş, farklı sosyo-kültürel yapıdaki insanlar tarafından kullanımı yaygınlaşmıştır (62). Stres çoğu zaman negatif anlamı çağırırsa da aslında istek ve ihtiyaçlarla ilgili evlenme, çocuk sahibi olma, terfi etme gibi durumlardaolumlu manalara da gelebilir. Olumsuz strese örnek olarak da işsiz kalma, ölüm, kısıtlamalar, kayıplar vs. sayılabilir. Olumlu stres güdülenmeye yardımcı olurken olumsuz stres kaygı düzeyini artırarak kişiye ruhsal ve bedensel açıdan zarar verebilir (44).

Farklı sınıflamalar yapılmış olmakla birlikte stres genel olarak üç ana başlık altında toplanabilir:

- 1) *Akut stres*: Ani ortaya çıkan, ardından kaybolan strestir. Düşük seviyede heyecan veren hızlı araba sürmek bu gruba örnek gösterilebilir.
- 2) *Aralıklı akut stres*: Acil durumlarda ortaya çıkar. Deprem, yangın gibi durumlar örnek verilebilir.
- 3) *Kronik stres*: Yaşanılan bir olay sonucu sürekli devam eden, karamsar bir tavırla uzun süreli strestir. Çocukluk çağında istismar yaşama gibi travmatik olaylar kronik stres olarak sayılabilir.

Stres 'genel uyum sendromu' adı verilen alarm, direnç, bitkinlik evrelerinden oluşur (63). Alarm döneminde adrenalin hormonu artar ve kortizon büyük miktarlarda salgılanır. Kalp atımı, kas tonusu, kan basıncı, vücut ısısı, soğuk nemli deri gibi belirtiler ile vücuda alarm verilir. Direnç dönemi tüm bunların baskılanmaya ve dengelenmeye çalışıldığı dönemdir.

Olay sonuçlandığında bitkinlik yani kişisel tükenmişlik söz konusudur. Bazen bu tükenmişliği tam yaşamadan yeniden başka bir stres kaynağı yoluyla alarm reaksiyonları tekrardan başlar. Stres vücutta yarattığı çeşitli (kortizol, kortikotropin, glukokortikoid, interlökin gibi) hormonal değişiklikler ile bu etkileri oluşturur (64).

DSÖ'ye göre mental, nörolojik, madde kullanımı gibi birçok klinik bozuklukların altında yatan faktör strestir (65). Kronik strese bağlı kaygı bozuklukları, depresyon, tükenmişlik, konsantrasyon eksikliği vb. duygusal etkenler madde bağımlılığı ve kazalara sebebiyet verebilir. Stresin oluşturabileceği kortizol, tansiyon, adrenalin, kolesterol artışı gibi fizyolojik değişkenler de çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilmektedir (66). Stres başta bağışıklık sistemi olmak üzere kardiyovasküler, gastrointestinal, kas ve iskelet, nöroendokrin ve üreme sistemini etkilemektedir (44). Stresle baş etmek için çok yemek, dolaylı olarak obezite gelişmesine yol açmaktadır (67). Stres düzeyi yüksek olanlarda alkol ve sigara tüketim miktarlarının da yüksek olduğuna dair çalışmalar vardır (62).

Yapılan çalışmalarda iş yaşamındaki stres kaynakları temelde ışık, gürültü gibi fiziksel faktörler; uykusuzluk, beslenememe gibi temel gereksinimlerin karşılanamamasından kaynaklı gerginlikler; denetleme gibi iş ile ilgili faktörler; ayrımcılık gibi sosyal etkenler olarak sıralanabilir (63). Kişilerin yaşamlarının büyük bir bölümünü iş yerlerinde geçirdiği düşünüldüğünde iş ortamındaki stres kaynaklarının tespit edilip ortadan kaldırılması veya etkilerinin azaltılması ile stres düzeyinin azaltılması mümkün olacaktır (66). Çalışanlarda stres düzeyinin incelendiği Ozkaya ve ark. çalışmasında erkeklerin, 1-5 yıl arası çalışma deneyimine sahip çalışanların anlamlı bir şekilde stres düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur (62). Çalışma hayatındaki stresin cinsiyete göre etkisinin kıyaslandığı çalışmalarda çalışma güvence şeklinin örneğin; 657 sayılı kanuna tabi devlet memuru olmanın farklılık yarattığı, kadınların çalışma şartları, ücretler ve amirlerin davranışlarından kaynaklı bir stresin altında olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (18).

Stres yönetimi bireyin stres kaynaklarını tanımlayabilmesi ve stres kontrol mekanizmaları geliştirebiliyor olması olarak tanımlanabilir (44). Stres ile mücadelede fizyolojik olarak strese karşı huzursuzluk, öfke, gerginlik, ağlama, kaygı gibi affektif; kararsızlık, obsesyonlar, fobiler gibi bilişsel; çarpıntı, tansiyon artışı, kas gerginliği, bacaklarda uyuşma, terleme gibi bedensel tepkiler söz konusudur. Uyum bozan davranışı düzeltmek amacıyla kognitif-davranış terapi yöntemi, gevşeme eğitimi, davranış değiştirme, bedensel kapasitenin artırılması gibi son yıllarda üzerine durulan çeşitli stresle mücadele yöntemleri mevcuttur (68).

2.4. Sağlık Çalışanları İçin Bağışıklama

Sağlık çalışanlarının hasta veya hastalıkların enfekte materyallerine temasından dolayı, çalışanlara muhtemel bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama programları oluşturulmuştur (11,69). Risk değerlendirmesinde sağlık çalışanının hasta veya hasta materyaline temas olasılığı, hastanın özelliği, sağlık çalışanının enfeksiyonlara karşı immünitesi, duyarlılığı ve taşıyıcılığı önemlidir (70).

Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Koruma ve Kontrol Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 1994 yılından itibaren sağlık çalışanları arasında enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesiyle ilgili çeşitli protokoller yayınlamaktadır. Bağışıklama prosedürü zorunlu ve yapılması yararlı görülen aşılar şeklinde gruplandırılmıştır (71). Ülkemizde genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında hasta ve enfekte hasta materyallerine temas risklerinden dolayı sağlık çalışanları için hepatit A,B, influenza, kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK) su çiçeği ve tetanoz aşıları zorunlu kabul edilmiştir (69).

Hepatit A aşısı: Hepatit A yönünden riskli gruplar; yemekhane, pediatri, yoğun bakım çalışanları ve kronik karaciğer hastaları olarak bilinmektedir (70). Söz konusu risk grubundakilerin ve hepatit A olan hastalarla teması bulunanların

immunglobulin düzeyine bakılarak doğal bağışık/hastalığı geçirmiş olmadığı durumlarda aşılması önerilmektedir (73). Hepatit A aşısının üç doz şeklinde 0 ve 6. ayda intramusküler uygulanmaktadır. İlk doz sonrası anafilaksi gelişenlerde, alüminyum, ve koruyucu madde 2-fenoksi etanole karşı aşırı duyarlılığı olanlarda kontrendikasyon söz konusudur (71). Güvenli kanıtlar bulunmamasına rağmen gerekmedikçe gebelerde yapılması uygun görülmemektedir (70).

Hepatit B aşısı: Hepatit B enfeksiyonu tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaygındır. Toplumun yaklaşık üçte birini enfekte ettiği, taşıyıcılığın %5-6 olduğu bilinmektedir (11). HBsAg pozitif hastanın kanıyla bulaşmış iğnenin kaza sonucu batması ile hepatit B bulaşma olasılığı %30 civarında oluşu hastalığın riskli boyutunu göstermektedir. Hepatit B'nin siroz ve karaciğer kanseriyle olan ilişkisi ve kronik hepatit B'nin kesin etkin bir tedavisinin olmayışı aşılama zorunlu hale getirmektedir (72). Daha önce aşılanmamış olanlar, hepatit B aşısı şemasını tamamladığını belgeliyemeyenler ya da hepatit B'ye karşı bağışık olmadığını gösterenler için ilk iki doz dört hafta ara ile, üçüncü doz beş ay sonra olacak şekilde bağışıklama önerilmektedir. Hepatit B immunglobulinin düzeyine bakılıp anti HBs 10 mIU/MI ve altında ise bağışıklamanın yeterli olmadığı anlamına gelir ve tekrar aşı şemasına başlanması önerilmektedir. Yanıtsız duyarlı kişilerde temas sonrası profilakside uygulanması önerilmektedir (11,71,73). Hamur mayasına karşı alerjisi olanlara anafilaksi riskinden dolayı Hepatit B aşısı önerilmemektedir. (70). Aşı, taşıyıcılarda etkili değildir, ama taşıyıcı veya bağışık olanlarda uygulanması durumunda kontrendike bir durum oluşmaz (72).

İnfluenza (grip) aşısı:Dünyada her yıl 500 milyon kişinin influenzadan etkilendiği, bunların beş milyonunun hastaneye yatırıldığı ve 250-300 bininin ise öldüğü tahmin edilmektedir (72). Hastalarla iletişim halinde olan bütün çalışanlar için yılda bir grip aşısı yapılması uygun görülmüştür (69,71). Yumurtaya karşı alerjisi olanlara anafilaksi riski nedeniyle önerilmemektedir (70).

KKKaşısı: Daha öncesinde ayrı ayrı aşılar olan kızamık aşısı iki doz, kabakulak ve kızamıkçık aşıları tek doz önerilmiştir (73). Son dönemdeki uygulamada kızamık, kızamıkçık ve kabakulağa karşı bağışıklanma durumunu gösteren güncel kan testi olmayanlarda dört hafta ara ile iki doz subkutan uygulanması önerilmektedir (11). Gebelik, bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar, jelatin veya neomisine karşı anafilaksi öyküsü bulunanlar için önerilmemektedir (70).

Su çiçeği aşısı: Erişkinlerin %10'u su çiçeğine karşı hassastır ve hastalık erişkinlerde daha ciddi seyreder (72). Su çiçeği geçirmeyenler, su çiçeği aşısı olmayanlar ya da su çiçeğine karşı bağışık olduğunu gösteren güncel kan testi olmayanlar ve özellikle laboratuvarında çalışanlar için dört hafta ara ile iki doz subkutan aşı önerilmektedir (71). Gebelik, bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar, jelatin veya neomisine karşı anafilaksi öyküsü bulunanlar için önerilmemektedir (70).

Tetanoz-difteri aşısı: Ülkemizde 50 yaş üstü erişkinlerde beş kişiden birinin, doğurganlık çağındaki kadınların da üçte birinin tetanoz bağışıklığı olduğu tahmin edilmektedir (74). Sağlık çalışanlarının da mesleki risklerden dolayı tetanoz aşısı yaptırmış olması önemlidir (11, 69). Difteri aşısı da tetanoz aşısı ile birlikte uygulanmaktadır. Bağışıklaması olmayanlar için intramuskuler yolla dört hafta ara ile iki doz, bir öncekinden 6-12 ay sonrasında üçüncü doz aşının yapılması ve on yılda bir tekrarlanması gerekmektedir (71). Aşı sonrası erken hipersensitise, nörolojik veya ciddi lokal reaksiyonun gerçekleştiği durumlarda ve gebeliğin ilk üç ayında kontrendikedir (70).

Sağlık çalışanları için meningokok polisakkarit, tifo, BCG, polio, kuduz gibi aşılarda özellikle risk altında bulunan laboratuvar, yoğun bakım çalışanları gibi gruplarda yapılmasının faydalı olduğunu bildirmiştir (71,73).

Meningokok polisakkarit aşısı: Mikrobiyoloji laboratuvarında ilgili bakteriye maruz kalan çalışanlar gibi özel durumlardaki kişilere yapılabileceği söylenmiştir (73).

Tifo aşısı: Mikrobiyoloji laboratuvarı çalışanları için intramuskuler aşıda tek doz ve her iki yılda bir rapel; subkutan aşıda dört haftadan fazla olmak koşulu ile iki doz ve üç yılda bir rapel; oral aşıda gün aşırı dört doz, beş yıl sonra rapel dört doz tekrar şeklinde önerilmektedir (71).

BCG aşısı: Tek doz önerilmiştir, tekrar dozu yoktur. Dirençli tüberküloz suşları ile çalışanlar için gerekli olabileceği belirtilmektedir (74,71).

Polio aşısı: İlgili virüs ile çalışan veya hastaları ile temasta olanlar için bir ay ara ile iki doz ve 6-12 ay sonra rapel önerilmiştir.

Kuduz aşısı: Kuduz virüsü ve enfekte hastalarla çalışanlar için 1., 3. ve 21. günlerde intramuskuler, altı ayda bir titre kontrolü ile rapel önerilmiştir (71).

Sağlık çalışanları açısından yapılması zorunlu tutulan söz konusu aşılarda hayat boyu bağışıklık sağladığı kabul edilse de belirli aralıklarla titre/antikör bakılarak seropozitifliğin kaydedilmesi aşılama programlarının etkinliği açısından önemlidir (72). Bu sebeple sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklara karşı bağışık olup olmadığı kayıt altında tutulmalıdır (70). Ülkemizde sağlık çalışanlarının hepatit B, grip ve tetanoza ilişkin aşılama kayıtları diğer aşılarla kıyasla daha iyi tutulmuştur (75). Çeşitli devlet hastanelerinin enfeksiyon kontrol komitelerinin hazırladığı çalışan sağlığı bilgi formlarında genel anlamda grip, hepatit ve tetanoz aşıları sorgulanmakta, kişisel beyanına bağlı kayıtlar esas alınmaktadır (76,77).

2.5. Periyodik Sağlık Taramaları

Sağlık kontrolleri uygulaması ilk olarak check-up adı altında 1922 yılında sigorta şirketlerinin 'Düzenli sağlık kontrolünden geçen kişilerde mortalite düşüyor!' sloganı ile sağlıklı insanları yılda bir kez belirli testleri yaptırmaya yönlendirmesi ile ortaya çıkmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde hipertansiyonun erken tanısı ve etkin tedavisi ile inme mortalitesinin 1972'den bu yana %50, pap-smear taramasıyla serviks kanseri mortalitesinin ise %80 azaldığı gösterilmiştir (78). Günümüzde yaş, cinsiyet, maruz kalım, kişisel risk gibi kavramlar ile check-up süreci yerini çağdaş periyodik sağlık taramalarına bırakmıştır (79). Periyodik sağlık tarama testleri 'sağlıklı görünen insanların görüşme, fizik muayene, laboratuvar tetkikleri, bağışıklama programları gibi bir dizi standart işlem kullanılarak yaşa, cinsiyete ve risk gruplarına göre belli aralıklarla değerlendirilmeleri' olarak tanımlanmaktadır (13).

CDC yetişkinler için bazı hastalıklar için taramalar, sağlık davranışları için ise danışmanlık sağlanmasını önermektedir. Risk gruplarına göre bireylerin abdominal aort anevrizması, depresyon, deri kanseri, obezite, akciğer kanseri, kolorektal kanser gibi hastalıklar açısından taranması gerekmektedir. Alkol kullanımı, sigara kullanımı, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite gibi sağlık davranışları ile ilgili olarak danışmanlık sağlanmalıdır. Bulaşıcı hastalıklarla ilgili olarak hepatit, HIV, influenza; 65 yaş üstü için zatürre aşısı; riskli cinsel davranışta bulunanlar için klamidya, gonore, sifiliz testleri önerilmektedir. Kadınlar için ise; 65 yaş ve üzeri ya da risk grubu için kemik yoğunluğu tarama testi; 50-74 yaş meme kanseri taraması ile ilgili her iki yılda bir mamografi; 21-65 yaş serviks kanserleri için her üç yılda bir, 30 yaş üstü her beş yılda bir pap-smear veya HPV (İnsan Papillomavirüs) tarama testlerinin yapılması önemlidir (8,13,14).

Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı çeşitli ülkelerde yapılan tarama önerilerine ilgili uzmanlık dallarının görüşlerini alarak bir rehber oluşturmuştur. Her yıl güncellenen Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık

Muayeneleri ve Tarama Testleri rehberlerinde uygulanması önerilen taramalar ve programlardan bahsedilmektedir. Son olarak 2015 yılı rehberinde; serum lipid profil taraması, arteriyel tansiyon takibi, diyabet taraması, tiroid fonksiyon bozukluklarının belirlenmesi, meme kanseri taraması, kolorektal kanser taraması ve serviks kanseri taraması gibi taramaların yanı sıra prostat kanseri taraması, obezite taraması, kardiyovasküler olaylardan ve iskemik inmeden korunma amaçlı aspirin kullanımı, bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımının değerlendirilmesi, depresyon için danışmanlık, kemik sağlığının korunması, ağız diş sağlığının korunması, bulaşıcı hastalıklara ilişkin taramalar ve bağışıklamalar, gebe kontrolleri gibi uygulamaların gerekliliğinden bahsedilmektedir (13)

Ülkemizdeki erişkin kadınlar için önerilen başlıca tarama programları kronik hastalıklar ve kanserler olmak üzere iki grupta incelenebilir:

2.5.1. Kronik Hastalıklara İlişkin Taramalar

Yetişkinlere yönelik kardiyovasküler hastalıklar, inme, diyabet ve tiroid hastalıkları için önerilen periyodik tarama testleri aşağıda açıklanmıştır (13):

Serum Lipid Profili Taraması: Kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde yüksek kolesterol başlıca etkenler arasında sayılmaktadır (80). Yüksek kolesterolün kardiyovasküler hastalıkların yanı sıra felç riskini de artırdığı bilinmektedir. Yüksek kolesterolün her yıl dünyada 2.6 milyon (tüm ölümlerin %4.5'i) ölüme yol açtığı, DALY hastalık yükünün ise yaklaşık %2'sini oluşturduğu tahmin edilmektedir (8).Ailesinde kalp hastalığı öyküsü olan veya obezite, hipertansiyon tanılarında herhangi birini alan bireylerin yılda bir kez, herhangi bir risk taşımayan 35 yaşından büyük tüm yetişkinlere beş yılda bir serum lipit profili taraması önerilmektedir (13).

*Arteriyel Tansiyon Takibi:*Yüksek tansiyon, kalp hastalıkları ve felç için başlıca risk faktörü olarak kabul edilmektedir (80). Tüm dünyada yüksek tansiyonun her yıl 7.5 milyon (tüm ölümlerin %12.5'i) ölüme yol açtığı, DALY hastalık yükünün yaklaşık %3.7 olduğu tahmin edilmektedir. Periferik

vasküler hastalıklar, böbrek hastalıkları ve görme bozuklukları açısından da hipertansiyon önemli bir risk faktörüdür (8).18 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak hipertansiyon tanısının erken tespiti ve kardiyovasküler olayların önlenmesi amacıyla yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü önerilmektedir (13).

*Diyabet Taraması:*Diyabet hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde kardiyovasküler hastalıklar ve iskemik inme için risk faktörü, böbrek yetmezliğinin ise başlıca sebebi olarak bilinmektedir (8). Obezite, hipertansiyon, hiperlipidemi, kardiyovasküler hastalık, bozulmuş glikoz toleransı, bozulmuş açlık glikozu, insülin direnci, polikistik over tanılarından herhangi birini almış olan veya gestasyonel diyabet öyküsü veya 4,1 kg'ın üstünde bebek doğurma öyküsü olanlar veya birinci derece yakınında diyabet öyküsü bulunanlar veya 45 yaş üstünde olanlar diyabet açısından risk grubu sayılmaktadır. Risk grubunda olanlar üç yılda bir açlık plazma glukozu, HbA1c veya OGTT testlerinden herhangi birini yaptırmalıdır (13).

*Tiroid Fonksiyon Bozukluklarının Taranması:*Ülkemizde kadınlarda görülen en yaygın ikinci kanser tiroid kanseri olup, kadınlarda görülen kanserler içinde %8.5'lik kısmını oluşturmaktadır (81). Tiroid fonksiyon bozukluklarının erken tanısı amacıyla ailesinde tiroid hastalığı öyküsü bulunanlara, 35 yaşın üstü tüm erişkinlere beş yılda bir tiroid fonksiyon testlerinin yapılması önerilmektedir (13).

2.5.2. Kanser taramaları

Belirli riskli yaş gruplarına yönelik önerilen kanser taramaları aşağıda açıklanmıştır:

*Meme Kanseri Taraması:*Ülkemizde yüzbin kadından 40.6'sında meme kanseri öyküsü bulunmaktadır. Meme kanseri %23.4'lük bir oran ile kadınlarda en sık rastlanan kanserdir (81). Meme taraması; 20-40 yaş arası

kadınlara ayda bir kendi kendine meme muayenesine ek olarak ailede meme kanseri öyküsü bulunanlara yılda bir, bulunmayanlarda iki yılda bir klinik meme muayenesi şeklinde önerilmektedir. Ayrıca 40-69 yaş grubundaki kadınlara bu taramalara ek olarak iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılması gerekmektedir (13,82).

Serviks Kanseri Taraması:Serviks kanseri kadınlarda dünya genelinde yaygın olarak görülen dördüncü kanserdir. Her yıl 528.000 kişi yeni tanı almaktadır (83). Jinekolojik kanserler içerisinde dünyada en yaygın olarak gösterilen uterus serviksi, ülkemizde ise uterus korpusu hastalıklarıdır (81). Söz konusu prekanseröz lezyonların Smear/Pap-smear testiyle taranmasıyla erken tanı ve etkin bir tedavi mümkündür ve bu sayede uterus kanserleri önlenabilmektedir. 30-65 yaş arası kadınlarda prekanseröz lezyonları önleme ve erken tanı amaçlı her beş yılda bir pap smear veya HPV testi yapılması gerekmektedir. Özel durum olarak histerektomi yapılan kadınlar taramaya dahil değildir (84,85).

Kolorektal Kanseri Taraması:Ülkemizde kadın kanserleri içinde %7.9'luk kısmı oluşturan kolorektal kanserlerin sıklığı kadınlarda 14.4/100.000 olarak bilinmektedir (81). Kolorektal kanserlerin erken tanısı açısından 50-70 yaş grubundaki yetişkinlerin tamamında monoklonal antikorlar kullanılarak iki yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması ve her on yılda bir kolonoskopi yapılması gerekmektedir (84,86,87).

BÖLÜM III. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın verileri 15 Temmuz- 15 Ağustos 2016 tarihleri arasında Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi'nde toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesidahili birimlerde görev yapan 271 kadın sağlık çalışanı oluşturmuştur. Araştırmada örnek bir grup seçilmeden evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul etmeme (11), araştırmanın yapıldığı tarihlerde hastanede olmama (5 kişi) ve anketi yarıda bırakma (2 kişi) gibi nedenlerle toplam 253 kişiye ulaşılmıştır. Çalışmanın kapsayıcılık oranı %93,3'tür.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada değişkenler sosyodemografik ve çalışma durumu, doğurganlık ve sağlık durumu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık çalışanlarına yönelik aşılarda yapılmış olması ve sağlık taramalarına katılım düzeyi olarak beş ana grupta sınıflandırılmıştır.

1) Sosyodemografik özellikleri ve çalışma durumlarını yansıtan değişkenler

Sosyodemografik özellikler;

Yaş: Doğum tarihleri yıl olarak kaydedilerek hesaplanmıştır.

Medeni durum: Evli ve bekar olarak gruplandırılmıştır.

Eğitim durumu: Mezun olunan okul lise, önlisans, lisans, lisansüstü olarak sorgulanmıştır.

Meslek: Kişilerin hastane içindeki görevleri temel alınarak sorgulanmıştır. Doktor, hemşire-ebe, sağlık teknikeri ve diğer olarak gruplama yapılmıştır. Eczacı, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve iş uğraş terapisti meslek grupları diğer olarak gruplanmıştır.

Aylık gelir: Haneye giren tüm gelirler (maaş, kira, faiz geliri) hane geliri kabul edilmiştir. Türk Lirası (TL) cinsinden veri toplanmıştır. Aylık gelirin evde yaşayan toplam kişi sayısına bölünmesiyle kişi başı aylık gelir Türk Lirası cinsinden hesaplanmıştır. Gelir düzeyleri 1300 TL ve altı, 1301-2500 arası, 2501 TL ve üstü şeklinde kategorize edilmiştir.

Gelir algısı: Kişilerden kendilerini 'gelirim giderimden azdır, gelir ve giderlerim birbirine denktir, gelirim giderimden fazladır, birikim yapabiliyorum' şeklinde değerlendirmeleri istenmiştir.

Aile tipi: Bireylerin hanede kimlerle birlikte yaşadığı sorgulanmıştır. Buna göre yalnız yaşıyor, çekirdek aile, geniş aile, tek ebeveyn şeklinde gruplama yapılmıştır. Eş, eş ve çocuk veya aile büyükleri ile yaşayanlar çekirdek aile kabul edilmiştir. Eş ve/veya çocuğun yanısıra aile büyükleri de varsa geniş aile olarak tanımlanmıştır. Sadece çocuğu ile yaşayanlar tek ebeveyn şeklinde belirtilmiştir.

Çalışma durumları ile ilgili değişkenler;

İstihdam tipi: Kadrolu çalışan ve sözleşmeli çalışan şeklinde gruplama yapılmıştır.

Çalışma biçimi: Sürekli gündüz, sürekli gece, gündüz + nöbetçalışma şekli olarak belirlenmiştir.

Haftalık çalışma süresi: Katılımcıların haftalıktotam çalışma saatleridir.

Çalışma deneyimi: Kişinin mesleğinde toplam çalıştığı süre olarak değerlendirilmiştir.

2)Doğurganlık ve Sağlık durumlarını yansıtan değişkenler

Çocuk sahibi olma durumu: Çocuk sahibi olup olmama durumu ve varsa kaç çocuk sahibi oldukları sorgulanmıştır.

Emzirme durumu: Halen emzirme döneminde olup olmadıkları sorgulanmıştır

Menopoz durumu:DSÖ'nün tanımlaması baz alınarak; son bir yıl içinde hiç menstruasyonu olmayan katılımcılar menopozda kabul edilmiştir.

Kronik hastalık varlığı:Diyabet, hipertansiyon, onkolojik hastalıklar gibi hekim tarafından teşhisi konulmuş kronik bir hastalığının bulunup bulunmadığı sorgulanmıştır.

Sağlık düzeyi algısı:ABD'de kişilerin sağlık verilerini depolamak için kullanılan Health Related Quality of Life Centers for Disease Control and Prevention 2000 ölçeğindeki mini beş soruluk testin ilk sorusu kişilerin kendi sağlıklarını nasıl hissettikleri ile ilgili değerlendirmeyi içermektedir (88,89). Aynı ölçeğin Türkiye için uyarlanmış formu SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde de sağlık düzeyi algı değerlendirmesi şeklinde mevcuttur. Bu çalışmada da bu mini test uygulanmıştır. Kişiler 'mükemmel, çok iyi, iyi, kötü, çok kötü' şeklindeki seçeneklerden kendilerine en yakın geleni seçmişlerdir. Bu değişken ile kişilerin kendi sağlık durumları ile ilgili öz değerlendirmeleridiğer bir ifade ile sağlık düzeyi algısı sorgulanmıştır.

Beden kütle indeksi: Beden kütle indeksi; vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun metre cinsinden karesine bölünmesiyle ($\text{Ağırlık(kg)}/\text{boy}^2(\text{m}^2)$) hesaplanmıştır. Analizlerde beden kütle indeksi;

18.5 kg/m²'nin altında zayıf;

18.5-24.9 kg/m² arasında normal kilolu,

25-29.9 kg/m² arasında hafif şişman,

30 kg/m² ve üzeri olan kadınlar şişman olarak değerlendirilmiştir.

Bel çevresi: Bel çevresi 80-88 cm olanlar riskli, 88 cm ve üstü çok riskli olarak değerlendirilmiştir.

Bel kalça oranı: Bel kalça oranı 0,8'den büyük olanlar riskli kabul edilmiştir .

3)Sağlıklı yaşam biçimi davranışları

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ölçmek amacıyla kullanılan en yaygın ölçek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği(SYBDÖ)'dir. Ölçek 1987'de Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiş, 1996 yılında tekrar revize edilmiştir (90,91,92). Walker ve Hill-Polerecky (1996) tarafından yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,94 olarak belirlenmiştir. Alt boyutları için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları 0,79 ile 0,87 arasında değişmektedir. SYBDÖ'nin Türkçeye uyarlanması ve ilk geçerliliği ve güvenirlik çalışması Esin tarafından 1997'de yapılmıştır. Toplam SYBDÖ puanı için Cronbach alpha iç tutarlılık kat sayısı 0,91 olarak bulunmuştur (91). Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından da Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış ve Cronbach alpha katsayısı 0,92 olup yüksek güvenirlik derecesinde olduğu gösterilmiştir. Alt boyutlar içi güvenirlik katsayısının 0,64-0,80 arasında değiştiği saptanmıştır. Bahar ve ark. ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alpha katsayısını Walker ile benzer bulmuştur (92).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, kişiler arası ilişkiler, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu olmak üzere altı boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutları bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Bu çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıdavranışlarından beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimi davranışlarısağlıklı yaşam biçimi ölçeğinin alt boyutları kullanılarak ölçülmüştür. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu olup derecelendirme hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) şeklinde dördümlü Likert tipindedir. Beslenme alt boyutunda dokuz soru ile en düşük puan 9, en

yüksek puan 36; fiziksel aktivite ve stres yönetiminde sekiz soru ile en düşük puan 8, en yüksek puan 32'dir.

Beslenme: Kişilerin doğru besin tercihleri, besin etiketi okuma alışanlıkları, kahvaltı yapma durumları ile ilgili alışanlıkları sorgulanmıştır. Maddeler şekil 1'de gösterilmiştir.

