T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YOZGAT İL MERKEZİNDEKİ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA SEÇİLMİŞ OLUMSUZ SAĞLIK DAVRANIŞLARININ SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Tezi Hazırlayan
Mahmut KILIÇ

Tezi Yöneten
Prof.Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Doktora Tezi

Bu çalışma, Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından TSD-09-938 nolu proje ile desteklenmiştir.

Şubat 2011
KAYSERİ

Prof.Dr.Fevziye ÇETİNKAYA Danışmanlığında **Mahmut KILIÇ** tarafından hazırlanan **"Yozgat İl Merkezindeki Sağlık Çalışanlarında Seçilmiş Olumsuz Sağlık Davranışlarının Sıklığı ve Etkileyen Faktörler"** adlı bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı** Anabilim Dalında **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

10/02/ 2011

JÜRİ		**İmza**
Başkan	: Prof.Dr.Osman GÜNAY	
Üye	: Prof.Dr.Fevziye ÇETİNKAYA	
Üye	: Prof.Dr.Mualla AYKUT	
Üye	: Doç.Dr.Resul BUĞDAYCI	
Üye	: Yrd.Doç.Dr.Vesile ŞENOL	

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun ……..tarih ve……..sayılı kararı ile onaylanmıştır.

……./…./…….

Prof.Dr.Saim ÖZDAMAR
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışmam sürecinde emek, destek, hoşgörü ve sabrını esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA'ya,

Doktora eğitimime katkılarından dolayı Prof.Dr. Yusuf ÖZTÜRK'e, Prof.Dr. Osman GÜNAY'a, Prof.Dr. Mualla AYKUT'a, Prof.Dr. Osman CEYHAN'a, Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK'e, Doç.Dr. İskender GÜN'e ve Yard.Doç.Dr. Elçin BALCI'ya,

Tezime katkılarından dolayı Yrd.Doç.Dr. Vesile ŞENOL'a, Öğr.Gör. Dr.Ahmet ÖZTÜRK'E, Öğr.Gör. Dr.Ferhan ELMALI'ya,

Eğitimimin tüm aşamalarında katkı ve desteklerini esirgemeyen Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın tüm araştırma görevlilerine ve personeline,

Mücadelelerle dolu eğitim hayatım boyunca hep yanımda olan sevgi ve hoşgörüsünden güç aldığım eşim Gülbahar'a, çocuklarım Ali İhsan ve Abdulkadir'e,

Projemizi destekleyen Erciyes Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimine

Teşekkürlerimi sunarım.

YOZGAT İL MERKEZİNDEKİ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA SEÇİLMİŞ OLUMSUZ SAĞLIK DAVRANIŞLARININ SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ÖZET

Mahmut KILIÇ

Dünyadaki ölümlerin (2005) yaklaşık olarak %60'ının nedeni kronik hastalıklardır. Ülkemizin de içinde bulunduğu orta ve yüksek gelirli ülkelerdeki ölümlerin ilk 8 risk faktörü ve yine fazla tuz ve yağ alımı da önemli olumsuz sağlık davranışlarındandır. Araştırmanın amacı, kronik hastalıklara neden olan ve/veya zemin hazırlayan önde gelen olumsuz sağlık davranışlarının sağlık çalışanlarındaki sıklığını ortaya koymaktır.

Kesitsel nitelikli bu çalışma, 2009 yılında Yozgat İl merkezinde çalışan sağlık personelinin tamamı üzerinde yapılmıştır. Araştırmaya 151 hekim, 325 hemşire/ ebe, 275 sağlık memuru ve 84 diğer lisans mezunu sağlık çalışanı olmak üzere toplam 835 sağlık çalışanı katılmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan anket formunun denekler tarafından doldurulmasıyla toplanmıştır. Belirlenen 10 olumsuz sağlık davranışın her birinin analizinde binary lojistik regresyon analizi kullanıldı.

Sağlık çalışanlarının %58.8'i kadın, %78.9'u evli, ortanca yaş 34 idi. Kronik hastalıklar açısından belirlenen 10 olumsuz sağlık davranışı birlikte ele alındığında sağlık çalışanları arasında en yüksek oranda görülenler, yetersiz sebze-meyve tüketme, yetersiz egzersiz yapma, yağ ve tuz kısıtlamama, yüksek BKİ`ye sahip olma ve sigara içme iken (sırayla %87.0, 79.8, 80.6, 77.8, 51.2, 43.1), düşük oranda görülenler ise haftada bir/daha sık alkol alma, 2 yıl içinde kan basıncını ve kan şekerini, 5 yıl içinde kan kolesterolünü ölçtürmemedir (sırayla; %3.0, 7.7, 17.2, 17.4).

Sağlık çalışanları, kronik hastalıklar için belirlenen olumsuz sağlık davranışlarını beklenenden daha çok sergilemektedir. Sağlığın korunması, yükseltilmesi ve sağlık çalışanlarının konu hakkındaki duyarlılığının artırılması için sağlık personelinin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarına "olumsuz sağlık davranışların önlenmesi ve izlemi" nin eklenmesi yararlı olacaktır.

Anahtar kelimeler: Olumsuz sağlık davranışları, Kronik hastalıklar, Sağlık personeli

FACTORS AFFECTING THE FREQUENCY OF SELECTED UNHEALTHY BEHAVIORS IN HEALTH PERSONNEL IN YOZGAT PROVINCIAL CENTER

ABSTRACT

In 2005, the cause for almost 60.0% of the deaths in the world is chronic diseases. The first 8 risk factors of causes of death in middle and high-income countries, in which our country is also placed, and to much salt and fat intake are important unhealthy behaviors. The aim of this study is to determine the frequency of unhealthy behaviors that lead causes of chronic illnesses and/ or prepare the ground for them in health workers.

This cross-sectional study was carried out on the whole health personnel working in Yozgat provincial center in 2009. A total of 835 health personnel including 151 physicians, 84 other health profession, 325 nurses, and 275 health technician participated in this study. The data were collected by means of the questionnaire, prepared by the researcher based on the literature and filled by the participants. Chi-square tests and binary logistic regression analysis were used in the analysis of each of 10 selected unhealthy behaviors.

The percentage of female health workers was 58.8% and 78.9% of them were married, and the average age was 34. The 10 unhealthy behaviors in terms of chronic diseases, when considered together were inadequate fruit and vegetable consumption, insufficient exercise, unreduced fat and salt intake, having a high BMI and cigarette smoking seen at the highest rate (respectively 87.0, 79.8, 80.6, 77.8, 51.2, 43.1 %) among health care workers. Those seen at the lowest rate were alcohol consumption once a week and more, not to measure their blood pressure and blood sugar within the last two years and their blood cholesterol within the last five years (respectively 3.0, 7.7, 17.2, 17.4 %).

Health personnel behave more risky than expected in terms of the unhealthy behaviors for chronic diseases. For the health protection, promotion and increased awareness of health workers we should integrate “screening and interventions for unhealthy behaviors" into the graduate and post-graduate training programs of health personnel.

Key words: Unhealthy Behaviors, Chronic diseases, Health personnel

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK …… I
KABUL VE ONAY SAYFASI …… II
TEŞEKKÜR ……. III
ÖZET …… IV
ABSTRACT …….. V
İÇİNDEKİLER ……. VI
KISALTMALAR …….. VIII
TABLO VE ŞEKİLLER LİSTESİ ……..... IX

1. GİRİŞ VE AMAÇ …….. 1
2. GENEL BİLGİLER ……... 4
   2.1. SAĞLIĞI BELİRLEYİCİ FAKTÖRLER …….……. 4
      2.1.1. Tanımlar ……..... 4
      2.1.2. Sağlığı belirleyici faktörler ……..……. 5
   2.2. YAŞAM TARZI VE KRONİK HASTALIKLAR ……..... 6
      2.2.1. Dünyadaki durum …….. 6
      2.2.2. Türkiye'deki durum ……..……..… 8
   2.3. KRONİK HASTALIKLAR AÇISINDAN BAŞTA GELEN OLUMSUZ SAĞLIK DAVRANIŞLARI …….……. 10
      2.3.1. Tütün kullanma …….…….. 11
      2.3.2. Yetersiz fiziksel aktivite …….…..…… 13
      2.3.3. Yüksek beden kitle indeksi …….……. 14
      2.3.4. Yetersiz sebze ve meyve tüketimi ……..... 15
      2.3.5. Fazla yağ ve tuz tüketim alışkanlığı …… …….…… 16
      2.3.6. Kan basıncı ölçtürmeme …… 17
      2.3.7. Kan şekeri ölçtürmeme …….…… 19
      2.3.8. Kan kolesterolü ölçtürmeme …….…… 20
      2.3.9. Alkol kullanma…….. 21
   2.4. SAĞLIK ÇALIŞANLARI VE OLUMSUZ SAĞLIK DAVRANIŞLARI …… 22
      2.4.1. Sağlık çalışanı …… 22
      2.4.2. Sağlık çalışanlarında olumsuz sağlık davranışları ....……. 22

3. GEREÇ VE YÖNTEM ……. 26
4. BULGULAR …….……. 31
5. TARTIŞMA VE SONUÇ …….… 64
6. KAYNAKLAR …….…. 87
EKLER ……..... 100
Ek-1: Etik kurul onayı
Ek-2: Anket formu
ÖZGEÇMİŞ

KISALTMALAR

DALY (Disability Adjusted Life Years): Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı

YLD (Years Lost with Disability): Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı

YLL (Years of Life Lost): Kaybedilen Yaşam Yılı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TDK: Türk Dil Kurumu

DİE: Devlet İstatistik Enstitüsü

KHY: Küresel Hastalık Yükü

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

UHY: Ulusal Hastalık Yükü

UHA: Ulusal Hanehalkı Araştırması

AYA: Aile Yapısı Araştırması

SBKK: Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım

BKİ: Beden Kitle İndeksi

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

TURDEP: Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri

SKB: Sistolik Kan Basıncı

DKB: Diastolik Kan Basıncı

LDL: Düşük yoğunluklu lipoproteinler

HDL: Yüksek yoğunluklu lipoproteinler

BRFSS (Behavioral Risk Factor Surveillance System): Davranışsal Risk Faktörleri Surveyans Sistemi

MET (Metabolic Equivalent of Task): 70 kg ağırlığında yetişkin bir kişinin dinlenme sırasında bir dakikada harcadığı enerjidir.

TABLO VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 3.1. Kronik hastalıklar açısından seçilmiş olumsuz sağlık davranışların sınıflaması …….. 28

Tablo 3.2. Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre sınıflandırılması …… 29

Tablo 3.3. Lojistik regresyon analizinde kullanılan bağımsız değişkenler ve özellikleri ……. 30

Tablo 4.1. Araştırma grubunun tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı …… 31

Tablo 4.2. Araştırma grubunun mesleğe göre demografik özelliklerinin dağılımı … 33

Tablo 4.3. Araştırma grubunda mesleğe göre genel olarak yaşamından memnun olma durumu ……. 33

Tablo 4.4. Araştırma grubunda mesleğe göre genel olarak işinden memnun olma durumu …….. 34

Tablo 4.5. Araştırma grubunun mesleğe göre sağlık durumu algılaması …….. 34

Tablo 4.6. Araştırma grubunda mesleğe göre hastalık/sağlık sorunu ve kronik hastalığın olma durumu ……..……... 35

Tablo 4.7. Araştırma grubunun özel bir durum, hastalık veya yaralanma dışında genel sağlık kontrolü yaptırma durumu ……..…… 35

Tablo 4.8. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre son bir yıl içinde genel sağlık kontrolünü yaptırmayanların dağılımı …….. 36

Tablo 4.9. Genel sağlık kontrolünü son bir yıl içinde yaptırmamaya etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi …… 36

Tablo 4.10. Araştırma grubunun kan şekerini ölçtürme durumu ……. 37

Tablo 4.11. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre kan şekerini son 2 yıl içinde ölçtürmeyenlerin dağılımı …….. 37

Tablo 4.12. Kan şekerini son 2 yıl içinde ölçtürmemeye etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi …… 38

Tablo 4.13. Araştırma grubunda meslek, yaş grubu ve BKİ'ye göre kan şekerinin yüksek saptandığını belirtenler …….…….. 38

Tablo 4.14. Araştırma grubunun kan kolesterolünü ölçtürme durumu …… 39

Tablo 4.15. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre son 5 yıl içinde kolesterolünü ölçtürmeyenlerin dağılımı ……... 39

Tablo 4.16. Son 5 yıl içinde kolesterolü ölçtürmemeye etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi ……..…. 40

Tablo 4.17. Araştırma grubunda meslek, yaş grubu ve BKİ'ye göre kolesterolünün yüksek saptandığını belirtenler ……..……. 41

Tablo 4.18. Araştırma grubunun kan basıncını ölçtürme durumu …… 41

Tablo 4.19. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre son 2 yıl içinde kan basıncını ölçtürmeyenlerin dağılımı ……..... 42

Tablo 4.20. Son 2 yıl içinde kan basıncını ölçtürmemeye etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi …….…. 42

Tablo 4.21. Araştırma grubunda meslek, yaş grubu ve BKİ'ye göre kan basıncının yüksek saptandığını belirtenler …….……... 43

Tablo 4.22. Araştırma grubunun egzersiz yapma durumu …… 43

Tablo 4.23. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre yetersiz egzersiz yapanların dağılımı ……. 44

Tablo 4.24. Yetersiz egzersiz yapmaya etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi …… 44

Tablo 4.25. Araştırma grubunda sebze-meyve tüketim sıklığı ……. 45

Tablo 4.26. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre yetersiz sebze-meyve tüketenlerin dağılımı ……... 45

Tablo 4.27. Yetersiz sebze-meyve tüketimine etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi ……..… 46

Tablo 4.28. Araştırma grubunun yemeklerinin tuzluluk durumu …….…… 46

Tablo 4.29. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre yemeklerinde tuz kısıtlaması yapmayanların dağılımı …….. 47

Tablo 4.30. Tuz kısıtlamama üzerine etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi ……... 47

Tablo 4.31. Araştırma grubunun yemeklerinin yağlılık durumu ……. 48

Tablo 4.32. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre yemeklerinde yağ kısıtlaması yapmayanların dağılımı …….… 48

Tablo 4.33. Yağ kısıtlamama üzerine etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi ……...…… 49

Tablo 4.34. Araştırma grubunun yemeklerinde genellikle kullandıkları yağ türleri 49

Tablo 4.35. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre yemeklerinde yalnız katı yağ kullananların dağılımı ……..…….,… 50

Tablo 4.36. Araştırma grubunda mesleğe, cinsiyete ve yaş gruplarına göre BKI … 50

Tablo 4.37. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre yüksek BKİ'ye (≥25) sahip olma durumu ve BKİ ortalamaları …,….. 51

Tablo 4.38. Yüksek BKİ'ye sahip olma üzerine etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi …….. 52

Tablo 4.39. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre riskli bel çevresine sahip olma …….…. 53

Tablo 4.40. Riskli bel çevresine sahip olma üzerine etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi …… 53

Tablo 4.41. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre sigara içme durumu …….… 54

Tablo 4.42. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre sigara içenlerin ve içilen sigara sayısı ortalamasının dağılımı ……..... 55

Tablo 4.43. Sigara içmeyi etkileyebilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi 56

Tablo 4.44. Araştırma grubunun, kapalı ortamda yanında sigara içilme durumu … 56

Tablo 4.45. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre kapalı ortamlarda yanında sigara içilme durumu ……... 57

Tablo 4.46. Evde sigara dumanına maruz kalma üzerine etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi ……. 58

Tablo 4.47. Araştırma grubunda çalıştığı birimde kapalı ortamlarda sigara dumanına maruz kalanlar ……..……. 58

Tablo 4.48. İş yerinde sigara dumanına maruz kalmayı etkileyebilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi …….. 59

Tablo 4.49. Araştırma grubundakilerin alkol alma durumu …….. 59

Tablo 4.50. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre haftada bir veya daha sık alkol alanların dağılımı ……. 60

Tablo 4.51. Haftada bir veya daha sık alkol almayı etkileyebilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi ……. 60

Tablo 4.52. Araştırma grubunda mesleğe göre kronik hastalıklar açısından seçilmiş 10 olumsuz sağlık davranışın sıklığı …….…... 61

Tablo 4.53. Araştırma grubunun mesleğe göre Hepatit B'ye karşı bağışıklık durumu 62

Tablo 4.54. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre Hepatit B'ye karşı bağışık olmayanların/ bağışıklık durumunu bilmeyenlerin dağılımı 62

Tablo 4.55. Hepatiti B'ye karşı bağışık olmama/ bağışıklık durumunu bilmeme üzerine etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi ….. 63

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada ekonomik büyüme artmakta ve ekonomik kalkınma sonucunda kişilerin eğitim düzeyi yükselmekte, gıda ve konut ihtiyaçları daha kolay karşılanmakta, su ve sanitasyon hizmetlerinin iyileşmesiyle bulaşıcı hastalıklardan ölümler azalmakta ve tüm bunların sonucu olarak da yaşam süresi artmaktadır. Yaşamın uzamasıyla birlikte kronik hastalıkların prevalansı ve hastalık yükü de artmaktadır (1). Dünyadaki ölümlerin (2005) yaklaşık olarak % 60'ının nedeni kronik hastalıklar olup bu kronik hastalıkların yarısını kalp-damar hastalıkları oluşturmaktadır. Yine gelecek 10 yılda tüm ülkelerde, enfeksiyon hastalıkları, maternal ve perinatal nedenler ve beslenme yetersizliği sonucu olan tüm ölümlerde %3'ten fazla azalma beklenirken, yetişkinler arasında kronik hastalıklar nedeniyle olan ölümlerin %17 oranında artacağı tahmin edilmektedir. 1990 yılında Hindistan'da, tüm ölümlerin %40.4'ü kronik hastalıklar nedeniyle meydana gelirken, 2020'de bu oranın %66.7'ye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Çin'de gelecek 10 yılda yalnız kalp hastalıkları, inme ve diyabet için 550 milyar Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Doları harcanacağı tahmin edilmektedir (2). ABD'de 2006 yılında hekime başvuru nedenlerinin yarısını kronik sorunlar oluşturmaktadır. Bu kronik sorunlar sırayla; %22.4 ile hipertansiyon, % 13.1 ile artrit, %13 ile hiperlipidemi, %9.5 ile diabet ve %7.9 ile depresyondur (3). Dünyada, tüm yaşlarda ve her iki cinsiyette kronik hastalıklar için majör davranışsal risk faktörleri olarak; sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite ve sigara kullanımı sayılmaktadır (2).

Genellikle hastalık ve yaralanmalara, birbiriyle ilişkili birden çok olumsuz sağlık davranışı neden olurken, aynı zamanda her bir olumsuz sağlık davranışı da birden çok hastalık ve yaralanmaya neden olabilmektedir. Çevresel, sosyoekonomik, kültürel ve bireysel özellikleri olan olumsuz sağlık davranışlarının birbirleriyle olan ilişkileri çok boyutlu ve karmaşıktır. Günümüzde hastalık ve risk faktörlerinin topluma getirdiği sosyoekonomik yük hesaplanmakta ve buna göre politikalar belirlenmektedir. Hastalık yükünün göstergesi olarak Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY: Disability Adjusted Life Years) kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Küresel Sağlık Riskleri Raporu'na göre, yüksek kan basıncı, yüksek kolesterol ve yüksek kan şekeri, yetersiz fiziksel aktivite, fazla kilolu veya şişman olma ve yetersiz sebze-meyve tüketme yüksek gelirli ülkelerdeki ölümlerin %25.2'sinden, DALY yükünün ise %12.6'sından sorumludur (4). Ülkemizde yapılan Ulusal Hastalık Yükü (UHY) araştırmasına ve Küresel Sağlık Riskleri Raporu'na göre, kronik hastalıkların önlenmesinde esas olan önlenebilir, kontrol edilebilir ve değiştirilebilir olan yaşam tarzı riskleridir (4, 5). UHY 2004 çalışmasına göre, ülkemizdeki ölümlerin %79'u bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyledir. Erkeklerdeki toplam ölümlerin %43'üne, kadınlardakinin ise %52'sine kalp-damar hastalıkları neden olmaktadır. Ölüme neden olan ilk 10 hastalığın, Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı (YLD) yükünün ise ilk 10 nedeninden 6'sını kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Ülkemizde her iki cinsiyette DALY'ye neden olan ilk 7 risk faktörü de davranışla ilgilidir (5). Bu risk faktörleri, aynı zamanda kronik hastalıklar için de önemli risk faktörlerindendir. Bu faktörlerden yüksek kan basıncı ve yüksek kolesterol, genellikle diğer olumsuz sağlık davranışların kontrol edilmesiyle ve belirli aralıklarla ölçümlerin yapılarak izlenmesiyle kontrol altında tutulabilir.

Gelişmiş ülkelerde kronik hastalıkların prevalansı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve diyabet hariç azalma eğilimi gösterirken, ülkemizin de dahil olduğu geçiş ekonomisine sahip ülkelerde kronik hastalıkların prevalansı gittikçe artmaktadır (2). Kronik hastalıklar için önemli risk faktörleri olarak kabul edilen, sigara içme, fazla kilolu veya şişman olma, alkol alma, yetersiz sebze ve meyve tüketme ve hareketsiz yaşam olumsuz sağlık davranışlarındandır. Ayrıca fazla yağ ve tuz tüketim alışkanlığı majör olmasa da olumsuz sağlık davranışları arasındadır. Bu davranışlar, aynı zamanda diğer majör risk faktörlerinden olan yüksek kan basıncına, yüksek kolesterole ve yüksek kan şekerine neden olmaktadır. Yetişkin kişilerin çeşitli özelliklerine bağlı olarak belli aralıklarla kan

basıncı, kan şekeri ve kolesterol düzeylerinin ölçülmesiyle, bu üç risk faktörünün başarılı bir şekilde erken tanısı ve kontrolü sağlanabilir.

Sağlık hizmetleri, çeşitli düzeydeki sağlık personeli tarafından verilmektedir. Bu hizmetlerin etkinliği ve niteliği, sağlık personelinin niteliğine ve bu hizmetlerin gereğine ve önemine inanmasına bağlıdır. Topluma sağlık hizmeti veren bireylerin, sağlığı tehdit eden olumsuz davranışlardan öncelikle kendilerinin kaçınıyor olması beklenir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının, olumsuz sağlık davranışları ne sıklıkta sergiledikleri, kan basıncı, kan şekeri, kolesterol gibi risk belirteç ölçümlerini ne sıklıkta yaptırdıklarının bilinmesi, gerek sağlık çalışanlarının gerekse toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından çok önemlidir.

Topluma sağlık hizmeti sunan her düzeydeki sağlık çalışanlarının, sağlıklı bir yaşam tarzına sahip olması ve de kendi sağlık kontrollerine önem vermesi durumunda, hem nitelikli ve yetiştirilmesi çok maliyetli olan işgücü korunacak hem de hizmet sunulan toplum daha nitelikli bir sağlık bakımı alacaktır.

Araştırmanın amacı:

Kronik hastalıklara neden olan ve/veya zemin hazırlayan seçilmiş olumsuz sağlık davranışların, topluma sağlık hizmeti verme ve örnek olma durumunda olan sağlık çalışanlarındaki sıklığını ortaya koymaktır.

Araştırmanın önemi:

Sağlık çalışanlarındaki olumsuz sağlık davranışların sıklığını ve etkileyen faktörleri belirleyerek;

1- Yetiştirilmesi uzun zaman alan ve pahalı olan sağlık çalışanlarının kendi sağlık bakımlarına olan duyarlılıklarını artırma,

2- Topluma rol modeli olması gereken sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarının içeriklerinin düzenlenmesi,

3- Sağlık çalışanlarının kronik hastalıkları önleme, erken tanı ve kontrolü konusunda farkındalıklarının artırılması

çalışmalarına bilimsel temel oluşturmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIĞI BELİRLEYİCİ FAKTÖRLER

2.1.1. Tanımlar

Risk: Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre; zarara uğrama tehlikesidir (6). İnsan sağlığı açısından risk ise, doğrudan veya dolaylı olarak, hemen veya daha sonra sağlığın bozulması, hastalık ve yaralanmaların meydana gelmesi veya zemin oluşması ihtimalidir.