Şekil 1. SYBDÖ'nün beslenme alt boyutu

Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim
Şekeri ve tatlıyı kısıyorum
Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim
Her gün 2-4 öğün meyve yerim
Her gün 3-5 öğün sebze yerim
Her gün 3-4 kez süt, yogurt veya peynir yerim
Her gün et, tavuk, balık, kurubakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim
Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum
Kahvaltı yaparım

Fiziksel aktivite: Katılımcıların düzenli bir egzersiz yapıp yapmadıkları aşağıdaki önermelerle sorgulanmıştır. Maddeler şekil 2'de gösterilmiştir.

Şekil 2. SYBDÖ'nün fiziksel aktivite alt boyutu

Düzenli bir egzersiz programı yaparım
Haftada en az 3 kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreyle egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklet binme, aerobik, dans gibi)
Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (örneğin haftada 5 kez ya da daha fazlayürürüm)
Boş zamanlarımda yüzme, dans, bisiklet binme gibi eğlendirici fiziksel aktiviteler yaparım
Haftada en az 3 kez kas güçlendirme egzersizleri yaparım
Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)
Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim
Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım

Stres yönetimi: Stresle başa çıkabilmek için bireylerin harcadığı çabaların sıklığı sorgulanmıştır. Maddeler Şekil 3'de gösterilmiştir.

Şekil 3. SYBDÖ'nün stres yönetimi alt boyutu

Yeterince uyurum
Her gün rahatlamak için zaman ayırırım
Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim
Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm
Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım
İş ve eğlence zamanımı dengelerim
Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım
Yorulmaktan kendimi korurum

Sigara kullanımı; DSÖ'nün belirlediği kriterlere göre;

Son 30 gün içinde her gün en az bir adet sigara içenler; düzenli sigara kullanan,

Son 30 gün içinde her gün olmasada gınaşırı içen veya sosyal ortamlarda içenler; seyrek içen,

Daha önce sigara içmiş halenhiç içmeyenler; sigarayı bırakmış,

Yaşamı boyunca hiç sigara içmeyenler sigara içmeyen olarak kabul edilmiştir (48,49).

Alkol kullanımı; Türk Kardiyoloji Derneği'ne göre günde bir standart içkiden fazlasının tüketimi kadınlar için "riskli içici" olarak kabul edilmiştir. Bir standart içki 14 g alkol içerir. Örneğin 310 ml bira, 40 ml viski, 120 ml şarap bir standart içkiye eşdeğerdir. Bu kriterle göre haftada yedi standart içkiden fazla tüketen kadınlar riskli içici olarak kabul edilmiştir (35,93).

4)Sağlık çalışanlarına yönelik aşılarda yapılmış olması

Sağlık Bakanlığı'nın sağlık çalışanlarına yönelik tarama protokolüne baz alınarak; katılımcıların muhtemel her bir aşı için aşılamalarının yapılp yapılmadığı, daha önceden hastalığı geçirmiş veya doğal bağışık olma durumları beyanına dayanarak belirlenmiştir. Hatırlamayanlar aşı yaptırmamış kabul edilmiştir.

Hepatit A aşısı;Altı ay ara ile iki doz aşı yaptırmış olanlar tam aşıllı kabul edilmiştir.

Hepatit B aşısı; 0, 1 ve 6. aylarda yaptırmış olma tam aşıllı kabul edilmiştir. Kişilerin hepatit B taşıyıcılık durumları da sorgulanmıştır.

KKK (kızamık kızamıkçık kabakulak) aşısı: Bir ay arayla toplam iki kez KKK yaptıranlar tam aşıllı kabul edilmiştir.

Su çiçeği aşısı: 4-8 hafta arayla toplam iki doz su çiçeği aşısı yaptıranlar tam aşıllı kabul edilmiştir.

Tetanoz ve difteri (Td) aşısı: 0,1 ve 7. ayda toplam 3 doz ve her 10 yılda bir tekrar aşılama yaptırmış olanlar tam aşıllı kabul edilmiştir.

İnfluenza (grip) aşısı: Son 1 yılda bir kez yaptırmış olma durumu sorgulanmıştır.

5) Sağlık taramalarına katılım düzeyi

Kadınların sağlık taramalarına katılım düzeyinin belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı'nın Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Muayeneleri Ve Tarama Testleri Rehberi'nde bulunan risk gruplarına göre belirtilen testler baz alınmıştır (13):

Kronik hastalık taramalarına ilişkin olarak;

Kardiyovasküler sağlık için kanda lipit profili baktırma: Aile öyküsü, obezite hipertansiyon gibi risk faktörü taşıyanlarda son bir yılda; 35 yaşından büyük bütün kişilerde son beş yılda bir serum lipit profili baktırma durumu sorgulanmıştır.

Arteriyel tansiyon takibi yaptırmak: Tüm bireyler için son bir yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü yaptırıp yaptırmadıkları sorgulanmıştır.

Diyabet taraması yaptırmak: 45 yaş üstü, şişmanlık, aile öyküsü, gestasyonel diyabet veya 4.1 kg üstü bebek doğurma öyküsü, hipertansif, hiperlipidemik, polikistik over öyküsü, kardiyovasküler hastalık, daha önce şeker ile ilintili hastalıklara sahip olma gibi riskleri taşıyanlarda son üç yılda bir açlık plazma glikozu, oral glikoz tarama testi (OGTT) veya glikozillenmiş hemoglobin (HbA1c) testleri yapılma durumu sorgulanmıştır.

Tiroid fonksiyon bozukluklarını saptamak için tiroid fonksiyon testi yaptırma: Ailede tiroid rahatsızlığı öyküsü olanlarda ilk muayenede ve 35 yaş üstü erişkinlerde son beş yılda bir tiroid fonksiyon testlerini yaptırma durumu sorgulanmıştır (13).

Kanser taramalarına ilişkin olarak;

Meme kanseri taraması yaptırma:20-40 yaş arası bireylerde; ayda bir kendi kendine meme muayenesi yapma, 40-69 yaş arası; ayda bir kendi kendine meme muayenesi yapmaya son iki yılda klinik meme muayenesi yaptırma ve mamografi çekirme durumu sorgulanmıştır.

Serviks kanseri taraması yaptırma: 30-65 yaş arası katılımcıların son beş yılda PAP smear testi yaptırma durumu sorgulanmıştır.

Kolorektal kanser taraması yaptırma:50-70 yaş grubundaki katılımcıların son iki yılda dışkıda gizli kan testi yaptırıp yaptırmadığı sorgulanmıştır.

3.5. Veri Toplama

Veri toplamak için yüzyüze görüşme ile anket tekniği kullanılmış ve boy, kilo, bel ve kalça çevresi ölçümü araştırmacı tarafından yapılmıştır. Ulaşılabilirliği artırmak için görüşmeler hem mesai saatleri içinde hem de nöbet saatleri içinde yapılmıştır. Görüşmeler planlandığı gibi ortalama 20 dakika sürmüştür.

Vücut ağırlığının ölçümü: Katılımcıların ölçümleri ayakkabısız ve terliksiz olarak ve üzerinde hafif kıyafetler bulunur şekilde yapılmıştır. Kişilerin vücut ağırlıkları kişilerin çalıştığı klinikte veya katta bulunan son 6 ay içinde kalibrasyonu yapılmış birbirine benzeyen ± 100 gram hassasiyetli tartılar ile ölçülmüştür. Vücut ağırlığı kg cinsinden kaydedilmiştir. Boy ölçümü ayakkabısız ve terliksiz biçimde, ayaklar yanyana, baş Frankfort düzleminde iken stadiometre kullanılarak yapılmıştır. (94). Boy uzunlukları klinikte/katta

bulunan stadiometre ile ölçülmüş olup ölçüm duyarlılığı $\pm 0.5\text{cm}$ 'dir. Sonuçlar cm cinsinden kaydedilmiştir.

Bel ve kalça çevresi ölçümü: Ölçümler en ince kıyafet üzerinden yapılmıştır. Bel çevresi; en alt kaburga kemiği ile krsta iliaka arası bulunarak, orta noktadan geçen çevreden mezür ile ölçülmüştür. Kalça çevresi; bireyin yan tarafında durularak en geniş çevreden ölçülmüştür (94).

Pilot uygulama: Hazırlanan 63 soruluk anket taslağı: 24-25 Mart tarihleri arasında Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan araştırma grubuna dahil olmayan 10 kadın sağlık çalışanına uygulanmıştır. Gerekli düzenlemeler yapıldıktan ve etik kurul onayının ardından araştırmaya başlanmıştır.

3.6. İstatistiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 23.0 paket programı kullanılmıştır. Ölçüm tipi değişkenler ortalama, standart sapma, en düşük ve en yüksek değerler ile özetlenmiştir. Kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde gösterilmiştir. Ölçüm tipi değişkenler bakımından iki grup ortalamaları arasında fark olup olmadığı parametrik test koşullarının sağlanması durumunda bağımsız gruplarda t testi ile, sağlanmaması durumunda ise Mann Whitney U testi ile, üç ve daha fazla grup ortalamaları arasında fark olup olmadığı parametrik test koşullarının sağlanması durumunda bağımsız gruplarda tek yönlü varyans ile, sağlanmaması durumunda ise Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir. Yapılan tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır. Anlamlı ilişki bulunan üç ve üzeri kategorik değişkenlerde anlamlı farkı yaratan grup veya gruplarpost-hoc Bonferroni testi ile saptanmıştır. Kolerasyon testlerinde parametrik test koşullarının sağlanması durumunda Pearson katsayısı, sağlanmaması durumunda Spearman katsayısı kullanılmıştır. Korelasyon analizlerinde r değerleri $< 0,2$ çok zayıf, $0,2-0,4$ zayıf, $0,4-0,6$ orta şiddette,

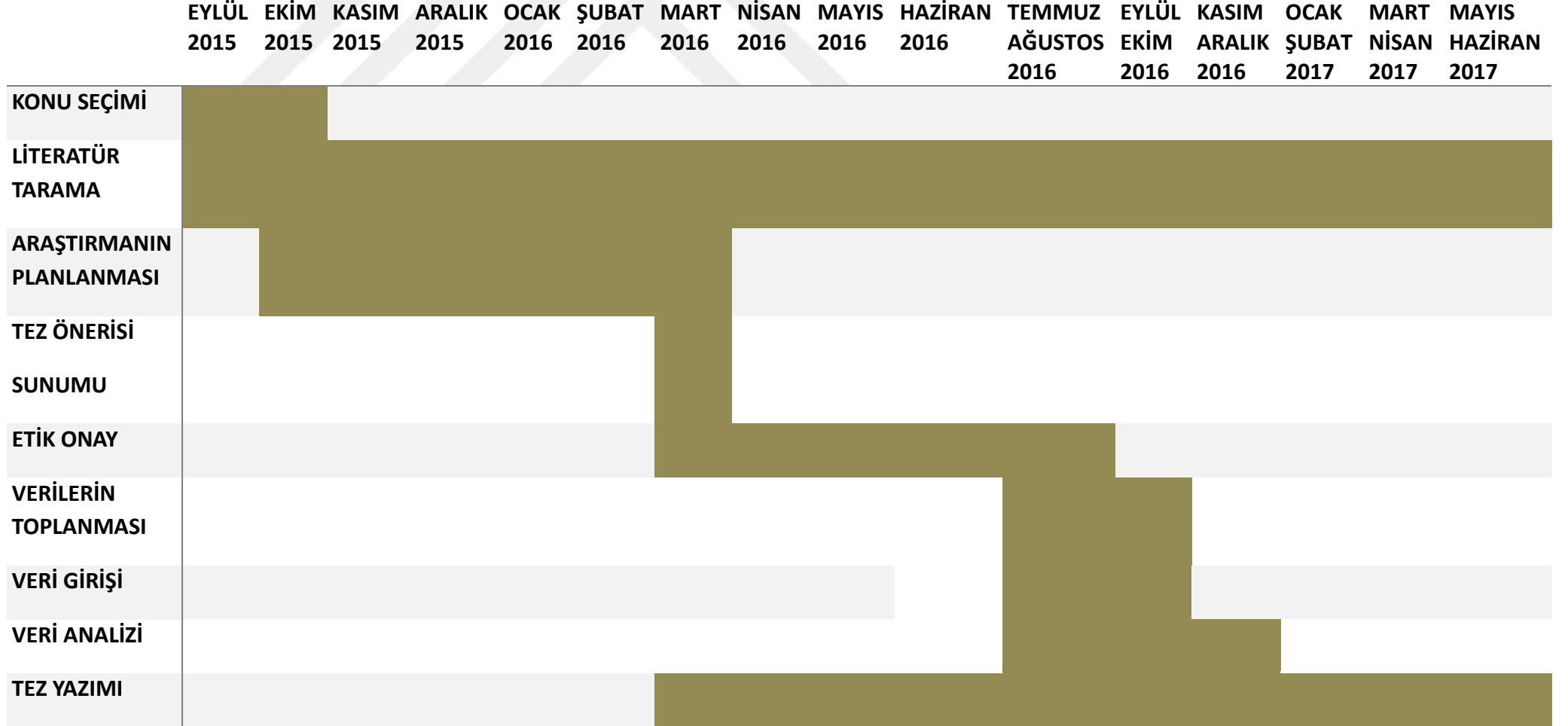
0,6-0,8 yüksek, >0,8 olduğu durumlarda çok yüksek korelasyon olarak yorumlanmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmanın yürütölmesi için Ege Üniversitesi Tıp Faköltesi Dekanlığı Yerel Etik Kurul'una Haziran 2016'da başvurulmuştur. Etik kurulun 14.07.2016 tarihli kararı, 16-6.1/10 sayılı yazısı ile onay alındıktan sonra araştırmanın yapılacağı kliniklere uygulama için başvurulmuştur. Araştırma kapsamındaki sağıık çalışanlarına araştırma hakkında bilgi verilerek katılımları konusunda yazılı onamları alınmıştır. Çalışmayı kabul eden bireylere, kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırıcının dışında başkasına açıklanmayacağı, bu bilgilerin başkalarına ulaşmasına izin verilmeyeceğı konusunda açıklama yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Süresi

Şekil 4. Araştırmanın çalışma takvimi



BÖLÜM IV: BULGULAR

Araştırma kapsamında elde edilen bulgular; sosyodemografik özellikler ve çalışma durumu, doğurganlık ve sağlık durumu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık çalışanlarına yönelik aşılarda ve sağlık taramalarına katılım düzeyleri olmak üzere beş ana başlıkta sunulmuştur.

4.1. Sosyodemografik Özellikler ve Çalışma Durumu

Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine ve ekonomik durumlarını yansıtan bir dizi değişkene göre dağılımları Tablo 1’de sunulmuştur.

Katılımcıların yaş ortalaması $36,90 \pm 9,03$ olarak hesaplanmıştır (en düşük 22, en yüksek 64). Tablo 1’de görüldüğü gibi her dört katılımcıdan üçü 25-44 yaş grubu arasındadır. Araştırmaya dahil olanların %62,8’i evlidir, %69,6’sı çekirdek ailesi ile yaşamaktadır. Hanede yaşayan kişi sayısı ortalama $2,69 \pm 1,17$ olarak bulunmuştur. Her dört kişiden birinin hanesinde 3 kişi yaşamaktadır. Yarisının eğitim durumu lisans düzeyinde olan katılımcıların aylık kişi başı geliri $2676,71 \pm 1499,42$ (en düşük 675, en yüksek 10 000 Türk lirası) olarak bulunmuştur. Grubun %43,9’unun aylık kişi başı geliri 1301-2500 Türk Lirası arasındadır. Katılımcıların %57,3’ü gelirinin giderine denk olduğunu bildirmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırma grubunun sosyodemografik ve ekonomik duruma göre dağılımı

Değişkenler		n	%
Yaş	18-24	11	4,3
	25-34	91	36,0
	35-44	97	38,3
	45-54	46	18,2
	55 Ve Üzeri	8	3,2
Eğitim Durumu	Lise	16	6,3
	Önlisans	40	15,8
	Lisans	137	54,2
	Lisansüstü	60	23,7
Medeni Durumu	Evli	159	62,8
	Bekar	94	37,2
Hanede Yaşayan Toplam Kişi Sayısı	1	51	20,2
	2	60	23,7
	3	69	27,3
	4	63	24,9
	5 Ve Üzeri	10	4,0
Hanede Yaşayanların Özelliği	Çekirdek Aile	176	69,6
	Yalnız Yaşayan	51	20,2
	Tek Ebeveyn	15	5,9
	Geniş Aile	5	2,0
	Arkadaş İle Yaşayan	6	2,4
Kişi Başı Aylık Gelir	1300 Ve Altı	35	13,8
	1301-2500	111	43,9
	2501-5000	90	35,6
	5000 Ve Üstü	17	6,7
Gelir Algısı	Geliri Giderinden Az	41	16,2
	Geliri Gideri Birbirine Denk	145	57,3
	Geliri Giderinden Fazla	67	26,5
Toplam		253	100,0

Katılımcıların çalışma durumlarını yansıtan değişkenlere ve mesleki deneyimlerine göre dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir.

Araştırma grubunda her beş kişiden üçü hemşire veya ebedir, biri de doktordur. Araştırma grubunun %96’sını kadrolu sağlık çalışanları oluşturmuştur. Grubun%68,8’i gündüz + nöbet sisteminde çalışmaktadır (Tablo 2). Ayda ortalama tutulan gece nöbeti sayısı $3,43 \pm 2,95$ olarak hesaplanmıştır (en yüksek 11 nöbet). Katılımcıların %43,9’u ayda 4 ile 6 arasında nöbet tutmaktadır. Haftalık çalışma süreleri ortalama $44,66 \pm 7,67$ saat olarak hesaplanmıştır (en düşük 30, en yüksek 72). Grubun yarısı haftada 36-40 saat arasında çalışmaktadır. Çalışma deneyimleri ortalama $14,09 \pm 9,68$ yıl olarak bulunmuştur (en düşük 1 yıl altı, en yüksek 41 yıl). Tablo 2’de görüldüğü gibi araştırma grubunun çoğunluğu 10 yıl ve üstü çalışma deneyimine sahiptir (%39,1).

Tablo 2. Araştırma grubunun çalışma durumunu yansıtan değişkenlere göre dağılımı

Değişkenler		n	%
Meslek	Hemşire - Ebe	156	61,7
	Doktor	57	22,5
	Sağlık Teknikeri	16	6,3
	Diğer *	24	9,6
İstihdam	Kadrolu	243	96,0
Tipi	Sözleşmeli	10	4,0
Çalışma Biçimi	Gündüz + Nöbet	169	68,8
	Sürekli Gece	120	4,0
	Sürekli Gündüz	74	29,2
Aylık Gece Nöbeti Sayısı	Nöbet Tutmayan	74	29,2
	≤ 3 Nöbet	41	16,2
	4 - 6 Nöbet	111	43,9
	7 - 9 Nöbet	17	6,7
	≥ 10 Nöbet	10	4,0
Haftalık Çalışma Saati	30 - 40 Saat	144	56,9
	41 - 50 Saat	61	24,1
	51 - 72 Saat	48	19,0
Çalışma Deneyimi	0-4	55	21,7
	5-9	43	17,0
	10-19	76	30,0
	≥ 20 Yıl	79	31,2
Toplam		253	100,0

*Diğer: eczacı, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, iş uğraş terapisti, sağlık teknikerleri

4.2. Doğurganlık ve Sağlık Durumunu Yansıtan Değişkenler

Araştırmaya dahil edilenlerin doğurganlık öykülerine ve sağlık algılarına göre dağılımı Tablo 3’de sunulmuştur.

Tablo 3. Araştırma grubunun doğurganlık öykülerine ve sağlık algısına göre dağılımı

Değişkenler		n	%
Çocuk Sahibi	Çocuk Sahibi Değil	99	39,1
Olma	1 Çocuk Sahibi	79	31,2
	2 Çocuk Sahibi	72	28,5
	3 Çocuk Sahibi	3	1,2
Emzirme Durumu	Emzirme Döneminde	7	2,8
	Emzirme Döneminde Değil	246	97,2
Menopozda Olma	Menopozda	28	11,1
	Menopozda Değil	225	88,9
Sağlık Algısı	Mükemmel	2	0,8
	Çok İyi	19	7,5
	İyi	142	56,1
	Kötü	70	27,7
	Çok Kötü	20	7,9
Toplam		253	100,0

Tablo 3’de sunulduğu gibi araştırma grubunun %60,9’u çocuk sahibidir. Ortalama çocuk sayısı $0,92 \pm 0,84$ olarak bulunmuştur. Her üç kişiden biri tek çocuk sahibidir. Yedi kişi halen emzirme döneminde.

Katılımcıların %11,1'i menopozda olduğunu belirtmiştir. Her beş kişiden üçü sağlık durumlarını mükemmel, çok iyi veya iyi olarak bildirmiştir (Tablo 3).

Araştırmaya katılanların %53,8'i (136 kişi) herhangi bir kronik hastalığı olduğunu bildirmiştir. Katılımcılarda birden fazla kronik hastalık bulunabildiği için Tablo 4'de hastalık dağılımı değil, kronik hastalık bildirilme sıklığı gösterilmektedir. Bu nedenle tabloda toplam satırı verilmemiştir.

Tablo 4. Araştırma grubunun beyanına dayalı kronik hastalıklarının sıklığı

Kronik Hastalık	n	%
Tiroid Hastalıkları	33	13,5
Alerji ve Astım	23	9,1
Kalp-Damar Hastalığı	19	7,5
Hipertansiyon	19	7,5
Anemi	18	7,1
Diyabet	17	6,7
Ortopedik Hastalıklar	16	6,3
Nöro-Psikiyatrik Hastalıklar	14	5,5
Gastrointestinal Sistem Hastalıklar	10	4,0
Romatizmal Hastalıklar	9	3,6
Kanser	5	2,0
Böbrek hastalıkları	3	1,2
KBB Hastalıkları	2	0,8
Göz hastalıkları	2	0,8
Kadın doğum hastalıkları	1	0,4

Tablo 4’de gösterildiği üzere araştırmada en sık bildirilen ilk beş kronik hastalık sırasıyla; tiroid hastalıkları, alerji-astım, kalp damar hastalığı, hipertansiyon ve anemidir.

Katılımcıların beden kütle indeksleri, bel çevresi ve bel-kalça oranlarına göre dağılımı Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5. Araştırma grubunun antropometrik ölçümlere göre dağılımı

Antropometrik Ölçümler		n	%
Beden Kütle İndeksi	Zayıf (< 18,5 kg/m ²)	12	4,7
	Normal (18.5-24.9 kg/m ²)	164	64,8
	Hafif şişman (25-29.9 kg/m ²)	60	23,7
	Şişman (≥ 30 kg/m ²)	17	6,7
Bel Çevresi	Riskli değil (< 80 cm)	125	49,4
	Riskli (≥ 80 - < 88 cm)	64	25,3
	Çok riskli (≥ 88 cm)	64	25,3
Bel Kalça Oranı	Riskli değil (≤ 0,8)	125	49,4
	Riskli (> 0,8)	128	50,6
Toplam		253	100,0

Araştırmada her üç kişiden biri hafif şişman veya şişmandır. Bel çevresi ölçümlerine göre her iki kişiden biri riskli veya çok riskli bulunmuştur. Bel-kalça oranlarına göre de benzer sonuç elde edilmiştir (Tablo 5). Katılımcıların beden kütle indeksi ortalaması 23,67±3,64 ; bel kalça oranları ortalaması ise 0,80±0,06 olarak hesaplanmıştır.

Sosyodemografik ve ekonomik özelliklerin beden kütle indeksleri ile ilişkisi tablo 6'da gösterilmiştir.

Yaş ile beden kütle indeksi arasında pozitif yönde orta şiddette korelasyon saptanmıştır ($p<0.001$; $r=0,426$). Yaş arttıkça beden kütle indeksi artmaktadır. Evlilerin beden kütle indeksleri bekarlardan yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu ile beden kütle indeksi arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Katılımcıların hanede kimlerle yaşadığı, hanedeki kişi sayısı ve aylık kişi başı geliri ile beden kütle indeksleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Aile ile birlikte yaşayanların yalnız/arkadaş ile yaşayanlara göre beden kütle indeksleri daha yüksektir. Hanede yaşayan kişi sayısı ile beden kütle indeksi arasında pozitif yönde zayıf yönde korelasyon saptanmıştır ($p<0,001$, $r= 0,232$). Aylık kişi başı gelir ile beden kütle indeksi arasında anlamlı ilişki bulunmuş, bu farklılığın aylık kişi başı geliri 1300 TL ve altı ile 2501 TL ve üstü olan gruplardan kaynaklandığı gözlenmiştir. Yapılan korelasyon analizlerinde de gelir ile beden kütle indeksi arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$, $r=-0,240$). Gelir düzeyi yüksek olanların beden kütle indeksi diğerlerine göre daha düşüktür. (Tablo 6).

Çalışma durumunu yansıtan değişkenlerin beden kütle indeksleri ile ilişkisi Tablo 7'de sunulmuştur.

Meslek grupları, istihdam tipi, çalışma biçimleri, haftalık çalışma saatleri ile beden kütle indeksleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Katılımcıların çalışma deneyimi ve aylık gece nöbeti sayısı ile beden kütle indeksleri arasında anlamlı bir ilişki vardır (Tablo 7). Çalışma deneyimi ile beden kütle indeksi arasında pozitif yönde orta şiddette korelasyon saptanmıştır ($p<0,001$, $r= 0,442$). Nöbet sayısı ile beden kütle indeksi arasındaki korelasyon ise çok zayıf bulunmuştur ($p<0,002$, $r= 0,103$).

Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarının beden kütle indeksleri ile ilişkisi Tablo 8'de gösterilmiştir.

Herhangi bir hastalığı olanların olmayanlara; sağlık algısı kötü-çok kötü olanların mükemmel-çok iyi-iyi olanlara, menapozda olanların olmayanlara göre beden kütle indeksi ortalaması daha yüksektir ve bu fark anlamlıdır. Araştırmada iki ve üstü çocuğu olanların tek çocuğu olanlara göre, tek çocuğu olanların da çocuğu olmayanlara göre beden kütle indeksi ortalama ve ortancaları daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 8).



Tablo 6. Araştırma grubunun sosyodemografik ve ekonomik özelliklerinin beden kütle indeksleri ile ilişkisi

Bağımsız değişkenler	n	Ortalama±S.S.	Ortanca	En düşük	En yüksek	p değeri
Yaş	18-34 ^a	102	21,86±2,66	21,64	16,56	31,14
	35-44	97	24,63±3,52	24,03	18,03	36,98
	≥ 45	54	25,37±4,01	24,60	18,36	41,04
Medeni durum	Evli	159	24,28±3,84	24,03	17,47	41,04
	Bekar	94	22,64±3,01	22,41	16,56	34,45
Eğitim durumu	Lise/önlisans	56	24,47±4,33	23,61	16,56	41,04
	Lisans	137	23,41±3,46	23,24	17,21	36,98
	Lisansüstü	60	23,53±3,24	23,19	18,03	36,00
Hanede kimlerle yaşadığı	Yalnız/arkadaş ile	57	22,83±2,98	22,77	16,56	34,45
	Aile ile	196	23,92±3,78	23,66	17,47	41,04
Hanede yaşayan kişi sayısı	1 kişi ^a	51	22,89±2,91	22,50	17,21	34,45
	2 kişi ^a	60	22,76±3,33	22,48	16,56	31,22
	3 kişi	69	23,91±3,77	23,25	17,81	36,98
	≥ 4 ^a	73	24,74±3,94	24,48	18,36	41,04
Aylık kişi başı gelir	< 1300 TL ^a	35	25,49±4,24	24,70	19,53	41,04
	1301-2500 TL	111	23,89±3,71	23,71	16,56	36,98
	> 2501 TL ^a	107	22,86±3,09	22,50	17,21	34,45

¹ Anova testi p değeri ² Kruskal Wallis testi p değeri ³ Mann Whitney U testi p değeri ^a Post Hoc Bonferroni Test'e göre farkı yaratan grup

Tablo 7. Çalışma durumunu yansıtan değişkenlerin beden kütle indeksleri ile ilişkisi

Bağımsız değişkenler		n	Ortalama±S.S.	Ortanca	En düşük	En yüksek	p değeri
Meslek	Doktor	57	23,07±3,38	22,60	17,81	36,00	0,310 ¹
	Hemşire-ebe	156	23,93±3,48	23,52	16,56	36,98	
	Diğer	40	23,54±4,49	23,19	17,21	41,04	
İstihdam tipi	Kadrolu	243	23,75±3,66	23,33	16,56	41,04	0,079 ³
	Sözleşmeli	10	21,84±2,29	21,52	18,49	25,40	
Çalışma biçimi	Sürekli gündüz	74	23,53±3,58	23,17	17,21	35,49	0,165 ³
	Sürekli gece	10	21,56±3,12	21,46	16,56	26,51	
	Gündüz + nöbet	169	23,86±3,67	23,39	17,84	41,04	
Haftalık çalışma saati	30-40 saat	141	23,56±3,43	23,23	17,21	36,00	0,485 ¹
	41-50 saat	54	24,20±4,07	23,57	17,84	41,04	
	≥ 51 saat	58	23,47±3,71	23,04	16,56	36,98	
Çalışma deneyimi	0-4 yıl ^a	55	21,44±2,14	21,36	16,56	25,69	<0,001 ²
	5-9 yıl ^a	43	22,51±3,13	22,77	17,47	31,14	
	10-19 yıl ^a	76	24,41±3,70	23,71	18,03	36,98	
	≥ 20 yıl ^a	79	25,15±3,75	24,60	18,36	41,04	
Aylık gece nöbeti sayısı	Hiç nöbet tutmayan	74	23,53±3,58	23,17	17,21	35,49	0,048 ²
	1-3 nöbet	41	24,09±3,52	23,87	18,36	36,00	
	4-5 nöbet	60	24,40±3,72	23,71	17,84	41,04	
	≥ 6 nöbet	78	23,04±3,63	22,32	16,56	36,98	

¹ Anova testi p değeri ² Kruskal Wallis testi p değeri ³ Mann Whitney U testi p değeri ^a Post Hoc Bonferroni Test'e göre farkı yaratan grup

Tablo 8. Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarının beden kütle indeksleri ile ilişkisi

Bağımsız değişkenler		n	Ortalama±S.S.	Ortanca	En düşük	En yüksek	p değeri
Herhangi bir kronik hastalık varlığı	Hastalık var	117	25,03±4,27	24,50	16,56	41,04	<0,001 ³
	Hastalık yok	136	22,50±2,46	22,55	17,21	30,49	
Sağlık algısı	Mükemmel- çok iyi- iyi	232	23,49 ±3,47	23,23	16,56	41,04	0,031 ²
	Kötü- çok kötü	21	25,72±4,78	25,63	17,81	34,45	
Menopoz	Menopozda	28	25,37±3,77	24,84	18,36	35,49	0,008 ³
	Menopozda değil	225	23,46±3,57	23,23	16,56	41,04	
Çocuk sayısı	Çocuk yok ^a	99	21,71±2,19	21,83	17,21	26,40	<0,001 ¹
	Tek çocuk	79	24,42 ±3,79	23,83	16,56	36,98	
	≥ 2 çocuk	75	25,49±3,80	25,23	18,36	41,04	

¹ Kruskal Wallis testi p değeri ² Mann Whitney U testi p değeri ³Bağımsız gruplarda t testi ^a Post Hoc Bonferroni Test'e göre farkı yaratan grup

Sosyodemografik ve ekonomik özelliklerin bel/kalça oranları ile ilişkisi tablo 9'de sunulmuştur.

Araştırma grubunda yaş ile birlikte bel/kalça oranı arasında pozitif yönde zayıf bir korelasyon vardır ($p<0,001$, $r=0,359$). Yaş ile bel kalça oranı arasındaki istatistiksel anlamlı bu fark 18-34 yaş grubundan kaynaklanmaktadır. Medeni durum, eğitim durumu ve hanede kimlerle birlikte yaşadığı ile bel/kalça oranı arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Hanede yaşayan kişi sayısı ve aylık kişi başı gelir ile bel kalça oranı arasında anlamlı bir fark vardır. Hanede yaşayan kişi sayısı ile bel kalça oranı arasında pozitif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuştur ($p<0,001$, $r=0,202$, $r=-210$). Aylık kişi başı gelir ile bel kalça oranı arasında negatif yönde bir korelasyon saptanmıştır ($p<0,001$, $r=-210$). Bu fark aylık kişi başı geliri 2501 tl ve üstü olan grubun diğer gruplara göre bel kalça oranı ortalaması daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. (Tablo 9).

Araştırma grubunun çalışma durumunu yansıtan değişkenlerin bel/kalça oranları ile ilişkisi Tablo 10'da gösterilmiştir.

Meslek, istihdam tipi, çalışma biçimi, haftalık çalışma saati, çalışma deneyimi ile bel/kalça oranı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Aylık gece nöbeti sayısı ile bel/kalça oranı arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 10). Sayısal değişkenler ile yapılan korelasyon analizlerinde bel kalça oranı ile nöbet sayısı arasında pozitif yönde orta şiddette bir korelasyon bulunmuştur ($p<0,001$, $r=0,355$).

Araştırma grubunun herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarının bel kalça oranları ile ilişkisi Tablo 11'de sunulmuştur.

Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı, menopozda olma ile bel/kalça oranı arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Menopozda olanların olmayanlara göre bel/kalça oranları yüksek bulunmuştur ve anlamlı bir ilişki vardır. Araştırmada iki ve üstü çocuk sahibi olanların tek çocuk sahibi olanlara göre, tek çocuk sahibi

olanların hiç çocuk sahibi olmayanlara göre bel kalça oranları daha yüksek bulunmuştur ve anlamlı bir ilişki vardır. Bu ilişkinin iki ve üstü çocuk sahibi olanlardan kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 11).



Tablo 9. Sosyodemografik ve ekonomik özelliklerin bel kalça oranları ile ilişkisi

Bağımsız değişkenler		n	Ortalama±S.S.	Ortanca	En düşük	En yüksek	p değeri
Yaş	18-34 ^a	102	0,77± 0,05	0,78	0,68	0,91	<0,001¹
	35-44	97	0,81±0,06	0,80	0,62	0,99	
	≥ 45	54	0,82±0,06	0,82	0,66	0,98	
Medeni durum	Evli	159	0,80±0,06	0,80	0,66	0,99	0,058 ²
	Bekar	94	0,79±0,06	0,79	0,62	0,93	
Eğitim durumu	Lise/önlisans	56	0,81±0,07	0,81	0,66	0,99	0,303 ¹
	Lisans	137	0,80±0,06	0,80	0,62	0,98	
	Lisansüstü	60	0,79±0,05	0,79	0,66	0,93	
Hanede kimlerle yaşadığı	Yalnız/arkadaş ile	57	0,79±0,06	0,79	0,62	0,93	0,800 ²
	Aile ile	196	0,80±0,06	0,80	0,66	0,99	
Hanede yaşayan kişi sayısı	1 kişi ^a	51	0,79±0,06	0,79	0,62	0,93	0,003¹
	2 kişi ^a	60	0,78±0,06	0,78	0,68	0,99	
	3 kişi	69	0,80±0,05	0,80	0,66	0,91	
	≥ 4 ^a	73	0,82±0,06	0,82	0,70	0,98	
Aylık kişi başı gelir	< 1300 TL	35	0,82±0,07	0,82	0,66	0,98	0,002¹
	1301-2500 TL	111	0,80±0,06	0,80	0,68	0,99	
	> 2501 TL ^a	107	0,78±0,05	0,78	0,62	0,93	

¹ Anova testi p değeri

²Bağımsız gruplarda t testi

^aPost Hoc Bonferroni Test'e göre fark yaratan grup

Tablo 10. Çalışma durumunu yansıtan değişkenlerin bel kalça oranları ile ilişkisi

Bağımsız değişkenler		n	Ortalama±S.S.	Ortanca	En düşük	En yüksek	p değeri
Meslek	Doktor	57	0,78±0,05	0,78	0,66	0,93	0,123 ¹
	Hemşire-ebe	156	0,80±0,06	0,80	0,62	0,99	
	Diğer	40	0,80±0,06	0,79	0,68	0,94	
İstihdam tipi	Kadrolu	243	0,80±0,06	0,80	0,62	0,99	0,123 ²
	Sözleşmeli	10	0,77±0,05	0,76	0,71	0,88	
Çalışma biçimi	Sürekli gündüz	74	0,81±0,06	0,80	0,69	0,98	0,244 ²
	Sürekli gece	10	0,77±0,05	0,79	0,70	0,85	
	Gündüz + nöbet	169	0,79±0,06	0,79	0,62	0,99	
Haftalık çalışma saati	30-40 saat	141	0,80±0,06	0,79	0,66	0,98	0,858 ¹
	41-50 saat	54	0,80±0,06	0,80	0,62	0,94	
	≥ 51 saat	58	0,80±0,06	0,80	0,68	0,99	
Çalışma deneyimi	0-4 yıl	55	0,76±0,04	0,76	0,68	0,89	0,123 ¹
	5-9yıl	43	0,79±0,05	0,79	0,68	0,91	
	10-19 yıl	76	0,80±0,07	0,79	0,62	0,98	
	≥ 20 yıl	79	0,83±0,06	0,82	0,70	0,99	
Aylık gece nöbeti sayısı	Hiç nöbet tutmayan	74	0,81±0,06	0,80	0,69	0,98	0,045¹
	1-3 nöbet	41	0,78±0,05	0,79	0,66	0,89	
	4-5 nöbet	60	0,81±0,06	0,80	0,68	0,98	
	≥ 6 nöbet	78	0,79±0,06	0,79	0,62	0,99	

¹ Anova testi p değeri

² Mann Whitney U testi p değeri

Tablo 11. Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarının bel kalça oranları ile ilişkisi

Bağımsız değişkenler		n	Ortalama±s.s.	Ortanca	Endüşük	En yüksek	p değeri
Herhangi bir kronik hastalık varlığı	Hastalık var	117	0,81±0,06	0,81	0,62	0,99	0,399 ³
	Hastalık yok	136	0,79±0,06	0,78	0,66	0,98	
Sağlık algısı	Mükemmel- çok iyi- iyi	232	0,80±0,06	0,80	0,62	0,99	0,851 ²
	Kötü- çok kötü	21	0,80±0,07	0,80	0,69	0,92	
Menopoz	Menopozda	28	0,84±0,06	0,82	0,71	0,98	0,001 ²
	Menopozda değil	225	0,79±0,06	0,79	0,62	0,99	
Çocuk sayısı	Çocuk yok	99	0,78 ±0,05	0,78	0,62	0,99	0,000 ¹
	Tek çocuk	79	0,80±0,06	0,79	0,66	0,98	
	≥ 2 çocuk ^a	75	0,83±0,05	0,83	0,71	0,98	

¹ Anova testi p değeri ² Mann Whitney U testi p değeri ³Bağımsız gruplarda t testi ^a Post Hoc Bonferroni Test'e göre fark yaratan grup

4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin beslenme boyutunda yer alan maddelere verdikleri yanıtların dağılımı ve her bir maddenin skor ortalaması Tablo 12’de sunulmuştur.

Beslenme alt boyuna ilişkin önermelerden en yüksek ortalama $3,50 \pm 0,87$ ile *‘Kahvaltı yaparım’* maddesine, en düşük ortalama $2,53 \pm 1,09$ ile *‘Şekeri ve tatlıyı kısıyorum’* maddesine aittir. Katılımcıların yarısından fazlası *‘Hergün 6-11 porsiyon ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim’* maddesine düzenli olarak cevabını vermiştir. Her üç kişiden biri düzenli olarak meyve tükettiğini, yarısı da düzenli sebze tükettiğini bildirmiştir. Hergün süt, yoğurt veya peynir tüketimi ile ilgili maddeye katılımcıların yarısı sık sık veya düzenli olarak cevabını vermiştir. Her dört kişiden üçü *‘Hergün et, tavuk, balık, kurubakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim’* maddesine sık sık veya düzenli olarak şeklinde yanıtlamıştır. Araştırma grubunun yarısı gıda paketlerinin üzerindeki etiketleri düzenli okuduğunu bildirmiştir. Dört katılımcıdan üçünün düzenli kahvaltı yapma alışkanlığı vardır. Araştırma grubunun beslenme boyutuna ilişkin toplam skor ortalaması $26,82 \pm 5,44$ ’dür (Tablo 12).

Tablo 12. Araştırma grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin beslenme alt boyutunda yer alan maddelere verdikleri yanıtların dağılımı ve her bir maddenin skor ortalaması

Beslenme ile ilgili maddeler	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak	Ortalama±SS
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim	13,8 (35)	32,4 (82)	21,3 (54)	32,4 (82)	2,72±1,06
Şekeri ve tatlıyı kısıyorum	20,6 (52)	32,0 (81)	20,9 (53)	26,5 (67)	2,53±1,09
Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim	14,2 (36)	17,0 (43)	11,5 (29)	57,3 (145)	3,12±1,14
Hergün 2-4 öğün meyve yerim	19,4 (49)	30,8 (78)	16,2 (41)	33,6 (85)	2,64±1,13
Hergün 3-5 öğün sebze yerim	9,9 (25)	20,9 (53)	18,6 (47)	50,6 (128)	3,10 ±1,05
Hergün 3-4 kezsüt, yoğurt veya peynir yerim	9,1 (23)	37,5 (95)	20,9 (53)	32,4 (82)	2,73 ±1,00
Hergün et,tavuk,balık, kurubakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim	4,3 (11)	17,0 (43)	19,8 (50)	58,9 (149)	3,37 ±0,90
Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum	9,5 (24)	24,1 (61)	15,0 (38)	51,4 (130)	3,08 ±1,06
Kahvaltı yaparım	5,9 (15)	7,9 (20)	13,8 (35)	72,3 (183)	3,50±0,87
Toplam skor					26,82±5,44

Katılımcıların sosyodemografik ve ekonomik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin beslenme alt boyutu ile ilişkisi Tablo 13'de gösterilmiştir.

Yaş grupları arasında beslenme alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ve 45 yaş üstü grubun beslenme puanı diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak yaş ile beslenme puanı arasında çok zayıf korelasyon vardır ($p<0,002$, $r=0,156$). Medeni durum, eğitim durumu, hanede kimlerle yaşadığı, hanede yaşayan kişi sayısı, aylık kişi başı gelir ile beslenme puanı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (Tablo 13). Hanede yaşayan kişi sayısı ile beslenme puanı arasında pozitif yönde zayıf bir korelasyon vardır ($p<0,001$, $r=0,233$). Gelir ile beslenme puanı arasında korelasyon yoktur ($p=0,202$, $r=-0,109$).

Çalışma durumunu yansıtan değişkenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin beslenme alt boyutu ile ilişkisi Tablo 14'de gösterilmiştir. Meslek, istihdam tipi, çalışma biçimi, haftalık çalışma saati ve aylık gece nöbeti sayısı ile beslenme puanı arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Çalışma deneyimi ile beslenme puanı arasında anlamlı bir ilişki vardır ve bu durum birinci ve dördüncü grup arasındaki farktan kaynaklanmaktadır (Tablo 14). Yapılan korelasyon analizlerinde çalışma saati, nöbet sayısı ve çalışma deneyimi ile beslenme puanı arasında korelasyon olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin beslenme alt boyutu ile ilişkisi Tablo 15'te sunulmuştur.

Çalışmada Tablo 15'te görüldüğü gibi herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı, menopozda olma durumu ve çocuk sayısı ile beslenme puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Tablo 13. Sosyodemografik ve ekonomik özelliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin beslenme alt boyutu ile ilişkisi

Bağımsız değişkenler	n	Ortalama±S.S.	Ortanca	En düşük	En yüksek	p değeri
Yaş	18-34	102	26,09±5,53	25,50	12,00	0,019²
	35-44	97	26,54±5,20	27,00	13,00	
	≥ 45 ^a	54	28,68±5,36	29,50	17,00	
Medeni durum	Evli	159	26,55±5,35	27,00	13,00	0,350 ²
	Bekar	94	27,26±5,58	26,00	12,00	
Eğitim durumu	Lise/önlisans	56	26,55±5,20	26,00	16,00	0,512 ²
	Lisans	137	27,17±5,24	28,00	12,00	
	Lisansüstü	60	26,26±6,09	26,50	13,00	
Hanede kimlerle yaşadığı	Yalnız/arkadaş ile	57	27,38±5,56	27,00	12,00	0,393 ¹
	Aile ile	196	26,65±5,40	27,00	13,00	
Hanede yaşayan kişi sayısı	1 kişi	51	27,21±5,61	27,00	12,00	0,772 ²
	2 kişi	60	26,30±6,32	27,50	13,00	
	3 kişi	69	26,59±5,15	27,00	16,00	
	≥ 4	73	27,19±4,83	28,00	17,00	
Aylık kişi başı gelir	< 1300 TL	35	25,88±5,41	26,00	17,00	0,215 ¹
	1301-2500 TL	111	27,46±4,86	28,00	16,00	
	> 2501 TL	107	26,45±5,96	27,00	12,00	

¹ Mann Whitney U testi p değeri ² Kruskal Wallis testi p değeri ^aPost hoc Bonferroni Test'e göre farkı yaratan grup

Tablo 14. Çalışma durumunu yansıtan değişkenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin beslenme alt boyutu ile ilişkisi

Bağımsız değişkenler		n	Ortalama±S.S.	Ortanca	En düşük	En yüksek	p değeri
Meslek	Doktor	57	25,29±5,80	25,00	13,00	36,00	0,077 ²
	Hemşire-ebe	156	27,43±4,95	28,00	17,00	36,00	
	Diğer	40	26,60±6,35	27,00	12,00	36,00	
İstihdam tipi	Kadrolu	243	26,80±5,27	27,00	13,00	36,00	0,496 ³
	Sözleşmeli	10	27,30±9,05	30,50	12,00	36,00	
Çalışma biçimi	Sürekli gündüz	74	26,16±5,69	26,00	12,00	36,00	0,563 ³
	Sürekli gece	10	27,10±6,04	24,50	21,00	36,00	
	Gündüz + nöbet	169	27,09±5,30	28,00	13,00	36,00	
Haftalık çalışma saati	30-40 saat	141	27,09±5,74	28,00	12,00	36,00	0,386 ²
	41-50 saat	54	26,27±5,15	26,00	18,00	36,00	
	≥ 51 saat	58	26,65±4,97	26,50	17,00	36,00	
Çalışma deneyimi	0-4 yıl ^a	55	25,25±5,38	25,00	12,00	36,00	0,041 ²
	5-9 yıl	43	26,27±5,62	25,00	16,00	36,00	
	10-19 yıl	76	27,18±5,47	28,00	13,00	36,00	
	≥ 20 yıl ^a	79	27,86±5,15	28,00	17,00	36,00	
Aylık gece nöbeti sayısı	Hiç nöbet tutmayan	74	26,16±5,69	26,00	12,00	36,00	0,638 ¹
	1-3 nöbet	41	27,34±5,60	28,00	13,00	36,00	
	4-5 nöbet	60	27,15±4,88	27,00	18,00	36,00	
	≥ 6 nöbet	78	26,92±5,55	27,50	15,00	36,00	

¹ Anova testi p değeri ² Kruskal Wallis testi p değeri ³ Mann Whitney U testi p değeri ^a Bonferroni Test'e göre farkı yaratan grup

Tablo 15. Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarınınin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin beslenme alt boyutu ile ilişkisi

Bağımsız değişkenler		n	Ortalama±S.S.	Ortanca	En düşük	En yüksek	p değeri
Herhangi bir kronik hastalık varlığı	Var	117	27,01±5,44	27,00	15,00	36,00	0,633 ²
	Yok	136	26,65±5,45	26,00	12,00	36,00	
Sağlık algısı	Mükemmel- çok iyi- iyi	232	26,90±5,49	27,00	12,00	36,00	0,398 ²
	Kötü- çok kötü	21	25,95±4,85	26,00	15,00	36,00	
Menopoz	Menopozda	28	27,82±5,49	28,50	17,00	36,00	0,323 ²
	Menopozda değil	225	26,69±5,43	27,00	12,00	36,00	
Çocuk sayısı	Çocuk yok	99	26,93±5,73	27,00	12,00	36,00	0,066 ¹
	Tek çocuk	79	25,84±5,04	26,00	16,00	36,00	
	≥ 2 çocuk	75	27,69±5,36	29,00	13,00	36,00	

¹ Kruskal Wallis testi p değeri

² Mann Whitney U testi p değeri

Araştırma grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin fiziksel aktivite boyutunda yer alan maddelere verdikleri yanıtların dağılımı ve her bir maddenin skor ortalaması Tablo 16'de sunulmuştur.

Fiziksel aktivite alt boyutuna ilişkin önermelerden en yüksek ortalama $2,90 \pm 1,13$ ile '*Günlük işler sırasında egzersiz yaparım*' maddesine, en düşük ortalama $1,79 \pm 1,10$ ile '*Boş zamanlarımda yüzme, dans, bisiklet binme gibi eğlendirici fiziksel aktiviteler yaparım*' maddesine aittir. '*Haftada en az 3 kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreyle egzersiz yaparım*' ve '*Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım yürürüm*' maddelerine her üç kişiden biri hiç bir zaman yanıtını vermiştir. Katılımcıların yarısından fazlası hiçbir zaman kas güçlendirici egzersiz yapmadığını bildirmiştir. Araştırma grubunun yarısından fazlası egzersiz esnasında nabız ve kalp atımını hiçbir zaman kontrol etmemektedir. Katılımcıların sadece %23,7'lik kısmı düzenli egzersiz programı olduğunu ifade etmiştir. Araştırma grubunun fiziksel aktivite boyutuna ilişkin toplam skor ortalaması $17,00 \pm 7,21$ 'dir (Tablo 16).

Tablo 16. Araştırma grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyutunda yer alan maddelere verdikleri yanıtların dağılımı ve her bir maddenin skor ortalaması

Fiziksel aktivite ile ilgili maddeler	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak	Ortalama±SS
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Haftada en az 3 kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreyle egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklet binme, aerobik, dans gibi)	36,0 (91)	27,7 (70)	12,3 (31)	24,1 (61)	2,25±1,18
Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm)	35,2 (89)	28,9 (73)	12,6 (32)	23,3 (59)	2,24±1,16
Boş zamanlarımda yüzme, dans, bisiklet binme gibi eğlendirici fiziksel aktiviteler yaparım	57,3 (145)	21,3 (54)	5,9 (15)	15,4 (39)	1,79±1,10
Haftada en az 3 kez kas güçlendirme egzersizleri yaparım	55,3 (140)	21,3 (54)	7,5 (19)	15,8 (40)	1,84±1,11
Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	16,6 (42)	19,8 (50)	20,6 (52)	43,1 (109)	2,90±1,13
Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim	55,3 (140)	16,6 (42)	11,1 (28)	17,0 (43)	1,90±1,15
Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım	(58,5) 148	(16,2) 41	7,9 20	17,4 (44)	1,88±1,15
Düzenli bir egzersiz programı yaparım	34,4 (87)	30,4 (77)	11,5 (29)	23,7 (60)	2,25±1,13
Toplam skor					17,00±7,21

Araştırma grubunun sosyodemografik ve ekonomik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyutu ile ilişkisi Tablo 17’de gösterilmiştir.

Yaş grupları, eğitim durumu, hanede kimlerle yaşadığı, hanede yaşayan kişi sayısı, aylık kişi başı gelir ile fiziksel aktivite puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Medeni durum ile fiziksel aktivite puanı arasında anlamlı bir ilişki vardır ve bekarların puanı daha yüksektir (Tablo 17). Yapılan korelasyon analizlerinde de yaş, hanede yaşayan kişi sayısı, kişi başı gelir ile fiziksel aktivite puanı arasında korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırma grubunun çalışma durumunu yansıtan değişkenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyutu ile ilişkisi Tablo 18’de sunulmuştur.

Meslek, çalışma biçimi, haftalık çalışma saati, çalışma deneyimi, aylık gece nöbeti sayısı ile fiziksel aktivite puanı arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. İstihdam tipi açısından sözleşmeli çalışanların fiziksel aktivite puan ortalaması kadrolu çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur ve anlamlı bir fark vardır (Tablo 18). Çalışma durumu ilişkin sayısal değişkenler ile fiziksel aktivite puanı arasında korelasyon yoktur ($p>0,05$).

Araştırma grubunun herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyutu ile ilişkisi Tablo 19’de gösterilmiştir.

Herhangi bir kronik herhangi bir kronik hastalık varlığı, menopoz durumu ve çocuk sayısı ile fiziksel aktivite puanı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Sağlık algısı mükemmel-çok iyi-iyi olanların kötü-çok kötü olanlara göre fiziksel aktivite puanı daha yüksek bulunmuştur ve anlamlı bu fark anlamlıdır (Tablo 19).

Tablo 17. Araştırma grubunun sosyodemografik ve ekonomik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyutu ile ilişkisi

Bağımsız değişkenler		n	Ortalama±S.S.	Ortanca	Minimum	Maximum	p değeri
Yaş	18-34	102	17,32±7,28	15,50	8,00	32,00	0,097 ¹
	35-44	97	15,83±6,77	15,00	8,00	32,00	
	≥ 45	54	18,50±7,60	16,50	8,00	32,00	
Medeni durum	Evli	159	16,07±6,74	14,00	8,00	32,00	0,013¹
	Bekar	94	18,57±7,72	17,00	8,00	32,00	
Eğitim durumu	Lise/önlisans	56	16,30±5,96	15,00	8,00	32,00	0,524 ¹
	Lisans	137	17,64±7,75	16,00	8,00	32,00	
	Lisansüstü	60	16,20±6,94	14,50	8,00	32,00	
Hanede kimlerle yaşadığı	Yalnız/arkadaş ile	57	18,42±7,82	16,00	8,00	32,00	0,139 ²
	Aile ile	196	16,59±6,98	15,00	8,00	32,00	
Hanede yaşayan kişi sayısı	1 kişi	51	17,72±7,92	16,00	8,00	32,00	0,889 ¹
	2 kişi	60	16,81±7,05	16,00	8,00	32,00	
	3 kişi	69	17,23±7,40	15,00	8,00	32,00	
	≥ 4	73	16,43±6,71	15,00	8,00	32,00	
Aylık kişi başı gelir	< 1300 TL	35	18,48±7,22	18,00	8,00	32,00	0,351 ¹
	1301-2500 TL	111	16,42±6,75	15,00	8,00	32,00	
	> 2501 TL	107	17,12±7,64	15,00	8,00	32,00	

¹ Kruskal Wallis testi p değeri

² Mann Whitney U testi p değeri

Tablo 18. Çalışma durumunu yansıtan değişkenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyutu ile ilişkisi

Bağımsız değişkenler		n	Ortalama±S.S.	Ortanca	En düşük	En yüksek	p değeri
Meslek	Doktor	57	16,54±6,97	16,00	8,00	32,00	0,524 ¹
	Hemşire-ebe	156	17,50±7,41	15,50	8,00	32,00	
	Diğer	40	15,72±6,69	14,00	8,00	31,00	
İstihdam tipi	Kadrolu	243	16,80±7,12	15,00	8,00	32,00	0,048 ²
	Sözleşmeli	10	21,80±7,95	22,50	10,00	32,00	
Çalışma biçimi	Sürekli gündüz	74	17,12±6,98	15,00	8,00	32,00	0,361 ²
	Sürekli gece	10	15,80±7,22	16,50	8,00	25,00	
	Gündüz + nöbet	169	17,02±7,34	15,00	8,00	32,00	
Haftalık çalışma saati	30-40 saat	141	17,75±7,57	16,00	8,00	32,00	0,237 ¹
	41-50 saat	54	16,31±7,05	15,00	8,00	32,00	
	≥ 51 saat	58	15,82±6,29	15,00	8,00	32,00	
Çalışma deneyimi	0-4 yıl	55	17,90±6,84	17,00	8,00	32,00	0,270 ¹
	5-9yıl	43	16,93±7,48	14,00	8,00	32,00	
	10-19 yıl	76	15,90±7,17	14,00	8,00	32,00	
	≥ 20 yıl	79	17,46±7,34	16,00	8,00	32,00	
Aylık gece nöbeti sayısı	Hiç nöbet tutmayan	74	17,12±6,98	15,00	8,00	32,00	0,688 ¹
	1-3 nöbet	41	16,80±6,61	16,00	8,00	32,00	
	4-5 nöbet	60	17,91±7,93	15,50	8,00	32,00	
	≥ 6 nöbet	78	16,29±7,18	15,00	8,00	32,00	

¹ Kruskal Wallis testi p değeri

² Mann Whitney U testi p değeri

Tablo 19. Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarınınin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyutu ile ilişkisi

Bağımsız değişkenler		n	Ortalama±S.S.	Ortanca	En düşük	En yüksek	p değeri
Herhangi bir kronik hastalık varlığı	Hastalık var	117	16,37±6,48	15,00	8,00	32,00	0,427 ¹
	Hastalık yok	136	17,54±7,76	16,00	8,00	32,00	
Sağlık algısı	Mükemmel- çok iyi- iyi	232	17,27±7,14	16,00	8,00	32,00	0,018¹
	Kötü- çok kötü	21	14,04±7,48	12,00	8,00	32,00	
Menopoz	Menopozda	28	19,03±8,04	15,00	8,00	32,00	0,166 ¹
	Menopozda değil	225	16,75±7,07	15,00	8,00	32,00	
Çocuk sayısı	Çocuk yok	99	17,57±7,34	16,00	8,00	32,00	0,577 ²
	Tek çocuk	79	16,50±7,51	14,00	8,00	32,00	
	≥ 2 çocuk	75	16,77±6,72	15,00	8,00	32,00	

¹ Mann Whitney U testi p değeri ² Kruskal Wallis testi p değeri

Araştırma grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin stres boyutunda yer alan maddelere verdikleri yanıtların dağılımı ve her bir maddenin skor ortalaması Tablo 20’de sunulmuştur.

Stres alt boyutuna ilişkin önermelerden en yüksek ortalama $3,00 \pm 0,90$ ile ‘*Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim*’ maddesine, en düşük ortalama $1,84 \pm 0,91$ ile ‘*Kendimi yorulmaktan korurum*’ maddesine aittir. Her üç kişiden biri düzenli uyuduğunu, hergün rahatlamak için kendine zaman ayırdığını bildirmiştir. ‘*Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm*’ maddesine her üç kişiden biri bazen şeklinde cevaplamıştır. Katılımcıların yarısı stresini kontrol edebilmek için uygun yöntemleri sık sık veya düzenli olarak kullandığını bildirmiştir. Araştırma grubundan her üç kişiden ikisi ‘*İş ve eğlence zamanımı dengelerim*’ maddesine bazen veya düzenli olarak yanıtını vermiştir. Katılımcıların stres yönetimi boyutuna ilişkin toplam skor ortalaması $21,31 \pm 5,10$ ’dur (Tablo 20).