Risk faktörü: TDK'ya göre; zarara uğratma olasılığı olan etkendir (6). Sağlık için risk faktörü ise, sağlığın bozulmasına, hastalık ve yaralanmalara doğrudan veya dolaylı olarak, hemen veya daha sonra neden olan veya zemin hazırlayan etken veya durumdur.

Davranış: TDK'ya göre; davranma işi, tutum, davranım, muamele ve harekettir (6). Psikoloji bilimine göre davranış; İnsanların gözlenebilen veya ölçülebilen hisleri, tutumları ve zihinsel süreçlerini de kapsayan faaliyetleridir (7).

Sağlık: Kişinin sadece hasta ve sakat olmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.

Hastalık: DSÖ'ye göre hastalık, organizmanın yaralanması ya da çeşitli nedenlerle homeostatik dengenin bozulması olup, beraberinde fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları da getiren bir durum olarak tanımlamıştır (8).

Kronik durumlar: DSÖ'ye göre, kalp hastalığı, diyabet ve astım gibi geleneksel kronik hastalık tanımının ötesinde, sağlık sorunlarının çoğunu kapsayan ve yönetimi yıllarca devam eden durumlardır (9).

Kronik hastalıklar: Kökeni genç yaşlara kadar giden, salgınlara dönüşmesi onlarca yıl alan, uzun süre devam eden, önlenmesi için pek çok fırsatlar olan, zaman zaman ortama akut enfeksiyon hastalıklarının da katıldığı, tedavisi uzun zaman alan, sistematik bir yaklaşımı ve de entegre sağlık hizmetlerini gerektiren hastalıklardır (2).

DALY: Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı: DALY'ler bir hastalık ya da sağlık koşulu için bir toplumda erken mortaliteye bağlı olarak kaybedilen yıllar (YLL: Kaybedilen Yaşam Yılı) ile sakatlığa bağlı olarak kaybedilen yılların (YLD: Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı) toplamı olarak hesaplanır: DALY = YLL + YLD'dir (5).

Yaşam tarzı: Belli bir yer ve zamanda, kişinin hem kendisini hem de başkalarını tanımlayan, sosyal ilişkiler, tüketim, eğlenme ve giyinme biçimini de içeren davranışlarının karakteristik bir yığınıdır.

2.1.2. Sağlığı belirleyici faktörler

Avrupa Birliği Avrupa Komisyonu'nun 2002 yılında hazırlamış olduğu "Sağlığın İyileştirilmesi ve İzlenmesi; Sağlık Risklerinin Önlenmesi" konulu dokümana göre, sağlığı belirleyen temel faktörler (10);

- Yaşam tarzı
- Çevre
- Sosyal ve ekonomik faktörler
- Genetik faktörler
- Sağlık bakımı

Bu temel belirleyiciler, birbirleriyle sürekli karmaşık bir etkileşim içinde bulunmakta ve sağlık üzerine kümülatif etki yapmaktadır.

Bireysel yaşam tarzı; kültür, iş hayatı, eğitim, gelir, sosyal ve toplumsal ilişkiler gibi sağlığı belirleyici diğer faktörlerden çok fazla etkilenmektedir. Bireylerin yaşam tarzını değiştirmek için öncelikle bu faktörler üzerinde durulmalıdır.

Yaşam tarzını belirleyen faktörler (10)

1. Beslenme
2. Fiziksel aktivite
3. Potansiyel olarak sağlığa zarar veren maddelerin kullanımı;
    a. Tütün kullanımı
    b. Alkol bağımlılığı
    c. Yasal ve yasadışı psikoaktif uyuşturucu kullanımı

4. Akıl sağlığı
5. Sosyal ve ekonomik faktörler;
    a. Eğitim
    b. Gelir ve sosyal yapı
    c. İstihdam
    d. Çalışma şartları
    e. Sosyal destek ağları
    f. Kültür
6. Fiziksel çevre
7. Genetik faktörler
8. Sağlık sistemleri
9. Yaş ve cinsiyet

Yaşam tarzı, pek çok faktörün etkisi altında şekillenmekte ve yaş, cinsiyet, genetik faktörler, fiziksel çevre, sağlık sistemleri gibi yaşam tarzını etkileyen bazı faktörler kişilerin iradesi dışında oluşmaktadır. Bu ve diğer nedenlerle kişiler arasında yaşam tarzı farklılıkları veya benzerlikleri meydana gelmektedir.

2.2. YAŞAM TARZI VE KRONİK HASTALIKLAR

2.2.1. Dünyadaki Durum

Dünyadaki ölümlerin yarıdan fazlasının nedeni kronik hastalıklardır. Kronik hastalıklara bağlı ölümlerin %80'i düşük ve orta altı gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (2).

Dünyada her yıl en az;

- 7.1 milyon kişi yüksek kan basıncı
- 4.9 milyon kişi tütün kullanımı
- 4.4 milyon kişi yüksek kolesterol
- 2.7 milyon kişi yetersiz sebze ve meyve tüketimi
- 2.6 milyon kişi fazla kiloluluk veya şişmanlık
- 1.9 milyon kişi ise yetersiz fiziksel aktiveye

bağlı sorunlar nedeniyle ölmektedir (2).

Dünyadaki ölümlerin %28'i üretken çağdaki 15-59 yaş grubunda görülmektedir. Bu gruptaki erken ölümlerin çoğu davranışsal risk faktörlerinin yeniden düzenlenmesiyle engellenebilir. Ölümlerin %51'i, kronik hastalıklara bağlı ölümlerin yoğunlaştığı 60 yaş

ve üzerinde meydana gelmektedir. DSÖ Avrupa Bölgesi'nin düşük ve orta gelirli ülkelerindeki 15-59 yaş grubunda görülen ölümler, DSÖ'nün diğer bölgelerine göre çok yüksektir ve Afrika bölgesinden sonra ikinci sırada yer almaktadır (11). Kişilerin üretkenlik dönemi olan 15- 59 yaş grubundaki ölümler, hem erken ölümler hem de toplumda önemli sosyo-ekonomik kayıplara neden olan ölümlerdir.

DSÖ küresel sağlık riskleri raporuna göre, ülkemizin de içinde bulunduğu orta gelirli ve yüksek gelirli ülkelerde ölüm nedenleri için başta gelen ilk 10 risk faktöründen 8'i davranışla ilgilidir. Bu 8 risk faktörü, dünyadaki kardiovasküler hastalıklar nedeniyle olan ölümlerin %61'inden, iskemik kalp hastalıkları nedeniyle olan ölümlerin dörtte üçünden, doğumda beklenen yaşam süresinin yaklaşık 5 yıllık kaybından sorumludur. Başta gelen 10 risk faktörünün önlenmesiyle, DSÖ Avrupa bölgesindeki ölümlerin %49'u, DALY yükünün %34'ü ve doğumda beklenen yaşam süresinden kayıp edilen 8.8 yılın önlenebileceği hesaplanmıştır (4). Bu risk faktörleri kişilerde genellikle birden fazla bulunmakta ve kümülatif etki yapmaktadır.

1990'da yapılan ilk küresel hastalık yükü çalışmasından sonra 2005 yılına kadar olan değişimi incelemek amacıyla Küresel hastalık yükü 2005'in çalışmalarına DSÖ'nün önderliğinde başlanmış ve bu çalışmanın sonuçlarının 2011 yılında yayınlanması beklenmektedir. Bu çalışmada, DSÖ Avrupa bölgesi ülkelerinden sadece Türkiye, Kuzey Afrika ve Ortadoğu ülkeleri grubu içinde incelenmektedir. Bu çalışmada kronik hastalıklar için metabolik, beslenme ve yaşam tarzı riskleri sıralanmıştır (12):

1. Yüksek kan basıncı
2. Yüksek kan şekeri
3. Yüksek kolesterol
4. Yüksek beden kitle indeksi
5. Düşük meyve-sebze tüketimi
6. Tuz alımı
7. Yağ alımı
8. Diğer beslenmeye bağlı riskler
9. Yetersiz fiziksel aktivite
10. Tütün kullanımı
11. Alkol kullanımı

ABD'de İnsan ve Sağlık Hizmetleri Bölümü'nün 2000 yılında kabul ettiği "Sağlıklı İnsanlar 2010" hedefini gerçekleştirmek için önerdiği sağlığa kılavuzluk eden göstergeler (13);

1. Yetersiz fiziksel aktivite
2. Fazla kilolu olma ve şişmanlık
3. Tütün kullanımı
4. Bağımlılık yapan madde kullanımı
5. Sorumsuz cinsel davranışlar

6. Ruh sağlığı
7. Yaralanma ve şiddet
8. Çevre kalitesi
9. Bağışıklama
10. Sağlık bakımına erişim

Bu göstergelerin çoğu olumsuz sağlık davranışları ve maruziyetle ilgilidir.
DSÖ "Sağlık 21: 21. Yüzyılda Herkese Sağlık" dokümanındaki özellikle,

- Hedef 8: Bulaşıcı olmayan hastalıkların azaltılması
- Hedef 11: Daha sağlıklı yaşama
- Hedef 12: Alkol, tütün ve ilaçlara bağlı zararların azaltılması

kronik hastalıkların kontrolü ve önlenmesiyle ilgilidir (14).

DSÖ, kronik hastalıkların kontrolü ve önlenmesi için kapsamlı ve bütünleşmiş faaliyetleri 12 başlık halinde sıralamıştır (2):

1- Kanunlar ve yönetmelikler
2- Vergilendirme ve ücretlendirme
3- Olumlu bir çevrenin oluşturulması
4- Savunuculuk
5- Toplum tabanlı müdahaleler
6- Okul tabanlı müdahaleler
7- İşyeri müdahaleleri
8- İzlemler
9- Klinik önlemler
10- Hastalık yönetimi
11- Rehabilitasyon
12- Palyatif bakım

2.2.2. Türkiye'deki Durum

Ülkemizdeki ilk 10 ölüm nedeni içinde kronik hastalıklar %47.7 ile önemli bir yer tutmaktadır. UHY 2004'e göre her iki cinsiyette DALY'ye neden olan ilk 7 risk faktörü ise;

1. Yüksek kan basıncı
2. Yüksek beden kitle indeksi
3. Sigara içme
4. Yüksek kolesterol
5. Yetersiz fiziksel aktivite
6. Yetersiz sebze ve meyve tüketimi
7. Alkol kullanımı

riskli davranışlardandır. Bu faktörler, aynı zamanda kronik hastalıklar için de önemli risk faktörlerindendir (5).

Yüksek kan basıncı, sigara kullanımı, yüksek kolesterol, şişmanlık gibi olumsuz faktörlerin önlenmesi, fiziksel hareketliliğin bir alışkanlık haline getirilmesiyle iskemik kalp hastalığına bağlı olan 860083 DALY yükünden 772814'ünün önlenebileceği ve 300000' den fazla ölümün engellenebileceği hesaplanmaktadır (5). Kronik hastalıklar için temel risk faktörü olan ve davranışlarla kontrol altına alınabilen metabolik sendromun ülkemizdeki prevalansı erkeklerde %28, kadınlarda %39.6 ve tüm toplumda %33.9'dur (15).

"Sağlık 21" kapsamında her ülke kendi stratejisini belirlemiş ve ülkemizde bu kapsamda 2020 yılına kadar olan stratejilerini 10 başlık halinde oluşturmuştur. Bu başlıklardan Hedef 2: Bulaşıcı olmayan hastalıkların azaltılması ve Hedef 6: Risk faktörlerinin azaltılması, kronik hastalıklar ve olumsuz sağlık davranışlarıyla ilgilidir (16).

Hedef 6: 2020 yılına kadar, tütün, alkol, uçucu maddeler ve psikoaktif ilaç gibi bağımlılık yapan maddelerin kullanımını, yetersiz fizik aktivite ve kötü beslenme gibi sağlığı olumsuz etkileyen faktörleri mümkün olan en alt düzeye indirmek.

6.1. 2010 yılına kadar, 15 yaş üzerinde sigara içmeyenlerin oranını %80'in üzerine çıkarmak; 15 yaş altında %100'e yakın olmasını sağlamak.

6.2. 2010 yılına kadar, 15 yaş üzerinde yılda 6 litreden fazla alkol tüketen kişi sayısını %75; 15 yaş altında ise %100 oranında azaltmak.

6.5. 2010 yılına kadar, kronik malnütrisyon. raşitizm, beslenme yetersizliğine bağlı anemiler ile obezite oranını %35; 2020 yılına kadar, %50 oranında azaltmak,

6.6. Beslenmeye bağlı kronik hastalıkların görülme sıklığını en az %10 oranında azaltmak.

Ülkemizin 2007 yılında onayladığı Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesinin 3. ve 4. maddelerinde açıklanan durumlar davranışsal risk faktörlerindendir (17).

Madde 3. Kalp ve damar hastalığı, çok etkenli bir durumdur ve tüm risk etkenlerinin ve belirleyicilerinin toplumsal ve bireysel düzeylerde ele alınması gerekmektedir.

Kalp ve damar sağlığıyla ilişkili özellikler:

- Tütün kullanmama
- Uygun fiziksel aktivite: Haftada 5 kez en az 30 dakika
- Sağlıklı beslenme alışkanlığı
- Fazla kilolu olmama

- Kan basıncının 140/90 mmHg'nin altında olması
- Kan kolesterolünün 5 mmol/L'nin (190 mg/dl) altında olması
- Normal glikoz metabolizması
- Aşırı stresten kaçınma

Madde 4. Yaşam tarzı belirleyicileri;

- Tütün kullanımı
- Sağlıksız beslenme
- Aşırı alkol tüketimi
- Fiziksel aktivite eksikliği

Ülkemizde kronik hastalıkları önlemek, kontrol etmek ve azaltmak amacıyla Sağlık Bakanlığının (SB) önderliğinde ilgili tüm ulusal ve uluslararası kuruluşlarla iş birliği içinde Kronik Hastalıkları Kontrol Programı hazırlanmıştır.

- Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı
- DSÖ, Kronik Hava Yolu Hastalıkları (Astım-KOAH) Kontrol Programı
- Tütün Kullanımı ve Ulusal Tütün Kontrol Programı

Tütün Kullanımı ve Ulusal Tütün Kontrol Programı kapsamında 4207 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun"da değişiklik yapan 5727 Sayılı Kanun çıkarılmış ve bu kanuna göre tüm kapalı ortamlar sigara içme yasağı kapsamına alınmıştır. Ayrıca bu yasağı desteklemek amacıyla kitle iletişim araçlarında reklâm ve yayınlar yapılmaktadır.

SB, Kronik Hastalıklar Kontrol Programı çerçevesinde diyabet, hipertansiyon ve obezite merkezleri için Bartın, Aksaray, Balıkesir, Edirne, Erzincan, Kahramanmaraş, Kayseri, Malatya, Muğla, Niğde, Nevşehir, Ordu, Van, İçel ve Kırıkkale illerini pilot uygulamaya almış ve 4 ilde "Diyabet, Hipertansiyon ve Obezite Merkezi" kurmayı planlamaktadır Bu merkezlerde hasta tanı, tedavi ve eğitim çalışmalarının yapılması planlanmaktadır (18).

2.3. KRONİK HASTALIKLAR AÇISINDAN BAŞTA GELEN OLUMSUZ SAĞLIK DAVRANIŞLARI:

Hastalıklardan korunmada birincil korumanın, ikincil ve üçüncül korumaya göre 4 kat daha etkili olduğu söylenebilir (19). Birincil koruma önlemleri, sağlık ocakları ve aile hekimleri başta olmak üzere birinci basamak sağlık hizmeti sunan birimlerce

alınmalıdır. Birincil korunmanın temelini başta bağışıklama ve danışmanlık olmak üzere periyodik muayeneler oluşturmaktadır. Periyodik muayeneler sırasında özellikle kişilerin bağışıklık durumunun ve olumsuz sağlık davranışlarının sorgulanması ve yine kişilerin özelliklerine göre çeşitli sağlık sorunlarının erken tanısı ve izlemlerinin yapılması çok önemlidir. Sağlam yetişkinlerin genel sağlık kontrolünü yaptırmak için yılda bir kez hekime başvurması önerilmektedir. Bu kontrollerde; kişilerin genel sağlık durumları değerlendirilmeli, olumsuz sağlık davranışları varsa bunların düzeltilmesi için danışmanlık yapılmalı, boy, ağırlık, bel çevresi ölçümleri yapılarak BKİ'si hesaplanıp risk durumları değerlendirilmeli, beslenme durumları sorgulanmalı, kişinin durumuna göre belli testleri veya taramaları yapılmalı veya yaptırılmalı ve tüm bunlar değerlendirilerek kişilerin sağlık durumları izlenmelidir (20).

2.3.1. Tütün Kullanma

Tütün kullanımı, ülkemizde genellikle sigara içime biçimindedir. Kalp-damar hastalıkları, akciğer hastalıkları, kanserler, mide ülseri ve düşük doğum ağırlıklı bebek gibi durumlar ve hastalıklarla çok yakından ilişkilidir. Tütün kullanmak, dünyadaki ilk sekiz ölüm nedeninden altısı için risk faktörüdür. Her yıl dünyada 5.4 milyon kişi tütün kullanımı nedeniyle ölmekte ve önlem alınmadığı takdirde 2030 yılından itibaren her yıl 8 milyon kişinin ölmesi beklenmektedir (21). Yüksek gelirli ülkelerdeki ölümlerin %18'inden, dünyadaki akciğer kanseri nedeniyle olan ölümlerin %71'inden sigara sorumludur (4).

Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) 1990 yılı değerlendirmesine göre, erişkin erkeklerin %59.4'ü, kadınların %18.9'u sigara içerken, 2003 yılında yapılan Ulusal Hanehalkı Araştırmasına (UHA) (%52.9, 19.5), 2006 yılında yapılan Aile Yapısı Araştırmasına (AYA) (%50.6, 16.6) ve 2008 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasına (KYTA) (%47.9, 15.2) göre her iki cinsiyetteki sigara içme oranında bir düşüş gözlenmektedir (22-25). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003'e göre 15-49 yaş kadınlarda sigara içme oranı %28 iken, TNSA 2008'de bu oran %22'ye düşmüştür (26, 27). Lise ve üzeri öğrenim görenlerde sigara içme oranı (%35.1) okul bitirmemişlere göre (%14.5) iki katından daha fazla olup eğitim düzeyi arttıkça sigara içenlerin oranı da artmıştır (27). Ülkemiz, 2006 yılında %33.4 olan yetişkinler arasındaki sigara içme oranıyla, DSÖ Avrupa Bölgesinde 47 ülke arasında erkeklerde 8. ve kadınlarda 33. sırada yer almaktadır (24, 28). KYTA-2008 göre, yetişkinlerin yaklaşık olarak üçte biri (%31.2), lise mezunu

kişilerin %40.7’si, üniversite mezunu kişilerin %31.8’i sigara içmektedir. Kişilerin %59.7’si evlerinde, %38.5’i iş yerlerinde sigara dumanına maruz kaldıklarını söylemişlerdir (25).

Tütün kullanımının önlenmesi ile toplam önlenebilecek ölüm sayısı 54699 olup tüm ölümlerin %12.7'sini oluşturmaktadır. Erkeklerde bu oran daha da yüksek olup tütün kullanımının önlenmesi ile erkeklerde ölümlerin %22.7'si ve toplam DALY'nin %15.4'ü önlenebilmektedir. Tütün kullanımının önlenmesi ile kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan önlenebilir ölüm sayısı 21317 (tüm ölümlerin %5’i), KOAH'a bağlı ölüm sayısı 12902 (tüm ölümlerin %3'ü) ve trakea-bronş ve akciğer kanserine bağlı ölüm sayısı ise 10510 (tüm ölümlerin %2.4'ü)'dur. Sigaraya bağlı hastalık yükünün büyük bir bölümü kadınlarda 30-44, erkeklerde ise 45-59 yaş grubunda görülmektedir. Bu yaşlar, insanların özellikle de eğitim düzeyi yüksek kişilerin üretken dönemleridir (5).

INTER-HEART çalışmasına göre, akut miyokart infarktüsü geçirenlerdeki tütün kullanma oranının (%45.2), geçirmeyenlere göre (%26.8) yaklaşık olarak 2 kat olduğu (29), dünyadaki tütün kullanma prevalansının %37.6 (erkeklerde %46.3; kadınlarda %15.4) olduğu belirtilmektedir (30). ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezine (CDC) göre, 2000-2004 yılları arasında her yıl 443000 kişinin doğrudan sigara içmekten veya sigara dumanına maruz kalmaktan öldüğü belirtilmektedir. ABD’de tüm kanser ölümlerinin en az %30’unun, KOAH hastalıklarından ölümlerin ve erken kalp-damar hastalıklarına yakalanma ve ölümlerinin yaklaşık olarak %80’i tütün kullanımına atfedilmektedir (31). ABD’de yapılan bir araştırmada (1984-1993), sigara içme prevalansının yıllık %1 azalmasıyla bir yılın sonunda 924 akut miyokart infarktüsü ve 538 inme; 7 yılın sonunda toplamda 15122 akut miyokart infarktüsü ve 8060 inme vakasının önlenebileceği ve bunun sonucu olarak 7 yılda 2272 milyon $ maliyetten kaçınılabileceği hesaplanmıştır (32). ABD’de yetişkinler arasında tütün kullanım prevalansı 1965’ten 2005’e kadar her iki cinsiyette yaklaşık olarak yarı yarıya düşmüştür. Bu oran erkeklerde %52’den %24’e; kadınlarda %34’ten %18’e düşmüştür (33).

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (The WHO Framework Convention on Tobacco Control) 2004 yılında ülkemizce de onaylanmış ve bu kapsamda çıkarılan ve 19 Mayıs 2008 tarihinde uygulamaya giren 5727 Sayılı Kanunla çoğu kapalı ortamlarda sigara içme yasaklanmıştır. Bu yasağın kapsamı 22 Temmuz 2009 tarihinde genişletilerek tüm kapalı ortamları içine almıştır (34). SB’nin önderliğinde hazırlanan Ulusal Tütün

Kontrol Programına göre, 2010 yılına kadar ülkemizde 15 yaş üzerinde sigara içmeyenlerin oranını %80'in üzerine çıkarmak, 15 yaş altında ise %100'e yakın olmasını sağlamaktır (35).

2.3.2. Yetersiz Fiziksel Aktivite

Özellikle hareketsiz işlerde çalışanlar başta olmak üzere sağlıklı bir vücut ağırlığına sahip olmak için herkesin, haftanın çoğu gününde tempolu yürümek gibi orta derece yoğunluktaki faaliyetleri günde 1 saat, hiç olmazsa en az 30 dakika yapması önerilmektedir. Yeterli fiziksel aktivite kalp sağlığı, kan basıncı, kan şekeri ve kan kolesterolünün normal sınırlarda kalmasında çok önemli bir faktördür (36-38). Haftanın çoğu günü 30 dk veya 150 kcal/ gün ve toplamda haftada 150 dk veya 1000 kcal/hafta orta derecede egzersiz yapılması önerilmektedir. 1 MET (Metabolic Equivalent of Task); 70 kg ağırlığında yetişkin bir kişinin dinlenme sırasında bir dakikada harcadığı enerjidir. Orta derecede fiziksel aktivite 3-6 METs'dir. Günde 150 kcal/ dakikada 3 METs hızında harcanırsa = 50 dakika, 150 kcal/ dakikada 6 METs hızında harcanırsa = 25 dakika fiziksel aktivite yapılması gerekir. Yani yetişkin bir kişi günde 25-50 dakika orta derece fiziksel aktivite yapmalıdır (39). Yeterli fiziksel aktivite yaşlılarda kemik kaybını azaltır ve kas kütlesi ile kas gücünü arttırır. Diğer olumlu etkileri ise, stres, anksiyete ve depresyon hissini azaltır, işlevsel kapasiteyi artırıp sosyal ilişkilerin gelişmesine katkıda bulunur (10, 38). INTERHEART çalışmasına göre, akut miyokart infarktüsü geçirenlerde günlük egzersiz yapma oranının (%14.3), geçirmeyenlere göre (%19.3) daha düşük olduğu belirtilmektedir (30). UHA-2003 göre, ergenlerin %63.7'si (erkekler: %71.1; kadınlar: %58.1) yeterli (≥150 dk/hafta), %16.0'sı yetersiz (≤149 dk/hafta) fiziksel aktivite yaparken, %20.3'ü hiçbir fiziksel aktivite yapmamaktadır (23). Ülke genelini temsilen 2000-2002 tarihleri arasında yapılan Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım (SBKK) araştırmasına göre düzenli egzersiz yapanların oranı sadece %3.5'tir (40).

Ülkemizde fiziksel aktivite alışkanlığının yeterli olması durumunda, iskemik kalp hastalığına bağlı 31519 ölümün, iskemik inmeye bağlı 10269 ölümün önlenebileceği tahmin edilmektedir. Önlenebilen hastalık yüküne bakıldığında ise fizik aktivitenin yeterli olması ile birinci sırada iskemik kalp hastalığına bağlı 300850 DALY önlenebilmekte ve bu durum önlenen yükün %64.8'ini oluşturmaktadır. İkinci sırada iskemik inme, üçüncü sırada ise diabetes mellitus yer almaktadır. Toplamda ise 464627 DALY'nin önlenebileceği tahmin edilmekte, bu sayıda tüm hastalık yükünün %4.3'ünü

oluşturmaktadır. Fiziksel aktivite yetersizliğine bağlı hastalık yükü kadınlarda en fazla 60-69 yaş grubunda görülürken, erkeklerde ise 45-59 yaş grubunda görülmektedir (5).

2.3.3. Yüksek Beden Kitle İndeksi (BKİ)

Kişilerin ağırlıklarının / boy uzunluğunun karesine oranı olarak hesaplanan BKİ, kişilerin zayıf, normal, fazla kilolu ve şişmanlık durumunu değerlendirmede önemli bir ölçüttür (36). 20 yaş ve üzerindeki herkesin yıllık genel muayenesi sırasında boy ve ağırlığına bakılarak BKİ'nin hesaplanıp risk durumunun değerlendirilmesi ve buna göre kişilere gerekli önerilerde bulunulması ve yıllık izlemlerinin yapılması belirtilmektedir (20).

Tablo 2.1. Yetişkinlerde BKİ sınıflaması (36)

BKİ Sınıflaması	**BKİ (kg/m^2)**	**Komorbit risk**
Zayıf	<18.5	Düşük (Fakat diğer klinik sorunlarda artma)
Normal	18.5 – 24.9	Ortalama
Fazla kilolu	≥ 25.0	
Hafif şişman	25.0 – 29.9	Artmış
Şişman 1. aşama	30.0 – 34.9	Orta
Şişman 2. aşama	35.0 – 39.9	Ciddi
Şişman 3. aşama	≥ 40.0	Çok ciddi

INTERHEART çalışmasına göre, akut miyokart infarktüsü geçirenlerdeki BKİ ortalamasının (26.1), geçirmeyenlere (25.5) göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (30). ABD'de 1999-2008 yılları arasında erkeklerde daha belirgin olmak üzere yetişkinler arasındaki obezite oranı gittikçe artmaktadır (41). Ülkemizde 2008 yılında yapılan Türk Toplumunda Tuz Tüketimi (SALTurk) çalışmasına göre, 18 yaş ve üzeri kişilerin %41.9'unun fazla kilolu, %26.7'inin de şişman olduğu saptanmıştır (42). Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışmasına (TURDEP) göre (1998) 20 yaş ve üzerindeki kişilerde şişmanlık oranı %22 olup, BKİ ortalaması erkeklerde 25.47±4.58, kadınlarda ise 27.45±5.76'dır (43). SBKK-2002 (40) projesine göre ülkemizde 30 yaş ve üzerindeki kişilerin %77.9'u (erkek: %72.9; kadın: %80.1), UHA-2003'e (23) göre 18 yaş üzerindekilerin %43.4'ü (erkek: %43.3; kadın: %43.4) fazla kilolu/ şişmandır.

TEKHARF'e göre, 1990 yılı taramasında 30 yaş ve üzeri kişilerde saptanan şişmanlık oranı, 2001/2002 yılı taramasında erkeklerde %12.5'ten %25.3'e, kadınlarda %32'den %44.2'ye yükselmiştir. Oniki yıl önceki taramaya göre, şişman kişi sayısının yaklaşık %90 oranında arttığı belirtilmektedir (22).

UHY-2004'e göre, obesitenin önlenmesi ile erkeklerde 26006, kadınlarda 31136 ve toplamda 57143 ölümün önlenebileceği tahmin edilmektedir. Yüksek BKİ'ye bağlı önlenebilen hastalık yükü (DALY), erkeklerde %6.7 iken kadınlarda ise %7.9'dur. Her iki cinsiyette de obesiteye bağlı en fazla yük 45-59 yaş grubunda görülmektedir. Yaş ilerledikçe her iki cinsiyetteki yük azalmaktadır (5).

Obesitenin önlenmesi ile iskemik kalp hastalığında 29581, iskemik inmede 11109, diabetes mellitusta 7674 ölüm önlenebilecektir. YLD'ye atfedilen sayılara bakıldığında, diabetes mellitusta 78319, osteoartritlerde 61035, iskemik inmede ise 53136'dır. Obesitenin önlenmesi ile iskemik kalp hastalığına bağlı 346294, diabetes mellitusa bağlı 152240 ve iskemik inmeye bağlı 146930 DALY'nin önlenebileceği öngörülmektedir. Önlenen DALY sayısı toplam DALY'nin % 7.3'ünü oluşturmaktadır (5).

Geniş bel çevresi:

Karın içi yağ kütlesinin (Abdominal obesite) tahmin edilmesinde kullanılan yöntemlerden biri bel çevresinin ölçülmesidir. 20 yaş ve üzerindeki herkesin yıllık genel muayenesi sırasında özellikle de BKİ'si ≥25 olanların bel çevresi ölçülerek risk durumları değerlendirilmelidir.

TEKHARF çalışmasına göre Türk halkında abdominal obezitenin en iyi göstergesi bel çevresidir. Bel çevresinin kadınlarda ≥ 88 cm ve erkeklerde ≥ 102 cm den fazla olması, metabolik komplikasyonlar açısından riskin arttığını göstermektedir (36, 44). İskemik kalp hastalıkları açısından riski göstermede bel çevresi, BKİ'ye göre daha önemli bir ölçüttür. Lean ve arkadaşları bel çevresini seviye 1 ve seviye 2 olarak sınıflamıştır (45).

Bel çevresinde 6 cm'lik bir genişlemenin diyabet geliştirme riskini erkekte %43.0 oranında yükselttiği belirtilmektedir (22). TURDEP'e göre 20 yaş ve üzeri kişilerde bel çevresi normalden geniş olanların oranı %19 olup, bel çevresi ortalaması erkeklerde 90.0±13.8 cm, kadınlarda ise 87.2±14.6 cm'dir (43).

Tablo 2.2. Lean ve arkadaşlarına göre bel çevresi sınıflaması (45)

Bel çevresi sınıflaması	**Kadın**	**Erkek**
Seviye 1	≥ 80 cm	≥94 cm
Seviye 2	≥ 88 cm	≥ 102 cm

2.3.4. Yetersiz Sebze ve Meyve Tüketimi

Sebze ve meyveler, başta vitaminler olmak üzere çeşitli bioaktif maddeleri sağlayan yiyecek türleridir. Folik asit, A vitaminin ön maddesi olan beta-karoten, E, C, B_2 vitamini, kalsiyum, potasyum, demir, magnezyum, posa ve diğer antioksidan özelliğe sahip bileşiklerden zengindirler. Vücuda zararlı maddelerin vücuttan atılmasına yardımcı besinler sebzeler ve meyvelerdir. Bunlar genellikle meyveler ve yeşil yapraklı, yumru (patates ve kasava hariç) vb. sebzelerdir. Ayrıca posa alımı bu grup yiyeceklerden temin edilir. Günde en az 5 porsiyon veya kişi başına ≥ 400 gr/gün ve daha fazla sebze ve meyve tüketilmesi önerilmektedir (36, 46, 47). Günlük alınan sebze ve meyvenin en az iki porsiyonu yeşil yapraklı sebzeler veya portakal, limon gibi turunçgiller veya domates olmalıdır (46). INTERHEART çalışmasına göre, akut miyokart infarktüsü geçirenlerdeki günlük sebze-meyve tüketim alışkanlığının daha düşük olduğu belirtilmektedir (29, 30).

Yetersiz sebze ve meyve tüketimine atfedilen ölüm sayısı 38734; tüm ölümlerin %9'u olup ve hastalık yükünün de %3.9'unu oluşturmaktadır. Yetersiz sebze ve meyve tüketimine atfedilen yükün en fazlası iskemik kalp hastalıkları (atfedilen DALY'nin % 70.3'ü) ve serobrovasküler hastalıklara (atfedilen DALY'nin %19.8'i) aittir (5).

1979’dan 2000 yılına kadar dünyada yıllık kişi başı sebze tüketimi 35.8 kg artarak 101.9 kg’a yükselmiştir. Bu durum gelişmiş ülkelerde 5.4 kg artarak 112.8 kg’a yükselirken, gelişmekte olan ülkelerde 47.7 kg artarak 98.8 kg’a ulaşmıştır (36). UHA-2003’e göre 18 yaş ve üzeri kişilerin günde ortalama 1.57 porsiyon sebze, 1.64 porsiyon meyve ve toplamda 3.21 porsiyon sebze ve meyve tükettikleri tespit edilmiştir. Sebze ve meyve tüketimi 55-64 yaş grubunda en yüksek olarak bulunmuştur (23). Meyve ve sebze üretiminin yeterli olduğu ülkemizde bu besinlerin günlük tüketimi 5 porsiyonun altındadır. ABD’de yapılan Ulusal Sağlık Araştırmasına göre günde en az ≥3.5 porsiyon meyve ve sebze tüketilmesi gerektiği belirtilmiş ve bu miktar risk değerlendirmesinde referans değer olarak alınmıştır (48).

2.3.5. Fazla Yağ ve Tuz Tüketim Alışkanlığı

Üç beyaz olarak da bilinen yağ, şeker ve tuz tüketiminin fazla olması kronik hastalıklar için önemli risk faktörlerindendir. Yağ ve şeker alımının fazla olması, özellikle hareketsiz bir yaşam tarzına sahip kişilerde ağırlık artışına ve şişmanlığa neden olmaktadır. Tüm dünyada ve Avrupa bölgesinde kişi başına yağ tüketimi gittikçe

artmaktadır. 1967'den 1999 yılına kadar kişi başına yağ tüketimi dünyada 20 gr, Avrupa bölgesinde ise 31 gr artmıştır. Enerjinin %15-30'u yağlardan, bununda %10'a kadarı doymuş yağ asitleri içeren yağlardan ve %6-10'u ise çoklu doymamış yağ asitleri içeren yağlardan oluşmalıdır (36).

Tuz, lezzet verici özelliği nedeniyle besin hazırlamada kullanıldığı gibi küflenme, böceklenme vb. durumları önlemek için de besin saklama işlemlerinde kullanılır. Sağlık açısından değerlendirildiğinde; tuzdaki sodyum organizmanın sıvı dengesinin ve kan basıncının düzenlenmesinde rol oynar (46). Tuz alımının fazla olması durumunda, vücutta daha fazla su tutulmakta ve bunun sonucu olarak da kan basıncı yükselmektedir. Günlük tuz tüketimi 5 gr'ın altında olmalıdır (36). Ülkemizde beslenmede diyet uygulama, genellikle yemeklerde kullanılan yağ türünü değiştirme, yağ ve tuz miktarını kısıtlama biçiminde anlaşılmaktadır. SBKK-2002 araştırmasına göre, beslenmelerinde diyet uygulayanların oranı %28.1 ve beslenme bilgisi alanların oranı %21.6'dır. Beslenme bilgisini sağlık personelinden edinenlerin oranı %71.5 olup, bilgi kaynağının %55.3'ünü hekimler, %12.9'unu ebe-hemşireler ve %3.3'ünü ise diyetisyenler oluşturmaktadır (40). UHA-2003'e göre yetişkinlerin %7.9'unun tuzsuz yediği, %9.3'ünün çok tuzlu yedikleri saptanırken, ileri yaşlarda tuzsuz yeme alışkanlığının, genç yaşlara doğru ise tuzlu yeme alışkanlığının fazla olduğu tespit edilmiştir (23). Yağ ve tuz doğal olarak tüketilen gıdaların bileşiminde vardır. Özellikle günlük tüketilen gıda türlerine göre değişmekle birlikte gıdalarda bulunan tuz miktarı, pek çok kişinin ihtiyacının %75'ini karşılayacak miktardadır. Sofrada fazladan tuz bulundurmak genellikle gerekli değildir (49, 50). SALTurk 2008 yılı çalışmasında günlük ortalama tuz (NaCl) tüketimi 18 gr olarak saptanmıştır ki bu değer DSÖ'nün önerdiği (<5gr) miktarın 3 katından daha fazladır (42). Avustralya'da yapılan bir araştırmada, marketlerde satılan düşük tuz içeren yiyeceklerin etiketlenmesiyle 8 hafta sonunda günlük tüketilen tuz miktarının ortalama bir gram kadar azaldığı, yine aynı marketlerde düşük tuz içeren bu yiyeceklerin tüketicilere tanıtılmasıyla ise iki gram kadar azaldığı saptanmıştır (51).

2.3.6. Kan Basıncı Ölçtürmeme

Kan basıncı yüksekliği, kalp ve serabrovasküler hastalıkların temel risk faktörlerindendir. Türk Kardiyoloji Derneği, Amerikan Kalp Derneği ve diğer çalışmalar, kan basıncı normal olanların en geç 2 yılda veya daha sık olarak kan basınçlarını ölçtürmelerini önermektedir (20, 52-55).

Tablo 2.3. Yetişkinlerde kan basıncı izlem sıklığı (56)

Kan basıncı sınıflaması	SKB/DKB mmHg	İzlem sıklığı
Normal	<120 / 80	2 yılda 1 kez
Prehipertansiyon	120-139 / 80-89	Yılda 1 kez
Hipertansiyon	≥ 140 / 90	
1. aşama HT	140-159 / 90-99	En az 2 ayda 1
2. aşama HT	≥ 160 / 100	En az ayda 1

Yüksek kan basıncının kontrol altına alınması ile erkeklerde ölümlerin %20.4'ü, kadınlarda ise %30.8'i önlenebilmektedir. Hipertansiyonun kontrol altına alınması ile önlenen ölüm sayıları; iskemik kalp hastalıklarında 50717, serebrovasküler hastalıklarda 39731, hipertansif kalp hastalıklarında ise 11503'tür. Toplam önlenen ölüm sayısı 108468 olup tüm ölümlerin %25.2'sini oluşturmaktadır (5).

INTERHEART çalışmasına göre, akut miyokart infarktüsü geçirenlerdeki hipertansiyon prevalansının (%39), geçirmeyenlere göre (%21.9) yaklaşık olarak 2 kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir (30). SALTurk 2008 yılı çalışmasına göre, 18 yaş ve üzeri kişilerin %17.2'isinde hipertansiyon öyküsü varken, hipertansiyon prevalansı %35.1'dir (57). TEKHARF 1990'a göre hipertansiyon prevalansı %33.7 (prehipertansiyon %32.8) iken 2000 yılı taramasına göre 10 yılda erkelerde sistolik kan basıncında (SKB) net 4.4 mmHg, diastolik kan basıncında (DKB) 2.7 mmHg, kadınlarda ise SKB 6.4 mmHg, DKB 4.2 mmHg yükseldiği saptanmış olup, hipertansiyon prevalansı erkeklerde %38, kadınlarda %46 bulunmuştur (22). SBKK-2002'ye göre herhangi bir hastalığı olmadığını ya da herhangi bir hastalık nedeniyle ilaç kullanmadığını beyan edenlerin %10.8'inin (erkek: %11.3, kadın: %10.5) hipertansiyonlu olduğu tespit edilmiş ve daha önce hipertansiyon tanısı alanlarla birlikte toplumdaki hipertansiyon prevalansı %21.7 (erkek: %19.5, kadın: %22.6) olup, hipertansiyonu olanların ancak %20.1'inin (erkek: %16, kadın: %21.8) ilaç tedavisi aldığı belirlenmiştir (40). SBKK ve SALTurk'e göre hipertansiyon sorunu olanların yarısı bu sorunun farkında değildir (40, 57).

ABD'de her iki cinsiyette 65 yaş ve üzerinde hipertansiyon hastası olma riski %90'dır (56). Yine ABD'de hekime başvuran kronik hipertansiyon hastası sayısı 1996'dan 2006 yılına %28 artış göstermiştir (3). İspanya'da 1998 yılında yapılan araştırmaya göre, 35-64 yaş gurubunda hipertansiyon prevalansı %45.1, hipertansiyon hastalarının %44.5'i tansiyonlarının yüksek olduğunun farkında ve bunların %71.9'u ilaç kullanırken, ancak bunların %15.5'inin tansiyonu kontrol altındadır (58). Çin'de 2001 yıllında yapılan bir

araştırmada, 35-74 yaş grubunda hipertansiyon sorununun farkında olanların oranı %43 olup bunların %61.5'i tedavi görmektedir (59). BKİ'nin normale indirilmesi, DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diyeti, günlük tuz tüketiminin 6 gr'dan az olması, yeterli fiziksel aktivite, orta miktarda alkol alma ve stresin kontrol edilmesi gibi yaşam tarzı değişiklikleri ile hipertansiyon etkili bir şekilde kontrol altına alınabilmektedir (55, 56).

2.3.7. Kan Şekeri Ölçtürmeme

Kan şekerinin normalden yüksek olması glikoz metabolizmasının bozulmasına, başta damarlar olmak üzere çeşitli organlarda hasarlara ve diyabete neden olmaktadır (44). 2007 yılında diyabetin dünyadaki prevalansı %6 ve bozulmuş glikoz toleransı prevalansı ise %7.5 olup bu oranların 2025 yılında %7.3 ve %8 olacağı tahmin edilmektedir (60). Yine bozulmuş glikoz toleransı oranı yaşla birlikte artmakta ve bu oranlar, 30-39 yaş grubu erkelerde %2.9 iken 70-79 yaş grubunda %15.1 ve kadınlarda ise bu oranlar %4.5 ve %16.9'dur (60). ABD'de hekime başvuran kronik diyabetli sayısı 1996'dan 2006 yılına %40 artış göstermiştir (3). Bozulmuş glikoz toleranslı kişilerin %30'unda 11 yıl içinde diyabet gelişmektedir (61). INTERHEART çalışmasına göre, akut miyokart infarktüsü geçirenlerdeki diyabet prevalansının (%18.5), kontrol grubuna (%7.5) göre 2 kattan daha fazla olduğu belirtilmektedir (30). UHA-2003 göre, Ülkemizde hekim tarafından diyabet tanısı konanların oranı %4.7 (erkek: %3.4, kadın: %5.7) dir (23). TEKHARF 1990 çalışmasında 30 yaş ve üzeri kişilerde diyabet prevalansı %3.5 iken 2008 çalışmasında bu oran hızla yükselerek %9.8'e çıktığı belirtilmektedir. 1998 ile 2008 arasındaki 10 yıllık dönemde tip-2 diyabet insidansı (bin kişi-yılda) kadınlarda 13.8 ve erkeklerde 15 olarak belirlenmiştir (22). TURDEP'e göre 1998 yılında 20 yaş ve üzeri kişilerde diyabet prevalansı %7.2, BGT prevalansı ise %6.7'dir (43). SBKK-2002 çalışmasına göre 30 yaş ve üzeri kişilerden diyabet olduğunu bildirenlerin oranı %8.8 iken, kan testi sonuçlarına göre diyabet olanların oranı %11.9 olup, yeni tespit edilenlerin oranının %3.1 olduğu belirtilmektedir (40). Yapılan araştırmalar ülkelere göre değişmekle birlikte diyabet hastalarının %30-90'ı hasta olduğunu bilmeden yaşamaktadır ve bunların bir kısmı ancak komplikasyonlar ortaya çıktıktan sonra teşhis edilmektedir (62). Kan şekeri ölçümünde ayrıca tokluk kan şekerine de bakılmalıdır. DSÖ ve Uluslararası Diyabet Federasyonu, açlık kan şekeri ölçümünün daha önce diyabet tanısı konmamış vakalarının %30'unu tespit edemediğini bildirmektedir (61). Bu nedenle erken tanı için kan şekerinin belirli aralıklarla ölçülmesi

gerekir. Kan şekeri açlık ve tokluk olmak üzere iki yöntemle birlikte ölçülmeli, sonucu normal olanların 3 yılda bir bu ölçümleri tekrarlatması gerekir (44, 62). Daha önce diyabet tanısı almamış kişilerin yılda 1 kez (63), Kanada Diyabet Derneğine göre (64) 40 yaş ve üzerindeki kişilerin 3 yılda bir, Amerikan Diyabet Derneğine göre (65) ise kan şekeri düzeyi normal olanların 3 yılda bir, bozulmuş glikoz toleransı olanların 1-2 yılda bir, başka bir araştırmada da 45 yaş ve üzerindeki kişilerin 3 yılda bir kan şekeri düzeyi ölçülmelidir (66). Yapılan bir araştırmada kan şekeri normal olan kişilerin 3 yıllık izlemi sonunda %4'ünün kan şekeri yüksek saptanmış, yüksek saptananların 6 ay sonraki tekrarlı incelenmesi sonucu %38'inin kan şekeri yine yüksek olarak, %17'sininki ise diyabet olarak, tüm izlenenlere göre ise %0.6'sında diyabet saptanmıştır (66).

2.3.8. Kan Kolesterolü Ölçtürmeme

Hücre zarı ve bazı hormonların yapısında bulunan kolesterol bazı fonksiyonlar için de gereklidir. Ancak kandaki kolesterolün normalden yüksek olması koroner kalp hastalığı için temel risk faktörüdür.

Kolesterol ve diğer yağlar kanda çözülmezler. Bu yağlar kanda çeşitli lipoproteinler tarafından taşınır. Bu lipoproteinlerden, düşük yoğunluklu lipoproteinler (LDL) ve yüksek yoğunluklu lipoproteinler (HDL) önemlidir. Kandaki kolesterolün büyük bir kısmı LDL ile ve 1/3 – 1/4'ü de HDL türündeki lipoproteinlerle taşınır. LDL'nin 160 mg/dL ve daha yüksek, HDL'nin erkeklerde <40 mg/dL ve kadınlarda <50 mg/dL düşük olması koroner kalp hastalığı ve inme riskini artırır (67). TEKHARF 1990 taramasında 30 yaş üzerindeki kişilerin 1/4'ünün kolesterolü yüksekken (>200 mg/dL), bu durum 2000 yılı taramasında erkeklerde %28'e, kadınlarda ise %35'e yükselmiştir (22). SBKK-2002'ye göre 30 yaş üzerindeki kişilerin %25'inin total kolesterol düzeyi (>200 mg/dL) yüksek olarak belirlenirken, kadınların HDL düzeyi tüm yaş gruplarında, LDL düzeyleri ise 50 yaşından sonra erkeklere göre daha yüksek saptanmıştır. LDL düzeyi yüksek (>130 mg/dL) olanların oranı yaklaşık %30'dur (40).

Yüksek kolesterolün kontrol altına alınması ile hem erkeklerdeki hem de kadınlardaki ölümlerin %11.4'ü önlenebilmektedir. Yüksek kolesterol seviyeleri; iskemik kalp hastalıkları ve iskemik inme için major risk faktörleri arasında yer almakta olup tüm hastalık yükünün de %5.2'sini oluşturmaktadır. Yüksek kolesterolün önlenmesi ile iskemik kalp hastalıklarına bağlı 41226 ölüm, iskemik inmeye bağlı 7802 ölüm önlenebilmektedir (5). 20 yaşından sonra sağlıklı bireylerin en geç 5 yılda bir kolesterol

düzeyleri ölçülmelidir (53, 54, 63). Kalp hastalığı olan veya lipid seviyesi normalden yüksek olanların 1-2 yıl aralıkla, kolesterol düşürücü ilaç alanların kolesterolleri normal seviyeye düşünceye kadar 6 haftada bir ve bundan sonra 4-6 ayda bir kolesterol seviyelerini ölçtürmeleri gerekir (68). Bir araştırmaya göre, erkeklerin 35, kadınların 45 yaşından başlayarak 5 yılda bir kolesterol düzeylerini ölçtürmeleri önerilmektedir. Yüksek kolesterolü veya düşük HDL'si olup 5-7 yıl süreyle kolesterol düşürücü ilaç tedavisi almak kalp hastalığı riskini %30 azaltmaktadır (20) .