Tablo 20. Araştırma grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin stres yönetimi alt boyutunda yer alan maddelerden aldıkları puanların frekansı, ortalama ve standart sapma değerleri

Stres yönetimi ile ilgili maddeler	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak	Ortalama±SS
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Yeterince uyurum	22,1 (56)	22,5 (57)	19,4 (49)	36,0 (91)	2,69±1,17
Hergün rahatlamak için zaman ayırırım	17,4 44	37,5 (95)	11,5 (29)	33,6 (85)	2,61±1,12
Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim	4,0 (10)	28,5 (72)	30,8 (78)	36,8 (93)	3,00±0,90
Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm	5,5 (14)	32,8 (83)	30,0 (76)	31,6 (80)	2,88±0,92
Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım	8,7 (22)	29,2 (74)	32,4 (82)	29,6 (75)	2,83±0,95
İş ve eğlence zamanımı dengelerim	12,6 (32)	31,6 (80)	24,1 (61)	31,6 (80)	2,75±1,03
Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım	19,4 (49)	27,3 (69)	16,2 (41)	37,2 (94)	2,71±1,15
Kendimi yorulmaktan korurum	43,1 (109)	37,9 (96)	11,1 (28)	7,9 (20)	1,84±0,91
Toplam skor					21,31±5,10

Araştırma grubunun sosyodemografik ve ekonomik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin stres yönetimi alt boyutu ile ilişkisi Tablo 21’de sunulmuştur.

Yaş ile stres yönetimi puanı arasında anlamlı bir ilişki vardır; ve bu ilişki 45 yaş üstü gruptan kaynaklanmaktadır. Yapılan korelasyon analizlerinde yaş ile stres yönetimi puanı arasında çok zayıf yönde korelasyon saptanmıştır ($p<0,002$, $r=0,192$). Bekarların evlilere göre, kişi başı aylık geliri 1301 ve üzerinde olanların diğerlerine göre stres yönetim puanı yüksek bulunmuştur. Yapılan korelasyon analizlerinde gelir ile stres yönetimi arasında korelasyon olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Eğitim durumu, hanede kimlerle yaşadığı, hanede yaşayan kişi sayısı ile stres yönetimi puanı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (Tablo 21). Hanede yaşayan kişi sayısı ile stres yönetimi puanı arasında negatif yönde çok zayıf bir korelasyon vardır ($p<0,044$ $r=-127$).

Araştırma grubunun çalışma durumunu yansıtan değişkenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin stres yönetimi alt boyutu ile ilişkisi tablo 22’de gösterilmiştir.

Meslek grupları, istihdam tipi, çalışma biçimleri, haftalık çalışma saatleri, çalışma deneyimleri, aylık gece nöbeti sayıları ile stres yönetimi puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo 22). Yapılan korelasyon analizlerinde çalışma deneyimi ile stres yönetimi arasında çok zayıf bir korelasyon gözlenmiştir ($p=0,010$, $r=162$). Çalışma saati ve nöbet sayısı ile stres yönetimi puanı arasında korelasyon yoktur ($p>0,05$).

Araştırma grubunun herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin stres yönetimi alt boyutu ile ilişkisi Tablo 23’te sunulmuştur.

Herhangi bir kronik hastalık varlığı, menopoz durumu ve çocuk sayısı ile stres yönetimi puanı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Sağlık algısı mükemmel-çok iyi-iyi olanların kötü-çok kötü olanlara göre stres yönetimi puanı daha yüksek bulunmuştur(Tablo 23).



Tablo 21. Araştırma grubunun sosyodemografik ve ekonomik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin stres yönetimi alt boyutu ile ilişkisi

Bağımsız değişkenler		n	Ortalama±S.S.	Ortanca	En düşük	En yüksek	p değeri
Yaş	18-34	102	20,53±5,05	20,00	9,00	31,00	0,003¹
	35-44	97	20,93±4,86	21,00	10,00	32,00	
	≥ 45 ^a	54	23,44±5,13	23,00	12,00	32,00	
Medeni durum	Evli	159	20,61±5,16	21,00	9,00	32,00	0,007¹
	Bekar	94	22,50±4,78	22,00	13,00	32,00	
Eğitim durumu	Lise/önlisans	56	21,39±5,53	21,00	9,00	31,00	0,679 ¹
	Lisans	137	21,05±5,02	21,00	10,00	32,00	
	Lisansüstü	60	21,83±4,89	21,50	12,00	32,00	
Hanede kimlerle yaşadığı	Yalnız/arkadaş ile	57	22,54±4,78	22,00	15,00	32,00	0,061 ²
	Aile ile	196	20,95±5,14	21,00	9,00	32,00	
Hanede yaşayan kişi sayısı	1 kişi	51	22,54±4,80	22,00	15,00	32,00	0,164 ¹
	2 kişi	60	21,28±5,12	21,00	12,00	32,00	
	3 kişi	69	21,49±5,38	21,00	9,00	32,00	
	≥ 4	73	20,30±4,90	20,00	10,00	30,00	
Aylık kişi başı gelir	< 1300 TL	35	18,97±4,85	18,00	11,00	29,00	0,008¹
	1301-2500 TL	111	21,54±5,17	21,00	9,00	31,00	
	> 2501 TL	107	21,83±4,93	22,00	10,00	32,00	

¹ Kruskal Wallis testi p değeri ² Mann Whitney U testi p değeri ³ Post Hoc Bonferroni Test'e göre fark yaratan grup

Tablo 22. Çalışma durumunu yansıtan değişkenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin stres yönetimi alt boyutu ile ilişkisi

Bağımsız değişkenler		n	Ortalama±S.S.	Ortanca	En düşük	En yüksek	p değeri
Meslek	Doktor	57	21,35±5,08	21,00	10,00	32,00	0,977 ³
	Hemşire-ebe	156	21,26±5,00	21,00	9,00	32,00	
	Diğer	40	21,45±5,60	21,50	12,00	32,00	
İstihdam tipi	Kadrolu	243	21,26±5,12	21,00	9,00	32,00	0,356 ³
	Sözleşmeli	10	22,50±4,67	22,00	13,00	29,00	
Çalışma biçimi	Sürekli gündüz	74	20,60±5,16	21,00	10,00	32,00	0,165 ³
	Sürekli gece	10	22,10±4,74	21,00	17,00	31,00	
	Gündüz + nöbet	169	21,57±5,09	21,00	9,00	32,00	
Haftalık çalışma saati	30-40 saat	141	21,59±5,24	21,00	9,00	32,00	0,581 ²
	41-50 saat	54	20,79±5,16	22,00	11,00	30,00	
	≥ 51 saat	58	21,10±4,73	20,00	13,00	31,00	
Çalışma deneyimi	0-4 yıl	55	20,74±4,67	20,00	13,00	30,00	0,977 ¹
	5-9yıl	43	20,13±5,81	19,00	9,00	31,00	
	10-19 yıl	76	21,07±4,51	21,00	13,00	32,00	
	≥ 20 yıl	79	22,56±5,34	22,00	10,00	32,00	
Aylık gece nöbeti sayısı	Hiç nöbet tutmayan	74	20,60±5,16	21,00	10,00	32,00	0,063 ²
	1-3 nöbet	41	23,12±4,21	22,00	15,00	32,00	
	4-5 nöbet	60	20,78±5,56	20,00	9,00	32,00	
	≥ 6 nöbet	78	21,43±4,95	21,00	11,00	31,00	

¹ Anova testi p değeri

² Kruskal Wallis testi p değeri

³ Mann Whitney U testi p değeri

Tablo 23. Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin stres yönetimi alt boyutu ile ilişkisi

Bağımsız değişkenler		n	Ortalama±S.S.	Ortanca	En düşük	En yüksek	p değeri
Herhangi bir kronik hastalık varlığı	Hastalık var	117	21,17±4,74	21,00	9,00	31,00	0,084 ¹
	Hastalık yok	136	21,43±5,40	21,00	10,00	32,00	
Sağlık algısı	Mükemmel- çok iyi- iyi	232	21,62±4,93	21,00	10,00	32,00	0,003³
	Kötü- çok kötü	21	17,85±5,79	18,00	9,00	30,00	
Menopoz	Menopozda	28	22,78±5,40	22,50	12,00	32,00	0,098 ³
	Menopozda değil	225	21,12±5,04	21,00	9,00	32,00	
Çocuk sayısı	Çocuk yok	99	22,07±4,74	22,00	12,00	32,00	0,115 ²
	Tek çocuk	79	20,59±5,47	21,00	9,00	32,00	
	≥ 2 çocuk	75	21,06±5,09	21,00	10,00	31,00	

¹Bağımsız gruplarda t testi

²Kruskal Wallis testi p değeri

³Mann Whitney U testi p değeri

Katılımcıların sigara ve alkol kullanımlarına göre dağılımları Tablo 24'te verilmiştir.

Tablo 24. Araştırma grubunun sigara ve alkol kullanımlarına göre dağılımı

Değişkenler		n	%
Sigara	Yaşamı boyunca hiç kullanmamış	148	58,5
	Düzenli içen	58	22,9
	Bırakmış	28	11,1
	Seyrek içen	19	7,5
	Hiç kullanmıyor	138	54,5
Alkol	Riskli içici değil	111	43,9
	Riskli içici	4	1,6
Toplam		253	100,0

Araştırma grubunun %22,9'unun düzenli; %7,5'inin seyrek/arasıra olarak sigara içtiği saptanmıştır (Tablo 24). Halen sigara içenlerin %68,8'i sigara bırakma deneyiminin bulunduğunu belirtmiştir. Grubun yarısından fazlası yaşamı boyunca hiç sigara içmemiştir. Alkol kullanımı açısından 4 kişi riskli içici olarak saptanmıştır.

4.4. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Aşılar

Sağlık çalışanlarının hepatit A, B, KKK, su çiçeği, tetanoz ve grip aşılarını yaptırma durumlarına ilişkin veriler Tablo 25'te gösterilmiştir.

Tablo 25. Araştırma grubunun aşılanma durumlarına göre dağılımı

Aşı		n	%
Hepatit A	Tam aşıli	53	20,9
	Aşılanmamış	86	34,0
	Eksik aşıli	2	0,8
	Hastalığı geçirmiş /Doğal bağışık	112	44,3
Hepatit B	Tam aşıli	208	82,2
	Aşılanmamış	13	5,2
	Eksik aşıli	9	3,6
	Doğal bağışık	20	7,9
	Taşıyıcı	3	1,2
KKK	Tam aşıli	93	36,8
	Aşılanmamış	58	22,9
	Eksik aşıli	3	1,2
	Hastalığı geçirmiş	99	39,1
Su Çiçeği	Tam aşıli	47	18,6
	Aşılanmamış	61	24,1
	Eksik aşıli	3	1,2
	Hastalığı geçirmiş	142	56,1
Tetanoz	Tam aşıli	182	71,9
	Aşılanmamış	28	11,1
	Eksik aşıli	43	17,0
Grip Aşısı	Aşıli	25	9,9
	Aşılanmamış	227	89,7
	Alerji nedeniyle yapılamamış	1	0,4
Toplam		253	100,0

Her üç katılımcıdan biri hepatit A'ya karşı aşılanmamıştır. Aşılanma sıklığının en yüksek olduğu aşı hepatit B aşısı olup; grubun %90,1'i tam aşıllı veya doğal bağışık olduğunu belirtmiştir. Üç kişi Hepatit B taşıyıcısıdır. Her dört kişiden üçü kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı olduğunu veya hastalığı geçirdiğini söylemiştir. Suçiçeğine karşı her dört kişiden biri aşılanmadığını bildirmiştir. Tetanoza karşı her dört kişiden biri aşılanmamış veya eksik aşılanmıştır. Araştırma grubunda aşılanma sıklığının en az olduğu aşı grip aşısı olup, grubun %9,9'u son bir yılda grip aşısı yaptırdığını bildirmiştir (Tablo 25).

4.5. Sağlık Taramalarına Katılım Düzeyi

Kalp hastalığı açısından katılımcıların %76,3'ü, yani 193 kişi hipertansiyon, obezite ve ailede kalp hastalığı olma risk faktörlerinden en az birine sahiptir. Diyabet açısından araştırma grubunun %68,3'ü, yani 173 katılımcı şişmanlık, gestasyonel diyabet veya 4.1 kg üstü bebek doğurma öyküsü, polikistik over öyküsü, hipertansiyon, hiperlipidemi, kardiyovasküler hastalığı olma, ailede diyabet öyküsü yada 45 yaş üstünde olma risk faktörlerinden en az birini taşımaktadır. Katılımcıların %71,9'u, yani 182 kişi tiroid hastalıkları açısından ailede kalp hastalığı öyküsü veya 35 yaş üstünde olma risk faktörlerinden en az birini taşıdığını bildirmiştir.

Kalp hastalığı, diyabet, tiroid hastalıkları açısından bahsedilen risk grubunda olduğunu bildiren katılımcılar ve hipertansiyon açısından da tüm katılımcıların ilgili tarama testlerini yaptırma durumlarına göre dağılımı tablo 26'da sunulmuştur.

Tablo 26. Katılımcıların risk altında bulundukları kronik hastalıklar açısından tarama testi yaptıırma durumlarına göre dağılımları

Hastalık	Test Yaptırma Durumu	n	%
Kalp Hastalığı	Test yaptırmış	182	94,3
	Test yaptırmamış	11	5,7
	Risk altındaki bireyler	193	100,0
Diyabet	Test yaptırmış	171	98,2
	Test yaptırmamış	2	1,2
	Risk altındaki bireyler	173	100,0
Tiroid Hastalıkları	Test yaptırmış	175	96,2
	Test yaptırmamış	7	3,8
	Risk altındaki bireyler	182	100,0
Hipertansiyon	Tansiyon ölçümü yaptırmış	242	95,7
	Tansiyon ölçümü yaptırmamış	11	4,4
Toplam		253	100,0

Kalp hastalığı açısından risk grubunda olanların %94,3'ü son bir yıl içinde kanda lipid taraması testlerini yaptırdığını bildirmiştir. Diyabet açısından risk grubunda olanların %98,8'i son üç yıl içinde kan glikozu, OGTT veya HbA1c testlerinden birini yaptırmıştır. Tiroid hastalıkları açısından risk grubunda olanların %96,2'si son beş yıl içinde kanda tiroid fonksiyon testlerini yaptırdığını bildirmiştir. Hipertansiyon açısından her

erişkinin yılda en az bir kez yaptırmayı gereken tansiyon ölçümünü katılımcıların %95,7'si yaptırdığı sonucuna ulaşmıştır.

Araştırmada meme kanseri taraması ile ilgili olarak tüm kadınların her ay kendi kendine meme muayesi yapma (KKMM) ve son iki yılda klinik meme muayenesi (KMM) yaptırmayı durumları sorgulanmıştır. Mamografi taraması için 40 yaş üstü, serviks kanseri taraması için 30 yaş üstü, kolorektal kanser taraması için ise 50 yaş üstü katılımcıların gerekli testleri yaptırmayı yaptırmadıkları sorgulanmıştır. Katılımcıların risk altında bulundukları yaş gruplarına göre meme, serviks, kolorektal kanser taramalarına katılım durumlarına ilişkin yüzde değerleri tablo 27’de sunulmuştur.

Tablo 27. Katılımcıların meme, serviks, kolorektal kanser taramalarına katılım durumları

Taramalar	TestYaptırma Durumu	n	%
Meme Kanseri Taraması	KKMM yapıyor	148	58,5
	KKMM yapmıyor	105	41,5
	Toplam	253	100,0
	KMM yaptırmış	91	36,0
	KMM yaptırmamış	162	64,0
	Toplam	253	100,0
	Mamografi çekti	47	49,0
	Mamografi çekmedi	49	51,0
	Toplam ¹	96	100,0
Serviks Kanseri Taraması	Pap smear testi yaptırmış	110	59,5
	Pap smear testi yaptırmamış	75	40,5
	Toplam ²	185	100,0
Kolorektal Kanseri Taraması	Dışkıda gizli kan yaptırmış	9	33,3
	Dışkıda gizli kan yaptırmamış	18	66,7
	Toplam ³	27	100,0

¹ 40 yaş üstü katılımcılar, ² 30 yaş üstü katılımcılar, ³ 50 yaş üstü katılımcılar

Meme kanseri taraması ile ilgili olarak tablo 27’de görüldüğü gibi araştırma grubunun %41,5’inin KKMM’yi yapmadığı, %64’ünün son iki yılda KMM yaptırmadığı, 40 yaş üstü katılımcıların yarısının mamografi çekmediği saptanmıştır. Çalışmada 30 yaş üstü kişilerin %40,5’i serviks kanseri taraması için pap smear testi yaptırmamıştır. Kolorektal kanser taraması için 50 yaş üstü her üç katılımcıdan ikisi dışkıda gizli kan baktırmadığını bildirmiştir.

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre her ay KKMM yapma ve son iki yılda KMM yaptırma durumları arasındaki ilişki Tablo 28’de gösterilmiştir.

Yaş grupları, eğitim durumu ve meslek ile KKMM yaptırma durumu arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Yaş ile birlikte KMM yaptırma yüzdelerinin arttığı gözlenmektedir. Evlilerin KMM yaptırma yüzdeleri bekarlara göre daha yüksektir. Eğitim durumu ve meslek ile son iki yılda KMM yaptırma arasında anlamlı ilişki yoktur (Tablo 28).

Çalışma durumunu yansıtan değişkenlere göre KKMM yapma ve son iki yılda KMM yaptırma arasındaki ilişki Tablo 29’da sunulmuştur.

İstihdam tipi, çalışma biçimi, haftalık çalışma saati, çalışma deneyimi ve aylık gece nöbeti sayısı ile her ay KKMM yapma arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. İstihdam tipi, çalışma biçimi, haftalık çalışma saati ve aylık gece nöbeti sayısı ile son iki yılda KMM yaptırma arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Çalışma deneyimi ile birlikte KMM yaptırma yüzdelerinin arttığı gözlenmektedir ve bu anlamlı ilişki 20 yıl ve üzeri deneyimi olan gruptan kaynaklanmaktadır (Tablo 29).

Katılımcıların herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumları ile KKMM yapma ve KMM yaptırmaları ile ilişkisi Tablo 30'da gösterilmiştir.

Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve menopoz durumu ile her ay KKMM yaptırma arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Çocuk sayısı ile her ay KKMM yapma arasında anlamlı bir ilişki vardır ve bu fark çocuğu olmayanlar ile iki ve üstü çocuğu olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Herhangi bir kronik hastalığı olanların olmayanlara göre KMM yaptırma yüzdesi daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Menopozda olanların olmayanlara göre, çocuk sayısı iki ve üstü olanların diğerlerine göre KMM yaptırma yüzdeleri daha yüksektir. Çocuk sayısı ile KMM arasındaki farklılık çocuğu olmayan gruptan kaynaklanmıştır. Sağlık algısı ile KMM arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 30).

Tablo 28. Sosyodemografik özelliklerin KKMM yapma ve KMM yaptıрма ile ilişkisi

Değişkenler		n	KKMM		İstatistiksel analiz	KMM		İstatistiksel analiz
			Yapıyor % (n)	Yapmıyor % (n)		Yaptırmış % (n)	Yaptırmamış % (n)	
Yaş	18-34	102	51 (52)	49 (50)	$\chi^2 = 4,189$ $p = 0,123$	19,6 ^a (20)	80,4 (82)	$\chi^2 = 25,330$ $p = 0,000$
	35-44	97	64,9 (63)	35,1 (34)		40,2 ^a (39)	59,8 (58)	
	≥ 45	67	61,1 (33)	35,1 (34)		59,3 ^a (32)	40,7 (22)	
Medeni durum	Evli	159	64,2 (102)	35,8 (57)	$\chi^2 = 5,633$ $p = 0,018$	40,9 (65)	59,1 (94)	$\chi^2 = 4,483$ $p = 0,034$
	Bekar	94	48,9 (46)	51,1 (48)		27,7 (26)	72,3 (68)	
Eğitim durumu	Lise/önlisans	56	64,3 (36)	35,7 (20)	$\chi^2 = 1,070$ $p = 0,586$	39,3 (22)	60,7 (34)	$\chi^2 = 0,754$ $p = 0,686$
	Lisans	133	56,2 (77)	43,8 (60)		33,6 (46)	66,4 (91)	
	Lisansüstü	60	58,3 (35)	41,7 (25)		38,3 (23)	61,7 (37)	
Meslek	Doktor	57	47,4 (27)	52,6 (30)	$\chi^2 = 5,519$ $p = 0,063$	24,6 (14)	75,4 (43)	$\chi^2 = 5,629$ $p = 0,060$
	Hemşire-ebe	156	64,1 (100)	35,9 (56)		37,2 (58)	62,8 (98)	
	Diğer	40	52,5 (21)	47,5 (19)		47,5 (19)	52,5 (21)	

Kikare testi uygulanmıştır.^a Post Hoc Bonferroni Test'e göre farkı yaratan grup

Tablo 29. Çalışma durumunu yansıtan değişkenlerin KKMM yapma ve KMM yaptıрма ile ilişkisi

Değişkenler		n	KKMM		İstatistiksel analiz	KMM		İstatistiksel analiz
			Yapıyor % (n)	Yapmıyor % (n)		Yaptırmış % (n)	Yaptırmamış % (n)	
İstihdam tipi	Kadrolu	243	59,3 (144)	40,7 (99)	p= 0,327	37 (90)	63 (153)	p= 0,100
	Sözleşmeli	10	40 (4)	60 (6)		10 (1)	90 (9)	
Çalışma biçimi	Sürekli gündüz	74	51,4 (38)	48,6 (36)	x ² = 2,210 p= 0,331	39,2 (29)	60,8 (45)	x ² = 3,263 p= 0,196
	Sürekli gece	10	60 (6)	40 (4)		10 (1)	90 (9)	
	Gündüz + nöbet	169	61,5 (104)	38,5 (65)		36,1 (61)	63,9 (108)	
Haftalık çalışma saati	30-40 saat	141	58,2 (82)	41,8 (59)	x ² = 0,115 p= 0,944	36,9 (52)	63,1 (89)	x ² = 4,307 p= 0,116
	41-50 saat	54	57,4 (31)	42,6 (23)		44,4 (24)	55,6 (30)	
	≥ 51 saat	58	60,3 (35)	39,7 (23)		25,9 (15)	74,1 (43)	
Çalışma deneyimi	0-4 yıl	55	47,3 (26)	52,7 (29)	x ² = 6,016 p= 0,111	12,7 (7)	87,3 (48)	x ² = 30,748 p= 0,000
	5-9yıl	43	58,1 (25)	41,9 (18)		32,6 (14)	67,4 (29)	
	10-19 yıl	76	68,4 (52)	31,6 (24)		31,6 (24)	68,4 (52)	
	≥ 20 yıl	79	57 (45)	43 (34)		58,2 ^a (46)	41,8 (33)	
Aylık gece nöbeti sayısı	Hiç nöbet tutmayan	74	51,4 (38)	48,6 (36)	x ² = 3,655 p= 0,301	39,2 (29)	60,8 (45)	x ² = 3,852 p= 0,278
	1-3 nöbet	41	65,9 (27)	34,1 (14)		46,3 (19)	53,7 (22)	
	4-5 nöbet	60	65 (39)	35 (21)		33,3 (20)	66,7 (40)	
	≥ 6 nöbet	77	56,4 (44)	43,6 (34)		29,5 (23)	70,5 (55)	

Kikare testi uygulanmıştır.^a Post Hoc Bonferroni Test'e göre farkı yaratan grup

Tablo 30. Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarının KKMM yapma ve KMM yaptırmaya ile ilişkisi

Değişkenler		n	KKMM		İstatistiksel analiz	KMM		İstatistiksel analiz
			Yapıyor % (n)	Yapmıyor % (n)		Yaptırmış % (n)	Yaptırmamış % (n)	
Herhangi bir kronik hastalık varlığı	Hastalık var	117	59 (69)	41 (48)	$\chi^2= 0,020$ $p= 0,887$	42,7 (50)	57,3 (67)	$\chi^2= 4,327$ $p= 0,038$
	Hastalık yok	136	58,1 (79)	41,9 (57)		30,1 (41)	69,9 (95)	
Sağlık algısı	Mükemmel- çok iyi- iyi	232	57,3 (133)	42,7 (99)	$\chi^2= 1,050$ $p= 0,306$	35,8 (83)	64,2 (149)	$\chi^2= 0,000$ $p= 1,000$
	Kötü- çok kötü	21	71,4 (15)	28,6 (6)		38,1 (8)	61,9 (13)	
Menopoz	Menopozda	28	67,9 (19)	32,1 (9)	$\chi^2= 0,744$ $p= 0,388$	64,3 (18)	35,7 (10)	$\chi^2= 9,623$ $p= 0,002$
	Menopozda değil	225	57,3 (129)	42,7 (96)		32,4 (73)	67,6 (152)	
Çocuk sayısı	Çocuk yok	99	46,5 ^a (46)	53,5 (53)	$\chi^2= 10,279$ $p= 0,006$	23,2 ^b (23)	76,8 (76)	$\chi^2= 12,393$ $p= 0,002$
	Tek çocuk	79	63,3 (50)	36,7 (29)		40,5 (32)	59,5 (47)	
	≥ 2 çocuk	253	58,5 ^a (148)	41,5 (105)		48 (36)	52 (39)	

Kikare testi uygulanmıştır.^a Post Hoc Bonferroni Test'e göre farkı yaratan grup

Mamografi çekirme durumu için katılımcılardan sadece 40 yaş üstü olanlar arasında değerlendirme yapılmıştır. Mamografi çekirme ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki incelenirken de sadece 40 yaş üstü 96 kişinin durumu göz önüne alınmıştır. Sosyodemografik özellikler ile mamografi çekirme durumu arasındaki ilişki tablo 31’de sunulmuştur.

Tablo 31. Sosyodemografik özelliklerin mamografi çekirme durumu ile ilişkisi

Değişkenler		n	Mamografi		İstatistiksel analiz
			Yaptırmış % (n)	Yaptırmamış % (n)	
Yaş	40-44	42	40,5 (17)	59,5 (25)	$\chi^2= 2,446$ $p=0,294$
	45-49	27	51,9 (14)	48,1 (13)	
	≥ 50	27	59,3 (16)	40,7 (11)	
Medeni durum	Evli	72	45,8 (33)	54,2 (39)	$\chi^2= 0,681$ $p=0,409$
	Bekar	24	58,3 (14)	41,7 (10)	
Eğitim durumu	Lise/önlisans	26	42,3 (11)	57,7 (15)	$\chi^2= 0,665$ $p=0,717$
	Lisans	44	52,3 (23)	47,7 (21)	
	Lisansüstü	26	50,0 (13)	50,0 (13)	
Meslek	Doktor	20	50,0 (10)	50,0 (10)	$\chi^2= 8,113$ $p=0,017$
	Hemşire-ebe	63	41,3 (26)	58,7 (37)	
	Diğer ^a	13	84,6 (11)	15,4 (2)	

Kikare testi uygulanmıştır.^a Post Hoc Bonferroni Test’e göre farkı yaratan grup

Yaş, medeni durum, eğitim durumu ile mamografi çekirme arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Meslek ile mamografi çekirme arasında anlamlı bir ilişki vardır. Bu ilişki eczacı, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve iş uğraş terapisti gibi diğer meslek gruplarında mamografi çekirme

yüzdelерinin doktor ve hemşire-ebelere göre daha yüksek düzeyde olmasından kaynaklanmaktadır (Tablo 31).

Çalışma durumunu yansıtan değişkenlere göre mamografi çekirme durumu tablo 32'de gösterilmiştir.

Tablo 32. Çalışma durumunu yansıtan değişkenlerin mamografi yaptıma durumu ile ilişkisi

Değişkenler		n	Mamografi		İstatistiksel analiz
			Yaptırmış % (n)	Yaptırmamış % (n)	
Çalışma biçimi	Sürekli gündüz	37	56,8 (21)	43,2 (16)	$\chi^2= 1,001$ $p=0,317$
	Sürekli gece	0	0 (0)	0 (0)	
	Gündüz + nöbet	59	44,1 (26)	55,9 (33)	
Haftalık çalışma saati	30-40 saat	59	50,8 (30)	49,2 (29)	$\chi^2=2,066$ $p=0,356$
	41-50 saat	24	54,2 (13)	45,8 (11)	
	≥ 51 saat	13	30,8 (4)	69,2 (9)	
Çalışma deneyimi	0-4 yıl	0	0 (0)	0 (0)	$\chi^2= 3,398$ $p=0,140$
	5-9yıl	1	100 (1)	0 (0)	
	10-19 yıl	21	33,3 (7)	66,7 (14)	
	≥ 20 yıl	74	52,7 (39)	47,3 (35)	
Aylık gece nöbeti sayısı	Hiç nöbet tutmayan	37	56,8 (21)	43,2 (16)	$\chi^2= 2,688$ $p=0,442$
	1-3 nöbet	16	52,6 (10)	47,4 (9)	
	4-5 nöbet	20	35 (7)	65 (13)	
	≥ 6 nöbet	20	45 (9)	55 (11)	

Kikare testi uygulanmıştır.

Çalışma biçimi, haftalık çalışma saati, çalışma deneyimi ve aylık gece nöbeti sayısı ile mamografi çekirme durumu arasında anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo 32). Araştırmaya dahil olan 40 yaş üstü kadınlar arasında çalışma tipi sözleşmeli olan yoktur.

Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarının mamografi yaptırma durumu ile ilişkisi tablo 33'te sunulmuştur.