2.3.9. Alkol Kullanma

Alkol tüketimi, en fazla iskemik kalp hastalıklarına ve hemorajik inmelere neden olmakta ve bunun sonucu olarak da ölümlere yol açmaktadır. Hipertansif kalp hastalıkları, trafik kazaları ve karaciğer sirozu ölümleri de alkole atfedilen ölümler içerisinde yer almaktadır. Başka bir ifadeyle alkol kullanımının önlenmesiyle iskemik kalp hastalığından kaynaklanan 3540 ölüm, hemorajik inmeden kaynaklanan 2088 ölüm önlenebilmektedir (5).

Alkol tüketiminin önlenmesi ile toplamda 13435 ölüm önlenebilmekte bu ise tüm ölümlerin %3.1'ini oluşturmaktadır. Toplumda alkol kullanımının önlenmesi ile toplam hastalık yükünün %4.3'ü önlenebilmektedir. Bu oran alkol kullanım bozukluklarında %1.9, diğer istemsiz yaralanmalarda %0.6 olarak görülmektedir (5). Alkol kullanımı ayrıca, toplumda şiddet ve suç işlemeye, iş veriminde düşüklüğe ve işe devamsızlığa, ailelerin parçalanmasına da neden olmaktadır. Avrupa Birliği'nin (AB) 27 ülkesinde alkolün YLL yükü, gelir düzeyi en yüksek olan birinci %20'lik dilimde, en düşük %20'lik dilime göre 5 kat daha yüksektir (69). Alkol kullanımı, AB bölgesinde tütün kullanımı ve yüksek kan basıncından sonra ölüme ve maluliyete neden olan üçüncü risk faktörüdür. 2003 yılında AB'deki alkol ticareti 9 milyar € iken, aynı toplumda alkolün zararlı kullanımının maliyeti yaklaşık olarak 125 milyar €'dur (70). Makul kabul edilen günlük alkol alım miktarı, kadınlarda standart bir içim (13.7gr alkol içeren), erkeklerde ise iki içimdir (47).

TEKHARF'e göre (22) 1990 yılında kadınların %1.2'si (her gün: %0.1, haftada: %1.1), erkeklerin %15.6'sı (her gün: %4.1, haftada:%11.5) alkol alırken, AYA-2006'ya göre (24) kadınların %6.5'i (her gün: %1.5, haftada: %0.4), erkeklerin %24.8'i (her gün: %2.1, haftada: %4.3) alkol almaktadır. Bu oranlar, ülkemizde alkol alımının arttığını göstermektedir. Yine UHA-2003 göre ülkemizde haftada veya daha sık alkol alanların oranı %1 (erkeklerde: %2.2, kadınlarda:%0.1) iken, hiç almayanların oranı erkeklerde

%64.8, kadınlarda: %92 ve toplamda %80.1'dir (23). Alkol alımı her ne kadar AB ülkelerindeki kadar yüksek olmasa da alkol alımının artışı engellenmelidir. Bu konuda başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının tutumu da önemlidir.

2.4. SAĞLIK ÇALIŞANLARI VE OLUMSUZ SAĞLIK DAVRANIŞLARI

2.4.1. Sağlık Çalışanı

Dünyada 59.2 milyon tam gün çalışan, ülkemizde ise 474357 sağlık çalışanı vardır. Sağlık çalışanları, kamu ve özel sektörde, sağlık kuruluşlarında ve diğer kuruluşlarda çeşitli sağlık hizmetlerini ve görevlerini yürütmektedir. Sağlık hizmeti sunanların üçte ikisini sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Dünyadaki hekimlerin %70'inden fazlası erkek, hemşirelerin ise %70'inden fazlası kadındır (71).

DSÖ'ye göre sağlık çalışanı; temel amacı sağlığın yükseltilmesi olan faaliyetleri başlıca görev olarak kabul eden insanların tümüdür.

DSÖ sağlık çalışanlarını 9 başlık altında toplamaktadır (72);

1. Hekimler (pratisyen ve uzman)
2. Hemşire ve ebe
3. Dişçilik çalışanı
4. Eczacılık çalışanı
5. Laboratuar sağlık çalışanları
6. Çevre ve halk sağlığı çalışanları
7. Toplum ve geleneksel sağlık çalışanları
8. Diğer sağlık çalışanları
9. Sağlık yöneticileri ve destek çalışanları

Ülkemizde Mart 2008 itibariyle 100.000 kişiye 73 uzman hekim, 43.4 pratisyen hekim ve toplamda 146.1 hekim, 26.9 diş hekimi, 34.1 eczacı, 240.7 doğrudan hasta bakımı veren hemşire ve benzeri (hemşire, sağlık memuru ebe ve acil tıp teknisyeni) ve diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte toplamda 673 sağlık çalışanı düşmektedir (73).

2.4.2. Sağlık Çalışanlarında Olumsuz Sağlık Davranışları

Sağlık çalışanları üzerinde yapılan en geniş kapsamlı ve uzun süren kohort araştırmalarından İngiliz doktorları çalışması, 1951 yılında başlayarak her biri ayrı olmak üzere 1951-1972 ve 1951-2001 çalışmaları vardır. Bu çalışma sigaranın etkileri üzerine yapılan en önemli çalışmadır. Diğeri ABD'de yapılan Hemşirelerin sağlığı çalışması (Nurses Health Study-NHS), 1976-2004 yıllarını kapsayan 30-55 yaşları arasındaki hemşirelerin izlemi araştırmasıdır (74). Yine ABD'de 1985 yılında başlayıp 2008 yılında tamamlanan erkek sağlık profesyonelleri izlem çalışması (Health

Professionals Follow-Up Study-HPFS) vardır (75). Küresel sağlık meslek öğrencileri araştırmasında (Global Health Professions Student Survey-GHPSS, 2005-2007) tıp, diş hekimliği, eczacılık ve hemşirelik 3. sınıf öğrencilerinin tütün kullanımı ve bıraktırma danışmanlığı incelenmiştir (76). Hemşirelerin Sağlığı Çalışması'na göre sigara içmemek, düzenli fiziksel aktivite yapmak, BKİ'nin 25'den küçük olması, sağlıklı beslenme ve az alkol almakla kardiovasküler hastalıkların %74'ü, kroner kalp hastalığının %82'si ve tip-2 diyabetin %91'inin önlenebileceği belirtilmektedir (33).

Sağlık profesyonelleri izlem çalışmasının 1994 değerlendirmesinde, 40-75 yaş arasındaki sağlık profesyonellerin %12.4'ünün sigara içtiği belirlenmiştir (77). Küresel sağlık meslek öğrencileri çalışmasında, öğrencilerin %55.3-99.4'ünün hastalara sigarayı bıraktırmak için rol modeli olduklarına inandıkları ve bu öğrencilerin ancak %1-60'ının resmi eğitimlerinde sigarayı bıraktırma danışmanlık eğitimi aldıkları tespit edilmiştir (76). Ülkemiz genelinde sağlık çalışanları arasında yapılan araştırmaya göre, pratisyen hekimlerin %39.3'ü, uzman hekimlerin %30.9'u, lisans mezunu sağlık personelinin %37.1'i, hemşire/ ebelerin %40.7'si ve sağlık memurlarının %43.3'ü sigara içmektedir (78). İzmir'de sağlık personeli arasında 2002 yılında yapılan bir çalışmada erkeklerin %55.5'inin, kadınların %54'ünün, hekimlerin %40.6'sının, hemşirelerin %59.3'ünün ve sağlık teknisyenlerinin %60.7'sinin, Ankara'da yapılan bir çalışmada hemşirelerin %58.8'inin sigara içtiği belirlenmiştir (79, 80). Türk Toraks Derneğinin üyeleri arasında 1995 yılında yaptığı bir çalışmada, hekimlerin %22.3'ünün her gün, %13'ünün ara sıra olmak üzere %35.3'ünün sigara içtiği ve yine hekimlerin %28.2'sinin hastasına sigara bırakmayı önermediği saptanmıştır (81). Yardımcı sağlık personeli arasında 2006'da yapılan bir çalışmada, % 38.9'unun sigara içtiği saptanmıştır (82). Yapılan başka bir araştırmada sağlık personelinin %43.2'sinin; kadınların %40.7'si, erkeklerin %47.1'i sigara içtiği saptanmıştır (83). Başta hekimler olmak üzere topluma rol modeli olması beklenen sağlık çalışanları arasındaki sigara içme oranı, genel toplumdan daha yüksektir. Sigara içen bir sağlık çalışanının, hizmet sunduğu kişilere sigara içme durumlarını sorgulaması ve de içenlere bıraktırmak için iyi bir danışmanlık yapması oldukça zordur.

Yapılan araştırmalar, sağlık çalışanlarının yeterli düzeyde egzersiz yapmadığını göstermektedir. Yardımcı sağlık personeli arasında 2006'da yapılan bir çalışmada, %11.1'inin haftada 3 gün ve daha sık egzersiz yaptığı saptanmıştır (82). Sağlık profesyonelleri izlem çalışmasının 2000 yılı değerlendirmesine göre, 40-75 yaş

arasındaki erkek sağlık personelin ≈24 METs saat/hafta, bel çevresi ≥101.6 cm olanların 18.7 METs saat/hafta ve bel çevresi ≤86.5 cm olanların 33 METs saat/hafta fiziksel aktivite yaptığı belirtilmektedir (84). Yapılan bir araştırmada hekimlerin %26.9'unun, hemşirelerin %24.7'sinin ve diğer sağlık personelinin %26.0'sının düzenli olarak egzersiz yaptığı saptanmıştır (83). Sağlık çalışanlarının çalışma biçimi, genel olarak durağandır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının yeterli düzeyde egzersiz yapmaları daha da önemlidir. BKİ'nin yüksek olmasının en önemli nedeni, fazla fiziksel aktivite gerektirmeyen işlerde çalışmak ve yetersiz egzersiz yapmaktır. Sağlık çalışanlarından fazla kilolu ve şişman olanların oranı toplum genelinden daha düşüktür. Ancak sağlık açısından en bilinçli grup olan sağlık çalışanlarının yüksek BKİ ve abdominal obeziteden daha fazla kaçınması istendik bir durumdur. Erzurum'da 1998 yılında yapılan bir çalışmada, sağlık personelinin % 10.1'inin zayıf, %60.9'unun normal, %29'unun fazla kilolu olduğu; yine kadınların %20.4'ünün, erkeklerin %46'sının fazla kilolu sınıfına girdiği tespit edilmiştir (85). Başka bir araştırmada, sağlık personelinin %13.8'inde (kadınların %10.6; erkeklerin %19.1) abdominal obezite saptanmıştır (83). Sağlık profesyonelleri izlem çalışmasının 13 yıl sonraki 2000 değerlendirmesinde, 40-75 yaş arasındaki erkek sağlık personelin %21.9'unun bel çevresi ≥101.6 cm ve %40.5'inin BKİ ≥25.4 saptanmıştır. Bu kişilerin BKİ ve bel çevresi artıkça, glisemik yükleri, diyetle aldıkları lif miktarı ve fiziksel aktivite düzeylerinin azaldığı da belirtilmektedir (84).

Günlük tüketilen yağ miktarının ihtiyaçtan fazla olması ve daha çok katı yağ türünde olması BKİ'nin ve bel çevresinin yükselmesine neden olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde toplam yağ tüketimi gittikçe azalırken, doymamış yağların oranı ise artmaktadır. Hemşirelerin sağlığı çalışmasına göre 1980'de enerjinin %39'u yağlardan karşılanırken, 1998'de bu oran %29'a; doymuş yağ oranı %15.6'dan %9.4'e; tekli doymamış yağ oranı %16'dan %11.5'e ve trans yağ oranı %2.2'den %1.6'ya düşmüştür. Çoklu doymamış yağ oranı ise %5.3'ten %5.6'ya çıkmıştır (86). Sağlık profesyonelleri izlem çalışmasının 1994 değerlendirmesine göre, 40-75 yaş arasındaki erkek sağlık profesyonellerinin aldıkları enerjinin %31.2'sini yağlar oluşturmaktadır (77).

Kronik hastalıklardan korunmada sebze-meyve tüketimi yeterli düzeyde olmalıdır. Afyon ve Denizli il merkezinde 2006'da yapılan bir çalışmada, yardımcı sağlık personelinin %42.4'ünün sebze-meyve ağırlıklı beslendiği saptanmıştır (82). Sağlık profesyonelleri izlem çalışmasının 2000 yılı değerlendirmesinde, 40-75 yaş arasındaki

erkek sağlık personelinin günde ortalama olarak 20.8 gr. diyet lifi aldığı belirtilmektedir (84). Hemşirelerin sağlığı çalışması ve Sağlık profesyonelleri izlem çalışması verilerinin birlikte değerlendirildiği bir çalışmaya göre, 40 yaş ve üzerindeki hemşireler günde 5.3 porsiyon, erkek sağlık personeli ise 5.2 porsiyon sebze-meyve grubu yiyecekleri tüketmektedir (87).

Kan basıncı, kan şekeri ve kolesterol düzeyinin yükselmesi, genellikle uzunca bir süre belirti vermeden yavaş yavaş artan bir seyir izlemektedir. Eğer bu süreç erken dönemde tespit edilebilirse, hem bu sorunların kontrol altına alınması daha kolay olabilir hem de bu sorunlara bağlı ortaya çıkabilecek komplikasyonlar da önlenebilir. Bu sorunların taraması hem çok ucuz hem de çok kolaydır. Hemen hemen her aile sağlığı biriminde ya da sağlık ocağında bu taramalar yapılabilmektedir. Sağlık profesyonelleri izlem çalışmasının 1994 değerlendirmesine göre, 40-75 yaş arasındaki sağlık profesyonellerinin %30.8'inde hipertansiyon, %4.5'inde tip-2 diyabet ve %18.3'ünde yüksek kolesterol olduğu belirtilmektedir (77). Sağlık profesyonelleri izlem çalışması 2000 yılı değerlendirmesine göre ise, hipertansiyon prevalansı bel çevresi 73.7– 86.4 cm olanlarda %11.1 iken, 101.6 cm ve üzerinde olanlar da %27.2'dir (84). İstanbul ve Kocaeli'nde yapılan bir araştırmada hekimler, hemşireler ve diğer sağlık personelinde kan basıncı yüksek saptananların oranı sırayla %6.7, 4.5, 10.6; kan şekeri yüksek saptananların oranı sırayla %24.7, 20, 29.6; trigliserit düzeyleri yüksek saptananların oranı ise sırayla %29.5, 22.5 ve 30.4'dür (83).

Ülkemizde 2006 yılında yapılan bir çalışmada, yardımcı sağlık personelinin %9.8'inin, başka bir araştırmada ise sağlık personelinin %24.9'unun (kadınların %16.4; erkeklerin %38.5) alkol aldığı saptanmıştır (82, 83). ABD'de yapılan Hemşirelerin sağlığı çalışması ve Sağlık profesyonelleri izlem çalışması verilerinin birlikte değerlendirildiği bir çalışmada, erkeklerin haftada 5-7 gün, kadınların ise 3-4 gün alkol alması kalp krizi riskini azalttığı saptanmıştır (88).

Ülkemizdeki Hepatit B insidans hızı 2005 yılı verilerine göre yüzbinde 12 ve bu oranla ülkemiz Avrupa bölgesinde 4. sıradadır (28). Sağlık çalışanlarının HBV, HCV, HIV gibi kronikleşen ve ileride ciddi sağlık sorunlarına neden olan çeşitli bulaşıcı hastalıklara maruz kalma olasılıkları toplumdaki kişilerden daha yüksektir (89). HBV'den korunmada temel olan, bağışıklama yanında bulaşma yoluna yönelik koruyucu önlemlerin alınmasıdır. Yapılan araştırmalar, sağlık çalışanlarının yaklaşık olarak %5-30'unun HBV'ye karşı bağışık olmadıklarını göstermektedir (90, 91).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Evrenle ilgili genel bilgiler

Bu araştırma, 2009 yılında Yozgat İl merkezinde çalışan sağlık personeli arasında yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı Yozgat İl geneli nüfusu 492127 olup, il merkezi nüfusu 72.200'dür. Yozgat İl merkezinde İl Sağlık Müdürlüğü, bir devlet hastanesi, bir doğum ve çocuk bakımevi, bir özel hastane, iki özel tıp merkezi, bir özel diyaliz merkezi, bir ağız ve diş sağlığı merkezi, bir halk sağlığı laboratuarı, bir sıtma savaş birimi, bir verem savaş dispanseri, bir 112 acil yardım merkezi, yedi sağlık ocağı, bir AÇSAP merkezi, bir rehabilitasyon merkezi, bir çocuk yuvası, bir huzurevi, 29 eczane ve üç serbest çalışan diş hekimi bulunmaktadır. Kurumlardan alınan listelere göre 2009 yılı başlangıcında, Yozgat İl genelinde kamu sektöründe 2092, İl merkezinde ise kamu ve özel sektörde toplam 913 sağlık çalışanı görev yapmaktadır.

Araştırmanın türü ve izinleri

Bu araştırma kesitsel bir çalışmadır. Araştırma için Yozgat Valiliği'nden yazılı izin alınmıştır. Etik kurul onayı, Yozgat Devlet Hastanesi Etik Kurulundan alınmıştır (Ek-1).

Araştırma, Yozgat İl merkezinde görev yapan sağlık çalışanları ile sınırlıdır.

Örneklem seçimi

Örnekleme yapılmadı. Çalışmaya Yozgat İl merkezindeki kamu ve özel sektörde görev yapan 913 sağlık çalışanının tamamının alınması planlandı.

Verilerin toplanması

Veriler, 01 Mart – 06 Haziran 2009 tarihleri arasında toplandı.

Veriler, araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan ve 35 sorudan oluşan anket formu aracılığıyla toplandı (Ek-2) (92, 93). Hazırlanan anket formunun önce 30 kişi üzerinde ön uygulaması yapıldı. Ön uygulamadan elde edilen deneyimler ışığında anket formunda gerekli düzeltmeler yapıldı. Anket formu, araştırmaya katılan kişiler tarafından dolduruldu. Anket uygulanan kişilere, önce araştırmanın amacı ve önemi, anketin cevaplama süresinin 10-15 dakika olduğu ve araştırmaya katılıp katılmamakta özgür oldukları açıklanarak sözlü onamları alındı.

Anket soruları, deneklerin demografik özellikleri ve kronik hastalıklar açısından olumsuz sağlık davranışları olarak belirlenen; kan şekeri, kan basıncı ve kan kolesterolü ölçtürmeme, yetersiz egzersiz yapma, yetersiz sebze ve meyve tüketme, fazla yağ ve tuz alımı, tütün ve alkol kullanma alışkanlıklarını ve BKİ'sini ölçmeye yönelik olarak hazırlandı. Boy, ağırlık ve bel çevresi ölçülerini bilmeyenlerin ölçümlerini yapabilmeleri için esnek olmayan mezura ve baskül hazır bulunduruldu. Boy ve ağırlık ölçümü araştırmacı tarafından, bel çevresi ölçümü ise araştırmacı tarafından ölçümün nasıl yapılacağı açıklanarak araştırmaya katılanların kendisi tarafından ölçüldü. Araştırma sırasında gebe olan kadın sağlık personelinin ağırlığı ve bel çevresi ölçümü yapılmadı.

Araştırmaya katılmayı reddedenlere daha ayrıntılı açıklamalar yapılarak katılmaları yönünde çaba sarf edildi. Anket formları, gerekli açıklamalar yapılarak kişilere verildi ve doldurulduktan sonra aynı gün toplandı. Uygulama sırasında, müsait olmayan veya o gün izinli olan kişiler için anket formu bırakıldı ve ertesi gün tekrar gidilerek anketler alındı. Araştırma süresinde yıllık izinde veya rapor almış olanlar araştırma kapsamına alınmadı.

Araştırmaya katılmayı kabul eden 835 kişiye anket uygulandı. 12 kişi askerde, 14 kişi doğum izninde, dört kişi raporlu olduğu, 30 kişi işten ayrıldığı, 10 kişi (Daha çok serbest eczacı, özel laboratuar uzmanları, ameliyathane teknisyenleri) görev yerlerinde bulunamadığı, farklı zamanlarda yalnız nöbet tuttuğu ve bu kişiler için anket bırakıldığı halde doldurmadıkları için ve sekiz kişi de araştırmaya katılmayı kabul etmediği için toplam 78 kişi araştırmaya alınamadı. Ulaşılamayan her bir bireye en az üç kez gidildi. Ulaşılma oranı % 91.5'dir.

Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmaya katılanların kronik hastalıklar açısından seçilmiş olumsuz sağlık davranışları ne sıklıkta yaptıklarını gösteren tablolar yapıldı.

Beden Kitle İndeksi (BKİ)= Ağırlık (kg)/ boy (m^2) olarak hesaplandı. BKİ ve bel çevresi sınıflaması DSÖ'ye göre yapıldı (36).

Tablo 3.1. Kronik hastalıklar açısından seçilmiş olumsuz sağlık davranışların sınıflaması

	Davranışlar	**Davranış grupları**	
		0- Riskli değil	**1- Riskli**
1	Genel sağlık kontrolünü yaptırma	1 yıl olmadı	1 yıl ve daha fazla oldu/ hiç yaptırmadı
2	Kan basıncını ölçtürme	2 yıl olmadı	2 yıl ve daha fazla oldu/ hiç ölçtürmedi
3	Kan şekerini ölçtürme	2 yıl olmadı	2 yıl ve daha fazla oldu/ hiç ölçtürmedi
4	Kan kolesterolünü ölçtürme	5 yıl olmadı	5 yıl ve daha fazla oldu/ hiç ölçtürmedi
5	Egzersiz yapma	Haftada en az 3 gün ve 150 dk	Haftada 3 gün ve 150 dk'dan daha az/ hiç yapmayan
6	Sebze-meyve tüketimi	Her gün ≥3 kez	Her gün 2 kez ve daha az
7	Tuz tüketim alışkanlığı	Tuzu kısıtlayan	Tuzu kısıtlamayan
8	Yağ tüketim alışkanlığı	Yağı kısıtlayan	Yağı kısıtlamayan
9	BKİ	<25	≥25
10	Sigara içme durumu	Hiç içmeyen/ bırakan	Bazı günler/ her gün içen
11	Alkol alma durumu	Ayda ve daha seyrek alan / Hiç almayan	Haftada bir veya daha sık alan

Tablo 3.1'de görüldüğü gibi ilk 11 davranışın literatüre göre risk durumu "Riskli değil" ve "Riskli" olarak 2 grup halinde tekrar sınıflandırıldı. Ülkemizde kişilerin normal olarak nitelendirdikleri tuz ve yağ tüketim alışkanlığının, genellikle bu iki gıda maddesi için belirlenen üst sınırlardan daha yüksek olduğundan tuzu ve yağı kısıtlamama riskli olarak sınıflandırıldı (42). Alkol alma durumu, haftada ve daha sık alkol almak riskli davranış olarak nitelendirildi.

Veriler, bilgisayar yardımıyla değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirmede, ki-kare, ANOVA, post ANOVA testleri, t testi, korelasyon (Ordinal verilerde Spearman, ölçümsel verilerde Pearson) ve binary lojistik regresyon analizi yapıldı (94-96).

Sağlık çalışanları, eğitim ve mesleki unvanlarına göre tablo 3.2'de yeniden sınıflandırıldı.