Tablo 33. Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarının mamografi yaptırma durumu ile ilişkisi

Değişkenler		n	Mamografi		İstatistiksel analiz
			Yaptırmış % (n)	Yaptırmamış % (n)	
Herhangi bir kronik hastalık varlığı	Hastalık var	57	49,1 (28)	50,9 (29)	$\chi^2= 0,000$ $p=1,000$
	Hastalık yok	39	48,7 (19)	51,3 (20)	
Sağlık algısı	Mükemmel- çok iyi- iyi	88	48,9 (43)	51,1 (45)	$\chi^2= 0,346$ $p=0,619$
	Kötü- çok kötü	8	50 (4)	50 (4)	
Menopoz	Menopozda	28	60,7 (17)	39,3 (11)	$\chi^2= 1,572$ $p=0,210$
	Menopozda değil	68	44,1 (30)	55,9 (38)	
Çocuk sayısı	Çocuk yok	12	50 (6)	50 (6)	$\chi^2= 0,171$ $p=0,918$
	Tek çocuk	35	51,4 (18)	48,6 (17)	
	≥ 2 çocuk	49	46,9 (23)	53,1 (26)	

Kikare testi uygulanmıştır

Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı, menopoz durumu ve çocuk sayısı ile mamografi çekirme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 33).

Serviks kanseri taraması için katılımcılardan sadece 30 yaş üstü olanlar arasında araştırma yapılmıştır. Pap smear testi yaptıрма ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki incelenirken sadece 30 yaş üstü 185 kişinin durumu göz önüne alınmıştır. Sosyodemografik özelliklerin pap smear testi yaptıрма durumu ile ilişkisi Tablo 34'te sunulmuştur.

Tablo 34. Sosyodemografik özelliklerin pap smear testi yaptıрма durumu ile ilişkisi

Değişkenler		n	Smear testi		İstatistiksel analiz
			Yaptırmış % (n)	Yaptırmamış % (n)	
Yaş	30-39	89	51,7 (46)	48,3 (43)	$\chi^2= 4,300$ $p=0,116$
	40-49	69	66,7 (46)	33,3 (23)	
	≥ 50	27	66,7 (18)	33,3 (9)	
Medeni durum	Evli	134	66,4 (89)	33,6 (45)	$\chi^2= 8,745$ $p= 0,003$
	Bekar	51	41,2 (21)	58,8 (30)	
Eğitim durumu	Lise/önlisans	42	54,8 (23)	45,2 (19)	$\chi^2= 2,885$ $p=0,236$
	Lisans	91	56 (51)	44 (40)	
	Lisansüstü	52	69,2 (36)	30,8 (16)	
Meslek	Doktor	37	59,5 (22)	40,5 (15)	$\chi^2= 0,257$ $p= 0,879$
	Hemşire-ebe	123	58,5 (72)	41,5 (51)	
	Diğer	25	64 (16)	36 (9)	

Kikare testi uygulanmıştır.

Yaş, eğitim durumu ve meslek ile smear testi yaptıрма arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Medeni durum ile smear testi yaptıрма arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir ve evli kadınların test yaptıрма yüzdesi bekar kadınlardan yüksektir (Tablo 34).

Çalışma durumunu yansıtan değişkenlerle pap smear testi yaptırma durumu arasındaki ilişki Tablo 35'te gösterilmiştir.



Tablo 35. Çalışma durumunu yansıtan değişkenlerin pap smear testi yaptırmama durumu ile ilişkisi

Değişkenler		n	Smear testi		İstatistiksel analiz
			Yaptırmış % (n)	Yaptırmamış % (n)	
İstihdam tipi	Kadrolu	183	59,6 (109)	40,4 (74)	$\chi^2=0,075$ $p= 0,784$
	Sözleşmeli	2	50 (1)	50 (1)	
Çalışma biçimi	Sürekli gündüz	61	63,9 (39)	36,1 (22)	$\chi^2= 2,036$ $p=0,332$
	Sürekli gece	1	0 (0)	100 (1)	
	Gündüz + nöbet	123	57,7 (71)	42,3 (52)	
Haftalık çalışma saati	30-40 saat	107	55,1 (59)	44,9 (48)	$\chi^2= 2,151$ $p=0,341$
	41-50 saat	46	67,4 (31)	32,6 (15)	
	≥ 51 saat	32	62,5 (20)	37,5 (12)	
Çalışma deneyimi	0-4 yıl ^a	3	33,3 (1)	66,7 (2)	$\chi^2= 17,445$ $p=0,000$
	5-9 yıl ^a	27	29,6 (8)	70,4 (19)	
	10-19 yıl ^a	76	56,6 (43)	43,4 (33)	
	≥ 20 yıl ^a	79	73,4 (58)	26,6 (21)	
Aylık gece nöbeti sayısı	Hiç nöbet tutmayan	61	63,9 (39)	36,1 (22)	$\chi^2= 2,284$ $p=0,516$
	1-3 nöbet	38	63,2 (24)	36,8 (14)	
	4-5 nöbet	42	50 (21)	50 (21)	
	≥ 6 nöbet	44	59,1 (26)	40,9 (18)	

Kikare testi uygulanmıştır.^a Post Hoc Bonferroni Test'e göre farkı yaratan grup

Çalışma biçimi, haftalık çalışma saati ve aylık gece nöbeti sayısı ile pap smear testi yaptıрма arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışma deneyimi ile birlikte smear testi yaptıрма yüzdelerinin arttığı görülmüştür ve bu ilişki birinci ve dördüncü, ikinci ve üçüncü gruptan kaynaklanmaktadır (Tablo 35).

Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarının pap smear testi yaptıрма durumu ile ilişkisi Tablo 36'da sunulmuştur.

Tablo 36. Herhangi bir kronik hastalık varlığı, sağlık algısı ve doğurganlık durumlarının pap smear testi yaptıрма durumu ile ilişkisi

Değişkenler		n	Smear testi		İstatistiksel analiz
			Yaptırmış % (n)	Yaptırmamış % (n)	
Herhangi bir kronik hastalık varlığı	Hastalık var	94	68,1 (64)	31,9 (30)	$\chi^2= 5,889$ $p=0,015$
	Hastalık yok	91	50,5 (46)	49,5 (45)	
Sağlık algısı	Mükemmel-çok iyi- iyi	168	58,9 (99)	41,1 (69)	$\chi^2= 0,041$ $p=0,839$
	Kötü- çok kötü	17	64,7 (11)	35,3 (6)	
Menopoz	Menopozda	28	82,1 (23)	17,9 (5)	$\chi^2= 5,977$ $p=0,014$
	Menopozda değil	157	55,4 (87)	44,6 (70)	
Çocuk sayısı	Çocuk yok	42	33,3 (14)	66,7 (28)	$\chi^2= 19,100$ $p=0,000$
	Tek çocuk	68	58,8 (40)	41,2 (28)	
	≥ 2 çocuk ^a	75	74,7 (56)	25,3 (19)	

Kikare testi uygulanmıştır.^b Post Hoc Bonferroni Test'e göre farkı yaratan grup

Herhangi bir kronik hastalık varlığı, menopozda olma durumu ve çocuk sayısı ile smear testi yaptırma arasında anlamlı bir ilişki vardır. Herhangi bir kronik hastalığı olanların olmayanlara göre;menopozda olanların olmayanlara göre, çocuk sayısı iki ve üstü olanların diğerlerine göre smear testi yaptırma yüzdeleri daha yüksek bulunmuştur. Sağlık algısı ile smear testi yaptırma arasında anlamlı bir ilişkiyoktur (Tablo 36).



BÖLÜM V : TARTIŞMA

İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi dahili birimlerde görev yapan kadın sağlık çalışanlarını kapsayan bu çalışmada katılımcıların beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, sigara ve alkol alışkanlıkları, aşılanma durumları ve sağlık kontrollerine uyumlarından oluşan sağlık davranışları tanımlanmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular fiziksel aktivite ve sigara kullanımının oldukça sorunlu bir durum olduğunu yansıtmıştır. Ayrıca tetanoz, KKK gibi aşilar açısından tam aşıllılık düzeyinin oldukça yetersiz olduğu, sağlık çalışanlarından oluşan araştırma grubu için sağlık taramalarına katılımın beklenenden düşük düzeyde gerçekleştiği görülmüştür.

Araştırma grubunu oluşturan kadın sağlık çalışanlarının büyük bölümünü lisans mezunu, evli, çekirdek ailesi ile yaşayan, kadrolu, gündüz + nöbet sisteminde çalışan hemşire-ebeler oluşturmaktadır. Diğer çalışmalarda da oldukça benzer sosyodemografik özelliklerde ve meslek dağılımında olan gruplar ile karşılaşılmaktadır (15,46,95,96) Bu da araştırma her ne kadar sadece bir hastanenin çalışanlarını kapsasa da elde edilen bulguların kadın sağlık çalışanları açısından genellenebileceğini düşündürmektedir.

5.1. Araştırma grubunun sağlık durumu

Sağlık çalışanları arasında yapılan bu çalışmada kronik hastalık varlığı kişilerin bildirimine göre tespit edilmiştir. Her iki kişiden biri herhangi bir kronik hastalığı olduğunu bildirmiştir. En sık bildirilen ilk beş kronik hastalık; tiroid hastalıkları, alerji-astım, kalp-damar hastalığı, hipertansiyon, anemi olarak bulunmuştur (sırasıyla %13,5 – %9,1 – %7,5 – %7,5 – %7,1). Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda kronik hastalık varlığı; hekimlerde %11,8; üniversite ve devlet hastaneleri çalışanlarında %6,3; askeri hastane çalışanlarında %20,1 olarak bildirilmiştir (20,46,47). Askeri hastane çalışanlarında en sık bildirilen kronik hastalık %3 ile hepatittir (47). Çeşitli

hastanelerde sağlık alışanlarında yapılan bu çalışmalarda kronik hastalık sıklıklarının %6 ile %20 arasında değişkenlik gösterdiği dikkate alınırsa bu çalışmada saptanan sıklığın yüksek olması dikkat çekmektedir.

Kırşehir ve İzmir’de sadece kadınları kapsayan araştırmalarda kronik hastalık sıklığı %17 olarak saptanmıştır (97,98). İran’da 45-64 yaş arasındaki kadınlarla yapılan çalışmada ise kronik hastalık sıklığı %43 olarak bildirilmiştir (99). Sadece kadınlar ile bu çalışmalarla karşılaştırıldığında Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi için saptanan sıklığın daha yüksek olduğu görülmektedir. İzmir’de başka bir hastanede görev yapan temizlik ve destek personelleri arasında yapılan bir çalışmada en sık bildirilen hastalıklar sırasıyla diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi ve otoimmün hastalıklardır (97). Bozyaka’da gerçekleştirilen bu çalışma ile ortak olarak hipertansiyon ve otoimmün hastalıkların (astım-alerji, tiroid hastalıkları) kadınlarda yaygın kronik hastalıklar olduğu düşünülebilir. Kadınlarla yapılan başka bir araştırmada; İstanbul’da kırk yaş üstü 908 kadın arasında kanser sıklığı %2,5 olarak saptanmıştır (100). Her üç katılımcıdan birinin kırk yaş üstünde olduğu bu çalışmada kanser sıklığı %2’dir. Türkiye’de kadınlarda kanser sıklığının yüzbinde 172 olduğu düşünüldüğünde bu iki çalışmanın sonuçlarında Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu söylenebilir (101). Bahsedilen çalışmalarda kadınların kronik hastalık sıklıklarının azımsanmayacak boyutta olduğu görülmektedir. Bu araştırmadaki kronik hastalık sıklığı hem sağlık çalışanlarını hem de sadece kadınları kapsayan araştırmalardan oldukça yüksek bulunmuştur.

Araştırmada katılımcıların genel sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri de sorgulanmış ve %64,4’ sağlığını mükemmel-çok iyi-iyi olarak değerlendirmiştir. Sağlık bilimlerinde okuyan niversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada grubun %81,5’i sağlığını mükemmel-çok iyi-iyi olarak değerlendirmiştir (102). Öğrencilerin yaş ortalamasının düşük olduğu ve kronik hastalıkların yaşla birlikte arttığı düşünüldüğünde sağlık algılarının daha iyi olması beklenen bir durumdur. Yurt dışında sağlık alışanlarında yapılan araştırmalarda ise; İsveç’te araştırma grubunun yarısı, Polonya’da

altı kişiden biri sağlığını çok iyi-iyi olarak değerlendirmiştir. İsveç'teki oranın Polonya'dan yüksek olması İsveç'teki fiziksel aktivite yaygınlığı ile ilişkilendirilmiştir (103). Sağlık çalışanları ile yapılan başka çalışmalarda İsviçre'de katılımcıların %82'si; İsrail'de %89,5'i sağlığını çok iyi-iyi şeklinde değerlendirmiştir (26, 104). Sağlık çalışanlarının sağlık algılarının ülkeden ülkeye değiştiği ve genel olarak birçoğunun sağlığını iyi olarak değerlendirdiği görülmektedir.

Sigara ve alkol kullanımı

Sağlıksız davranışlar arasında gösterilen sigara tüketimi ile ilgili bu araştırmada katılımcıların %22,9'u düzenli sigara içtiğini bildirmiştir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (2012) verilerine göre ülkemizde tüm toplumda sigara içme sıklığı %27 , kadınlarda %13,1'dir (105). Tüm toplumu kapsayan 2014 yılında yapılan başka bir araştırmada da ülkemizde her dört kişiden birinin düzenli sigara içtiği saptanmıştır (106). Kadın sağlık çalışanları arasında yapılan bu araştırmada sigara tüketim yüzdesi Türkiye ortalamasının çok üzerindedir. Son on yılda sağlık çalışanları arasında yapılan benzer çalışmalarda sigara tüketim sıklıkları Ankara'da %20,8; Afyon ve Denizli'de %38,9; Malatya Asker Hastanesinde %32,7 ; olarak bildirilmiştir (20,46,47). Ülkemizde beklenilenin aksine sağlık çalışanlarında sigara içme sıklığının hiç de az olmadığı görülmektedir. Ankara'da yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %11'i sigarayı kullanıp bıraktığını belirtmiştir (20). Bu araştırmada da on kişiden biri sigarayı bıraktığını bildirmiştir. Ayrıca halen düzenli veya seyrek/arasıra sigara içenlerin %68,8'inin de en az bir kez sigara bırakma deneyimi olduğu ve sigarayı bırakmak istediği saptanmıştır. Ülkemizde düzenli sigara içenlerin %33'ünün en az bir kez sigarayı bırakmayı denediği bilinmektedir (106). İzmir'de bir devlet hastanesinin sağlık çalışanlarında yapılan bu araştırmada sigara bırakma deneyiminin Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu söylenebilir.

Yurt dışında yapılan çalışmalara bakıldığında İsveç ve Polonya'da sağlık çalışanlarının sigara içme sıklıkları %10'un altında olduğu bildirilmiştir (103). Amerika Birleşik Devletleri'nde doktorlarda sigara içme sıklığı %19,6; Almanya'da %13 olarak saptanmıştır (19,107). İzmir'de Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi dahili çalışanlarında yapılan bu araştırmanın ve ülkemizdeki diğer çalışmaların sonuçlarına göre ülkemizdeki sağlık çalışanlarında sigara içme sıklığının yurtdışında yapılan çalışmalara göre yüksek olduğu söylenebilir.

İzmir'de yapılan bu çalışmada araştırma grubunun %45,5'inin alkol kullandığı sonucuna ulaşılmıştır. Alkol kullanım sıklığı çeşitli çalışmalarda Afyon ve Denizli'deki sağlık çalışanlarında %9,8; Balıkesir'de hemşirelerde %7,4'tür (46,108). Afyon'da sağlık çalışanları ile yapılan başka bir çalışmada alkol kullanım sıklığı %13,6'dır (109). Fakat Türkiye'deki bu araştırmalarda yalnızca alkol kullanma durumu sorgulanmış, katılımcıların riskli içicilikleri sorgulanmamıştır. Riskli içiciliğe yönelik araştırmalarda; ABD'de kadın sağlık çalışanlarında yapılan bir araştırmada riskli içiciliğin %1'in altında olduğu saptanmıştır (19). Almanya'da doktorlarda her dört kişiden birinin, tıp öğrencilerinde her üç kişiden birinin riskli içici olduğu ve özellikle de erkekler açısından aşırı alkol tüketimin sorunlu bir alışkanlık olduğu bildirilmiştir (107). Bu çalışmadaki riskli içicilik %1,6'dır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda alkol kullanımının yaygın olmadığı, İzmir'de bir devlet hastanesinde kadın sağlık çalışanları ile yapılan bu araştırmada alkol kullanımının yaygın olduğu ancak riskli içiciliğin bir sorun olmadığı söylenebilir.

Obezite

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (2013) verilerine göre 15-49 yaş arası kadınların beden kütle indeksi ortalaması $26,7 \pm 5,37$ 'dir (110). Beden kütle indeksi ortalaması İsviçre'deki sağlık çalışanlarında (2011) $24,5 \pm 5,18$; Ankara'da sağlık çalışanlarında (2000) $24,5 \pm 3,92$; yine Ankara'da özel bir hastanedeki hemşirelerde (2011) $23,9 \pm 4,85$; olarak bildirilmiştir (26,111,112). On yıl ara ile Ankara'da yapılan farklı çalışmaların sonuçlarının benzer

olduğu görülmektedir. Bu sonuçlardan yola çıkılarak beden kütle indeksi bakımından sağlık çalışanlarının yüksek bir risk altında olmadığı düşünülebilir. Ancak beden kütle indeksi dağılımı incelendiğinde; bu çalışmada katılımcıların %64,8'i normal, %23,7'si hafif şişman, %6,7'si şişman olarak bulunmuştur. Neredeyse her üç kişiden biri hafif şişman veya şişmandır. Ülkemizde sağlık çalışanlarında yapılan beden kütle indeksinin dağılımının saptandığı bazı araştırmalara göre; Ankara'da üç kişiden biri, Malatya'da beş kişiden biri; Doğu Anadolu'da bir ilde beş kişiden ikisi hafif şişman veya şişmandır (20,47,113). Benzer olarak İsviçre'deki sağlık çalışanlarında da beş kişiden ikisinin hafif şişman veya şişman olduğu bildirilmiştir (26). Dağılıma bakıldığında sağlık çalışanlarındaki şişmanlığın aslında azımsanmayacak boyutta olduğu görülmektedir.

Beden kütle indeksinin yanında bel çevresi ve bel-kalça oranının da şişmanlık başta olmak üzere metabolik bozukluklar ve kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkisi bilinmektedir (114). Bu çalışmada kadınların bel çevresi ortalaması $80,85 \pm 10,55$ bulunmuştur. Ülkemizde kadınlarda yapılan başka bir çalışmada çalışan kadınların bel çevresi ortalaması 82.74 ± 10.50 ; ev hanımlarının 88.92 ± 11.03 'tür (115). Diğer yandan bel kalça oranı ortalaması işçi kadınlarda $0,70 \pm 0,05$; banka çalışanlarında $0,80 \pm 0,08$ olarak bulunmuştur (116,117). Bozyaka'da sağlık çalışanlarında yapılan bu araştırmada bel-kalça oranı ortalaması $0,80 \pm 0,06$ 'dır. Araştırmada ortalama değerlere göre bel çevresi ve bel-kalça oranı bakımından riskli bir durum olmadığı düşünülebilir. Ancak dağılıma bakıldığında; grubun %50,6'sının hem bel çevresi ve hem de bel kalça oranı açısından riskli grupta olduğu saptanmıştır.

Çalışmada beden kütle indeksinde olduğu gibi bel-kalça oranı ve bel çevresi ortalamalarına göre grup normal gibi gözükse de; dağılım incelendiğinde beden kütle indeksine göre üç kişiden biri, bel çevresi ve bel kalça oranına göre ise iki kişiden biri risk grubundadır. Başka bir deyişle beden kütle indeksi normal olan bireylerden bazılarının bel çevresi ve bel-kalça oranı riskli düzeydedir. Beden kütle indeksinin obezite risk durumunu

belirlemek için tek başına yeterli bir kriter olmadığı, bel çevresi ve bel-kalça oranı ölçümünün önemli olduğu söylenebilir. Ek olarak çalışmada bel çevresi ölçümlerine göre risk altındakilerin aynı zamanda bel-kalça oranına göre de risk altında olduğu saptanmıştır. Bu sebeple tek başına bel çevresi ölçümünün bile risk durumu hakkında önemli bir fikir verdiği düşünülebilir.

5.2. Araştırma grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları

Beslenme

İzmir Bozyaka'da yapılan bu çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin beslenme alt boyutundaki en yüksek ortalama 'Kahvaltı yaparım' maddesinde bulunmuştur. Çukurova Üniversitesi'nde sağlık bilimleri öğrencileri arasındaki çalışmada da benzer olarak en yüksek ortalama bu maddededir. Öğrenciler arasındaki en düşük ortalama ise "Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim" maddesindedir (102). Bu çalışmada en düşük ortalama ise 'Şekeri ve tatlıyı kısıyorum' maddesinde bulunmuştur.

Araştırmada sağlık çalışanlarının toplam beslenme puanı ortalaması $26,82 \pm 5,44$ olarak saptanmıştır. Ülkemizdeki son on yılda sağlık çalışanlarında yapılan bazı çalışmalarda beslenme puanı ortalaması 17 ile 21 arasında bulunmuştur (25,16,20,118,119). Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde yapılan çalışmalarda ise beslenme puanının yaklaşık 14-15 olduğu bildirilmiştir (96,121). Bu durum yurtdışında yapılan çalışmalarda da benzerdir (95,120). İzmir'de bir devlet hastanesindeki sağlık çalışanlarının beslenme puanının diğer çalışmalara göre yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni araştırma grubunun kadınlardan oluşmasına, acil, yoğun bakım ve ameliyathane çalışanlarının araştırma grubunda yer almamasına bağlı olabilir. Nitekim diğer çalışmalarda cinsiyet ile beslenme puanı arasında ilişki saptanmış, kadınların beslenme puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir (20,46,118,122).

Araştırmada yaş ile beslenme puanı arasında ilişki gözlenmiş, 45 yaş üzerindeki bireylerin beslenme puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bandırma'da hemşirelerde yapılan çalışmada da 34 yaş üzeri grubun beslenme puanı yüksek bulunmuştur (119). Beslenme puanının yaşla birlikte artması orta yaşlı bireylerin gençlere göre obezite ve sağlık sorunlarından dolayı daha dikkatli davranmalarına bağlanabilir. Sağlık çalışanlarında yapılan araştırmalarda meslek, deneyim ve nöbet sayısının beslenme puanını etkilediği gözlenmiştir. Hemşirelerin ve deneyimi yüksek olanların beslenme puanları yüksek bulunmuştur (46,95). Bu durum hemşirelerin kadın ağırlıklı bir grup olmasından deneyimi fazla olanların da büyük oranda orta yaşlılardan oluşmasından kaynaklanabilir. Bu araştırmada meslek ile beslenme puanı arasında ilişki bulunmamış, deneyimle beraber beslenme puanının arttığı saptanmıştır. Nöbet sayısı ile ilgili olarak doktorlarda nöbet tutmayanların, hemşirelerde ise ayda 10-12 nöbet tutanların beslenme puanı yüksek bulunmuştur (16,96). Bu durum hemşirelerde ayda 10-12 nöbet tutanların gece çalışmaları ve kalan vakütlerini kendilerine ayırmaları ile açıklanmıştır (96). Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yapılan bu araştırma da nöbet sayısı ile beslenme puanı arasında ilişki bulunmamıştır.

Toplumda sağlık eğitimi almamış diğer araştırma grupları ile yapılan çalışmalara bakıldığında beslenme puanının 15 ile 21 arasında olduğu gözlenmiştir (98,102,123,124,125,126). Sağlık çalışanlarını kapsayan ve toplum tabanlı yapılan çalışmaların ortalama beslenme puanlarının aynı aralıkta olduğu görülmektedir. Buna göre, sağlık çalışanlarının topluma göre sağlıklı beslenmeye daha fazla dikkat etmediği, beslenme davranışlarının toplumun diğer grupları ile benzer olduğu söylenebilir. Bağımsız değişkenlerin beslenme ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda hem toplumda hem de sağlık çalışanlarında yapılan çalışmalarda gelir ve eğitim düzeyi yüksek olanların ve beslenme puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (15,16,46,124,126). Aile yapısı ile ilgili olarak da evlilerin, üç veya daha fazla çocuk sahibi olanların, geniş aile ile yaşayanların beslenme puanının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (96,119,122,123). Hem toplumda hem de sağlık çalışanlarında beslenme davranışının benzer sosyal değişkenlerden etkilendiği söylenebilir. İzmir Bozyaka'da dahili birimlerde görev yapan kadın

sağlık çalışanları ile yürütülen bu çalışmada eğitim, gelir, medeni durum, çocuk sayısı ve aile tipi ile beslenme arasında ilişki bulunmamıştır. Bunun sebebi yapılan analizlerin tek değişkenli olması ve araştırma grubunun benzer eğitim ve gelir düzeyinde olması ile ilgili olabilir.

Fiziksel aktivite

Araştırmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyutundaki en yüksek ortalama ‘Günlük işler sırasında egzersiz yaparım’ maddesinde bulunmuştur. Sağlık bilimleri öğrencileri arasında yapılan çalışmada da en yüksek ortalama aynı maddededir (102). Bu maddede verilen örnekler dikkate alındığında, fiziksel aktivitenin önemini bilen sağlık çalışanları ve sağlık öğrencilerinin yemeğe yürüyerek gitme, asansör yerine merdiven kullanma, arabayı uzağa parketme gibi günlük işler sırasında egzersizi artıracak uygulamalara önem verdikleri söylenebilir. Bu çalışmada fiziksel aktivite maddelerinden en düşük ortalama ‘Boş zamanlarımda yüzme, dans, bisiklet binme gibi eğlendirici fiziksel aktiviteler yaparım’ maddesinde bulunmuştur. Sağlık öğrencileri arasında ise en düşük ortalama “Haftada en az 3 kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreyle egzersiz yaparım” maddesindedir (102). İki grupta da düzenli egzersiz yapmaya önem verilmediği görülmektedir.

Son 10-15 yılda devlet ve üniversite hastanelerinde görev yapan sağlık çalışanlarında yapılan araştırmalarda fiziksel aktivite puanı 8-9 civarında saptanmıştır (96,118,119,121). Erzurum ve Isparta’da hemşirelerle asistan hekimlerde yapılan çalışmalarda fiziksel aktivite puan ortalaması yaklaşık 14 bulunmuştur (15,16,20). Ülkemizde sağlık çalışanlarında fiziksel aktivite puanının 8 ila 14 arasında olduğu görülmektedir. Asya ülkelerinde yapılan çalışmalarda da fiziksel aktivite puanı 8-19 arasında bulunmuştur (95,120,122). Hemşirelerin yoğunlukta olduğu İzmir Bozyaka’da kadınlar arasında yapılmış çalışmada fiziksel aktivite puanı $17,00 \pm 7,21$ ’dir. Beslenme puanı ortalamasının $26,82 \pm 5,44$ olduğu hatırlanırsa; fiziksel aktivite puan ortalamasının düşük olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının fiziksel

aktiviteye beslenme davranışları kadar dikkat etmediği söylenebilir. Diğer çalışmalarda da fiziksel aktivite davranışı en düşük ortalamaoya sahip davranış olarak bildirilmiştir (15,16,20,96,118,119,121).

Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite puanı 12-17 aralığında bildirilmiştir. (102,124,125,127). Öğretim üyelerini kapsayan bir çalışmada da üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalara benzer olarak fiziksel aktivite puanı ortalaması 15,81 bulunmuştur (123). Eğitim düzeyi çoğunluğu lise ve üstü olan kadınlarda yapılan bir çalışmada fiziksel aktivite puanı ortalaması 15, eğitim ve gelir açısından dezavantajlı kadınlarda 8 olarak bulunmuştur(98,126). Tüm bu çalışmalara göre ülkemizdeki fiziksel aktivite düzeyinin sağlık çalışanı olsun veya olmasın farklı gruplarda benzer düzeyde düşük olduğu söylenebilir.

Fiziksel aktivite puanının asistan hekimlerde 30 yaşından büyük katılımcılarda, hemşirelerde ise 20-24 yaş grubunda yüksek olduğu bildirilmiştir (16,96). Bu iki çalışmada sonuçları birbiri ile uyumsuzdur. Bu araştırmada ise yaş ile fiziksel aktivite arasında ilişki bulunmamıştır. Sağlık çalışanları ile yapılan başka bir araştırmada erkeklerin fiziksel aktivite puanının kadınlardan yüksek olduğu bildirilmiş olsada diğer tüm çalışmalarda cinsiyet ile fiziksel aktivite arasında ilişki gösterilmemiştir (20,46,96).

Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi dahili birimlerde çalışan kadınlarda yapılan bu araştırmada bekarların fiziksel aktivite puanının evlilere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir. Son iki yılda yapılan benzer çalışmalarda da bekarların fiziksel aktivite puanı yüksek bulunmuştur (96,122). Bu bulgu bekarların kendilerine daha fazla zaman ayırabilmesi ile açıklanabilir. Çocuk sayısı ile fiziksel aktivite arasında ilişkiye dair 2008 yılında yapılan iki araştırmanın birinde çocuk sahibi olmayanların, diğerinde de üç ve üzeri çocuğu olanların fiziksel aktivite puanı yüksek bulunmuştur (119,123). Birbirine zıt olan bu bulgularda üç çocuk ve üzeri olan katılımcıların çocuklarının yaşça büyük olması ve kişilerin vakütlerini daha çok kendilerine ayırması ile ilgili olabilir. Bu çalışmada çocuk sayısı ile

fiziksel aktivite arasında ilişki saptanmamıştır. Araştırmada sözleşmeli çalışanların fiziksel aktivite puanı kadrolulara göre yüksek bulunmuştur. Bu durumun sözleşmeli çalışanların genç veya bekar olmasından kaynaklanmış olabilir. Çalışma deneyimi ile fiziksel aktivite arasında ilişki gözlenmemiştir. Sağlık çalışanlarında yapılan başka bir çalışmada ise çalışma deneyimi yüksek olanların fiziksel aktivite puanının yüksek olduğu gözlenmiştir (118). Bu çalışmada çalışma deneyimi, çalışma şekli, nöbet sayısı gibi değişkenler ile fiziksel aktivite puanı arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir. Eğitim düzeyi ve gelir düzeyi ile birlikte fiziksel aktivite puanının arttığını gösteren birçok çalışma mevcuttur (20,98,104,119).

İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesinde yapılan bu çalışmada gelir ve eğitim düzeyi ile fiziksel aktivite arasında ilişki bulunmamıştır. Bu durum araştırma grubundakilerin gelir ve eğitim düzeylerinin birbirlerine çok yakın olması ile ilgili olabilir. Araştırmada ayrıca sağlık algısı mükemmel-çok iyi-iyi olanların fiziksel aktivite puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Araştırma her iki değişken aynı zaman kesitinde değerlendirildiği için sağlık algısı iyi olanların mı fiziksel aktivite düzeyinin yüksek olduğu; yoksa fiziksel aktivite yaptıkları için mi sağlık algılarının yüksek olduğu ile ilgili yorum yapılamamaktadır.

Stres Yönetimi

Çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin stres yönetimi alt boyutundaki maddelerden en yüksek ortalama ‘Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim’ maddesine aittir. En düşük ortalama ise ‘Kendimi yorulmaktan korurum’ maddesindedir. Sağlık bilimlerinde okuyan üniversite öğrencilerinin stres yönetimi alt grubuna verdikleri en yüksek ortalama madde “Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm” maddesindedir. Öğrencilerin en düşük puan ortalaması “Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım” maddesinde bulunmuştur (102).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması;ülkemizdeki çeşitli hastanelerde görev yapan sağlık çalışanlarında 15 ile 18 aralığında saptanmıştır(15,16,20,46,96,118,119,121). Benzer olarak İran'daki hemşirelerde de puan ortalaması 17,64'tür (120). Bu çalışmada da sağlık çalışanlarının stres yönetim puanı ortalama $21,31 \pm 5,10$ 'dur. Sonuç bir miktar yüksek gözükmemektedir. Beslenme puanı ile kıyaslandığında stres yönetimi puanının bir miktar düşük olduğu, çalışanların beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanları karşılaştırıldığında fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanlarının beslenmeden daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmalarda stres yönetim puan ortalaması 17-19 aralığında bulunmuştur (102,124,125,127). Öğretim elemanlarında ve çoğunluğu lise ve üstü mezunu kadınlardan oluşan araştırma gruplarında da stres yönetimi puan ortalaması yaklaşık 19'dur (98,123). Ülkemizde stres yönetimi puan ortalamalarının öğrenci, öğretim elemanı, sağlık çalışanı, işsizler gibi farklı sosyo-demografik gruplarda benzerdir. Bu durum aynı toplumda yaşayan bireylerin stres yönetimi alışkanlıklarının benzer olabileceğini düşündürmektedir.

Sağlık çalışanlarında yapılan iki çalışmada kadınların stres yönetim puanı erkeklere göre yüksek bulunmuştur (122,124). Bu çalışmanın stres yönetim puanının diğer çalışmalardan bir miktar yüksek olması yalnızca kadınlar arasında yapılması ile ilgili olabilir. Öğretim elemanlarında ve hemşirelerde yapılan çalışmalarda evlilerin stres yönetimi puanı daha yüksek bulunmuştur (15,123). Bu araştırmanın sonucu ise aksi yöndedir; bekarların stres yönetimi puanı anlamlı olarak yüksektir. Bandırma'daki hemşirelerde çocuk sahibi olmayanların stres yönetimi puanı yüksek bulunmuştur (119). Erzurum ve Isparta'daki hemşirelerde çocuk sahibi olanların diğerlerine göre, hatta öğretim elemanlarında üç çocuk ve üstü sahibi olanların diğerlerine göre stres yönetimi puanının yüksek olduğunu bildirilmiştir (15,123). Çocuk sahibi olma ve stres yönetim puanı arasındaki ilişkiye dair sonuçların çalışmalar arasında değişkenlik gösterdiği görülmektedir Bu çalışmada ise

çocuk sahibi olma durumu ile stres yönetimi puanları arasında bir ilişki gözlenmemiştir.

Sağlık çalışanlarında ve eğitim seviyesi çoğunluğu lise ve üzeri olan kadınlarda eğitim düzeyi ile stres yönetimi arasında ilişki saptanmış, eğitim düzeyi yüksek bireylerin stres yönetimi puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (46,98,119). İsrail’de aynı gelir düzeyindeki sağlık çalışanları ile diğer meslek grupları arasında yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının stres yönetiminin daha iyi olduğu ve bu durumun sağlık eğitimi ile ilgili olabileceği bildirilmiştir (104). Bu çalışmada eğitim düzeyi ile stres yönetimi puanı arasında anlamlı ilişki bulunmaması araştırma grubunun homojen eğitim düzeyinde olması ile ilgili olabilir. Doktorlarda ve hemşirelerde yapılan çalışmalarda gelir düzeyi yüksek olanların stres yönetimi puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (16,20,96). Bu araştırmada da gelir düzeyi yüksek olanların stres yönetim puanı yüksek bulunmuştur.

Tayvan’da yapılan çalışmada da haftada 40 saat ve altı çalışanların stres yönetimi puanları yüksek bildirilmiştir (95). Benzer olarak ülkemizde hemşire ve doktorlarda yapılan çalışmalarda da haftalık çalışma süresi az olanların stres yönetimi puanı yüksek bulunmuştur(20,119). Yine sağlık çalışanlarında sürekli gündüz çalışanların ve nöbet tutmayanların stres yönetim puanı daha yüksek bildirilmiştir (16,119). İzmir’de yapılan bu araştırmada haftalık çalışma süresi, nöbet sayısı gibi değişkenler ile stres yönetim puanı arasında fark bulunmamış olması analizlerin tek değişkenli yapılması ile ilgili olabilir.

Kırşehir’de göç eden kadınlarda yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olanların stres yönetim puanı yüksek bulunmuştur (96). Bunun aksine hemşirelerde yapılan bir çalışmada dakronik hastalığı olmayanların stres yönetim puanları yüksek saptanmıştır (98). İzmir’de yapılan bu çalışmada ise kronik hastalık varlığı ile stres yönetimi puanı arasında bir ilişki gözlenmemiştir. Bu araştırmada sağlık algısına göre stres yönetim puanı arasında ilişki gözlenmiştir. Sağlık algısı mükemmel-çok iyi-iyi olanların stres

yönetimi puanları sağlık algısı kötü-çok kötü olanlara göre yüksek düzeydedir. Çalışma tanımlayıcı düzeyde olduğu için sağlık algısı ile stres yönetimi arasındaki ilişkinin yönü hakkında yorum yapılamamaktadır.

5.3. Araştırma grubunun aşı ve tarama programlarına katılım düzeyleri

Hepatit A ve B, kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK), su çiçeği ve tetanoza karşı bağışıklığın serolojik kan testleri ile ölçülmesi bağışıklığın saptanmasında en güvenilir yöntemdir. Kan testlerine göre seropozitif olan bireylerin testin yapıldığı hastalığa karşı aşıli veya doğal bağışık olduğu anlaşılmaktadır (74). İzmir Bozkaya Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yapılan bu çalışmada sağlık çalışanlarının bağışıklık düzeyi seropozitifliğe göre değil, kişilerin beyanına dayalı olarak değerlendirilmiştir. Aşıli veya doğal bağışık olduğunu bildirenlerin yüzdesi bağışık bireyleri göstermemekte, çalışanların aşılama programlarına katılım düzeyleri ve bağışıklık durumları hakkında fikir vermektedir.

İzmir Bozyaka'da sağlık çalışanlarının Hepatit A'ya karşı %20,9'u tam aşıli; %44,3'ü ise doğal bağışık olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların %65,2'sinin hepatit A bağışıklığı olduğu tahmin edilmektedir. Eskişehir'de sağlık çalışanlarında yapılan araştırmada da benzer olarak grubun %71,1'inin hepatit A seropozitif olduğu saptanmıştır (128). Bu sonuçlara göre her üç sağlık çalışanından birinin hepatit A aşısı yaptırmadığı söylenebilir. Şanlıurfa'da bir hastanede destek ve idari birimlerde çalışanlar arasında yapılan bir çalışmada katılımcıların %16,8'inin tam aşıli; %11,1'inin doğal bağışık olduğu bildirilmiştir. Katılımcıların çoğunun hepatit A bağışıklığının olmadığı görülen bu çalışmada araştırma grubunun genç yaş ağırlıklı olması ve çalışma dönemlerinin kısa olmasının bu durumu etkilediği düşünülmüştür (129). Yurtdışında yapılan çalışmalarda Suudi Arabistan'da sağlık çalışanlarının üçte birinin, Kore'de üç kişiden ikisinin hepatit A aşısı yaptırmadığı saptanmıştır (130,131). Sağlık çalışanlarında Hepatit A aşılanma durumlarının istenen düzeyde olmadığı söylenebilir.

Ülkemizde sağlık çalışanlarında Hepatit B aşısı ile ilgili olarak beyana dayalı ve serolojik testlere göre yapılan çalışmaların bulguları benzerdir ve çalışanların %62-88 hepatit B'ye karşı aşıli veya doğal bağışiktır. (128,129,132-139) İzmir'de bir devlet hastanesinde yapılan bu araştırmada da benzer olarak katılımcıların %90'ı hepatit B aşılı veya doğal bağışık olduğunu bildirmiştir. Bu araştırmanın bulguları ülkemizde yapılan diğer çalışmalar ile örtüşmektedir. Hepatit B aşısı ulusal bağışıklama programı kapsamında olup, tüm sağlık çalışanlarının hepatit B bağışıklığının olması beklenmektedir. Çalışmaların sonuçlarına göre her on kişiden bir veya iki kişi hepatit B bağışıklığının olmadığı anlaşılmaktadır.

Hepatit B taşıyıcılığı ile ilgili olarak son on yılda yapılan çalışmalarda sağlık çalışanları arasında taşıyıcılık %0-1,69 arasında bulunmuştur (128,135-143). Bu çalışmada da benzer olarak katılımcıların %1,2'si taşıyıcıdır. Ağız diş sağlığı çalışanlarında bu değerin %3,6 olduğu, idari, güvenlik ve temizlik çalışanlarının dahil edildiği çalışmalarda da %5,7'ye çıktığı gözlenmiştir. (129,144). Toplumda taşıyıcılığın %4-9 arasında olduğu tahmin edilmektedir (139,140). Taşıyıcılığın sağlık çalışanlarında topluma göre düşük olması uygulanan hepatit B bağışıklama programının etkinliği ile ilgili olabilir.

Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşılama veya hastalığı geçirme durumlarına ilişkin olarak İzmir'de bir devlet hastanesinde yapılan bu araştırmada sağlık çalışanlarının %36,8'i KKK aşısını yaptırdığını, %39,1'i de bu hastalıkların hepsini geçirmiş olduğunu bildirmiştir. Bu sonuçlara göre her dört katılımcıdan üçünün KKK'ya karşı bağışık olduğu düşünülebilir. Beyana dayalı araştırmalarda Ankara ve İstanbul'da sağlık çalışanlarının sırasıyla %71,2 ve %58,5'inin KKK 'ya karşı korunduğu saptanmıştır (133,132). Şanlıurfa'da yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %58,1'i kızamık; %48,6'sı kabakulak; %27,1'i de kızamıkçık hastalığını geçirdiğini veya aşılandığını bildirmiştir (145). Beyanına bağlı çalışmalara göre sağlık çalışanlarının %27-75'inin KKK'ya karşı bağışık olduğu düşünülebilir. Ancak Manisa'da sağlık çalışanlarında yapılan bir araştırmada beyana göre bağışık

olanlarını yüzdesinin düşük olduğu, serolojik testlere göre kızamık-kızamıkçık-kabakulağa karşı %97,9'unun bağışık olduğu tespit edilmiştir (146). Bu durum katılımcıların aşılama veya hastalığı geçirme durumlarını hatırlayamamalarından kaynaklanabilir. İzmir'de bir devlet hastanesinde yapılan bu araştırmada da bağışıklığın bildirilenden daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Yurtdışında serolojik test sonuçlarına göre yapılan çalışmalarda da KKK'ya karşı bağışıklık %85-98 aralığında bulunmuştur (130,147). Sağlık çalışanlarının KKK'ya karşı bağışıklıklarının iyi düzeyde olduğu düşünülebilir.

Şanlıurfa'da 2014 yılında yapılan ve sağlık çalışanlarını kapsayan bir çalışmada suçiçeği geçirdiğini veya aşılanmış olduğunu bildirenler %46,7 oranında bulunmuştur (145). Bu çalışmada hastalığı geçirdiğini veya aşılandığını bildirenler %74,7'dir. Manisa'da 2013 yılında yapılan çalışmada serolojik testlere göre sağlık çalışanlarının %99,7 'si su çiçeğine karşı bağışık bulunmuştur (146). KKK aşısında olduğu gibi beyana dayalı sonuçlar ile serolojik test sonuçları arasında oldukça fark vardır. Beyana bağlı hatalar bağışık olduğu tahmin edilenlerin yüzdesinin düşük olduğunu düşündürmektedir. Bu çalışmada da bağışıklığın bildirilenden daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Yabancı ülkelerde sağlık çalışanlarında yapılan araştırmalarda serolojik testlere göre su çiçeği bağışıklığı Suudi Arabistan'da %86; İtalya'da %97,9; Brezilya'da %99,1 olarak bildirilmiştir (130,147,148). Su çiçeği bağışıklığının diğer ülkelerde ve ülkemizde benzer düzeyde olduğu söylenebilir.

Tetanoz aşısı ile ilgili beyana göre yapılan araştırmalarda sağlık çalışanlarının tetanoz bağışıklığı; farklı illerdeki Başkent Üniversitesi hastanelerinde %16-29 arasında; Şanlıurfa'da %50,3 bulunmuştur (134,145). Manisa'da serolojik test kayıtlarına göre ise sağlık çalışanlarının %93,5'inin tetanoz bağışıklığı olduğu saptanmıştır (146). Serolojik testlere göre yurtdışında sağlık çalışanlarının yapılan çalışmalarda da tetanoz bağışıklığı Brezilya %84,7; İspanya %93,9; dir (148,149). Bu sonuçlar Manisa'da yapılan çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Çocukluk çağı

hastalıklarında olduğu gibi serolojik testlere göre bağışıklık düzeyinin iyi durumda olduğu görülmektedir. Beyana dayalı bu çalışmalarınbağışıklığın tahmin edilmesinde oldukça yanıltıcı sonuçlar verdiği söylenebilir. Bu çalışmada katılımcıların %71,9'u tam aşılı olduğunu bildirmiştir, fakat bağışıklık düzeyinin daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir.

Aydın'da 15-49 yaş arası kadınlarda yapılan çalışmada (2007) da kadınların %75,5'inin tetanoza karşı tam aşılı olduğu ve eksik aşıllılarda en çok üçüncü dozun tamamlanmadığı saptanmıştır (150). Bu çalışmada da benzer sonuca ulaşılmıştır. Bu durum ilk iki aşının gebelik sırasında yapılması, üçüncü aşının gebelik sonrasına kalması ve aile hekimliğinde gebelik sonrası aşı takibinin etkin olmaması ile ilgili olabilir.

Ülkemizde son on yılda yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının mevsimsel grip aşısı yaptırma sıklığı; Ankara'da %15; İstanbul'da %27,1; Şanlıurfa'da %9,2; farklı illerde bulunan Başkent Üniversitesi'nin hastane çalışanlarında %4,7-12,7 olarak tespit edilmiştir (132,134,145,151). Bu sonuçlara göre ülkemizde ortalama her on sağlık çalışanından bir veya ikisinin grip aşısı yaptırdığı söylenebilir. İzmir Bozyaka'da yapılan bu araştırmada da benzer olarak sağlık çalışanlarının %9,9'unun son bir yılda grip aşısı yaptırdığı bulunmuştur.

Diğer taraftan yurtdışında 2005-2007 yıllarında yapılan çalışmalarda İngiltere, Almanya, Fransa, İtalya ve İspanya'da toplumdagrip aşısı yaptırma %19 ile 25 aralığında; sağlık çalışanlarında yaklaşık %22 bulunmuştur (152). Sağlık çalışanları arasında yürütülen diğer çalışmalarda grip aşısı yaptırma durumu Kore'de %57; Yunanistan'da %28,7; Almanya'da %27; İspanya'da %50 civarında olduğu ve ard arda yıllarda tekrarlanan çalışmalarda bulguların bir önceki yıl ile benzer olduğu bildirilmiştir (131,153,154,155). Farklı ülkelerde yapılan bu çalışmalarda her dört sağlık çalışanından bir ya da ikisinin grip aşısı yaptırdığı görülmektedir. Türkiye'de ise bu yüzdenin daha düşük olduğu söylenebilir (134,145,151). Ankara'da sağlık çalışanlarının grip aşısı ile ilgili tutumların incelendiği altı yıl ara ile yapılan iki araştırmada da katılımcıların yaklaşık yarısı grip aşısı yaptırmaya istekli

olduğunu bildirmiştir (151,156). Neredeyse her iki kişiden birinin grip aşısına olumlu bakmasına rağmen aşıllılık düzeylerinin düşük olması tezat bir durum olarak değerlendirilebilir. Sağlık çalışanlarının grip aşısı yaptırma yüzdelerinin düşük olmasının aşuya yönelik korku, koruyuculuğuna inanılmaması ve bilgi eksikliğine bağlı olabileceği düşünülmektedir (151,157).

Kronik hastalıklara ilişkin taramalar

Çalışmada araştırma grubunun kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve tiroid hastalıkları için önerilen taramalara katılımları sorgulanmıştır. Kardiyovasküler hastalıklar açısından hipertansiyon ölçümü ve hiperlipidemi ölçümü koruyucu sağlık önlemleri arasındadır. Amerika ve Çin'de her iki yetişkinden birinin, ülkemizde ve diğer bazı ülkelerde ise her dört kişiden birinin hipertansif olduğunu bilmeden yaşadığı sanılmaktadır(158-162).Amerika Koruyucu Hizmetler Bildirgesi'nde her iki yılda bir, Türkiye Periyodik Sağlık Muayene Rehberi'nde tüm yetişkinlere yılda bir tansiyon ölçümü önerilmektedir (13,163). ABD'de yetişkinlerde son iki yılda tansiyon ölçtürme durumu %95'in üzerindedir (19). Türkiye 2012 Sağlık İstatistikleri'ne göre 15 yaş üzeri bireylerin %48,4'ünün son bir yılda tansiyon ölçümü yaptırdığı saptanmıştır (164). İç Anadolu'da yapılan bir çalışmada Türkiye ortalamasından yüksek olarak aile sağlığı merkezine başvuranların %89,5'inin, sağlık çalışanlarının %95,7'sinin son bir yılda tansiyon ölçtürdüğü bildirilmiştir (165,166). Bu çalışmada sağlık çalışanlarının %95,7'sinin son bir yılda ölçüm yaptırdığı saptanmıştır. Sağlık çalışanlarında ve sağlık kurumundan hizmet alanlarda tansiyon ölçümü yaptırmanın yaygın bir davranış olduğu söylenebilir.

Kardiyovasküler hastalık taraması için 20 yaş üzerindeki tüm yetişkinlerin en az beş yılda bir, risk grubunda bulunanların (obezite veya hipertansiyonu olan veya ailesinde kalp hastalığı öyküsü olanlar) yılda 1-2 kez kan kolesterol düzeyini ölçtürmeleri önerilmektedir (13,167). Türkiye Sağlık Araştırması 2014 verilerine göre toplumda son bir yılda kan kolesterolü baktırma oranı %34,4'dür (168). Yerel düzeyde yapılan diğer

Çalışmalarda her iki kişiden birinin son beş yıldı kolesterol baktırdığı, sağlık alışanlarında katılımın daha yüksek olduğu saptanmıştır (165,166,169). ABD’de son beş yıldı ölçüm yaptıırma sıklığının %58,2-92,4 arasında değiştiği, sağlık alışanlarında katılımın yüksek olduğu bildirilmiştir (19,167). Bu araştırmada kardiyovasküler hastalık risk grubunda olduğunu bildirenlerin son bir yıldı kan kolesterolü ölçümü araştırılmıştır. Risk grubunda olanların %94,3’ünün test yaptırdığı sonucuna ulaşılmıştır. İzmir Bozyaka’da sağlık çalışanlarının kolesterol taramasına önem verdikleri söylenebilir.

Kronik hastalıkların en önemlilerinden sayılan diyabetin tüm dünyadaki prevalansının %10-20 arasında olduğu ve dört diyabetliden birinin diyabetli olduğunu bilmeden yaşadığı tahmin edilmektedir (158,167,170,171,172). Bu durum diyabet taramasının önemini yansıtmaktadır. DSÖ ve çeşitli diyabet örgütleri  yıldı bir kan şekeri ölçümü yaptıırılmasını önermektedir (172-174). Türkiye’de aile hekimliği uygulamasında diyabet açısından riskli grupların belirlenmesi ve üç yıldı bir kan şekeri ölçümünün yaptıırılması hedeflenmektedir (13).Türkiye Sağlık Araştırması 2014 yılı verilerine göre 15 yaş üstü bireylerin %37,6’sı son bir yıldı kan şekeri testi yaptıırmıştır (168). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların diyabet taramasına katılımı ile ilgili yapılan araştırmalarda İstanbul’daki çalışmada %47,6’sının kan şekerinin ne düzeyde olduğunu bilmediği, Yozgat’ta yetişkin kadınların %38,7’sinin son iki yıl içinde test yaptıırmadığı saptanmıştır (165,169). Sağlık alışanlarında yapılan bir çalışmada ise son iki yıl içinde diyabet taramasına katılımın %82olduğu bildirilmiştir (166). Bu çalışmada taramaya katılma durumu sadece risk grubunda olduğunu bildiren kişiler açısından sorgulanmıştır. Her üç katılımcıdan ikisinin diyabet açısından risk grubunda olduğu ve risk grubundakilerin neredeyse tamamının (%98,2) son üç yıl içerisinde diyabet taramasına katıldığını saptanmıştır. İzmir Bozyaka’da çalışan sağlık çalışanlarının diyabet taramasına duyarlı olduğu söylenebilir.

Diyabetin yanı sıra son yıllarda prevalansı artan bir diğer kronik hastalık tiroid hastalıklarıdır. Kore’de tiroid kanserinin son beş yıldı %10 arttığı, ülkemizde de kadın kanserleri içinde ikinci sıraya geldiği

bilinmektedir(81,175). Ülkemizde bir halk sağığı problemi haline gelen tiroid hastalıkları ile ilgili olarak risk grubunda olanların beş yılda bir tiroid fonksiyon testi yaptırmaları önerilmektedir (13). Türkiye Sağık Araştırması 2012 verilerine göre kadınların %5,9'u herhangi bir tiroid hastalığı olduğunu bildirmiştir (164). Nitekim bu çalışmada tiroid hastalıkları sıklığı %13,5 ile oldukça yüksek bulunmuştur. Bu araştırmada her dört kişiden üçünün tiroid hastalıkları açısından risk grubunda olduğu saptanmıştır ve risk grubundakilerin %96,2'si son beş yılda tiroid fonksiyon testi yaptırdığını bildirmiştir. Bu sonuçlar araştırma grubunun tiroid taramasına önem verdiğini göstermektedir.

Kanser taramaları

Meme Kanseri Taraması

Meme kanserinin erken teşhisi amacıyla birçok ulusal ve uluslar arası kuruluş ayda bir kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapılmasını önermektedir. Yurt dışında yapılan çalışmalarda her iki kadından birinin KKMM yaptığı, ama çoğunun düzensiz olduğu bildirilmiştir (176,177). Ülkemizde farklı illerde yapılan çalışmalarda da benzer olarak her iki kadından birinin düzensiz de olsa KKMM yaptığı saptanmıştır(178,179,180). Düzenli KKMM sorgulandığında katılımın %10-20'lere düştüğü bildirilmiştir (100,178,180,181,182). Sağık çalışanlarındaki duruma bakıldığında; İzmir'de (2015) çalışanlarının %49,1'inin KKMM yaptığı, %6.2'sinin düzenli olduğu; İstanbul'da (2014) sağık çalışanlarının %72'sinin KKMM yaptığı, %22'sinin düzenli olduğu saptanmıştır (97,183). İzmir Bozyaka'da yapılan bu çalışmada düzenli KKMM yapma %58,6 ile daha yüksek bir değerde bulunmuştur.

Klinik meme muayenesi (KMM) taraması ile ilgili olarak ülkemizde her üç kadından birinin iki yılda bir taramaya katıldığı, her yıl taramaya katılımın %19'a düştüğü bildirilmiştir (100,106,176,179,181,182). Sağık eğitimi almış kadınlarda ve sağık çalışanlarında da benzer olarak üç katılımcıdan birinin son iki yılda taramaya katıldığı saptanmıştır (97,177,178) Bu çalışmada

KMM'ye katılım %36 olarak bulunmuştur. Bu değer diğer çalışmalardan bir miktar yüksek olsa da; toplumda ve sağlık eğitimi almış bireyler arasında KMM açısından önemli bir fark olmadığı söylenebilir.

KKMM ve KMM herkes için gerekli bir tarama yöntemi iken mamografi gerekli hallerde ve/veya 35-40 yaş üstü kadınlarda iki yılda bir yapılması önerilen bir taramadır (13). Mamografi taramasına yönelik yapılan çalışmalarda araştırma grubunun ve kriterlerin değişkenlik gösterdiği görülmüştür. Ülkemizde yerel çalışmalarda 40 yaş üstü ortalama her üç kadından birinin son 1-5 yıl içerisinde mamografi taramasına katıldığı bildirilmiştir ve sağlık çalışanlarında da durum benzerdir (97,100,106,178,179,183,184). Yurtdışında toplum tabanlı yapılan çalışmalarda mamografi taramasına katılımın Asya'da %7-35; ABD'de %70-85; Avrupa'da %90 olduğu bildirilmiştir (6,176,185,186,187). Bu çalışmada 40 yaş üstü katılımcıların son iki yılda mamografi taramasına katılım düzeyi %49 olarak saptanmıştır. Ülkemizdeki çalışmalara göre yüksek sayılabilecek olan bu katılım düzeyinin Avrupa ve ABD'deki değerlerin altında olduğu gözlenmektedir.

Serviks kanseri taraması

Sağlık Bakanlığı kanser eğitim ve tarama rehberlerinde ve Aile Hekimliği Uygulamasındaki Periyodik Sağlık Tarama Rehberi'nde 30 yaş üzeri kadınların her beş yılda pap-smear testi yaptırmaları önerilmektedir (13,14,84,85). Yurtdışında yapılan çalışmalarda kadınların ABD'de %86-94; İsviçre'de %76, Tayvan'da %48; Singapur'da %20-25'inin son beş-yedi yılda smear testi yaptırdığı bildirilmiştir (6,185,186,176,187). Ülkemizde yapılan çalışmalarda son beş yılda serviks kanseri taramasına katılım %30,3-32,8 arasında bulunmuştur (100,106,184). İstanbul'da sağlık çalışanlarında bu katılımın %42'ye çıktığı gösterilmiştir (183). Bu araştırma grubunda 30 yaş üstü katılımcıların %59,5'inin taramaya katıldığı saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarının ülkemizdeki diğer çalışmaların sonuçlarının üzerinde olması

yalnızca 30 yaş üstü kadınların taramaya katılımları sorgulandığı için olabilir. Ancak gelişmiş ülkelerdeki taramaya katılım düzeyinin altında kaldığı açıktır.

Meme ve Serviks Taramasına Katılım Düzeyi ile İlişkili Faktörler

Meme taraması ve serviks taramasının ilişkili olduğu faktörler incelendiğinde evlilerin KKMM, KMM ve serviks taramalarına katılımlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Yaşa bağlı olarak KMM'ye katılımın arttığı, KKMM, mamografi ve serviks taramalarına katılım düzeylerinde yaş gruplarına göre bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır. Diğer çalışmalarda İstanbul'da 40-59 yaş arasındaki kadınların KMM yaptırmaya, İzmir'de hastane çalışanlarında yapılan bir çalışmada da 35 yaş üstü kadınların KKMM yapma yüzdesi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (100,179). İstanbul'da yapılan başka bir araştırmada 60 yaş üzeri kadınlarda smear taramasının yaygın olmadığı, Tayvan'da yapılan bir çalışmada ise yaş ile birlikte serviks taramasına katılımın arttığı gösterilmiştir (100,176). Çalışmaların sonuçlarına göre yaşa bağlı olarak meme kanseri taramalarına olan ilginin arttığı, serviks taramasına olan ilginin ise çalışmanın yapıldığı bölgelere göre değişkenlik gösterdiği söylenebilir. İzmir Bozyaka'da bir devlet hastanesinde yapılan bu çalışmada sağlık çalışanlarında meslek grupları arasında KKMM, KMM ve serviks kanseri taraması katılım düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. İzmir'de (2014) sağlık çalışanları ile yapılan başka bir çalışmada ise hemşirelerin KKMM yapma yüzdeleri diğer meslek gruplarına göre yüksek bulunmuştur (97). Bu araştırmada mamografi ile meslek arasında ilişki gözlenmiş, eczacı, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, sağlık teknikeri gibi diğer adı altında sunulan grupta mamografi çekirme yüzdesi doktor ve hemşirelere göre oldukça yüksek bulunmuştur. Çalışma saati, nöbet tutma durumu ve sayısı gibi değişkenler ile taramalar arasında ilişki saptanmamıştır. Sadece deneyimle birlikte KMM ve serviks kanseri taramasına katılımın arttığı bulunmuştur. Bu durumun yaş, hastalık ve menopoza durumlarından etkilendiği düşünülmüştür. Nitekim herhangi bir kronik hastalığı olanların, menopoza olanların ve çocuk sahibi olanların KMM ve serviks kanseri taramasına katılımları daha fazla bulunmuştur.

İstanbul'da yapılan bir çalışmada üniversite mezunlarının ve sosyal sınıfı iyi olanların mamografi taramasına katılımlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (100). Bozyaka'da yapılan bu araştırmada eğitim ve gelir düzeyi ile taramaya katılım arasında ilişki gözlenmemiştir. Bu durumun araştırma grubunun eğitim ve gelir düzeyleri arasında büyük farklılık olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kolorektal Kansere Taraması

Kolon kanseri taramasında 50 yaş ve üzeri bireylere iki yılda bir dışkıda gizli kan testi yaptırılması önerilmektedir. Kolonoskopi ve sigmoidoskopi de tarama için kullanılan diğer yöntemler arasında sayılmaktadır (84,86). Kolorektal kanser taramasına katılımın en yüksek %48-58 ile Japonya ve ABD'de; en düşük %1,5-3 ile Hindistan, Malezya, Endonezya'da, olduğu bildirilmiştir (6,185,188) Diğer ülkelerde katılım %7-30 arasında gösterilmiştir (187-190). Bu çalışmalara göre kolorektal kanser taraması basit dışkıda kan testi ile yapılıyor olmasına rağmen tüm dünyada taramaya katılımın düşük olduğu söylenebilir. Benzer olarak ülkemizde yapılan çalışmalarda da taramaya katılım %11-15 arasında bildirilmiştir (184,191,192). Bu araştırmada ise 50 yaş üstü her üç katılımcıdan birinin (%33) son iki yılda dışkıda gizli kan testi yaptırdığını saptanmıştır. Beklenildiği üzere sağlık çalışanlarının kolorektal kanser taramasına olan duyarlılığının topluma göre yüksek olduğu, ancak yeterli düzeyde olmadığı söylenebilir.

BÖLÜM VI: SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇ

Bu araştırmada Sağlık Bakanlığı İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi dahili birimlerinde görev yapan 253 kadın sağlık çalışanının beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, sigara-alkol alışkanlığı, aşılama durumu ve periyodik sağlık taramalarına katılma düzeyi bir dizi değişkene göre değerlendirilmiştir. Antropometrik ölçümlerle beden kütle indeksine göre her üç kişiden birinin hafif şişman veya şişman olduğu, bel çevresi ve bel kalça oranına göre iki kişiden birinin risk altında bulunduğu belirlenmiştir. Araştırma grubunda sigaranın sorunlu bir davranış olduğu, her dört kişiden birinin düzenli sigara içtiği ve tiryakilerin yarısından fazlasının en az bir kez sigara bırakma deneyimi olduğu saptanmıştır. Ülkemizde sağlık çalışanları ile yapılan benzer çalışmalarda da sigara içme davranışının yaygın olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların %45'inin alkol kullandığı, riskli içiciliğin %1,6 olduğu bulunmuştur.

Araştırmada beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimi değişkenleri sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ilgili alt boyutları ile ölçülmüştür. Sağlık çalışanları ile yapılan diğer çalışmalar ile kıyaslandığında araştırmada beslenme ve stres yönetimi puan ortalamasının yüksek olduğu, ancak fiziksel aktivite puanının diğer çalışmalarla benzer olarak düşük olduğu saptanmıştır. Alt boyutlar incelendiğinde katılımcıların en düşük puanları beslenme boyutunda 'Şekeri ve tatlıyı kısıyorum'; fiziksel aktivitede 'Boş zamanlarımda yüzme, dans, bisiklet binme gibi eğlendirici fiziksel aktiviteler yaparım'; stres yönetiminde ise 'Kendimi yorulmaktan korurum' maddelerinden aldıkları görülmüştür. En yüksek puanları beslenme boyutunda 'Hergün 6-11 öğün yemek, tahıl, pirinç ve makarna yerim'; fiziksel aktivitede 'Günlük işler sırasında egzersiz yaparım'; stres yönetiminde 'Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim' maddelerinden almışlardır. Araştırmada beslenme ve stres yönetimi puanlarının 45 yaş ve üzeri

katılımcılarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bekarların, geliri yüksek olanların ve sağlık algısı görece iyi olanların stres yönetimi puanı yüksek bulunmuştur. Benzer olarak sağlık algısı görece iyi olanların fiziksel aktivite puanları yüksek bulunmuştur.

Bu araştırmada çalışanların aşıllılık düzeyi beyana dayalı olarak belirlenmiştir. Buna göre katılımcıların tam aşıllı veya bağışık olma oranları hepatit A için %65,2; hepatit B %90,1; kızamık-kızamıkçık-kabakulak %75,9; suçiçeği %74,7; tetanoz %71,9 olarak saptanmıştır. Son bir yılda mevsimsel grip aşısı olma durumu %9,9'dur. Sonuçlar sağlık çalışanlarında yapılan diğer çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur.

Kronik hastalıklar açısından risk grubunda olanların; %95,4'ünün son bir yılda tansiyon ölçümü, %94,3'ünün son bir yılda kolesterol testi, %98,2'sinin son üç yılda diyabet testi, %96,2'sinin son beş yılda tiroid fonksiyon testi yaptırdığı saptanmıştır. Bu bulgulara göre sağlık çalışanlarının kronik hastalıklara yönelik taramalara katılımının yüksek olduğu söylenebilir. Katılımcıların %58,5'inin her ay KKMM yaptığı; %36'sının son iki yılda KMM yaptırdığı belirlenmiştir. Kırk yaş üstü katılımcıların %49'u son iki yılda mamografi, 30 yaş üstü katılımcıların %59,5'i son beş yılda smear testi; 50 yaş üstü katılımcıların %59,5'i son iki yılda dışkıda gizli kan testi yaptırdığını bildirmiştir. Evli, çocuk sahibi, çalışma deneyimi yüksek ve herhangi bir kronik hastalığı olanların meme ve serviks kanseri taramasına katılım düzeyleri daha yüksektir. Katılımcıların çalışma biçimi, nöbet sayısı, haftalık çalışma süresi, gelir düzeyleri ile meme ve serviks kanseri taramalarına katılımları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Kanser taramalarına katılımın sağlık çalışanlarında beklenenden daha düşük düzeyde olduğu gözlenmiştir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalar da bu sonucu destekler niteliktedir.

ÖNERİLER

İzmir Bozkaya Eğitim Araştırma Hastanesi dahili birimlerinde yapılan bu araştırmada sağlık çalışanlarının beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimi davranışlarının desteklenmesi gerektiği gözlenmiştir. Ayrıca çalışanlarda sigara kullanımının yaygın, aşılama ve periyodik sağlık taramalarına katılımın da yetersiz olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının çoğunlukla nöbetli çalışmaları sebebiyle hayatlarının önemli bir bölümünü hastanede geçirdiği düşünüldüğünde sağlığı geliştirici uygulamaların ve sağlık eğitimin yapılabileceği en uygun ortamlar işyerleridir. İşyerlerinde uygulamalara katılımın ulaşılabilir olması, çalışanların birbirlerini etkilemesi, idarecilerin katılımı ve bireylere geri bildirim yapılması sağlık eğitimlerinin ve diğer sağlığı geliştirici uygulamaların başarı şansını artıracaktır.

Çalışanların her birinin en az bir öğününü işyerinde yediği gözönüne alınırsa; iş yerlerinde diyetisyen tarafından düzenlenmiş yemek programının yeterli ve dengeli olması o öğünün sağlıklı yenmesinin yanısıra işyerindeki yeme alışkanlığının genel yaşama yansımalarına da yardımcı olabilir. Bireylerin güne iyi başlamaları için kahvaltı saatleri düzenlenmeli, ayrıca simit, poğaça gibi ürünler yerine sağlıklı tam tahıllı sandviçlerin ve yumurta, yeşillikler, kuruyemişler gibi kahvaltılık ürünlerin satışı desteklenmelidir. Bireylerin yoğun çalışma koşullarına bağlı öğün atlama ve hazır gıda tüketimi davranışlarını engellemek adına kantinlerde hazır gıdaların yerine meyve, süt, yoğurt, salata gibi sağlıklı seçenekler sunulmalıdır. Diğer yandan; yemekhanenin uzakta kaldığı veya yoğun bakım-acil gibi dinlenme saatlerinin kısıtlı olduğu birimlere yemek servisinin yapılması ve beslenme için uygun ortamların oluşturulması da uygun bir çözümdür.

Fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi için yürüyüş alanları, çeşitli spor aletlerinin yer aldığı parklar gibi alt yapı hizmetlerinin sağlanması uygun olacaktır. Günün değişik saatlerinde işyerinde organize edilebilecek egzersiz programları ile kişiler arası ilişkiler geliştirilirken hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi bakımından yarar sağlanabilir.

Bireylerin ruh sağılığını korumak için öncelikle stres yaratabilecek olan aşırı sıcak, gürültü, havalandırma gibi fiziksel etkenler üzerinde durulmalıdır. Uzun, yoğun ve stresli çalışma koşullarının, huzurlu bir çalışma ortamına dönüştürülmesi her ne kadar sağılık sisteminde yaşanan genel sorunların çözümlenmesi ile mümkün olabileceksede; kurum düzeyinde alınabilecek önlemler kişiler arası ilişkilerin geliştirilmesi, mobbing ve benzeri baskıların çözümlenmesi gibi önlemler faydalı olabilecektir. Farklı kültürlerden gelen sağılık çalışanları arasındaki iletişimi güçlendirmek amacıyla toplu eğlence, egzersiz ve sosyal aktiviteler düzenlenebilir. Stresle baş etmede çalışanların yaşamlarının bir bütün olarak ele alınamaması büyük bir sınırlılık oluştursa da en azından kişilere yönelik zaman yönetimi, öfke kontrolü, iletişim teknikleri gibi konularda toplu eğitimler düzenlenebilir.

Sağılık çalışanlarında sigara içme sıklığı topluma göre oldukça yüksektir. Bu çalışmada sigara içen her dört kişiden üçünün en az bir kez sigarayı bırakma deneyiminin olması aslında kaçırılmış fırsat niteliğindedir. Sigara içenlere günün belli saatlerinde izin verilmesi ve sigara içmenin serbest olduğu alanların çalışma ortamından uzak mesafede olması gibi belli kurallar bağımlıların günlük içtikleri sigara sayısını azaltmalarına yardım edebilecektir. Bunun yanısıra sigara kullanıcılarının sigara bırakma konusunda motive edilmesi, sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilmesi, muayenenin ücretsiz yapılması da uygun olacaktır. Ek ücret, gösterge, kıdem, sertifika, ödül gibi yöntemlerle sigara bırakma teşvik edilebilir ve sigarasız yaşam özendirilebilir. Sigara içenlerin bırakmalarına yardımcı olmanın yanısıra pasif etkilenenler de korunmalıdır. Toplu alanlarda sigara içilmesi önlenmeli, kapalı mekanlarda sigara yasağına bahçe ve kapı önleri gibi alanlar dahil edilmelidir.

Çalışanların daha sağılıklı yaşayabilmeleri için sağılık kontrollerine ve aşı programlarına katılımları kendi kontrollerine bırakılmamalıdır. Çalışanlara periyodik sağılık kontrolleri ve bağıışıklama hizmetlerinin sunumu ve takibi sağılık çalışanlarının sağılığı birimleri tarafından yapılmalıdır. Ülkemizde

hastanelerde çalışan sağlığı birimleri yaygın değildir. Bazı kuruluşlarda çalışan sağlığı güvenliği ve hakları birimi bu görevleri yürütmektedir. Birçok hastanede bulunan çalışan güvenliği ve hakları biriminin; çalışan sağlığı güvenliği ve hakları olarak yeniden yapılandırılması güncel bir konudur. Çalışanların sağlığının korunması ve geliştirilmesi için iyi örgütlenmiş bir yapıya ihtiyaç vardır.



KAYNAKLAR

1. World Health Organization, Definition of Health, 1948. Erişim tarihi 01.10.2016 Erişim Adresi <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
2. TC. Sağlık Bakanlığı 21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2007. Erişim http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/21_hedefte_turkiye_saglikta_gelecek.pdf
3. Özbaşaran F, Çetinkaya AÇ , Güngör N, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Davranışları. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004; 7: 3: 43–55.
4. Eshah NF. Lifestyle And Health Promoting Behaviours In Jordanian Subjects Without Prior History Of Coronary Heart Disease. Int J Nurs Pract 2011;17:27–35. doi:10.1111/j.1440-172X.2010.01902.x.
5. Nalçacı E. Hamzaoglu O, Özalp E. Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü 2006; 268-272
- 6.WHO Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014.
[cited 2016 June 16] Available from:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1
- 7.Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve İş Güvenliği. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2014, 3.Baskı: 535-544
- 8.WHO Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu 2010
9. TC. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü 1. Baskı, 2011

- 10.** Özçelik H. Isparta İl Merkezinde Görev Yapan Toplum Öncüsü Bazı Meslek Üyelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi Yüksek Lisans Tezi Isparta Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı ABD. 2012
- 11.** Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği Erişkin Bağışıklama Rehberi Çalışma Grubu Erişkin Bağışıklama rehberi 2016, 2. Güncelleme
- 12.** Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control 2011, , [cited 2016 March 16]. Available from:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf?ua=1
- 13.** TC. Sağlık bakanlığı,Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. 2015
- 14.** Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Internet Citation: Women: Stay Healthy at Any Age. [cited 2016 May]. Available from:
<http://www.ahrq.gov/patients-consumers/prevention/lifestyle/healthy-women.html>
- 15.** Cürçani M, Tan M, Özdelikara A. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi TAF Prev Med Bull 2010; 9(5):487-492
- 16.** Türkol E. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları ve Ruhsal Sağlık Durumu. Uzmanlık Tezi. Malatya 2012
- 17.** Bostan N. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. İzmir 2013.
- 18.** Cam E. Çalışma Yaşamında Stres Ve Kamu Kesiminde Kadın Çalışanlar. Int J Hum Sci 2006.
- 19.** Benjamin K, Kenneth J. Healthcare and Lifestyle Practices of Healthcare Workers: Do Healthcare Workers Practice What They Preach? Jama Intern Med/Vol 173 (No. 3), Feb 11, 2013

20. Çakır M, Piyal B, Aycan S. Hekimlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesi: Tıp Fakültesi Tabanlı Kesitsel Bir Çalışma. Ankara Med J 2015;15:209–19. doi:10.17098/amj.57890.
21. Şener E, Samur M. Sağlığı Geliştirici Bir Unsur Olarak Sosyal Medya: Facebookta Sağlık. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg 2013;2:508–23
22. Marmot M. Social Determinants Of Health Inequalities Lancet 2005; 365: 1099–104, See Comment Page 1005
23. TC. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı. Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi Rehberi. 2011
24. Draft Shanghai Declaration on Health Promotion in the 2030 Agenda for Sustainable Development: Ensuring sustainable health and well-being for all 2016:21–4.
25. Bahar Z, Açıl D. Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2014;7:59–67.
26. Duran Ö, Sümer H. Ebelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Etkileyen Faktörler*. J Anatolia Nurs Heal Sci 2014;17. doi:10.17049/AHSBD.67921.
27. WHO Life Expectancy. [cited 2016 June 8] Available from: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mbd/life_expectancy/atlas.html
28. TÜİK verileri Sayı:18618 Erişim tarihi: 07 Ekim 2015 Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18618>
29. Yardım N, Gögen S, Mollahaliloğlu S. Sağlığın Geliştirilmesi (Health Promotion) Dünya’da ve Türkiye’de Durum İst Tıp Fak Derg 2009;72:29-35
30. WHO Commission on Social Determinants of Health Final Report 2008 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf

- 31.** Baysal A. Beslenme. Şahin Matbaacılık, Ankara; 2007
- 32.** Innovations In Food Technology For Health Yun-Hwa Peggy Hsieh Phd And Jack Appiah Ofori MS Asia Pac J Clin Nutr 2007;16 (Suppl 1):65-73
- 33.** Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Resmi Sitesi Yeterli Ve Dengeli Beslenme Nedir? Erişim: <http://beslenme.gov.tr/index.php?page=68>
- 34.** Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi 2004 Ankara
- 35.** Türkiye'ye Özgü Besin Ve Beslenme Rehberi Ankara 2015
- 36.** Yurtseven E, Eren F, Vehid S, Köksal S, Erginöz E, Erdoğan M. Beyaz Yakalı Çalışanların Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Kocatepe Tıp Dergisi 2014;15(1):20-6
- 37.** Ersoy G, Akyol A, Yıldırım M. Şişmanlık Ve Obezite Enerji Dengesinin Aktivite Yönüne Bir Bakış Ankara Şubat 2008.
- 38.** TC. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik. Türkiye Beslenme Ve Sağlık Araştırması 2010
- 39.** TC. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Etmenleri Sıklığı Çalışması, Ankara 2013
- 40.** Tuna HN. Satış Elemanlarının Beslenme Bilgi Düzeylerinin, Beslenme Alışkanlıklarının Ve Çalışma Koşullarının Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Gıda ve Beslenme Bölümü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara: 2005:348.8
- 41.** N. Bilir Türkiye Tütün Kontrolünde Dünyanın Neresinde? Tur Toraks Der 2009;10:31-4
- 42.** Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Tütün Kontrolü Toraks Dergisi 2006; 7(1): 51-64
- 43.** Global Adult Tobacco Survey, The GATS Atlas Available from :<http://www.gatsatlas.org/pdf/#p=36>

44. Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar Ve Yaklaşımlar Ankara Tabip Odası
Mart 2009

45.OECD Health Statistics 2014, In litres of pure alcohol per capita, for adults (15 years +), for 2012 or nearest year. Available from:<https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm>

46. Yalçinkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekim Bülteni 2007;6:409–20.

47.Ulaş B, Fikret Genç M. Malatya Asker Hastanesinde 2007 Yılında Görev Yapan Personelin Sağlıklı Beslenme Konusundaki Tutum ve Davranışları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010;17:187–93.

48. US Centers for Disease Control and Prevention (2010). Health Behaviors Of Adults: United States, 2005-2007. Vital and Health Statistics, Series 10, Number 245, March 2010 Appendix II, p. 82.,

49.WHO Global Adult Tobacco Survey Collaborative Groups. Tobacco Questions for Survey: A Subset of Key Questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS), 2nd Edition, Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2011

50. Doğanaya S, Sözmen K, Kalaçac S, Ünala B. Türkiye’de Toplumda Sigara İçme Sıklığı Nasıl Değişiyor?Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012;10(2) 93

51. Smoking Behaviour, Knowledge And Attitudes Among Family Medicine Physicians And Nurses In Bosnia and Herzegovina G. Hodgetts, T. Broers, M. Godwin BMC FamilyPractise 2004 5:12

52. Turan M, Çilli A, Aşkın R, Herken H, Telcioğlu M, Kucur R. Cage Testi ile Alkol Kullanımı Üzerine Epidemiyolojik Bir Çalışma Klinik Psikiyatri 1999;2:217-221

- 53.** Ding X, Boney-montoya J, Owen BM, Bookout AL, Coate C, Mangelsdorf DJ, et al. Practitioner-level Predictors Of Alcohol Problems Detection And Management Activities NIH Public Access 2013;16:387–93. doi:10.1016/j.cmet.2012.08.002.
- 54.** Anderson P, Baumberg B. Avrupa’da Alkol Kullanımı (Halk Sağlığı Bakış Açısıyla). Çeviri: Ergüder T, Baran E, Yılmaz TD. Tütünsüz Yaşam Dergisi 2006;2(1-4):16-29.
- 55.** World Health Organization. Alcohol. Management of Substance Abuse. [cite 2016 Feb 15] Available from: http://www.who.int/substance_abuse/facts/alcohol/en/index.html.
- 56.** Global Status Report On Alcohol And Health 2011. [cite 2016 Feb 18] Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>
- 57.** Öztürk M. Üniversitede Eğitim- Öğretim Gören Öğrencilerde Uluslar Arası Fiziksel Aktivite Anketinin Geçerliliği Ve Güvenirliliği Ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi. Bilim Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2005
- 58.** T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Gıda Güvenliği Daire Başkanlığı Toplum Beslenmesi Şubesi Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım Çalışması 2004
- 59.** T.C. Sağlık Bakanlığı Fiziksel Aktivite Rehberi Ankara 2014
- 60.** WHO Global Recommendations For Physical Activity For Health 2010
- 61.** Güçlü N. Stres Yönetimi Stress Management G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi Cilt 21, Sayı 1 (2001) 91-109
- 62.** Özkaya M, Volkan Yakın V, Ekinci T. Stres Düzeylerinin Çalışanların İş Doyumu Üzerine Etkisi Yönetim Ve Ekonomi 15/1 (2008) 163-179

63.Çalışma Hayatında Stres Kaynakları, Stres Belirtileri Ve Stres Sonuçlarının İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma Aksoy A, Kutluca F.Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi Sayı 2005:49

64. Kocatürk PA. Strese Cevap. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2000:53:1 49-56

65. Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress 2013 Available from:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf

66.Erdoğan T, Ünsar Y, Süt D. Stresin Çalışanlar Üzerindeki Etkileri Üzerine Bir Araştırma: Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Y.2009, C.14, S.2 s.447-461

67. Samur G. Yıldız E. Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar/ Hipertansiyon Ankara Şubat 2008

68. Zuhal Yeniçeri Stres ve Sağlık Erişim

<http://www.baskent.edu.tr/~zuyen/courses/SHMYslides/07StresveSaglik.pdf>

69.Sağlık Personelinin Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Tarama Protokolü Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/eklenti/2867,bdk-kararlaripdf.pdf>

70. [Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ve Güvenliği Ayşe Meydanlıoğlu Balıkesir Sağlık Bil Derg Cilt:2 Sayı:3 Aralık 2013](#)

71. [CDC. Immunization of Health-Care Personnel: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices \(ACIP\). MMWR 2011;60:38-48.](#)

72.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri I, Necla AKKAYA Yıldız CAMCIOĞLU Emel GÜR Recep ÖZTÜRK E, Katılımıyla Y. Çocuk ve Erişkinlerde Aşılamaya 2010.

73. Bolyard EA, Tablan OC, Williams WW, Pearson ML, Shapiro CN, Deitchman SD, Hospital Infection Control Practices Advisory Committee.

Guideline for infection control in healthcare personnel. Infect Control Hosp Epidemiol 1998;19:407–63.

74. Öztürk R. Erişkinde Bağışıklama Klinik Gelişim 2012; 25: 49-59

75. Ulusoy E, Arıkan D. Çocuk Ünitesinde Çalışan Sağlık Bakım Personelinin Grip Aşısı Oranları. Türkiye Klinikleri J Nurs 2010;2:11-5

76. The Guideline for the Vaccination of Health Care Workers, Queensland Health [cited 2016 August] Available from: <http://www.health.qld.gov.au/publications/clinical-practice/guidelinesprocedures/diseases-infection/governance/vaccination-of-healthcare-workers.pdf>

77. Kartal ED. Sağlık Personelinde Proflaksi Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar Sempozyum Dizisi No:61 -Şubat 2008; s.215-222

78. Aktürk Z, Dağdeviren N. and F. Yorulmaz, Periyodik Sağlık Muayeneleri İlaç ve Tedavi Dergisi, 15, 103-108, (2002).

79. Sağlık bakanlığı Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi Ankara - 2015

80. TC. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kalp Ve Damar Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı 2015-2020

81. TC. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. Gültekin M, Boztaş G. Türkiye Kanseri İstatistikleri 2014.

82. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Daire Başkanlığı Erişim: <http://kanser.gov.tr/kanser/kanserturleri/49-meme-kanseri.html>

83. KETEM el kitabı 2009 Erişim

<http://kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/ketem-el-kitabi.pdf>

84. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Daire Başkanlığı

<http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/45-kalin-bagirsakkanseri.html>

85. World Cancer Research Fund International Cervical Cancer Statistics

<http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers/cervical-cancer-statistics>.

86. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kansere Daire Başkanlığı

<http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/56-servikskanseri.html>

87. WHO Screening For Colorectal Cancer. [cited 2016 March 16].

Available from: <http://www.who.int/cancer/detection/colorectalcancer/en/>

88. Healthy People 2020, Foundation Health Measure Report Health-Related Quality of Life and Well-Being 2010

89. Cieza A, Brockow T, Ewert T, Amman E, Kollerits B, Chatterji S, et al. Linking Health-Status Measurements To The International Classification Of Functioning, Disability And Health. J Rehabil Med 2002;34:205–10.

90. Pender NJ, Walker SN, Sechrist KR et al. Predicting Health Promoting Life Styles In The Workplace. Nursing Research. Nov/Dec; 1990; 39(6), 326-331

91. Esin MN. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. Hemşirelik Bülteni 1999; 2(45): 87-96.

92. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F ve ark. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 12(1): 1-13.

93. Dietary Guidelines for Americans, 2010 7th Edition, Washington

94. Pekcan G. Beslenme Durumunun Saptanması. Ankara 2008

Erişim: http://diyabet.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/beslenme_bilgi_serisi_1/a14.pdf

95. Tsai Y-C, Liu C-H. Factors And Symptoms Associated With Work Stress And Health-Promoting Lifestyles Among Hospital Staff: A Pilot Study In Taiwan. BMC Health Serv Res 2012;12:199. doi:10.1186/1472-6963-12-199.

- 96.** Şimşekoğlu N, Mayda A. Bir Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri J DU Health Sci Inst ISSN: 2146-443X 2016; 6(1): 19-29 2016;6:19–29.
- 97.** Acikgoz A, Cehreli R, Ellidokuz H. Determination of Knowledge and Behavior of Women Working at a Hospital on Breast Cancer Early Detection Methods, and Investigation of Efficiency of Planned Education. J Breast Heal 2015;11:31–8. doi:10.5152/tjbh.2014.2322.
- 98.** Demir G, Arıöz A. Göç Eden Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg 2014;1:1–8.
- 99.** Afshari P, Barzin P. Prevalence of Chronic Diseases in Middle-Aged Women 2014;3:10–3. doi:10.5812/jjcdc.23347.
- 100.** Özaydın AN, Güllüoğlu BM, Ünalın PC, Gorpe S, Cabioğlu N, Öner BR, et al. Bahçeşehir’de Oturan Kadınların MemeKanseriBilgiDüzeyleriBilgi Kaynakları Ve Meme Sağlığı İlgili Uygulamaları. J Breast Heal 2009;5:214–24.
- 101.** Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Daire Başkanlığı Erişim: <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-kayitciligi/108-t%C3%BCrkiyede-kanser-kayitciqi.html>
- 102.** Bozhüyük A. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi Adana–2010
- 103.** Jerzy T. Marcinkowski1, Anna Edbom-Kolarz2 et al. Comparative Studies On Promotion Of Health And Life Style Of Hospital Staff İn Sweden and Poland. Ann Agric Environ Med 2012;19:732–7.
- 104.** Profis M, Simon-Tuval T. The İnfluence Of Healthcare Workers’ Occupation On Health Promoting Lifestyle Profile. Ind Health 2016;54:439–47. Doi:10.2486/İndhealth.2015-0187.

105.TC. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, Ankara, 2012. TÜİK Haber Bülteni. Sayı: 13142.

106. Baruh DL, Gökçe D, Kumkale T, et al. Risk Algılarının , Sağlık Kontrol Odağının ve Dini İnançların Türkiye’de Bireylerin Kanserden Koruyucu Davranışta Bulunma ve Kansere Tarama Testi Yaptırma Eğilimleri ile İlişkisi Program Kodu : 3501 Proje No : 111K197 Proje Yürütücüsü : 2014.

107. Voigt K, Twork S, Mittag D, Gobel a, Voigt R, Klewer J, et al. Consumption Of Alcohol, Cigarettes And Illegal Substances Among Physicians And Medical Students In Brandenburg and Saxony (Germany). BMC Health Serv Res 2009;9:219. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-9-219>.

108. Yılmaz E, Özkan S. Bir İlçede Çalışan Hemşirelerin Sağlık Sorunları Ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006;1:3:83-89

109. Efil S. Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Afyon,2005.

110.HÜNEE Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması Ankara, 2013

111. Kesgin M, Kubilay G. Özel Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Yaşam Alışkanlıkları ve Çalışma Koşullarından Kaynaklı Sağlık Sorunlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011;41-49.

112. Özçelik A. Sağlık Personelinin Beslenme Alışkanlıkları Üzerinde Bir Araştırma Gıda Teknolojisi Derneği 2000;25(2) 99.

113. Özmen V, Fidaner C, Aksaz E, Bayol Ü, Dede İ, Göker E, et al. Türkiye’de Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Programlarının Hazırlanması: “Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Alt Kurulu Raporu.” J Breast Heal 2009;5:125–34.