Tablo 3.2. Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre sınıflandırılması

Meslek grupları	**Sağlık çalışanları**
Hekimler	Uzman hekim, Pratisyen hekim
Hemşire/ ebe	Hemşire ve ebeler
Sağlık memurları	Bu unvanlarla çalışan, toplum sağlığı memuru, radyoloji, laboratuar, anestezi, tıbbi sekreter, vb teknisyen ve teknikerler
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanı	Diş hekimi, eczacı, psikolog, biyolog, kimyager, sosyal çalışmacı, diyetisyen, çocuk gelişim uzmanı, vb en az lisans eğitimi almış unvanlı meslekler

"Riskli" olarak adlandırılan davranışlara "1" değeri, "Riskli değil" kabul edilen davranışlara ise "0" değeri verilerek binary lojistik regresyon uygulandı (Tablo 3.1). Binary lojistik regresyon (Forward LR) analizinde, riskli davranışlara katkıda bulunabileceği düşünülen ve tablo 3.3'te verilen bağımsız değişkenler modele alındı. Modelin önemliliği için Omnibus testleri, uyum iyiliği için Hosmer ve Lemeshow testi kullanıldı. Meslek değişkeni, önce 4 grup olarak modele alındı. Önemli bulunmadığı durumlarda, hekimler ve diğer sağlık çalışanları şeklinde 2 grup halinde modele alındı. Yaş değişkeni, hem ölçümsel hem de isimsel olarak modele alınarak etkisi değerlendirildi. Yaş değişkeni ile BKİ arasında doğrusal bir ilişki ($r=0.45$ $p<0.001$) olduğu için bu iki değişken modele birlikte alındığında çapraz olarak alındı. İşinden memnun olma ile yaşamından memnun olma arasında doğrusal bir ilişki ($r=0,32$ $p<0,001$) olduğu için modele yalnız yaşamından memnun olma bağımsız değişken olarak alındı. Forward lojistik regresyon modelinin son aşamasında istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenlerin tablosu yapıldı. İsimsel değişkenlerin karşılaştırılmasında ilk grup referans grup olarak alındı.

Tablo 3.3. Lojistik regresyon analizinde kullanılan bağımsız değişkenler ve özellikleri

Bağımsız değişkenler	**Sınıflaması**	**Özelliği**
Cinsiyet	1-Erkek, 2-kadın	İsimsel
Yaş Yaş grupları	Tamsayı 1-18-24, 2-25-34, 3-35-44, 4-45 yaş ve üzeri	Ölçümsel İsimsel
Medeni durum	1-Evli, 2-bekâr, 3-eşinden ayrılmış/ eşi ölmüş	İsimsel
Meslek-1 Meslek-2	1-Hekimler, 2- diğer lisans mezunu sağlık çalışanları, 3-hemşire/ ebe, 4-sağlık memurları 1-Hekimler, 2- diğer sağlık çalışanları	İsimsel
Yaşamından memnun olma durumu	1-Memnun olan, 2-kararsız/ memnun olmayan	İsimsel
Sağlık durumu algısı	1-İyi, 2-orta/ kötü	İsimsel
Hastalık/ sağlık sorunu varlığı	0-Yok, 1-var	İsimsel

4. BULGULAR

Tablo 4.1'de görüldüğü gibi, araştırma grubunun %71.8'i hemşire/ ebe ile sağlık memurları grubundan oluşmakta ve %63.9'unun öğrenim durumu lise veya ön lisans düzeyindedir.

Tablo 4.1. Araştırma grubunun tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı

Özellikler (n=835)		
Cinsiyet	**Sayı**	**%**
Erkek	344	41.2
Kadın	491	58.8
Medeni durum		
Evli	659	78.9
Bekâr	158	18.9
Eşi ölmüş/ eşinden ayrılmış	18	2.2
Yaş grupları		
18 – 24	119	14.3
25 – 29	133	15.9
30 – 34	201	24.1
35 – 39	169	20.2
40 – 44	124	14.8
45 yaş ve üzeri	89	10.7
Öğrenim durumu		
Lise	234	28.0
Ön lisans	300	35.9
Lisans	116	13.9
Yüksek lisans	78	9.4
Doktora/ uzmanlık	107	12.8

Meslek		
Uzman hekim	102	12.2
Pratisyen hekim	49	5.9
Diş hekimi	20	2.4
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	64	7.7
Hemşire	242	29.0
Ebe	83	9.9
Toplum sağlığı memuru	67	8.0
Sağlık teknikeri/ teknisyeni	208	24.9
Çalıştığı birim		
Devlet hastanesi/ doğumevi	410	49.0
Özel hastane/ tıp merkezi	175	21.0
Birinci basamak sağlık kuruluşları	104	12.5
Ağız ve diş sağlığı merkezi	44	5.3
Sağlık Müdürlüğü	53	6.3
Diğer özel/ kamuda çalışanlar	49	5.9
Meslekteki çalışma yılı (n=826)		
<5 yıldan az	178	21.5
5 – 9 yıl	175	21.2
10 – 19 yıl	279	33.8
20 – 40 yıl	194	23.5
Gece çalışma durumu (n=834)		
Çalışmıyor	390	46.8
Vardiyalı	92	11.0
Nöbet	285	34.2
İcap nöbeti	67	8.0

Araştırma grubunun yaş dağılımı 18 – 64 olup, yaş ortalaması 34.1±8.5, ortanca yaş erkeklerde 37.5, kadınlarda 31 ve tüm grupta 34'tür. Erkek sağlık çalışanlarının yaşı, kadın meslektaşlarına göre daha büyüktür ($t=11.0$ $p<0.001$).

Hekimlerin %19.9'u, hemşire/ ebelerin %61.7'si, sağlık memurlarının %43.5'i ve diğer lisans mezunu sağlık çalışanlarının %33'ü vardiya veya nöbet tutma biçiminde geceleri çalışmaktadır. Ayrıca hekimlerin %41.1'i icap nöbeti tutmaktadır.

Hekimlerin ve sağlık memurlarının üçte ikiden fazlası erkektir. Hekimler, sağlık çalışanları içinde ileri yaş grubunu oluşturmaktadır. Hekim ve hemşire/ ebelerin yarıdan fazlası kamu hastanelerinde çalışmaktadır.

Tablo 4.2. Araştırma grubunun mesleğe göre demografik özelliklerinin dağılımı (%)

Özellikler (n=835)	**Hekimler**	**Diğer lisans mez. sağlık çalışanları**	**Hemşire/ Ebe**	**Sağlık memurları**
Cinsiyet	**n=151**	**n=84**	**n=325**	**n=275**
Erkek	73.5	53.6	0.0	68.4
Kadın	26.5	46.4	100.0	31.6
Medeni durum				
Evli	81.5	77.4	78.8	78.2
Bekâr	14.6	21.4	20.0	19.3
Eşinden ayrılmış/ eşi ölmüş	4.0	1.2	1.2	2.5
Yaş grupları				
18 – 24	0.0	8.3	18.2	19.3
25 – 29	7.9	26.2	16.6	16.4
30 – 34	36.4	25.0	29.0	11.3
35 – 39	26.5	15.5	17.2	21.8
40 – 44	10.0	9.5	13.5	20.7
45 yaş ve üzeri	19.2	15.5	5.5	10.5
$\overline{X}$ **± S.S**	37.7±8.7	34.8±9.2	32.2±7.6	34.0±8.6
Çalıştığı birim				
Devlet hastanesi/ doğumevi	55.0	13.1	59.7	44.4
Özel hastane/ tıp merkezi	30.5	16.7	18.5	20.0
Birinci basamak sağlık kuruluşları	14.5	3.6	16.3	28.7
Ağız ve diş sağlığı merkezi	0.0	19.0	4.3	5.1
Diğer özel/ kamuda çalışanlar	0.0	47.6	1.2	1.8
Toplam	**18.1**	**10.1**	**38.9**	**32.9**

Tablo 4.3. Araştırma grubunda mesleğe göre genel olarak yaşamından memnun olma durumu (%)

Meslek	**n**	**Çok memnun**	**Memnun**	**Ne memnun ne de değil**	**Memnun değil**
Hekimler	151	19.9	66.9	7.9	5.3
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	84	22.6	72.6	4.8	0.0
Hemşire/ Ebe	325	13.2	69.2	12.6	5.0
Sağlık memurları	275	20.4	65.7	6.9	7.0
Toplam	835	17.7	68.0	9.1	*5.2

* %2.3'ü hiç memnun değil X^2=20.7 $p<0.05$

Tablo 4.3'de görüldüğü gibi, sağlık çalışanlarının %85.7'si genel olarak yaşamından memnun olduğunu ifade ederken, %14.3'ü kararsız/ memnun olmadığını ifade etti. Yaşamından memnun olmayı memnun olanlar ve kararsız/ memnun olmayanlar olarak 2 grup yapıldığında mesleğe göre yine farklı bulundu (X^2=9.1, p<0.05). Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları çıkarılıp ki kare testi tekrar yapıldığında fark bulunmadı (X^2=2.0 p>0.05). Fark, diğer lisans mezunu sağlık çalışanlarından kaynaklanmaktadır.

Tablo 4.4. Araştırma grubunda mesleğe göre genel olarak işinden memnun olma durumu (%)

Meslek	n	Çok memnun	Memnun	Ne memnun nede değil	Memnun değil
Hekimler	151	24.7	58.0	8.0	9.3
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	84	25.0	66.6	3.6	4.8
Hemşire/ Ebe	325	13.5	65.0	9.8	11.7
Sağlık memurları	275	23.3	61.0	9.5	6.2
Toplam	835	19.9	62.5	8.8	*8.8

* %2.5'i hiç memnun değil X^2=22.2 p<0.01

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi, çok memnun olanlarla memnun olanlar birleştirildiğinde sağlık çalışanlarının %82.4'ü genel olarak işinden memnun olduğunu ifade ederken, %17.6'sı kararsız/ memnun olmadığını ifade etti. İşinden memnun olmayı memnun olanlar ve kararsız/ memnun olmayanlar olarak 2 grup yapıldığında mesleğe göre yine farklı bulundu (X^2=9.2, p<0.05). Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları çıkarılıp ki kare testi tekrar yapıldığında fark bulunmadı (X^2=3.6, p>0.05). Yani fark, diğer lisans mezunu sağlık çalışanlarından kaynaklanmaktadır.

Tablo 4.5. Araştırma grubunun mesleğe göre sağlık durumu algılaması (%)

Meslek	n	Çok iyi	İyi	Orta ve altı*
Hekimler	151	27.5	64.4	8.1
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	84	26.5	65.1	8.4
Hemşire/ Ebe	325	6.8	68.9	24.3
Sağlık memurları	275	15.6	67.3	17.1
Toplam	835	15.4	67.2	17.4

* 5 kişi kötü,1 kişi de çok kötü diye ifade etti. X^2=57.2 p<0.001

Tablo 4.5'de görüldüğü gibi, sağlık çalışanlarının %82.6'sı sağlık durumunu iyi/ çok iyi olarak algılamaktadır. Sağlık durumunu orta/ kötü olarak belirtenlerin oranı en yüksek hemşire/ ebelerde, ikinci sırada sağlık memurlarındadır. Sağlık durumunu iyi ve orta/ kötü olarak iki grup yapıldığında mesleğe göre farklıdır (X^2=25.5 p<0.001). Bu fark hemşire/ ebeler ile sağlık memurlarından kaynaklanmaktadır (X^2=8.8 p<0.05).

Tablo 4.6. Araştırma grubunda mesleğe göre hastalık/sağlık sorunu ve kronik hastalığın olma durumu

Meslek	**n**	**Hastalık/ sağlık sorunu olan**		**Kronik hastalığı olan**	
		Sayı	**%**	**Sayı**	**%**
Hekimler	151	48	31.8	18	11.9
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	84	16	19.0	9	10.7
Hemşire/ Ebe	325	103	31.6	39	12.1
Sağlık memurları	275	54	19.6	18	6.6
Toplam	835	221	26.4	84	10.1
		X^2=15.6 p<0.001		X^2=5.5 p>0.05	

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi, sağlık çalışanlarının yaklaşık dörtte biri tanısı konmuş herhangi bir hastalık/ sağlık sorunu, onda biri ise kronik bir hastalığı olduğunu belirtti. En çok belirtilen kronik hastalıklar, hipertansiyon (27 kişi), astım (15 kişi), kalp hastalığı (14 kişi) ve diyabettir (11 kişi). Hekimler ile hemşire/ ebe grubunda hastalık/sağlık sorunu olduğunu belirtenlerin oranı benzer ve diğer grupların oranından ise daha yüksektir. Kronik bir hastalığı olduğunu belirtenlerin oranı mesleklere göre farklı bulunmadı.

Kronik bir hastalığı olduğunu belirtenlerin oranı, 45 yaş ve üzeri kişilerde (%27.0) 15-19 yaş grubuna (%3.4) göre daha fazladır (X^2=38.1 p<0.001).

Tablo 4.7. Araştırma grubunun özel bir durum, hastalık veya yaralanma dışında genel sağlık kontrolü yaptırma durumu

Yapıldığı zaman	**Sayı**	**%**
0 – 6 ay	239	28.6
7 – 12 ay	65	7.8
1 yıl – 2 yıl olmadı	90	10.8
2 yıl – 5 yıl olmadı	40	4.8
5 yıl ve daha fazla	36	4.3
Hiç kontrol yaptırmadı	365	43.6
Toplam	835	100.0

Tablo 4.7'de görüldüğü gibi araştırma grubunun %63.6'sı son bir yıl içinde genel sağlık kontrolünü yaptırmadığını, %43.6'sı ise şimdiye kadar hiç yaptırmadığını belirtti.

Tablo 4.8. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre son bir yıl içinde genel sağlık kontrolünü yaptırmayanların dağılımı

Özellikler	**n**	**Genel sağlık kontrolünü yaptırmayan**	
Meslek		**Sayı**	**%**
Hekimler	151	88	58.3
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	84	51	60.7
Hemşire/ Ebe	325	217	66.8
Sağlık memurları	275	175	63.6
Cinsiyet			
Erkek	344	212	61.6
Kadın	491	319	65.0
Yaş grupları			
18 – 24	119	86	72.3
25 – 34	334	211	63.2
35 – 44	293	188	64.2
≥45	89	46	51.7
Toplam	835	531	63.6

Tablo 4.8'de görüldüğü gibi, genel sağlık kontrolünü son bir yıl içinde yaptırmayanların oranı, mesleğe ve cinsiyete göre farklı değilken, yaş küçüldükçe yaptırmayanların oranı artmaktadır.

Tablo 4.9. Genel sağlık kontrolünü son bir yıl içinde yaptırmamaya etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler*	**β**	**P**	**Odds oranı**	**%95 Güven aralığı**	
				Alt	**Üst**
Yaşamından memnun olma (Ref: Memnun olan)	0.635	<0.01	1.890	1.209	2.947
Sabit	0.486	<0.001	1.626		

* Test edilen değişkenler: Meslek, cinsiyet, medeni durum, yaş, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı, hastalık/sağlık sorunu varlığı.

Tablo 4.9'da görüldüğü gibi, belirlenen bağımsız değişkenlerin son bir yıl içinde genel sağlık kontrolünü yaptırmama üzerine olan etkileri ilerleyen lojistik regresyon ile değerlendirildi. Meslek (önce 4 grup, daha sonra hekim ve hekim olmayan şeklinde 2 grup), cinsiyet, medeni durum, yaş, sağlık durum algısı ve hastalık/ sağlık sorunun

varlığı gibi bağımsız değişkenlerin etkisi anlamlı bulunmadı. Genel sağlık kontrolünü son bir yıl içinde yaptırmama riski, yaşamından memnun olmayan/ kararsız olanlarda memnun olanlara göre 1.89 kat daha yüksektir.

Tablo 4.10. Araştırma grubunun kan şekerini ölçtürme durumu

Ölçtürme zamanı	**Sayı**	**%**
0 – 6 ay	494	59.2
7 – 12 ay	108	12.9
1 yıl – 2 yıl olmadı	89	10.7
2 yıl – 5 yıl olmadı	38	4.5
5 yıl ve daha fazla	12	1.4
Hiç ölçtürmedi	94	11.3
Toplam	835	100.0

Tablo 4.11. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre son 2 yıl içinde kan şekerini ölçtürmeyenlerin dağılımı

Özellikler	**n**	**Kan şekerini ölçtürmeyen**	
Meslek		**Sayı**	**%**
Hekimler	151	24	15.9
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	84	13	15.5
Hemşire/ Ebe	325	44	13.5
Sağlık memurları	275	63	22.9
Cinsiyet			
Erkek	344	80	23.3
Kadın	491	64	13.0
Yaş grupları			
18 – 24	119	30	25.2
25 – 34	334	57	17.1
35 – 44	293	40	13.7
≥45	89	17	19.1
Toplam	835	144	17.2

Tablo 4.11'de görüldüğü gibi, son 2 yıl içinde kan şekerini ölçtürmeyenlerin oranı, sağlık memurlarında diğer meslek gruplarına göre; erkeklerde kadınlara göre; 18-24 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir.

Tablo 4.12. Kan şekerini son iki yıl içinde ölçtürmemeye etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler*	**β**	**P**	**Odds oranı**	**%95 Güven aralığı**	
				Alt	**Üst**
Cinsiyet (Ref: Erkek)	-0.841	<0.001	0.431	0.294	0.633
Medeni durum		<0.001			
Evli	Ref.		1		
Bekâr	0.866	<0.001	2.377	1.528	3.697
Eşi ölmüş/ eşinden ayrılmış	1.161	<0.05	3.193	1.146	8.895
Sabit	-1.352	<0.001	0.259		

* Test edilen değişkenler: Meslek, cinsiyet, medeni durum, yaş, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı, hastalık/sağlık sorunu varlığı.

Tablo 4.12'de görüldüğü gibi, belirlenen bağımsız değişkenlerin son 2 yıl içinde kan şekerini ölçtürmeme üzerine olan etkileri ilerleyen lojistik regresyon ile değerlendirildi. Meslek, yaş, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı ve hastalık/ sağlık sorunu varlığı gibi bağımsız değişkenlerin etkisi anlamlı bulunmadı. Son 2 yıl içinde kan şekerini ölçtürmeme riski, erkeklerde kadınlara göre 2.32 (1/0.431) kat; bekârlarda evlilere göre 2.38 kat, eşinden ayrılmış/ eşi ölmüş olanlarda evlilere göre 3.19 kat daha yüksektir.

Tablo 4.13. Araştırma grubunda meslek, yaş grubu ve BKİ'ye göre kan şekerinin yüksek saptandığını belirtenler

Çeşitli özellikler		*** Yüksek saptanan**	
Meslek	**n**	**Sayı**	**%**
Hekimler	141	14	9.9
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	72	8	11.1
Hemşire/ Ebe	296	15	5.1
Sağlık memurları	229	8	3.5
Yaş grupları		X^2=10.0 p<0.05	
18 – 24	91	2	2.2
25 – 34	293	6	2.0
35 – 44	273	22	8.1
≥45	81	15	18.5
BKİ		X^2=34.4 p<0.001	
<25	343	11	3.2
25 – 29.9	299	20	6.7
≥30	92	14	15.2
		X^2=18.4 p<0.001	
Toplam	738	45	6.1

*Kan şekerini ölçtürenlerde

Tablo 4.13'de görüldüğü gibi, kan şekerini ölçtürenlerin %6.1'i kan şekerinin yüksek saptandığını, %1.5'i diyabet hastası olduğunu belirtti. Hekimler ile diğer lisans mezunu sağlık çalışanlarında kan şekeri yüksek saptananların oranı, diğer gruplardan daha yüksektir. Kan şekerinin yüksek saptandığını belirtenlerin oranı, 35 yaşından ve BKİ≥25'den büyük olanlarda küçük olanlara göre daha yüksektir. Kadın sağlık personelinin %2.7'si, gebelik döneminde kan şekerinin yükseldiğini belirtmiştir.

Tablo 4.14. Araştırma grubunun kan kolesterolünü ölçtürme durumu

Ölçtürme zamanı	**Sayı**	**%**
0 – 6 ay oldu	491	58.8
7 – 12 ay oldu	97	11.6
1 yıl – 2 yıl olmadı	68	8.1
2 yıl – 5 yıl olmadı	34	4.1
5 yıl ve daha fazla oldu	9	1.1
Hiç ölçtürmedi	136	16.3
Toplam	835	100.0

Tablo 4.14'de görüldüğü gibi, sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu (%70.4) son bir yıl içinde kolesterolünü ölçtürdüğünü belirtmiştir.

Tablo 4.15. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre son 5 yıl içinde kolesterolünü ölçtürmeyenlerin dağılımı

Özellikler		**Kolesterolünü ölçtürmeyen**	
Meslek	**n**	**Sayı**	**%**
Hekimler	151	18	11.9
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	84	17	20.2
Hemşire/ Ebe	325	48	14.8
Sağlık memurları	275	62	22.5
Cinsiyet			
Erkek	344	65	18.9
Kadın	491	80	16.3
Yaş grupları			
18 – 24	119	52	43.7
25 – 34	334	54	16.2
35 – 44	293	29	9.9
≥45	89	10	11.2
Toplam	835	145	17.4

Tablo 4.15'de görüldüğü gibi, son 5 yıl içinde kolesterolünü ölçtürmeyenlerin oranı, sağlık memurları ile diğer lisans mezunu sağlık çalışanlarında diğer gruplara göre, 18-24 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir.

Tablo 4.16. Son beş yıl içinde kolesterol ölçtürmemeye etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler*	**β**	**P**	**Odds oranı**	**%95 Güven aralığı**	
				Alt	**Üst**
Cinsiyet (Ref: Erkek)	-0.681	<0.01	0.506	0.329	0.778
Medeni durum		<0.01			
Evli	Ref.		1		
Bekâr	0.538	<0.05	1.713	1.027	2.858
Eşi ölmüş/ eşinden ayrılmış	1.517	<0.01	4.556	1.604	12.944
Yaş grupları		<0.001			
18 – 24	1.700	<0.001	5.473	2.239	13.382
25 – 34	0.459	>0.24	1.582	0.732	3.417
35 – 44	-0.237	>0.55	0.789	0.359	1.733
≥45	Ref.		1		
Hastalık/ sağlık sorunu (Ref: Olmayan)	- 0.666	<0.01	0.514	0.303	0.871
Sabit	0.004	>0.99	1.004		

* Test edilen değişkenler: Meslek, cinsiyet, medeni durum, yaş, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı, hastalık/sağlık sorunu varlığı.

Tablo 4.16'da görüldüğü gibi, belirlenen bağımsız değişkenlerin son 5 yılda kolesterol ölçtürmeme üzerine olan etkileri ilerleyen lojistik regresyon ile değerlendirildi. Meslek, yaşamından memnun olma ve sağlık durum algısı gibi bağımsız değişkenlerin etkisi anlamlı bulunmadı. Son beş yıl içinde kolesterol ölçtürmeme riski, erkeklerde kadınlara göre 1.98 (1/0.506) kat; bekârlarda evlilere göre 1.71 kat, eşinden ayrılmış/ eşi ölmüş olanlarda ise evlilere göre 4.56 kat; 18-24 yaş grubunda 45 yaş ve üzeri gruba göre 5.47 kat; hastalık/ sağlık sorunu olmayanlarda olanlara göre 1.95 kat daha yüksektir.

Tablo 4.17'de görüldüğü gibi, kolesterolünü ölçtürenlerin %27.0'si kolesterolünün yüksek saptandığını belirtti. Kolesterolü yüksek saptananların oranı, ileri yaş grubunda ve BKİ'si yüksek olanlarda daha fazladır.

Tablo 4.17. Araştırma grubunda meslek, yaş grubu ve BKİ'ye göre kolesterolünün yüksek saptandığını belirtenler

Özellikler		*** Yüksek saptanan**	
Meslek	**n**	**Sayı**	**%**
Hekimler	136	43	31.6
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	68	19	27.9
Hemşire/ Ebe	278	65	23.4
Sağlık memurları	217	62	28.6
Yaş grupları		X^2=3.6 p>0.05	
18 – 24	67	4	6.0
25 – 34	281	67	23.8
35 – 44	272	86	31.6
≥45	79	32	40.5
BKİ		X^2=26.7 p<0.001	
<25	305	42	13.8
25 – 29.9	297	108	36.4
≥30	93	37	39.8
		X^2=41.1 p<0.001	
Toplam	699	189	27.0

*Kolesterolünü ölçtürenlerde

Tablo 4.18. Araştırma grubunun kan basıncını ölçtürme durumu

Ölçtürme zamanı	**Sayı**	**%**
0 – 6 ay	669	80.3
7 – 12 ay	61	7.3
1 yıl – 2 yıl olmadı	39	4.7
2 yıl – 5 yıl olmadı	18	2.2
5 yıl ve daha fazla	10	1.2
Hiç ölçtürmedi	36	4.3
Toplam	833	100.0

Tablo 4.18'de görüldüğü gibi, sağlık çalışanlarının %87.6'sı son bir yıl içinde kan basıncını ölçtürdüğünü, %4.3'ü ise hiç ölçtürmediğini belirtti.

Tablo 4.19'de görüldüğü gibi, mesleğe göre son 2 yıl içinde kan basıncını ölçtürmeme oranı en düşük hemşire/ ebeler arasındayken, en yüksek sağlık memurları arasındadır. Erkeklerde son 2 yıl içinde kan basıncını ölçtürmeyenlerin oranı, kadınların iki katından daha fazladır.

Tablo 4.19. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre son 2 yıl içinde kan basıncını ölçtürmeyenlerin dağılımı

Özellikler	**n**	**Kan basıncını ölçtürmeyen**	
Meslek		**Sayı**	**%**
Hekimler	151	15	9.9
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	83	6	7.2
Hemşire/ Ebe	325	12	3.7
Sağlık memurları	274	31	11.3
Cinsiyet			
Erkek	344	42	12.2
Kadın	489	22	4.5
Yaş grupları			
18 – 24	119	9	7.6
25 – 34	332	24	7.2
35 – 44	293	22	7.5
≥45	89	9	10.1
Toplam	833	66	7.7

Tablo 4.20. Son 2 yıl içinde kan basıncını ölçtürmemeye etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler*	**β**	**P**	**Odds oranı**	**%95 Güven aralığı**	
				Alt	**Üst**
Cinsiyet (Ref: Erkek)	-1.238	<0.001	0.290	0.166	0.507
Medeni durum		<0.01			
Evli	(Ref)		1		
Bekâr	0.586	>0.05	1.797	0.941	3.432
Eşi ölmüş/ eşinden ayrılmış	1.639	<0.01	5.150	1.613	16.447
Yaşamından memnun olma (Ref: Memnun olan)	0.717	<0.05	2.049	1.082	3.879
Sabit	-2.210	<0.001	0.110		

* Test edilen değişkenler: Meslek, cinsiyet, medeni durum, yaş, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı, hastalık/sağlık sorunu varlığı.

Tablo 4.20'de görüldüğü gibi, belirlenen bağımsız değişkenlerin son 2 yıl içinde kan basıncını ölçtürmeme üzerine olan etkileri ilerleyen lojistik regresyon ile değerlendirildi. Meslek, yaş, sağlık durum algısı ve hastalık/ sağlık sorunu varlığı gibi bağımsız değişkenlerinin etkisi anlamlı bulunmadı. Son 2 yıl içinde kan basıncını ölçtürmeme riski, erkeklerde kadınlara göre 3.45 (1/0.290) kat; eşinden ayrılmış/ eşi

ölmüş olanlarda evlilere göre 5.15 kat; yaşamından memnun olmayan/ kararsız olanlarda memnun olanlara göre 2.05 kat daha yüksektir.

Tablo 4.21. Araştırma grubunda meslek, yaş grubu ve BKİ'ye göre kan basıncının yüksek saptandığını belirtenler

Çeşitli özellikler	**n**	*** Yüksek saptanan**	
Meslek		**Sayı**	**%**
Hekimler	143	23	16.1
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	80	3	3.8
Hemşire/ Ebe	318	39	12.3
Sağlık memurları	254	26	10.2
Yaş grupları		X^2=8.3 p<0.05	
18 – 24	111	7	6.3
25 – 34	317	18	5.7
35 – 44	281	47	16.7
≥45	86	19	22.1
BKİ		X^2=30.6 p<0.001	
<25	383	25	6.5
25-29.9	315	43	13.7
≥30	93	23	24.7
		X^2=26.7 p<0.001	
Toplam	795	91	11.5

*Kan basıncını ölçtürenlerde

Tablo 4.21'de görüldüğü gibi, kan basıncını ölçtürenlerin %11.5'i kan basıncının yüksek saptandığını, %3.4'ü ise halen hipertansiyon hastası olduğunu belirtti. Yüksek saptanma oranı, en yüksek hekimlerde iken, diğer lisans mezunu sağlık çalışanlarında en düşüktür. Kan basıncı yüksek saptanma oranı, 35 yaşından ve BKİ≥25'den büyük olanlarda küçük olanlara göre daha yüksektir.

Tablo 4.22. Araştırma grubunun egzersiz yapma durumu

Egzersiz yapma sıklığı	**Sayı**	**%**
Haftada 5 gün ve daha fazla	155	18.6
Haftada 3 – 4 gün	68	8.1
Haftada 1 – 2 gün	118	14.1
Haftada <1 günden daha az/ hiç yapmayan	494	59.2
Toplam	835	100.0

Tablo 4.22'de görüldüğü gibi, sağlık çalışanlarının %18.6'sı hafta 5 ve daha fazla gün egzersiz yaptığını belirtirken, %59.2'si haftada 1 gün dahi egzersiz yapmadığını belirtti.

Tablo 4.23. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre yetersiz egzersiz yapanların dağılımı

Özellikler	**n**	**Yetersiz egzersiz yapan**	
Meslek		**Sayı**	**%**
Hekimler	151	121	80.1
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	84	64	76.2
Hemşire/ Ebe	325	269	82.8
Sağlık memurları	275	212	77.1
Cinsiyet			
Erkek	344	263	76.5
Kadın	491	403	82.1
Yaş grupları			
18 – 24	119	98	82.4
25 – 34	334	279	83.5
35 – 44	293	225	76.8
≥45	89	64	71.9
Toplam	835	666	79.8

Tablo 4.23'de görüldüğü gibi, sağlık çalışanlarının %79.8'i yeterli egzersiz (haftada en az 3 gün ve 150 dk) yapmadığını belirtti. Yetersiz egzersiz yapanların oranı, kadınlarda erkeklere, yaşı küçük olanlarda büyük olanlara göre daha yüksektir.

Tablo 4.24. Yetersiz egzersiz yapmaya etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler*	**β**	**P**	**Odds oranı**	**%95 Güven aralığı**	
				Alt	**Üst**
Yaş grupları		<0.05			
18 – 24	0.567	>0.09	1.763	0.907	3.425
25 – 34	0.650	<0.05	1.916	1.107	3.318
35 – 44	0.211	>0.44	1.235	0.719	2.122
≥ 45	Ref.		1		
Yaşamından memnun olma (Ref: Memnun olan)	0.789	<0.01	2.201	1.266	3.826
Sabit	0.857	<0.001	2.355		

* Test edilen değişkenler: Meslek, cinsiyet, medeni durum, yaş, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı, hastalık/sağlık sorunu varlığı.

Tablo 4.24'de görüldüğü gibi, belirlenen bağımsız değişkenlerin yetersiz egzersiz yapma üzerine olan etkileri ilerleyen lojistik regresyon ile değerlendirildi. Meslek, cinsiyet, medeni durum, sağlık durum algısı ve hastalık/ sağlık sorunu varlığı gibi bağımsız değişkenlerin etkisi anlamlı bulunmadı. Yetersiz egzersiz yapma riski, 25-34 yaş grubunda 45 yaş ve üzeri gruba göre 1.92 kat; yaşamından memnun olmayan/ kararsız olanlarda memnun olanlara göre 2.20 kat daha yüksektir.

Tablo 4.25. Araştırma grubunda sebze-meyve tüketim sıklığı

Sebze-meyve tüketim sıklığı	**Sayı**	**%**
Her gün ≥3 kez	108	13.0
Her gün 2 – <3 kez	196	23.6
Her gün 1 – <2 kez	263	31.6
Her gün yemeyen	265	31.8
Toplam	832	100.0

Tablo 4.25'de görüldüğü gibi, sağlık çalışanlarının %13.0'ü günde en az 3 kez sebze-meyve tükettiğini belirtirken, %31.8'i her gün sebze-meyve yemediğini belirtti.

Tablo 4.26'da görüldüğü gibi, yetersiz sebze-meyve tüketme oranı yaşı genç olanlarda daha yüksektir.

Tablo 4.26. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre yetersiz sebze-meyve tüketenlerin dağılımı

Özellikler		**Yetersiz sebze-meyve tüketen**	
Meslek	**n**	**Sayı**	**%**
Hekimler	150	133	88.7
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	84	69	82.1
Hemşire/ Ebe	323	274	84.8
Sağlık memurları	275	248	90.2
Cinsiyet			
Erkek	343	304	88.6
Kadın	489	420	85.9
Yaş grupları			
18 – 24	119	109	91.6
25 – 34	333	298	89.5
35 – 44	291	246	84.5
45 ve üzeri	89	71	79.5
Toplam	832	724	87.0

Tablo 4.27. Yetersiz sebze-meyve tüketimine etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler*	β	P	Odds oranı	%95 Güven aralığı	
				Alt	Üst
Cinsiyet (Ref: Erkek)	-0.539	<0.05	0.584	0.369	0.923
Yaş grupları		<0.01			
18 – 24	Ref.		1		
25 – 34	0.568	<0.05	1.764	1.082	2.874
35 – 44	-0.384	>0.23	0.681	0.362	1.280
≥ 45	0.877	<0.05	2.403	1.147	5.034
Sabit	1.972	<0.001	7.183		

* Test edilen değişkenler: Meslek, cinsiyet, medeni durum, yaş, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı, hastalık/sağlık sorunu varlığı.

Tablo 4.27'de görüldüğü gibi, belirlenen bağımsız değişkenlerin yetersiz sebze-meyve tüketimi üzerine olan etkileri ilerleyen lojistik regresyon ile değerlendirildi. Meslek, medeni durum, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı ve hastalık/ sağlık sorunu varlığı gibi bağımsız değişkenlerin etkisi anlamlı bulunmadı. Yetersiz sebze-meyve tüketim riski, erkeklerde kadınlara göre 1.71 (1/0.584) kat; 25-34 ve 45 ve üzeri yaş grubunda 18-24 yaş grubuna göre sırayla 1.76 ve 2.40 kat daha yüksektir.

Tablo 4.28. Araştırma grubunun yemeklerinin tuzluluk durumu

Yemeklerin tuzluluk durumu	Sayı	%
Çok tuzlu	14	1.7
Tuzlu	126	15.1
Normal	510	61.1
Az tuzlu	152	18.2
Tuzsuz	33	4.0
Toplam	835	100.0

Tablo 4.28'de görüldüğü gibi, sağlık çalışanlarının %22.2'si yemeklerinin genellikle az tuzlu/ tuzsuz olduğunu belirtirken, %16.8'i tuzlu/çok tuzlu olduğunu belirtti.

Tablo 4.29'da görüldüğü gibi, yemeklerinde tuz kısıtlaması yapmadığını belirtenlerin oranı, erkeklerde kadınlara göre, yaşı küçük olanlarda büyük olanlara göre daha yüksektir.

Tablo 4.29. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre yemeklerinde tuz kısıtlaması yapmayanların dağılımı

Özellikler		**Tuz kısıtlaması yapmayan**	
Meslek	**n**	**Sayı**	**%**
Hekimler	151	109	72.2
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	84	62	73.8
Hemşire/ Ebe	325	251	77.2
Sağlık memurları	275	228	82.9
Cinsiyet			
Erkek	344	280	81.4
Kadın	491	370	75.4
Yaş grupları			
18 – 24	119	111	93.3
25 – 34	334	264	79.0
35 – 44	293	222	75.8
45 ve üzeri	89	53	59.6
Toplam	835	650	77.8

Tablo 4.30. Tuz kısıtlamama üzerine etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler*	**β**	**P**	**Odds oranı**	**%95 Güven aralığı**	
				Alt	**Üst**
Meslek (Ref: Hekimler)	0.557	<0.02	1.746	1.114	2.738
Cinsiyet (Ref: Erkek)	-0.974	<0.001	0.378	0.251	0.569
Yaş	-0.056	<0.001	0.946	0.924	0.968
Medeni durum		<0.05			
Evli	Ref.		1		
Bekâr	0.717	<0.02	2.048	1.127	3.721
Eşi ölmüş/ eşinden ayrılmış	0.816	>0.23	2.261	0.593	8.614
Sabit	3.250	<0.001	25.799		

* Test edilen değişkenler: Meslek, cinsiyet, medeni durum, yaş, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı, hastalık/sağlık sorunu varlığı.

Tablo 4.30'da görüldüğü gibi, belirlenen bağımsız değişkenlerin yemeklerde tuz kısıtlamama üzerine olan etkileri ilerleyen lojistik regresyon ile değerlendirildi. Yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı ve hastalık/ sağlık sorunu varlığı gibi bağımsız değişkenlerin etkisi anlamlı bulunmadı. Tuz kısıtlamama olasılığı, hekim olmayanlarda hekimlere göre 1.75 kat; erkeklerde kadınlara göre 2.65 (1/0.378) kat; yaşı 1 yıl küçük olanın riski, büyük olana göre 1.06 kat; bekârlarda evlilere göre 2.05 kat daha yüksektir.

Tablo 4.31. Araştırma grubunun yemeklerinin yağlılık durumu

Yemeklerin yağlılık durumu	Sayı	%
Çok yağlı	5	0.6
Yağlı	62	7.4
Normal	605	72.5
Az yağlı	150	18.0
Yağsız	12	1.4
Toplam	835	100.0

Tablo 4.31'de görüldüğü gibi, sağlık çalışanlarının %8.0'i yemeklerini genellikle yağlı/ çok yağlı yediğini belirtirken, %19.4'ü az yağlı/ yağsız yediğini belirtti.

Yağ ve tuz tüketim alışkanlığı beşli Likert olarak sıralandığında, aralarında doğrusal bir ilişkinin olduğu saptandı (Spearman's r= 0.40, p<0.001).

Tablo 4.32. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre yemeklerinde yağ kısıtlaması yapmayanların dağılımı

Özellikler	n	Yağ kısıtlaması yapmayan	
Meslek		**Sayı**	**%**
Hekimler	151	103	68.2
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	84	67	79.8
Hemşire/ Ebe	325	269	82.8
Sağlık memurları	275	233	85.0
Cinsiyet			
Erkek	344	279	81.1
Kadın	491	393	80.2
Yaş grupları			
18 – 24	119	104	88.1
25 – 34	334	277	82.9
35 – 44	293	235	80.2
45 ve üzeri	89	56	62.9
Toplam	835	672	80.6

Tablo 4.32'de görüldüğü gibi, sağlık çalışanlarının %80.6'sı yemeklerinde yağ kısıtlaması yapmadığını belirtti. Yağı kısıtlamadığını belirtenlerin oranı, hekim olmayanlarda hekimlere göre, yaşı küçük olanlarda büyük olanlara göre daha yüksektir.

Tablo 4.33'de görüldüğü gibi, belirlenen bağımsız değişkenlerin yağ kısıtlamama üzerine olan etkileri ilerleyen lojistik regresyon ile değerlendirildi. Medeni durum, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı ve hastalık/ sağlık sorunu varlığı gibi

bağımsız değişkenlerin etkisi anlamlı bulunmadı. Yağ kısıtlamama olasılığı, erkeklerde kadınlara göre 2.40 (1/0.417) kat; diğer lisans mezunu sağlık çalışanları ile sağlık memurlarında hekimlere göre sırayla 3.16 ve 2.30 kat; yaşı bir yıl küçük olanın riski, büyük olana göre 1.06 kat daha yüksektir.

Tablo 4.33. Yağ kısıtlamama üzerine etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler*	**β**	**P**	**Odds oranı**	**%95 Güven aralığı**	
				Alt	**Üst**
Meslek		<0.001			
Hekimler	Ref.		1		
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	1.151	<0.001	3.161	1.798	5.558
Hemşire/ Ebe	0.633	>0.05	1.884	0.974	3.644
Sağlık memurları	0.831	<0.001	2.295	1.401	3.758
Cinsiyet (Ref: Erkek)	-0.874	<0.001	0.417	0.251	0.693
Yaş	-0.058	<0.001	0.943	0.922	0.965
Sabit	3.221	<0.001	25.061		

* Test edilen değişkenler: Meslek, cinsiyet, medeni durum, yaş, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı, hastalık/sağlık sorunu varlığı.

Tablo 4.34. Araştırma grubunun yemeklerinde genellikle kullandıkları yağ türleri

	Sayı	**%**
Bitkisel sıvı yağ	701	84.4
Katı yağ	43	5.2
Tereyağı	26	3.1
Bitkisel sıvı yağ + tereyağı	61	7.3
Toplam	831	100.0

Tablo 4.35'de görüldüğü gibi, sağlık çalışanlarının %8.3'ü yemeklerinde genellikle yalnız katı yağ (tereyağı dahil) kullandığını belirtti. Yemeklerinde genellikle katı yağ kullandığını belirtenlerin oranı, en yüksek diğer lisans mezunu sağlık çalışanlarındadır.

Meslek, cinsiyet, medeni durum, yaş, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı ve hastalık/sağlık sorunu varlığı gibi belirlenen bağımsız değişkenlerin yemeklerde katı yağ kullanılması üzerine olan etkileri ilerleyen lojistik regresyon ile değerlendirildi. Belirlenen tüm değişkenlerin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Aşama 0: puan=16.4 p>0.05).

Tablo 4.35. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre yemeklerinde yalnız katı yağ kullananların dağılımı

Özellikler		**Katı yağ kullanan**	
Meslek	**n**	**Sayı**	**%**
Hekimler	150	12	8.0
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	83	11	13.3
Hemşire/ Ebe	323	21	6.5
Sağlık memurları	275	25	9.1
Cinsiyet			
Erkek	342	35	10.2
Kadın	489	34	7.0
Yaş grupları			
18 – 24	119	9	7.6
25 – 34	334	25	7.5
35 – 44	289	30	10.4
45 ve üzeri	89	5	5.6
Toplam	831	69	8.3

Tablo 4.36. Araştırma grubunda mesleğe, cinsiyete ve yaş gruplarına göre BKI

Meslek			**BKİ= ağırlık (kg)/ boy (m^2)**			
	Cinsiyet	**n**	**<25**	**25 – 29.9**	**≥30**	**Toplam %**
Hekimler	Erkek	111	20.7	57.7	21.6	100.0
	Kadın	40	67.5	22.5	10.0	100.0
	Toplam	151	33.1	48.3	18.5	100.0
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	Erkek	45	53.3	37.8	8.9	100.0
	Kadın	38	68.4	23.7	7.9	100.0
	Toplam	84	60.7	31.0	8.3	100.0
Hemşire/ Ebe	Kadın	324	56.2	34.0	9.9	100.0
Sağlık memurları	Erkek	187	32.3	51.9	15.0	100.0
	Kadın	85	71.8	24.7	3.5	100.0
	Toplam	271	45.0	43.5	11.4	100.0
Cinsiyet	Erkek	343	31.8	51.9	16.3	100.0
	Kadın	487	60.8	30.6	8.6	100.0
	Toplam	830	48.8	39.4	11.8	100.0
	E: X^2=17.0 p<0.001			K: X^2=10.3 p>0.05		
Yaş grupları	18 – 24	117	89.7	9.4	0.9	100.0
	25 – 34	332	55.7	35.8	8.4	100.0
	35 – 44	292	31.8	51.0	17.1	100.0
	45 +	89	24.7	53.9	21.3	100.0
	X^2=142.7 p<0.001					

Tablo 4.36'da görüldüğü gibi, sağlık çalışanlarının %39.4'ü fazla kilolu, %11.8'i ise şişmandı. Erkeklerin %51.9'unun, kadınların %30.6'sının fazla kilolu; erkeklerin %16.3'ünün, kadınların ise %8.6'sının şişman olduğu belirlendi. Erkek sağlık çalışanları, kadın sağlık çalışanlarına göre hem daha fazla kilolu hem de daha şişmandı. Erkek sağlık çalışanları arasında hem fazla kilolu hem de şişman olanların oranı en yüksek hekimlerde iken, bunu sağlık memurları izlemektedir. Erkek hekimler ile sağlık memurları arasında, hem fazla kiloluların hem de şişmanların oranı, kadın meslektaşlarına göre iki kattan daha fazladır. Kadın sağlık çalışanlarında mesleğe göre fazla kilolu ve şişman olanların oranı ki kare testinde anlamlı bulunmadı. Yaş arttıkça hem fazla kiloluların hem de şişmanların oranının arttığı görülmektedir.

Araştırma grubundakilerin yaşı ($r=0.45$, $p<0.001$) arttıkça BKİ'leri de doğru orantılı olarak artmaktadır. Bu artış, kadınlarda ($r=0.50$, $p<0.001$) erkeklere ($r=0.25$, $p<0.001$) göre daha yüksektir.

Tablo 4.37. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre yüksek BKİ'ye (≥25) sahip olma durumu ve BKİ ortalamaları

Özellikler		**n**	**BKİ'si yüksek olan**		**BKİ**
Meslek	**Cinsiyet**		**Sayı**	**%**	$\overline{X}$ **± S.S**
Hekimler	Erkek	111	88	79.3	27.5±3.6
	Kadın	40	13	32.5	24.1±4.1
	Toplam	151	101	66.9	26.6±4.0
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	Erkek	45	21	46.7	25.5±3.2
	Kadın	38	12	31.6	23.8±3.3
	Toplam	83	33	39.8	24.7±3.3
Hemşire/ Ebe	Kadın	324	142	43.8	24.7±3.9
Sağlık memurları	Erkek	187	125	66.8	26.5±3.5
	Kadın	85	24	28.2	23.3±3.4
	Toplam	272	149	54.8	25.5±3.7
Cinsiyet	Erkek	343	234	68.6	26.6±3.5
	Kadın	487	191	39.2	24.3±3.8
	Toplam	830	425	51.2	25.3±3.8
Yaş grupları	18 – 24	117	12	10.3	21.6±2.8
	25 – 34	332	147	44.3	24.7±3.5
	35 – 44	292	199	68.2	26.8±3.6
	45 +	89	67	75.3	27.4±3.4

Tablo 4.38. Yüksek BKİ'ye sahip olma üzerine etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler*	**β**	**P**	**Odds oranı**	**%95 Güven aralığı**	
				Alt	**Üst**
Meslek		<0.01			
Hekimler	Ref.		1		
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	-0.967	<0.01	0.380	0.205	0.706
Hemşire/ Ebe	0.075	>0.78	1.078	0.626	1.854
Sağlık memurları	-0.281	>0.25	0.755	0.467	1.221
Cinsiyet (Ref: Erkek)	-1.094	<0.001	0.335	0.213	0.527
Yaş grupları		<0.001			
18 – 24	Ref		1		
25 – 34	1.499	<0.001	4.476	2.243	8.931
35 – 44	2.212	<0.001	9.136	4.460	18.717
45 ve üzeri	2.343	<0.001	10.413	4.432	24.462
Medeni durum		<0.01			
Evli	Ref		1		
Bekâr	-0.850	<0.001	0.427	0.258	0.707
Eşi ölmüş/ eşinden ayrılmış	-0.824	>0.12	0.439	0.155	1.240
Sabit	-0.658	>0.12	0.518		

* Test edilen değişkenler: Meslek, cinsiyet, yaş, medeni durum, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı, hastalık/sağlık sorunu varlığı, sebze-meyve tüketimi, egzersiz yapma, yağ kullanma alışkanlığı.

Tablo 4.38'de görüldüğü gibi, belirlenen bağımsız değişkenlerin yüksek BKİ'ye sahip olma üzerine olan etkileri ilerleyen lojistik regresyon ile değerlendirildi. Yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı, hastalık/ sağlık sorunu varlığı, sebze-meyve tüketim sıklığı, egzersiz yapma sıklığı ve yağ kullanma alışkanlığı gibi değişkenlerin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Yüksek BKİ'ye sahip olma riski, hekimlerde diğer lisans mezunu sağlık çalışanlarına göre 2.63 (1/0.38) kat; erkeklerde kadınlara göre 2.98 kat; diğer yaş gruplarında 18-24 yaş grubuna göre sırayla 4.48, 9.14 ve 10.41 kat; evlilerde bekârlara göre 2.34 kat daha yüksektir.