- 114.** Güney E, Özgen A, Saraç F, Yılmaz C, Kabalak T. Biyoelektrik İmpedans Yöntemi İle Obezite Tanısında Kullanılan Diğer Yöntemlerin Karşılaştırılması ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 12 2003;4:15–8.
- 115.** Arslan C, Ceviz D. Ev Hanımı Ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. F.Ü. Sağ. Bil. Dergisi 2007: 21 (5): 211 – 220
- 116.** Eke RN, Atsız Sezik H, Özen M. Are Female Doctors Aware Of Cervical Cancer J Tepecik Educ Res Hosp 2016;26:53–7. doi:10.5222/terh.2016.053.
- 117.** Akdevelioğlu Y. Banka Çalışanlarının Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi 2012:15–20.
- 118.** Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998;2:60–8.
- 119.** Özkan S, Yılmaz E. The Health-Promoting Lifestyles of Nurses Working at Hospital Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;3:7 89-104
- 120.** Tobergte DR, Curtis S. The Healthy Lifestyle Behaviours of The Nurses Working in Two Different Countries Surgical Clinics Aim: J Chem Inf Model 2013;53:1689–99. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
- 121.** Ulaş B, Özmen D. Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Sağlık Kontrol Odağı Arasındaki İlişki. Tepecik Eğit Hast Derg 2014; 24 (2): 119-125
- 122.** Hosseini M, Ashktorab T, Taghdisi MH, Vardanjani AE, Rafiei H. Health-Promoting Behaviors And Their Association With Certain Demographic Characteristics Of Nursing Students of Tehran City in 2013. Glob J Health Sci 2015;7:264–72. doi:http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p264.
- 123.** Güler G, Güler N, Kocataş S, Yıldırım F, Akgül N. Bir Üniversitede Çalışan Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları C.Ü. Hemşirelik Dergisi 2008;12:18–26.

- 124.** Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S, Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi* 2011;8:2 277-322
- 125.** Beydağ KD, Sonakın EUC, Yürügen B. Sağlık Ve Yaşam Dersinin Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg* 2014;3:599–609.
- 126.** Altınparmak S, Koca Kutlu A. The Healthy Lifestyle Behaviors of 15–49 Age Group Women and Affecting Factors. *TAF Prev Med Bull* 2009;8:421–6.
- 127.** Sivrikaya AH, Sivikaya SK, Altun ÖŞ. Examination of Healthy Lifestyle Attitudes of Physical Education and Sports Teaching Department Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;2:3 133–138.
- 128.** Korkmaz P, Cevik Caglan F, Aykin N, Alpay Y, Gulduren HM, Dogru Yasar Z, et al. Seroprevalences of HBV, HAV, HCV and HIV Infection among Health Personnel in a State Hospital. *Klimik J* 2013;26:64–7. doi:10.5152/kd.2013.20.
- 129.** Koruk İ, Tekin-Koruk S, Tuncer K, Demir C, Kara B, Şeyhanoğlu AS. Şanlıurfa’da Sağlık Çalışanlarının Mesleki Bulaşıcı Hastalıklara Karşı Aşılama Düzeyi. *Klimik Derg* 2014;27:48–56. doi:10.5152/kd.2014.13.
- 130.** Almuneef M a, Memish Z a, Balkhy HH, Otaibi B, Helmi M. Seroprevalence Survey Of Varicella, Measles, Rubella, And Hepatitis A And B Viruses İn A Multinational Healthcare Workforce in Saudi Arabia. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2006;27:1178–83. doi:10.1086/508826.
- 131.** Yoon HJ, Lim J, Choi B, Kim J, Kim J, Kim C, et al. Vaccination Rates And Related Factors Among Health Care Workers in South Korea, 2009. *Am J Infect Control* 2013;41:753–4. doi:10.1016/j.ajic.2013.01.034.
- 132.** Kesmezacar Ö, Fincancı M, Koyuncu S, Demirkıran N, Özgün Ö. Sağlık Çalışanlarının Erişkin Ve Çocukluk Çağı Aşıları Hakkındaki Tutum Ve Davranışları Bildiri. 15. Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özetleri 833-835

- 133.** Karacaer Z, Öztürk İİ, Çiçek H, Şimşek S, Duran G, Görenek L. Sağlık Çalışanlarının Bağışıklanma İle İlgili Bilgi Düzeyleri, Tutum Ve Davranışları TAF Prev Med Bull 2015;14:353–63. doi:10.5455/pmb.1-1429013382.
- 134.** Turhan F. Başkent Üniversitesi Hastanesi Çalışanlarının Mesleki Risk Faktörleri ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi 2006. Erişim: <http://docplayer.biz.tr/1968979-T-c-baskent-universitesi-saglik-bilimleri-enstitusu-halk-sagligi-anabilim-dali.html>
- 135.** Hospital G. Afyon Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Çalışanlarında HBV , HCV ve HIV Seroprevalansı Seroprevalence of HBV , HCV and HIV Among Health Care Workers in the Afyon Pediatrics , Obstetrics and Gynecology Hospital 2014;71:61–6.
- 136.** Altun HU, Eraslan A, Özdemir G. İkinci Basamak Bir Hastanedeki Sağlık Çalışanlarının HBV, HCV VE HIV Seroprevalansları. Viral Hepatit Derg 2012;18:120–2. doi:10.4274/Vhd.65375.
- 137.** İnci M, Aksebzeci AT, Yağmur G, Kartal B, Emiroğlu M, Erdem Y. Investigation of HBV, HCV and HIV Seropositivity in Healthcare Workers Türk Hijyen ve Biyoloji Deney Dergisi 2009;66:2 56-66
- 138.** Özçimen S, Kacar F, Korkmaz F, Özcan M, Karataş H, Sakız A, et al. Çalışanlarının Hepatit B ve Hepatit C Seroprevalansı DOI : 10.15197/sabad.2.4.02 Eur J Basic Med Sci 2014;4(1): 7-11
- 139.** Aşkar E, Sağlık Çalışanlarında Hepatit B Ve Hepatit C Seroprevalansı Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği Uzmanlık Tezi İstanbul 2006.
- 140.** Süzük S, Öztaş D, Avcıküçük H, Çalık A. Hemodiyaliz Ünitesi Çalışanlarının ve Hemodiyaliz Hastalarının HBsAg, Anti-HBs ve Anti-HCV Serolojik Göstergeleri ile Çalışanların El Hijyeni Uyum Oranları. Viral Hepatit Derg 2013;19:136–9. doi:10.4274/Vhd.42713.
- 141.** Duran N, Workers HC. Journal of Experimental and Clinical Medicine Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi Üniversite hastanesi sağlık çalışanlarında

HBV , HCV ve HIV seropozitifliğinin hastaneye başvuranlarla karşılaştırılması
Journal of Experimental and Clinical Medicine 2010;27:46–9.

142. Akçalı A, Şener A, Tatman Otkun M, Akgöz S, Otkun Am. Hepatitis B Seroprevalance Among Health care Workers in a Tertiary Hospital. Viral Hepatit Derg 2013;19:36–40. doi:10.4274/Vhd.99609.

143. Öksüz Ş, Özaydin Ç, Şahin İ. Bir Devlet Hastanesi Sağlık Çalışanlarında HBV Ve HVC Seroprevalansının Araştırılması ANKEM Derg 2009;23(1):30-33

144. Koruk ST, Koruk İ, Şahin M, Duygu F. Şanlıurfa'da Ağız ve Diş Sağlığı Çalışanlarında HBsAg , Anti-HBs ve Anti-HCV Pozitifliği ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi 56 Klimik Dergisi 2009; 22(2): 55-61

145. Koruk İ, Tekin-Koruk S, Tuncer K, Demir C, Kara B, Şeyhanoğlu AS. Şanlıurfa'da Sağlık Çalışanlarının Mesleki Bulaşıcı Hastalıklara Karşı Aşılama Düzeyi Klimik Derg 2014;27:48–56. doi:10.5152/kd.2014.13.

146. Cılız N, Gazi H, Ecemiş T, Şenol Ş, Akçalı S , Kurutepe S. Sağlık Çalışanlarında Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Suçiçeği, Difteri, Tetanos ve Hepatit B Seroprevalansı Klimik Dergisi 2013; 26(1): 26-30 doi:10.5152/kd.2013.07.

147. Fedeli U, Zanetti C, Saia B. Susceptibility of Healthcare Workers To Measles, Mumps, Rubella And Varicella. 2002:133–5. doi:10.1053/jhin.2002.1222.

148. Ono E, Lobato T. Immunity İn Health Care Workers İn Neonatal Units 2007:142–7. doi:10.1016/j.ajic.2007.04.283.

149. Esteve M, Domínguez A, Urbiztondo L, Borrás E. American Journal of Infection Control Prevalence of Susceptibility To Tetanus And Diphtheria İn Health Care Workers in Catalonia Group for the Study of the Immune Status in Healthcare Workers in Catalonia. Am J Infect Control 2012;40:896–8. doi:10.1016/j.ajic.2011.11.012.

- 150.** Önde M, Ergin F , Atasoylu G , Çıbık A. Aydın'da 15-49 yaş arası kadınlarda tetanoz bağışıklamasında kaçırılmış fırsatlar ADÜ 2007;8.
- 151.** Karadağ E, Öncel EK, Büyükçam A, Cengiz AB, Kara A, Ceyhan M, Doğan BG. Nurses Regarding Seasonal Influenza Vaccine 2004:68–75. doi:10.5152/ced.2015.2009.
- 152.** Szucs TD, Daniela M. Influenza Vaccination Coverage Rates in Five European Countries A Population-Based Cross-Sectional Analysis Of Two Consecutive Influenza Seasons. 2005;23:5055–63. doi:10.1016/j.vaccine.2005.06.005.
- 153.** Rachiotis G, Mouchtouri VA, Kremastinou J, Gourgoulialis K, Hadjichristodoulou C. Low Acceptance of Vaccination Against the 2009 Pandemic Influenza A (H1N1) Among Healthcare Workers in Greece 2010:1–7.
- 154.** Holm M V, Blank PR, Szucs TD. Trends in Influenza Vaccination Coverage Rates in Germany Over Five Seasons From 2001 to 2006 2007;8:1–8. doi:10.1186/1471-2334-7-144.
- 155.** Domínguez A, Godoy P, Castilla J, Soldevila N, Toledo D, Astray J, et al. Knowledge of and Attitudes to Influenza Vaccination in Healthy Primary Healthcare Workers in Spain 2011-2012. 2013;8:2011–2. doi:10.1371/journal.pone.0081200
- 156.** Callak F, Tekin A. Influenza A (H1N1) 2009 Pandemisinde Hastane Çalışanlarının Grip Aşısına Yaklaşımlarının Araştırılması 2009:12–7.
- 157.** Maltezou HC. Vaccination of Health-Care Workers Against Influenza : Our Obligation To Protect Patients 2011:382–8. doi:10.1111/j.1750-2659.2011.00240.x.
- 158.** Republic Of Turkey Ministry Of Health Prevention And Control Program Strategic Plan and Action Plan for the Risk Factors Ankara 2009.
- 159.** Banegas R, Rodrı F, Jose J, Calero R. Blood Pressure in Spain in Average Pressure 1998:998–1002.

- 160.** Wang H, Zhang X, Zhang J, He Q, Hu R, Wang L, et al. Factors Associated with Prevalence , Awareness , Treatment and Control of Hypertension among Adults in Southern China : A Community-Based , Cross-Sectional Survey 2013;8. doi:10.1371/journal.pone.0062469.
- 161.** Ecdet T. Prevalence , Awareness , Treatment and Control of Hypertension in Adults with Chronic Kidney Disease in Turkey : Results from the CREDIT Study 2012;36–46. doi:10.1159/000339025.
- 162.** Cutler JA, Sorlie PD, Wolz M, Thom T, Fields LE, Roccella EJ. Population Studies / Epidemiology Trends in Hypertension Prevalence , Awareness , Treatment , and Control Rates in United States Adults Between 1988–1994 and 1999–2004. 2008;818–27.
doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.108.113357.
- 163.** U.S. Preventive Services Task Force. Screening Preventive Services Task Force Screening for High Blood Pressure in Adults : 2016;93:300–2.
- 164.** Turkish Statistical Institute Turkey Health Survey 2012 No:13490 Available from: <http://www.turkstat.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13490>
- 165.** Kılıç M, Koç A. İl Merkezindeki Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuranların Tarama Testleri Yaptırma Durumu Ve Etkileyen Faktörlerin Çok Değişkenli Analizi Nobel Medicus 2014;10:1 36–42.
- 166.** Kılıç M, Ad HS. Yozgat İl Merkezinde Çalışan Sağlık Çalışanlarında Kronik Hastalıklar Açısından Önde Gelen Riskli Durum ve Davranışların Prevalansı 2012;32:1343–53. doi:10.5336/medsci.2011-27900.
- 167.** Courtney RJ, Paul CL, Sanson-fisher RW, Macrae FA, Carey ML, Attia J, et al. Colorectal Cancer Risk Assessment And Screening Recommendation : A Community Survey Of Healthcare Providers ' Practice From A Patient Perspective 2012;8–10.
- 168.** Turkish Statistical Institute Turkey Health Survey 2012 No:18854 Available from:
<http://www.turkstat.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18854>

- 169.**Topuzoğlu A, Hıdıroğlu S, Önsüz MF, Polat G. İstanbul'da Bir Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Kronik Hastalıklardan Korunmada Kaçırılmış Fırsatlar. TAF Prev Med Bull 2011;10:665–74.
- 170.**Adult T, Factor R. TEKHARF 2013 Taraması Ve Diyabet Prevalansında Hızlı Artış 2014;42:511–6. doi:10.5543/tkda.2014.27543.
- 171.**Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global Prevalence Of DiabetesTable, Estimates For The Year 2000 And Projections For 2030. Diabetes Care 2004;27:5 1047-1055
- 172.** Definition And Diagnosis Of Diabetes Mellitus And Intermediate HyperglycemiaReport Of A Who/Idf Consultation Genova 2005
- 173.** American Diabetes Association Standards Of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 2009;32. Doi:10.2337/Dc09-S013.
- 174.** The Canadian Diabetes Association 2013 Guidlines For Prevention And Managment Of Diabetes in Canada Can J Diabetes 2013;37:1
- 175.** Ahn HS, Kim HJ, Welch HG. Korea's Thyroid-Cancer Epidemic Screening and Overdiagnosis N Engl J Med 2014;371;19 Thedoi:10.1056/NEJMp1411244.
- 176.** Lin SJ. Factors Influencing The Uptake Of Screening Services For Breast And Cervical Cancer in Taiwan JRSJ 2008;128:327–34. doi:10.1177/1466424007092802.
- 177.** Nilaweera RIW, Perera S, Paranagama N, Anushyanthan AS. Knowledge and Practices on Breast and Cervical Cancer Screening Methods among Female Health Care Workers: A Sri Lankan Experience 2012;13:1193–6.
- 178.** Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A, Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış ve Uygulamaları. Marmara Medical Journal 2007;20(1);29-36
- 179.** Özkahraman Ş, Vural Bk, Bayık A. Halk Eğitim Merkezi Kursiyerlerinde

Kendi Kendine Meme Muayene Becerisi Geliştirme. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9:4

180.Keten HS, Yıldırım F, Ölmez S, Üçer H, Çelik M. Kahramanmaraş Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'ne Başvuran Kadınların Meme Kanseri Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları Gaziantep Med J 2014;20(3):212-216 doi:10.5455/GMJ-30-154373.

181. Koç Z, Sağlam Z. Kadınların Meme Kanseri, Koruyucu Önlemler ve Kendi Kendine Meme Muayenesi ile İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi ve Eğitimin Etkinliği Meme Sağlığı Dergisi 2009;5:1 25–33.

182. Yavan T, Akyüz A, Tosun N, İyigün E. Women ' s Breast Cancer Risk Perception and Attitudes Toward Screening Tests Journal of Psychosocial Oncology, 2010;28:189–201,doi: 10.1080/07347330903570453

183. Özçam H, Çimen G, Uzunçakmak C, Aydın S, Özcan T, Boran B. Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Serviks Kanseri ve Rutin Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi 2014:154–60. doi:10.5152/imj.2014.86548.

184. Gulten G, Memnun S, Ayse K, Aygul A, Gulcin A. Breast , Cervical , and Colorectal Cancer Screening Status of a Group of Turkish Women 2012;13:4273–9. DOI:http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.9.4273

185. Gonzalez P, Castaneda SF, Mills PJ, Talavera GA, Elder JP, Gallo LC. Determinants of Breast, Cervical and Colorectal Cancer Screening Adherence in Mexican-American Women. J Community Health 2012;37:421–33. doi:10.1007/s10900-011-9459-2.

186. Cullati S, Charvet-Berard AI, Perneger T V. Cancer Screening In A Middle-Aged General Population: Factors Associated With Practices And Attitudes. BMC Public Health 2009;9:118. doi:1471-2458-9-118 [pii]\r10.1186/1471-2458-9-118

187. Wee LE, Koh GCH, Chin RT, Yeo WX, Seow B, Chua D. Socioeconomic Factors Affecting Colorectal, Breast And Cervical Cancer Screening In An Asian Urban Low-Income Setting At Baseline And Post-

Intervention. Prev Med (Baltim) 2012;55:61–7.
doi:10.1016/j.ypmed.2012.04.011.

188. Hian Koo J, Leong RW, Ching J, Yeoh K-G, Wu D-C, Murdani A, et al. Knowledge of, Attitudes Toward, And Barriers To Participation Of Colorectal Cancer Screening Tests in the Asia-Pacific Region: A Multicenter Study Sang-Kil. Gastrointest Endosc 2012;76:126–35.
doi:10.1016/j.gie.2012.03.168.

189. Koo JH, Arasaratnam MM, Liu K, Redmond DM, Connor SJ, Sung JJY, et al. Knowledge, Perception And Practices Of Colorectal Cancer Screening In An Ethnically Diverse Population. Cancer Epidemiol 2010;34:604–10.
doi:10.1016/j.canep.2010.05.013.

190. Bas K, Guler T, Gunay LM, Besim H, Uygur D. Public Awareness of Colorectal Cancer in a Turkish Population : Importance of Fecal Occult Blood Testing 2012;13:195–8.

191. Balaman P. Malatya Merkez İlçede 18 Yaş Ve Üzeri Kadınların Kanseri İlgili Bilgi Tutumları Ve Etkileyen Faktörler İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2008.

192. Şahin NŞ, Üner BA, Aydın M, Akçan A, Gemalmaz A, Dişçigil G, et al. Knowledge Of, Attitudes Toward, And Barriers To Participation Of Colorectal Cancer Screening In Aydın Central Region. Araştırma Türk Aile Hek Derg 2015;19:37–48. doi:10.15511/tahd.15.01037.

Ek: 1 Anket Formu

**Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahili Tıp Birimlerinde Görev
Yapan Kadın Sağlık Çalışanlarının Sağlık Davranışlarının
Değerlendirilmesi**

Anket no :

Tarih :

1) Doğum yılı

2) Medeni durum

(1) Evli

(2) Bekar

3) Eğitim durumu

(1) Lise mezunu

(2) Önlisans mezunu

(3) Lisans mezunu

(4) Lisansüstü

4) Meslek

(1) Doktor
Diyetisyen

(2) Hemşire-ebe

(3) Eczacı

(4) Fizyoterapist

(5)

(6) Psikolog (7) Sağlık teknisyeni Diğer.....

**5) Evinizde sizin dışınızda kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?(birden fazla
seçenek işaretleyebilirsiniz).**

(1) Yalnız

(2) Eş

(3) Eş ve çocuk

(4) Çocuk

(5) Arkadaş

(6) Aile büyükleri.

6) Hanede yaşayan toplam kişi sayısı

7) Hanede toplam aylık gelir (maaş, kira, faiz vb.)TL

8) Gelir algısı

() Gelirim giderimden azdır

() Gelir ve giderlerim birbirine denktir

() Gelirim giderimden fazladır, birikim yapabiliyorum.

9) Çalışma biçimi

- (1) Sürekli gündüz
- (2) Sürekli gece
- (3) Gündüz + nöbet
- (4) Vardiya usûlü

10) Bir ayda gece Nöbet tutuyorum

11) Kadro durumunuz

12) Haftalık toplam çalışma sürenizsaat

13) Şuanki mesleğinizde toplam çalışma sürenizyıl ay

14) Çocuğunuz var mı?

- (1) Çocuk sahibi değilim
- (2).....çocuk sahibiyim.

15) En sontarihinde doğum yaptım.

Halen Emziriyorum ☐ Emzirme döneminde değilim.

16) Menopoz son bir yıl içinde hiç adet görmeme durumudur. Bu tanıma göre;

☐ Menopozdayım ☐ Menopozda değilim

17) Hekim tarafından tanısı konulmuş bir hastalığınız var mı? Birden fazla işaretleyebilirsiniz.

- (1) Hayır
- (2) Kalp damar hastalığı (3) Diyabet (4) Hipertansiyon
- (5) Gastrointestinal sistem hastalıkları (6) Anemi
- (7) Romatizmal hastalıklar (8) Böbrek hastalıkları
- (9) Nöro-psikiyatrik hastalıklar (10) Alerji ve astım
- (11) Kanser (12) Doğumsal anomali
- (13) Diğer

18) Sağlığınıza kendiniz nasıl değerlendirirsiniz?

()Mükemmel

() Çok iyi

()İyi

()Kötü

()Çok kötü

19 - 43) Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
19	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
20	Şekeri ve tatlıyı kısırım				
21	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
22	Hergün 2-4 öğün meyve yerim				
23	Hergün 3-5 öğün sebze yerim				
24	Hergün 3-4 kezsüt, yogurt veya peynir yerim				
25	Hergün et,tavuk,balık, kurubakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
26	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
27	Kahvaltı yaparım				
28	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
29	Haftada en az 3 kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreyle egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklet binme, aerobik, dans gibi)				
30	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm)				
31	Boş zamanlarımda yüzme, dans, bisiklet binme gibi eğlendirici fiziksel aktiviteler yaparım				
32	Haftada en az 3 kez kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
33	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
34	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				

35	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
36	Yeterince uyurum				
37	Hergün rahatlamak için zaman ayırırım				
38	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
39	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
40	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
41	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
42	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
43	Yorulmaktan kendimi korurum				

44) Sigara ile ilgili aşağıdaki önermelerden hangisi durumunuzu tanımlamaktadır ?

- (1) Son 30 gün içinde her gün en az bir adet sigara içtim
- (2) Son 30 gün içinde hergün olmasa da günde bir sigara içtim.
- (3) Daha önce sigara içtim. Ama bıraktım artık hiç içmiyorum
- (4) Yaşamım boyunca hiç sigara içmedim.

45) Sigara içiyorsanız; sigara bırakma deneyiminiz oldu mu ?

☐ Evet ☐ Hayır

46) Alkol kullanıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

47)



1 standart içki = 30 ml viski = 100 ml şarap = 360 ml bira

Alkol kullanıyorsanız haftada 7 standart içkiden fazla tüketirmisiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

48 - 52) Aşağıdaki tabloda sağlık çalışanlarının yaptırmaları gereken aşılar yer almaktadır.

AŞILAR	Aşılandım	Bağışıklama Dozları			Hastalığı geçirdim	Aşılanmadım	Alerjim olduğundan yapılamıyor.
Hepatit A		1.doz	2.doz (6. Ayda)				
Hepatit B		1.doz	2.doz (1. Ayda)	3.doz (6. Ayda)			
KKK (kızamık, kızamıkçık, kabakulak)		1.doz	2.doz (1. Ayda)				
Su çiçeği		1.doz	2.doz (4-8. Hafta)				

Tetanoz	Aşılandım	1.doz	2.doz (1.ayda)	3.doz (7.ayda)	10 yıllık rapel	5 doz Tam Bağışıklık	Aşılanmadım	Alerjim olduğundan yapılamıyor

53) Son 1 yılda içinde grip aşısı (influenza) oldunuz mu?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Alerjim olduğu için aşılama yapılamıyor.

54) Kalp sağlığı için;

☐ Ailede kalp hastalığı öyküsü
☐ Obezite
☐ Hipertansiyon
gibi risk faktörlerinden en az birini taşıyanlar için;

Son bir yıl içinde kanda lipit profili baktırdınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Hatırlamıyorum

55) Risk faktörlerini taşımayan 35 yaşında büyük herkes için; Son beş yıl içinde kanda lipit profilinize baktırdınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Hatırlamıyorum

56) Hipertansiyonun tespiti için herkes için yılda en az bir kez tansiyon nabız ölçümü önemlidir. Son 1 yıl içinde tansiyon, nabız ölçümü yaptırdınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Hatırlamıyorum

57) Diyabet Taraması için

- ☐ 45 yaş üstünde olma
- ☐ Ailede diyabet öyküsü
- ☐ Şişmanlık
- ☐ Gestasyonel diyabet veya 4.1 kg üstü bebek doğurma öyküsü
- ☐ Hipertansiyon,
- ☐ Hiperlipidemi
- ☐ Polikistik over öyküsü
- ☐ Kardiyovasküler hastalık

Risk faktörlerinden en az birine sahip olanlar için;

Son üç yıl içinde kan glikozu, OGTT veya HbA1c testleri yaptırınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Hatırlamıyorum

58) Tiroid fonksiyon anomalilerini saptamak için;

- ☐ Ailede kalp hastalığı öyküsü
- ☐ 35 yaş üstünde olma

Risk faktörlerinden en az birine sahip olanlar için;

son beş yıl içinde kanda tiroid fonksiyonlarının düzeyine baktırdınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Hatırlamıyorum

59) Her ay kendi kendinize meme muayenesi yapıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

60) Son 2 yıl içinde klinik meme muayenesi veya meme ultrasonu yaptırdınız mı ?

☐ Evet ☐ Hayır

61) 40 yaşından büyükler için; son 2 yılda mammografi yaptırdınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

62) 50 yaşından büyükler için; Kolorektal kanserlerin (kolon, rektum kanserleri) erken evrede tespit edilmesi için son 2 dışkıda gizli kan baktırdınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

63) 30 yaşından büyükler için; Servikal kanserin erken evrede tespit edilmesi için son beş yılda HPV testi veya pap smear testi yaptırdınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

64) Boy: m

Kilo: kg

Beden kütle indeksi: kg/m²

65) Bel:

Kalça

Bel/kalça oranı:



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 70198063-050.06.04 /273
Konu : Kararlar 16-6.1/10

Sayın Zeliha ÖCEK

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız "Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Dahili Birimlerinde Görev Yapan Kadın Sağlık Çalışanlarının Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi." konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmaktadır.

Ayrıca ilgili mevzuat gereği araştırmaya başlama bildiriminin, bir yıllık süreyi aşması durumunda Yıllık Bildirimlerin, Ciddi Advers Olay Bildirimlerinin, bitirme tarihinin ve Sonuç Raporunun Kurulumuza sunulması ve her türlü yazışmanın araştırma tam adı/kodu, karar tarih ve sayısı bildirilerek (Etik Kurul Bilgilendirme Formu ekinde) yapılması gerekmektedir.

Yazımızın bir örneğinin diğer araştırma merkezlerine ve destekleyiciye iletilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Aysenur OKTAY
Kurul Başkanı

EK: İlgili Etik Kurul Kararı



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Dahili Birimlerinde Görev Yapan Kadın Sağlık Çalışanlarının Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi.			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Zeliha Aslı ÖZEK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐	FAZ 2 ☐	FAZ 3 ☐	FAZ 4 ☐
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐
	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	17.05.2016	-	Türkçe ☒	İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	-	-	Türkçe ☒	İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe ☒	İngilizce ☐ Diğer ☐
	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒ İmza Tarihi : 17.05.2016			
	DİĞER	☒ Anket Formu			
	Karar Nu: 16-6.1/10	Tarih: 01.07.2016			
	KARAR BİLGİLERİ	Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun			
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU					
ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayşenur OKTAY				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**) İmza
Prof. Dr. Ayşenur OKTAY Başkan	Radyodiagnostik	E.Ü. Tıp Fakültesi Radyoloji AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H
Prof. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.Ü. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu : 16- 6.1/10				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Sarenur GÖKBEN Üye	Çocuk Nörolojisi	EÜ. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	S. Göbner
Prof. Dr. Abdullah SAYINER Üye	Göğüs Hastalıkları	EÜ. Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	A. İner
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	EÜ. Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Murat PEHLİVAN Üye	Biyofizik	E.Ü. Tıp Fakültesi Biyofizik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Şafak TANER Üye	Halk Sağlığı	E. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Ayşe EROL Üye	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yard. Doç. Dr. Gülsün AYGÖRMEZ UĞURLUBAY Üye	Ceza Hukuku	Gediz Üniversitesi Hukuk Fakültesi	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Üye	Eczacı	E.U. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Uzm. Dr. Özlem EKER Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Serbest	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

ASLI GİBİNDİR
S. GÖKBEN
EÜ. Tıp Fakültesi
Etik Kurul Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Yasemin Ergül Kunduracı, 1990 Eskişehir doğumludur. Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik ve Kimya Yan dalından 2012 yılında mezun olmuştur. Aynı yıl Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde diyetisyen olarak göreve başlamış, 2014'de Bitlis Devlet Hastanesi'nde de kısa bir süre çalışmıştır. Halen eş durumu nedeniyle naklen geldiği İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Nütrisyon Destek, Palyatif Bakım ve Hemodiyaliz birimlerinde diyetisyen olarak görevine devam etmektedir. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine 2013 yılında başlamıştır. Evli ve bir çocuk annesidir.

E posta: y.e.yaseminergul@hotmail.com