Tablo 4.39'da görüldüğü gibi, erkek sağlık çalışanları arasında riskli bel çevresine sahip olanların oranı, %29.7 ile hekimlerde en yüksekti ve bu oran diğer erkek sağlık çalışanlarına göre iki kattan daha fazladır. Kadın sağlık çalışanları arasında riskli bel çevresine sahip olanların oranı, %27.5 ile en yüksek hekimlerde ve bunu %24.8 ile hemşire/ebeler takip etmektedir. Mesleğe ve cinsiyete; yaş gruplarına ve cinsiyete göre bel çevresi ortalaması univariate analizde farklı bulunmadı (p>0.05).

Tablo 4.39. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre riskli bel çevresine sahip olma

Özellikler		**n**	*** Riskli bel çevresine sahip olan**		**Bel çevresi**
Meslek	**Cinsiyet**		**Sayı**	**%**	$\overline{X}$ **± S.S**
Hekimler	Erkek	111	33	29.7	95.3±10.2
	Kadın	40	11	27.5	80.4±11.9
	Toplam	151	44	29.1	
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	Erkek	45	5	11.1	89.2±10.4
	Kadın	35	5	14.3	75.1± 9.2
	Toplam	71	10	12.3	
Hemşire/ Ebe	Kadın	322	80	24.8	79.2±11.1
Sağlık memurları	Erkek	188	24	12.8	90.4± 9.9
	Kadın	83	12	14.5	76.9±10.2
	Toplam	270	36	13.3	
Cinsiyet	Erkek	344	62	18.0	91.8±10.3
	Kadın	480	108	22.5	78.6±10.9
	Toplam	824	170	20.6	
Yaş grupları	18 – 24	116	6	5.2	73.3±9.5
	25 – 34	327	58	17.7	81.6±11.6
	35 – 44	292	74	25.3	88.6±11.2
	45 +	89	32	36.0	92.9±10.9

* Riskli bel çevresi: Erkek: ≥102 cm, Kadın: ≥88 cm.

Tablo 4.40. Riskli bel çevresine sahip olma üzerine etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler*	**β**	**P**	**Odds oranı**	**%95 Güven aralığı**	
				Alt	**Üst**
Meslek		<0.001			
Hekimler	Ref.		1		
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	-1.041	<0.01	0.353	0.160	0.779
Hemşire/ Ebe	0.107	>0.64	1.113	0.704	1.760
Sağlık memurları	-0.812	<0.01	0.444	0.265	0.743
Yaş grupları		<0.001			
18 – 24	Ref		1		
25 – 34	1.317	<0.01	3.731	1.546	9.003
35 – 44	1.869	<0.001	6.482	2.695	15.587
45 ve üzeri	2.394	<0.001	10.954	4.195	28.600
Sabit	-2.649	<0.001	0.071		

* Test edilen değişkenler: Meslek, cinsiyet, yaş, medeni durum, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı, hastalık/sağlık sorunu varlığı, sebze-meyve tüketimi, egzersiz yapma, yağ kullanma alışkanlığı.

Tablo 4.40'da görüldüğü gibi, belirlenen bağımsız değişkenlerin riskli bel çevresine sahip olma üzerine olan etkileri ilerleyen lojistik regresyon ile değerlendirildi. Cinsiyet, medeni durum, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı, hastalık/ sağlık sorunu varlığı, sebze-meyve tüketim sıklığı, egzersiz yapma sıklığı ve yağ kullanma alışkanlığı gibi değişkenlerin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Riskli bel çevresine sahip olma olasılığı, hekimlerde diğer lisans mezunu sağlık çalışanlarına göre 2.83 (1/0.353), sağlık memurlarına göre 2.52 kat; diğer yaş gruplarında 18-24 yaş grubuna göre sırayla 3.73, 6.48 ve 10.95 kat daha yüksektir.

Erkek (r=0.27 p<0.001) ve kadın sağlık çalışanlarının (r=0.45 p<0.001) yaşı arttıkça bel çevresi genişliği de artmaktadır. Ancak bu artış kadınlarda erkeklere göre daha fazladır.

Tablo 4.41. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre sigara içme durumu

Meslek	**n**	**Her gün içen**	**Bazı günler içen**	**Bırakmış**	**Hiç içmemiş**	**Toplam**
Hekimler	151	30.5	8.6	22.5	38.4	100.0
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	84	29.8	7.1	11.9	51.2	100.0
Hemşire/ Ebe	325	27.7	11.1	11.7	49.5	100.0
Sağlık memurları	274	46.7	5.5	10.9	36.9	100.0
Cinsiyet			X^2=42.1 p<0.001			
Erkek	343	48.1	5.5	18.4	28.0	100.0
Kadın	491	25.3	10.4	10.0	54.4	100.0
Yaş grupları			X^2=78.9 p<0.001			
18 – 24	119	21.8	7.6	5.0	65.5	100.0
25 – 34	334	30.8	8.4	10.8	50.0	100.0
35 – 44	292	43.2	9.9	14.0	32.9	100.0
45 ve üzeri	89	32.8	4.5	32.6	24.7	100.0
			X^2=79.6 p<0.001			
Toplam	834	34.7	8.4	13.4	43.5	100.0

Tablo 4.41'de görüldüğü gibi, sağlık çalışanlarının %34.7'si her gün sigara içtiğini belirtirken, %13.4'ü sigarayı bıraktığını belirtti. Her gün sigara içenlerin oranı en yüksek sağlık memurlarında iken, bırakma oranı en yüksek hekimler arasındadır. Her gün sigara içenlerin oranı, erkek sağlık çalışanlarında kadın sağlık çalışanlarının iki katı kadarken, bazı günler içenlerin oranı kadın sağlık çalışanlarında erkek sağlık çalışanlarının iki katı kadardır. Yaşa göre sigara içme oranı en yüksek 35-44 yaş grubundadır.

Tablo 4.42. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre sigara içenlerin ve içilen sigara sayısı ortalamasının dağılımı

Özellikler	**n**	**Sigara içen**		**Sigara sayısı**
Meslek		**Sayı**	**%**	*** $\overline{X}$ ± S.S**
Hekimler	151	59	39.1	18.1 ± 9.2
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	84	31	36.9	15.2 ± 8.5
Hemşire/ Ebe	325	126	38.8	12.6 ± 6.7
Sağlık memurları	274	143	52.2	17.4 ± 9.0
Cinsiyet				
Erkek	343	184	53.6	18.6 ± 8.8
Kadın	491	175	35.6	12.2 ± 6.7
Yaş grupları				
18 – 24	119	35	29.4	13.6 ± 6.2
25 – 34	334	131	39.2	14.4 ± 7.8
35 – 44	292	155	53.1	17.9 ± 9.5
45 ve üzeri	89	38	42.7	15.3 ± 8.7
Toplam	834	359	43.1	15.9 ± 8.6

* Günlük içilen sigara ortalaması.

Tablo 4.42'de görüldüğü gibi, sağlık çalışanlarının %43.1'i sigara içtiğini belirtti. Sigara içme oranı, sağlık memurları arasında en yüksekken, diğer meslek gruplarında benzer orandadır (X^2=0.1, p>0.005). Günlük içilen sigara ortalaması en yüksek hekimlerde iken, en düşük hemşire/ ebelerde bulundu. Hekimler (Tukey $\overline{X}_D$ =5.7 p<0.01) ile sağlık memurlarının (Tukey $\overline{X}_D$ =4.8 p<0.001) günlük içtikleri sigara ortalaması, hemşire/ ebelerin ortalamasına göre daha yüksek ve aradaki fark anlamlı bulundu. Erkeklerdeki sigara içme oranı ve de günlük içilen sigara adedi ortalaması, kadınlardan daha yüksektir.

Tablo 4.43'de görüldüğü gibi, sigara içmeyi etkileyebileceği düşünülen bağımsız değişkenlerin etkileri ilerleyen lojistik regresyon ile değerlendirildi. Medeni durum, sağlık durum algısı ve hastalık/ sağlık sorunu varlığı gibi bağımsız değişkenlerin etkisi anlamlı bulunmadı. Mesleğin dört grup halinde modele alınması durumunda uyum iyiliği testi reddedildiği için meslek iki grup olarak alındı. Sigara içme riski, hekim olmayanlarda hekimlere göre 1.88 kat; erkek sağlık çalışanlarında kadın sağlık çalışanlarına göre 2.25 (1/0.445) kat; 18-24 yaş grubuna göre 25-34 yaş grubunda 1.75 kat, 35-44 yaş grubunda 2.66 kat; yaşamından memnun olmayan/ kararsız olanlarda memnun olanlara göre 2.33 kat daha yüksektir.

Tablo 4.43. Sigara içmeyi etkileyebilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler*	**β**	**P**	**Odds oranı**	**%95 Güven aralığı**	
				Alt	**Üst**
Meslek (Ref: Hekimler)	0.634	<0.001	1.886	1.262	2.818
Cinsiyet (Ref: Erkek)	-0.804	<0.001	0.448	0.324	0.618
Yaş grupları		<0.001			
18 – 24	Ref.		1		
25 – 34	0.559	<0.05	1.749	1.090	2.807
35 – 44	0.977	<0.001	2.656	1.628	4.332
45 ve üzeri	0.498	>0.12	1.645	0.878	3.081
Yaşamından memnun olma (Ref: Memnun olan)	0.846	<0.001	2.330	1.534	3.541
Sabit	-1.095	<0.001	0.334		

* Test edilen değişkenler: Meslek, cinsiyet, medeni durum, yaş, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı, hastalık/sağlık sorunu varlığı.

Sigara içenlerin (n=319) %42.6'sı (her gün içenlerin %41.4'ü, bazı günler içenlerin %52.9'u) son bir yılda en az bir gün sigara içmeyerek sigarayı bırakmayı denediklerini belirtti. Bu durum mesleklere göre farklı bulunmadı (X^2=1.5 p>0.05).

Tablo 4.44. Araştırma grubunun, kapalı ortamda yanında sigara içilme durumu

Sigara içilme sıklığı	**Evde**		**İş yerinde**	
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**
Her zaman	114	13.7	64	7.7
Genellikle	113	13.6	68	8.2
Bazen	181	21.8	141	16.9
Nadiren	156	18.8	151	18.1
Hiç	268	32.2	408	49.0
Toplam	832	100.0	832	100.0

Tablo 4.44'de görüldüğü gibi, araştırma grubundakilerin %27.3'ü evde, %15.9'u iş yerinde kapalı ortamda genellikle/ her zaman ve toplamda üçte ikisi evde, yarısı ise iş yerinde nadiren de olsa sigara dumanına maruz kaldığını belirtti.

Sigara içmeyenlerin %61.0'i evde, %51.4'ü işyerinde sigara dumanına maruz kaldığını ifade etti.

Tablo 4.45. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre kapalı ortamlarda yanında sigara içilme durumu

Özellikler		**Sigara dumanına maruz kalma durumu**					
		Her zaman/ Genellikle		**Bazen/ Nadiren**		**Hiç**	
Meslek	**n**	**Evde**	**İşte**	**Evde**	**İşte**	**Evde**	**İşte**
Hekimler	151	16.6	15.9	40.4	38.4	43.0	45.7
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	84	16.7	8.3	36.9	35.7	45.9	56.0
Hemşire/ Ebe	324	32.1	17.6	42.3	36.8	25.6	45.5
Sağlık memurları	273	30.8	16.1	39.6	31.0	29.7	52.9
Cinsiyet		Evde: X^2=30.0 p<0.001			İşte: X^2=8.5 p>0.05		
Erkek	342	23.7	16.3	38.6	35.5	37.7	48.3
Kadın	490	29.8	15.6	41.8	34.8	28.4	49.6
Yaş grupları		Evde: X^2=8.7 p<0.05			İşte: X^2=0.2 p>0.05		
18 – 24	118	39.0	13.4	49.2	26.1	11.9	60.5
25 – 34	333	24.0	19.2	39.9	33.8	36.0	47.0
35 – 44	293	27.0	13.4	37.9	39.3	35.2	47.2
45 ve üzeri	88	25.0	14.6	39.8	38.2	35.2	47.2
		Evde: X^2=27.8 p<0.001			İşte: X^2=12.2 p>0.05		
Toplam	832	27.3	15.9	40.5	35.1	32.2	49.0

Tablo 4.45'de görüldüğü gibi, evde genellikle/ her zaman sigara dumanına maruz kaldığını belirtenlerin oranı, hemşire/ebeler ile sağlık memurlarında diğer meslek gruplarına göre; kadınlarda erkeklere göre; 18-24 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre daha yüksekken, iş yerinde maruz kalma oranı mesleğe, cinsiyete ve yaş gruplarına göre farklı bulunmadı.

Tablo 4.46'da görüldüğü gibi, belirlenen bağımsız değişkenlerin evde sigara dumanına maruz kalma üzerine olan etkileri ilerleyen lojistik regresyon ile değerlendirildi. Cinsiyet, medeni durum, yaşamından memnun olma ve hastalık/ sağlık sorunu varlığı gibi değişkenlerin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Evde sigara dumanına maruz kalma riski, hemşire/ ebelerde hekimlere göre 1.79 kat; 18-24 yaş grubunda 45 yaş ve üzeri gruba göre 3.49 kat; sağlık durumu orta/ kötü olanlarda iyi olanlara göre 1.60 kat; sigara içenlerde içmeyenlere göre 2.43 kat daha yüksektir.

Tablo 4.46. Evde sigara dumanına maruz kalma üzerine etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler*	**β**	**P**	**Odds oranı**	**%95 Güven aralığı**	
				Alt	**Üst**
Meslek		<0.01			
Hekimler	Ref.		1		
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	-0.186	>0.05	0.830	0.475	1.451
Hemşire/ Ebe	0.582	<0.01	1.789	1.162	2.757
Sağlık memurları	0.285	>0.05	1.330	0.856	2.068
Yaş grupları		<0.001			
18 – 24	1.249	<0.001	3.488	1.658	7.338
25 – 34	-0.185	>0.48	0.831	0.495	1.396
35 – 44	-0.312	>0.24	0.732	0.432	1.241
≥45	Ref.		1		
Sağlık durumu (Ref: İyi)	0.472	<0.05	1.603	1.027	2.501
Sigara içme durumu (Ref: İçmeyen)	0.887	<0.001	2.427	1.751	3.363
Sabit	1.337	<0.001	3.809		

* Test edilen değişkenler: Meslek, cinsiyet, medeni durum, yaş, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı, hastalık/sağlık sorunu varlığı, sigara içme durumu.

Tablo 4.47. Araştırma grubunda çalıştığı birimde kapalı ortamlarda sigara dumanına maruz kalanlar

Çalıştığı birim	**n**	**Sayı**	**%**
Devlet hastanesi	311	182	58.5
Doğumevi	97	59	60.8
Özel hastane	117	35	29.9
Özel tıp merkezi	58	33	56.9
Birinci basamak sağlık kuruluşları	103	49	47.6
Ağız diş sağlığı merkezi	44	16	36.4
İl Sağlık Müdürlüğü	53	26	49.1
Diğer kamu/ özel sağlık birimleri	49	24	49.0
Toplam	832	424	51.0

Tablo 4.47'de görüldüğü gibi, iş yerinde kapalı ortamda sigara dumanına maruz kaldığını belirtenlerin oranı, doğumevi, devlet hastanesi ve özel tıp merkezlerinde sırayla %60.8, 58.5 ve 56.9 ile en yüksekken, özel hastane ve ağız ve diş sağlığı merkezinde sırayla %29.9 ve 36.4 ile en düşüktür.

Tablo 4.48. İş yerinde sigara dumanına maruz kalmayı etkileyebilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler*	β	P	Odds oranı	%95 Güven aralığı	
				Alt	Üst
Çalıştığı birim		<0.001			
Devlet hastanesi	Ref.		1		
Doğumevi	0.046	>0.84	1.047	0.655	1.673
Özel hastane	-1.211	<0.001	0.298	0.189	0.470
Özel tıp merkezi	-0.113	>0.69	0.893	0.505	1.580
Birinci basamak sağlık kuruluşları	-0.499	<0.05	0.607	0.387	0.954
Ağız diş sağlığı merkezi	-0.883	<0.01	0.414	0.214	0.799
İl Sağlık Müdürlüğü	-0.398	>0.18	0.672	0.375	1.205
Diğer kamu/ özel sağlık birimleri	-0.402	>0.20	0.669	0.361	1.237
Sabit	0.360	<0.01	1.433		

* Test edilen değişkenler: Meslek, cinsiyet, medeni durum, yaş, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı, hastalık/sağlık sorunu varlığı, çalıştığı birim, sigara içme durumu.

Tablo 4.48'de görüldüğü gibi, belirlenen bağımsız değişkenlerin iş yerinde sigara dumanına maruz kalma üzerine olan etkileri ilerleyen lojistik regresyon ile değerlendirildi. Çalıştığı birim hariç diğer değişkenlerin etkisi anlamlı bulunmadı. İş yerinde kapalı ortamda sigara dumanına maruz kalma riski, devlet hastanesinde, özel hastaneye göre 3.55 (1/0.298) kat, birinci basamak sağlık kuruluşlarına göre 1.65 kat, ağız diş sağlığı merkezine göre 2.42 kat daha yüksektir.

Tablo 4.49. Araştırma grubundakilerin alkol alma durumu

Alkol alma durumu	Sayı	Toplam
Hiç almayan	731	87.6
Yılda birkaç kez	36	4.3
Ayda birkaç kez	42	5.0
Haftada bir / daha sık	25	3.0
Toplam	834	100.0

Tablo 4.49'da görüldüğü gibi, sağlık çalışanlarının %3.0'ü haftada bir veya daha sık alkol aldığını belirtirken. %87.6'sı hiç almadığını belirtti. Her gün alkol alanların oranı %0.8'dir.

Tablo 4.50'de görüldüğü gibi, haftada bir veya daha sık alkol aldığını belirtenlerin oranı, hekimlerde, erkeklerde ve 45 yaş ve üzeri kişilerde diğer gruplara göre çok

yüksektir. Alkol alma oranı %35.8 ile en yüksek hekimlerde, %2.8 ile en düşük hemşire/ ebelerdedir.

Tablo 4.50. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre haftada bir veya daha sık alkol alanların dağılımı

Özellikler	**n**	**Haftada bir veya daha sık alkol alan**	
Meslek		**Sayı**	**%**
Hekimler	151	15	9.9
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	84	1	1.2
Hemşire/ Ebe	325	1	0.3
Sağlık memurları	274	8	2.9
Cinsiyet			
Erkek	344	22	6.4
Kadın	490	3	0.6
Yaş grupları			
18 – 24	119	1	0.8
25 – 34	334	8	2.4
35 – 44	292	8	2.7
45 ve üzeri	89	8	9.0
Toplam	834	25	3.0

Tablo 4.51. Haftada bir/ daha sık alkol almayı etkileyebilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler*	**β**	**P**	**Odds oranı**	**%95 Güven aralığı**	
				Alt	**Üst**
Meslek		<0.05			
Hekimler	Ref.		1		
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	-1.782	>0.09	0.168	0.021	1.329
Hemşire/ Ebe	-1.928	>0.12	0.145	0.012	1.749
Sağlık memurları	-1.124	<0.01	0.325	0.130	0.810
Cinsiyet (Ref: Erkek)	-1.914	<0.01	0.145	0.031	0.711
Medeni durum		<0.05			
Evli	Ref		1		
Bekâr	0.202	>0.76	1.224	0.334	4.484
Eşi ölmüş/ eşinden ayrılmış	2.125	<0.01	8.370	1.807	38.771
Hastalık/ sağlık sorunu (Ref: Olmayan)	0.904	<0.05	2.470	1.039	5.872
Sabit	-2.410	<0.001	0.090		

* Test edilen değişkenler: Meslek, cinsiyet, medeni durum, yaş, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı, hastalık/sağlık sorunu varlığı.

Tablo 4.51'de görüldüğü gibi, haftada bir veya daha sık alkol almayı etkileyebilecek bağımsız değişkenlerin etkileri ilerleyen lojistik regresyon ile değerlendirildi. Yaş, yaşamından memnun olma ve sağlık durum algısı gibi değişkenlerin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Haftada bir veya daha sık alkol alma riski, hekimlerde sağlık memurlarına göre 3.08 (1/0.325) kat; erkek sağlık çalışanlarında kadınlara göre 6.90 kat; eşi ölmüş/ eşinden ayrılmış olanlarda 8.37 kat; hastalık/ sağlık sorunu olanlarda olmayanlara göre 2.47 kat daha yüksektir.

Tablo 4.52. Araştırma grubunda mesleğe göre kronik hastalıklar açısından seçilmiş 10 olumsuz sağlık davranışın sıklığı

Olumsuz sağlık davranışlar	**Mesleklerdeki sıklığı %**				
	Hekimler	**Diğ.Lisans Mez.Sağlık Çalışanları**	**Hemşire/ Ebeler**	**Sağlık Memurları**	**Toplam**
Son 2 yıl içinde kan şekerini ölçtürmeyen	15.9	15.5	13.5	22.9	17.2
Son 5 yıl içinde kan kolesterolünü ölçtürmeyen	11.9	20.2	14.8	22.5	17.4
Son 2 yıl içinde kan basıncını ölçtürmeyen	9.9	7.2	3.7	11.3	7.7
Yetersiz egzersiz yapan	80.1	76.2	82.8	77.1	79.8
Yetersiz sebze-meyve tüketen	88.7	82.1	84.8	90.2	87.0
Tuzu kısıtlamayan	72.2	73.8	77.2	82.9	77.8
Yağı kısıtlamayan	68.2	79.8	82.8	85.0	80.6
BKİ'si ≥25 olan	66.9	39.8	43.8	54.8	51.2
Sigara içen	39.1	36.9	38.8	52.2	43.1
Haftada bir veya daha sık alkol alan	9.9	1.2	0.3	2.9	3.0

Tablo 4.52'de görüldüğü gibi, belirlenen 10 olumsuz sağlık davranışı birlikte ele alındığında en yüksek oranda olanlar, yetersiz sebze-meyve tüketme, yetersiz egzersiz yapma, yağ ve tuz kısıtlaması yapmama iken, en düşük oranda ise haftada bir veya daha sık alkol alma, 2 yıl içinde kan basıncını ölçtürmeme, 2 yıl içinde kan şekerini ölçtürmeme ve 5 yıl içinde kan kolesterolünü ölçtürmeme yer almaktadır.

Tablo 4.53. Araştırma grubunun mesleğe göre Hepatit B'ye karşı bağışıklık durumu

Meslek	**n**	**Aşı ile bağışık**	**Doğal bağışık**	**HBsAg taşıyıcısı**	**Bağışık değil**	**Bilmiyor/ hiç baktırmamış**
Hekimler	151	80.8	7.3	0.7	7.3	4.0
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	83	65.1	8.4	1.2	9.6	15.7
Hemşire/ Ebe	319	78.4	6.0	0.9	11.3	3.4
Sağlık memurları	267	61.0	7.1	2.2	14.6	15.0
Toplam	820	71.8	6.8	1.3	11.5	8.5

X^2=47.8 p<0.001

Tablo 4.53'de görüldüğü gibi, sağlık çalışanlarının %20'si Hepatit B'ye karşı bağışık olmadığını ya da bağışıklık durumunu bilmediğini belirtti. Aşı ile bağışık olduğunu belirtenlerin oranı, hekimler ile hemşire/ ebeler arasında diğer gruplara göre daha yüksektir. Hepatit B'ye karşı bağışıklık durumunu bilmediğini belirtenlerin oranı, diğer lisans mezunu sağlık çalışanları ile sağlık memurlarında diğer grupların üç katı kadardır.

Tablo 4.54'de görüldüğü gibi, Hepatit B'ye karşı bağışık olmadığını/ bağışıklık durumunu bilmediğini belirtenlerin oranı, erkeklerde kadınlara göre, 18-24 yaş grubu ile 45 yaş ve üzerindekilerde 25-34 ve 35-44 yaş gruplarına göre daha yüksektir. Yaş gruplarındaki bu durum, lojistik regresyon analizinde tersi bir durum gösterdi.

Tablo 4.54. Araştırma grubunda meslek, cinsiyet ve yaş gruplarına göre Hepatit B'ye karşı bağışık olmayanların/ bağışıklık durumunu bilmeyenlerin dağılımı

Özellikler	**n**	**Bağışık olmayan/ bağışıklık durumunu bilmeyen**	
Meslek		**Sayı**	**%**
Hekimler	151	17	11.3
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	83	21	25.3
Hemşire/ Ebe	319	47	14.7
Sağlık memurları	267	79	29.6
Cinsiyet			
Erkek	338	88	26.0
Kadın	482	76	15.8
Yaş grupları			
18 – 24	116	38	32.8
25 – 34	331	50	15.1
35 – 44	285	46	16.1
45 ve üzeri	88	30	34.1
Toplam	820	164	20.0

Tablo 4.55. Hepatiti B'ye karşı bağışık olmama/ bağışıklık durumunu bilmeme üzerine etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler*	**β**	**P**	**Odds oranı**	**%95 Güven aralığı**	
				Alt	**Üst**
Meslek		<0.001			
Hekimler	Ref.		1		
Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	0.877	<0.05	2.403	1.138	5.075
Hemşire/ Ebe	1.177	<0.05	3.244	1.541	6.831
Sağlık memurları	1.287	<0.001	3.623	1.964	6.682
Cinsiyet (Ref: Erkek)	-0.702	<0.01	0.495	0.292	0.841
Yaş grupları		<0.001			
18 – 24	Ref		1		
25 – 34	0.177	>0.45	1.193	0.750	1.900
35 – 44	1.060	<0.001	2.886	1.623	5.131
45 ve üzeri	1.094	<0.001	2.987	1.728	5.161
Sabit	-2.331	<0.001	0.097		

* Test edilen değişkenler: Meslek, cinsiyet, yaş, medeni durum, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı, hastalık/sağlık sorunu varlığı.

Tablo 4.55'de görüldüğü gibi, belirlenen bağımsız değişkenlerin Hepatiti B'ye karşı bağışık olmama/ bağışıklık durumunu bilmeme üzerine olan etkileri ilerleyen lojistik regresyon ile değerlendirildi. Medeni durum, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı ve hastalık/ sağlık sorunu varlığı gibi değişkenlerin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Hepatiti B'ye karşı bağışık olmama/ bağışıklık durumunu bilmeme riski, hekimlere göre diğer lisans mezunu sağlık çalışanlarında 2.40 kat, hemşire/ ebelerde 3.24 kat, sağlık memurlarında 3.62 kat; erkek sağlık çalışanlarında kadınlara göre 2.02 (1/0.495) kat; 18-24 yaş grubuna göre 35-44 yaş grubunda 2.89 ve 45 yaş ve üzerinde 2.99 kat daha yüksektir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırmada, Yozgat İl merkezinde görev yapan sağlık çalışanlarının kronik hastalıklar açısından önde gelen seçilmiş olumsuz sağlık davranışları değerlendirilmiştir.

Dünyada ve özellikle de ülkemizde sağlık davranışlarından, genel sağlık kontrolü yaptırma, kan şekeri, kan basıncı, kolesterol ölçtürme sıklığı, yağ ve tuz tüketim alışkanlığı ve düzeyi, sebze-meyve tüketimi ve fiziksel aktivite yapma düzeyi ile ilgili benzer çalışmaların zor bulunması nedeniyle sonuçlar yeterince tartışılamamıştır.

Sağlık çalışanları mesleklerine göre 4 gruba ayrıldığında çalışmamızda en büyük grubu hemşire/ ebeler (%38.9) ve bunu sırayla sağlık memurları (%32.9), hekimler (%18.1) ve diğer lisans mezunu sağlık çalışanları (%10.1) oluşturmaktadır. Araştırmaya grubunda en küçük yaş 18, en büyük yaş 64 olup, ortanca yaş 34'tür. Sağlık çalışanları içinde hekimler ileri yaş grubunu oluşturmaktadır. Hekimlerin ve sağlık memurlarının üçte ikisinden fazlası erkektir. Yozgat il merkezinde görev yapan hekim ve hemşire/ ebelerin yarıdan fazlası kamu hastanelerinde, tüm sağlık çalışanlarının %70.1'i ikinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışmaktadırlar (Tablo 4.1-2).

Sağlık çalışanlarının %17.4'ü sağlık durumunu orta/ kötü olarak ifade etmiştir (Tablo 4.5). Ülkemiz genelinde 2003 yılında yapılan araştırmada, yetişkinlerin %41.4'ü sağlık durumunu orta/ kötü olarak belirtmiştir (97). Bu durum Adana'da yapılan bir

araştırmada %12.3, İzmir'de yapılan bir alan araştırmasında ise %23.6'dır (98, 99). ABD'de her yıl ülke genelinde yapılan davranışsal risk faktörleri surveyans sistemi BRFSS 2007 araştırmasına göre sağlık durumunu orta ve altında belirtenlerin oranı %15.4'dür (100), Çalışma grubundaki sağlık çalışanlarının sağlık durum algısı, ülkemiz geneline göre çok iyi, İzmir'de yapılan çalışmaya göre biraz iyi iken, ABD toplumuna ve Adana'da yapılan çalışmaya göre biraz kötüdür. Sağlık durumunu orta/ kötü olarak belirtenlerin oranı en yüksek (%24.3) hemşire/ ebelerde iken, en düşük (%8.1) hekimlerdedir. İstanbul Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimi alan hekimlerin %21.6'sı sağlık durumunu fena değil/ bozuk, Kayseri'de yapılan bir araştırmada hemşirelerin %63.7'si sağlık durumunun orta/ kötü -%14.3'ü kötü- olarak nitelendirmiştir (91, 101).

Sağlık çalışanlarının %26.4'ü tanısı konmuş herhangi bir hastalık ve sağlık sorunu, %10.1'i ise kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.6). En çok belirtilen kronik hastalıklar, sırayla hipertansiyon, astım, kalp hastalıkları ve diyabettir. Ankara'da yapılan bir araştırmada sağlık ocaklarında çalışanların %11.9'u herhangi bir sağlık sorunu olduğunu (102), Manisa'da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %12.5'i kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiştir (103). İzmir'de sahada yapılan bir araştırmada kadınların %23.0'ü, erkeklerin %16.0'sı herhangi bir kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir (99). Hekimlerin %31.8'i tanısı konmuş hastalık/ sağlık sorunu, %11.9'u kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiştir. Türk Tabipler Birliğinin (TTB) 2004 yılında yaptığı araştırmaya göre, hekimlerin %29.6'sı tanısı konmuş bir hastalığı olduğunu (104), İstanbul Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimi alan hekimlerin %13.3'ü (91), Mersin'deki hekimlerin %17.5'i kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiştir (105). Çalışmamıza katılan hekimlerin herhangi bir hastalık/ sağlık sorununa sahip olma durumu ülkemizdeki hekimlerle benzer düzeyde iken, kronik hastalığa sahip olma durumu diğer çalışma bulgularından biraz düşüktür.

Literatüre göre, her yetişkinin yılda bir kez sağlık kuruluşuna başvurarak burada sağlık kontrolü yaptırması önerilmektedir. Bu kontrollerde kişilerin tıbbi öyküsünün alınması, boy ve kilosunun ölçülüp BKİ'sinin hesaplanması, sigara, alkol gibi bağımlılık yapan madde kullanımı, fiziksel aktivite düzeyi ve beslenme alışkanlıkları gibi durumlarının değerlendirilmesi, duruma göre gerekli danışmanlığın yapılması ve kişilerin özelliklerine göre gerekli tetkiklerinin yapılması veya yaptırılması önerilmektedir (20, 106). Sağlık çalışanlarının %43.6'sı genel sağlık kontrolünü hiç yaptırmadığını,

%63.6'sı ise son bir yıl içinde yaptırmadığını belirtmiştir (Tablo 4.7-8). İzmir'de yapılan bir alan araştırmasında, yetişkinlerin %92.3'ünün tıbbi kontrollerini yaptırmadığı saptanmıştır (99). ABD'de her yıl yapılan BRFSS 1996 araştırmasına göre, son bir yılda sağlık kontrolü yaptırmayanların oranı %38.0 iken, 2006'da bu oran %34.1, yine ABD'de 2008 yılında yapılan bir çalışmada bu oran %25.9'a gerilemiştir (107-109). Sağlık çalışanları, yıllık sağlık kontrolü yaptırma konusunda İzmir'deki yetişkinlere göre daha duyarlı davranırken ABD toplumuna göre çok duyarsız davrandıkları görülmektedir. Genel sağlık kontrolünü zamanında yaptırmama riski, yaşamından memnun olmayan/ kararsız olanlarda memnun olanlara göre 1.89 kat daha yüksekken, meslek, cinsiyet, medeni durum, yaş, sağlık durum algısı ve hastalık/ sağlık sorunun varlığı gibi değişkenlerin etkisi anlamlı değildir (Tablo 4.9).

Tüm dünyada ve ülkemizde tip-2 diyabet prevalansı gittikçe artarken (22, 60), ülkemizdeki diyabetlilerin dörtte biri (40), ABD'de yapılan bir araştırmada diyabetlilerin %27.3'ü (110), diğer ülkelerdeki diyabetlilerin %30.0-90.0'ı (61) tanı konmadan yaşamaktadır. Araştırma grubundaki sağlık çalışanlarının %17.2'si, -hekimlerin %15.9'u- son 2 yıl içinde kan şekerini ölçtürmemiştir. Bu durum, yüksek kan şekerinin daha çok ortaya çıktığı 35 yaş ve üzerinde olanlarda da (%13.7-19.1) pek farklı değildir (Tablo 4.10-11). Brezilya'da yapılan bir araştırmada sağlık çalışanlarının %21.9'u kan şekerine hiç baktırmamıştır (111). Kan şekerini zamanında ölçtürmeme riski, erkeklerde kadınlara göre 2.32 kat; bekârlarda evlilere göre 2.38 kat, eşinden ayrılmış/ eşi ölmüş olanlarda evlilere göre 3.19 kat daha yüksekken, meslek, yaş, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı ve hastalık/ sağlık sorunu varlığı gibi değişkenlerin etkileri anlamlı bulunmadı (Tablo 4.12). Kan şekerini belli aralıklarla ölçtürme konusunda araştırma grubundaki kadınlar ve evliler daha duyarlı davranmaktadır. Kişilerin hastalık ve sağlık durumundan birinci derecede sorumlu olan ve üstelik çalışma grubunun ileri yaş grubunu oluşturan hekimlerin kan şekerini zamanında ölçtürme konusunda diğer sağlık çalışanlarına göre daha duyarlı davranmadığı görülmektedir. Kan şekerinin belirli aralıklarla ölçülmesiyle, bozulmuş glikoz toleranslı veya diyabet hastası bireyler erken teşhis edilebilecektir. Gerekli müdahalelerle bozulmuş glikoz toleranslı kişilerin diyabet hastası olmaları engellenebilecek ve yine diyabet hastası olanların da tedavileri yapılarak komplikasyonların ortaya çıkması önlenebilecektir. ABD'de yapılan bir müdahale

araştırmasında, yaşam biçimi değiştirilen deney grubunda diyabet gelişme riskinin, kontrol grubuna göre üçte bir daha az olduğu saptanmıştır (112).

Sağlık çalışanlarından kan şekerini ölçtürenlerin %6.1'i -hekimlerin %9.9'u- kan şekerinin yüksek saptandığını (Tablo 4.13), %1.5'i diyabet hastası olduğunu ifade etmiştir. Kan şekeri yüksek saptananların içinde, daha sonra kan şekeri normale düşmüş olanlar, bozulmuş glikoz toleranslı ve diyabetli kişilerin olması muhtemeldir. Ülkemizde yapılan bir araştırmada, hekimler, hemşireler ve diğer sağlık personelinde kan şekeri yüksek saptananların oranı sırayla %24.7, 20.0, 29.6'dur (83). Bizim oranlarımız, sağlık çalışanları üzerinde yapılan araştırma bulgularının üçte biri kadardır. Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre açlık kan şekeri yüksek (≥100 mg/dL) saptananların oranı %10.6, SALTurk 2008 yılı çalışmasında 18 yaş ve üzeri kişilerin %6.5'inde diyabet öyküsü saptanmış; TURDEP çalışmasına göre 1998 yılında 20 yaş ve üzeri kişilerde diyabet prevalansı %7.2, BGT prevalansı ise %6.7; UHA-2003 göre, hekim tarafından diyabet tanısı konanların oranı %4.7; TEKHARF 2008 çalışmasına göre 30 yaş ve üzeri kişilerdeki diyabet prevalansı %9.8'dir (15, 22, 23, 43, 57). Sağlık çalışanlarından kan şekerinin yüksek saptandığını belirtenlerin oranı, dünyadaki diyabet prevalansıyla (%6.0) benzerken (60), ülkemiz genelinde yapılan TURDEP ve TEKHARF çalışmalarında saptanan oranlardan düşük, UHA-2003'deki orandan yüksek gibi gözükmektedir. Ancak UHA-2003 çalışmasında diyabet prevalansı ölçülmemiştir. Ayrıca bizim çalışmamızda diyabet hastası olduğunu belirtenlerin oranı, diğer çalışmalarda saptanan diyabet prevalansının 1/4 - 1/6'sı kadardır. DSÖ Avrupa bölgesinde diyabet prevalansı %12.0; bu oran Avrupa'nın yüksek gelirli ülkelerinde %14.0 iken, ülkemizin de içinde bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkelerinde ise %9.0'dur (4). ABD'de 1994 yılında 40-75 yaş arasındaki sağlık profesyonelleri arasında yapılan bir çalışmada tip-2 diyabet prevalansı %4.5'dir (77). ABD'de yapılan BRFSS 2003, 2005 ve 2007'ye göre, kan şekerinin yüksek saptandığını belirtenlerin oranı sırayla %7.2, 7.3, 8.1'dir (100, 113, 114). Sağlık çalışanlarından kan şekerim yüksek saptandı diyenlerin oranı, ABD toplumuna daha yakınken, Avrupa toplumundaki diyabet prevalansından dahi çok düşüktür.

20 yaşından sonra sağlıklı bir kişi en geç 5 yılda bir, kalp hastalığı veya lipid seviyesi normalden yüksek olanların ise 1-2 yılda bir kolesterol düzeylerini ölçtürmeleri önerilmektedir (53, 63, 68). Sağlık çalışanlarının %17.4'ü -35 yaş ve üzerindeki

kişilerin yaklaşık olarak %10.0'u- son 5 yıl içinde, %16.3'ü ise kan kolesterolünü hiç ölçtürmediğini ifade etmiştir (Tablo 4.14-15). ABD'de yapılan BRFSS 2003 ve 2005'e göre son 5 yıl içinde kan kolesterolünü ölçtürmeyenlerin oranı %27.0 iken, 2007'ye göre %25.1'dir (100, 113, 114). Yine ABD'de yapılan bir araştırmada kolesterolü yüksek olanların %31.5'inin bu durumdan habersiz yaşadığı saptanmıştır (110). Ankara'da yapılan bir araştırmaya göre, kolesterolü yüksek saptanan ilköğretim öğretmenlerinin dörtte biri (%26.2) bu durumun farkında değildir (115). Sağlık çalışanları özellikle de hekimler, kan kolesterolünü zamanında ölçtürme konusunda ABD toplumuna göre daha duyarlı davranmaktadır. Araştırma grubunda kolesterolünü zamanında ölçtürmeme riski, erkeklerde kadınlara göre 1.98 kat; bekârlarda ve eşinden ayrılmış/ eşi ölmüş olanlarda evlilere göre sırayla 1.71, 4.56 kat; 18-24 yaş grubunda 45 yaş ve üzeri gruba göre 5.47 kat; hastalık/ sağlık sorunu olmayanlarda olanlara göre 1.95 kat daha yüksekken, meslek, yaşamından memnun olma ve sağlık durum algısı gibi değişkenler etkili değildir (Tablo 4.16). Araştırma grubundaki kadınlar, evliler, ileri yaş grubunda olanlar ve beklendiği gibi hastalık/ sağlık sorunu olanlar, kolesterolünü ölçtürme hususunda daha duyarlıdır. Kan kolesterolünü zamanında ölçtürmeme oranı, hekimlerde en düşük, sağlık memurları grubunda ise (%22.5) en yüksek olup aradaki fark ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı iken, lojistik regresyon analizinde anlamlı değildir. Meslekle ilişkili bulunmamasının nedeni, araştırma grubundaki hekimlerin ileri yaş grubunda olmasından kaynaklanmış olabilir. Rutin taramalarla erken tespit edilen yüksek kolesterol, özellikle diyet ve egzersizle ve de ilaç tedavisiyle rahatlıkla kontrol altına alınabilir. Nitekim yüksek kolesterolü veya düşük HDL'si olup 5-7 yıl süreyle kolesterol düşürücü ilaç tedavisi alanlarda kalp hastalığı riskinin %30.0 azaldığı saptanmıştır (20).

Sağlık çalışanlarından kolesterolünü ölçtürenlerin %27.0'si -45 yaş ve üzerindekilerin %40.5'i- kolesterolünün yüksek saptandığını belirtti (Tablo 4.17). Ülkemizde yapılan bir araştırmada hekimler, hemşireler ve diğer sağlık personelinde trigliserid düzeyleri yüksek saptananların oranı sırayla % 29.5, 22.5 ve 30.4'dür (83). TEKHARF 1990 yılı taramasında 30 yaş üzerindeki kişilerin 1/4'ünün kolesterolü yüksekken (>200), bu durum 2000 yılı taramasında erkeklerde %28.0'e, kadınlarda ise %35.0'e yükselmiştir (22). SBKK-2002'ye göre 30 yaş üzerindeki kişilerin %25.0'inin, Ankara'da yapılan bir araştırmaya göre ilköğretim öğretmenlerinin %34.9'unun total kolesterol düzeyi (>200 mg/dL) yüksek olarak belirlenmiştir (40, 115). Sağlık personelinden kolesterolüm

yüksek saptandı diyenlerin oranı, ülkemiz genelinde ve sağlık çalışanları üzerinde yapılan diğer araştırma bulgularıyla benzerdir. DSÖ Avrupa bölgesinde yüksek kolesterol prevalansı %34.0; bu oran Avrupa'nın yüksek gelirli ülkelerinde %39.0 iken, ülkemizin de içinde bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkelerinde ise %29.0'dur (4). ABD'de yapılan BRFSS 2003, 2005 ve 2007'ye göre kolesterolü yüksek saptananların oranı (sırayla %33.1, 36.1, 37.8) gittikçe artmaktadır (100, 113, 114). Araştırma grubunda kolesterolü yüksek belirlenenlerin oranı, Avrupa ve ABD toplumundan biraz daha düşüktür.

Başta hekimler olmak üzere hemşire/ ebelerin hipertansiyonun önemi, risk faktörleri ve erken tanısı konusunda yeterince bilinçli olurlarsa, hipertansiyonun kontrol altına alınmasında ilaç tedavisinden önce yaşam tarzı değişiklerini hem kendileri uygulayabilir hem de hizmet verdikleri kişilere tavsiye edebilirler. Hipertansiyonun kontrol altına alınması ile ülkemizdeki ölümlerin dörtte biri önlenebilmektedir (5). Sağlık çalışanlarının %7.7'si -hekimlerin %9.9'u- son 2 yıl içinde, %4.3'ü araştırma anına kadar kan basıncını hiç ölçtürmediğini belirtmiştir (Tablo 4.18-19). Bu oranın 45 yaş ve üzerindeki sağlık çalışanlarında (%10.1) çok daha düşük olması beklenirken tersine biraz daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (PatenT) 2003'de, toplumun %32.2'sinin (erkeklerin %41.4'ü, kadınların %25.8'i) kan basıncını hiç ölçtürmediği, %55.8'inin ise son 2 yıl içinde ölçtürmediği saptanmıştır (116). Çin'de yapılan InterASIA 2000–2001 göre, 35-74 yaşlarındaki kişilerin %40.5'inin son bir yıl içinde, %32.5'inin ise son 5 yıl içinde kan basıncını ölçtürmeği saptanmıştır. Bu çalışmada, ilaçsız veya ilaçla hipertansiyonun kontrol altına alınma olasılığının, kan basıncını son 5 yıl içinde ölçtürenlerde ölçtürmeyenlere göre çok daha yüksek olduğu saptanmıştır (59). Beklendiği gibi sağlık çalışanlarından son 2 yıl içinde kan basıncını ölçtürmeyenlerin oranı, ülkemiz genelindeki oranın üçte birinden daha azdır. Ülkemizde ve diğer bazı ülkelerde kan basıncı yüksek olanların yaklaşık olarak yarısı (40, 58, 59, 116), ABD'de ise kişilerin dörtte birinin bu sorunun farkında olmadan yaşadıkları saptanmıştır (110, 117). Yine ABD'de 2006 yılında hekime başvuranların %58.1'inin kan basıncı ölçülmüştür (3). Kan basıncını zamanında ölçtürmeme riski, erkeklerde kadınlara göre 3.45 kat; eşinden ayrılmış/ eşi ölmüş olanlarda evlilere göre 5.15 kat; yaşamından memnun olmayan/ kararsız olanlarda memnun olanlara göre 2.05 kat daha yüksekken, meslek, yaş, sağlık durum algısı ve hastalık/ sağlık sorunu varlığı gibi değişkenler etkili değildir (Tablo 4.20). Kan

basıncını zamanında ölçtürme konusunda araştırma grubundaki kadınlar, evliler ve yaşamından memnun olanlar daha duyarlı davranmaktadır. Ülkemiz genelinde yapılan araştırmada da (PatenT-2003) kadınlar, erkeklere göre daha sık kan basıncını ölçtürmektedir.

Sağlık çalışanlarından kan basıncını ölçtürenlerin %11.5'i -hekimlerin %16.1'i- kan basıncının yüksek saptandığını (Tablo 4.21), %3.4'ü ise hipertansiyon hastası olduğunu belirtmiştir. Beklendiği gibi yaş ve BKİ'i yükseldikçe kan basıncı yüksek saptanma oranı artmaktadır. Ülkemizde yapılan bir araştırmada hekimler, hemşireler ve diğer sağlık personelinde kan basıncı yüksek saptananların oranı sırayla % 6.7, 4.5, 10.6 ve bizim bulgularımız bu oranlardan daha yüksektir (83). SALTurk 2008 yılı çalışmasına göre, 18 yaş ve üzeri kişilerde hipertansiyon prevalansı %35.1, TEKHARF 2000 yılı taramasına göre erkeklerde %38.0, kadınlarda %46.0, SBKK-2002'ye göre %21.7, PatenT 2003'e göre %31.8, UHA-2003'e göre hekim tarafından hipertansiyon tanısı konanların oranı %13.7'dir (22, 23, 40, 57, 116). Bizim çalışmamızda kan basıncının yüksek saptandığını belirtenlerin oranı, ülkemiz genelinde saptanan hipertansiyon prevalansının yaklaşık olarak üçte biri kadardır. DSÖ Avrupa bölgesinde ve bölgenin yüksek gelirli ülkelerinde hipertansiyon prevalansı %36.0 iken, ülkemizin de içinde bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde ise %35.0'dir (4). ABD'de yapılan BRFSS 2003, 2005 ve 2007'ye göre kan basıncı yüksek saptananların oranı (sırayla %24.8, 26.2, 28.3) gittikçe artmaktadır (100, 113, 114). Araştırmaya katılanlardan kan basıncının yüksek saptandığını belirtenlerin oranı, Avrupa'daki yetişkinlerde görülen hipertansiyon prevalansının yaklaşık olarak üçte biri kadar, ABD'dekilere göre ise yarıdan daha azdır. Sağlık çalışanlarında yüksek kan basıncı saptanma oranının toplum geneline göre çok düşük olmasının nedeni, doğal olarak sağlık çalışanlarının hipertansiyonla ilgili risk faktörlerini ve korunma önlemlerini daha iyi bilmesinden kaynaklanmış olabilir.

DSÖ Avrupa Bölge Ofisinin yayınladığı bir raporda, nüfusunun yarısı sedanter yaşayan 10 milyon nüfuslu bir toplumda düzenli fiziksel aktivite yapılmadığı takdirde yıllık 910 milyon € ekonomik kayıp olacağı, yine 5.5 milyon nüfuslu bir toplumda yetersiz fiziksel aktivitenin yıllık 3.1 milyon günün hastalıkla geçmesine neden olacağı hesaplanmaktadır. Yine Avrupa bölgesinde hastalık yükünün %3.5'i ve ölümlerin %5.0-10.0 kadarı yetersiz fiziksel aktiviteye atfedilmektedir (118). Ülkemizde fiziksel aktivite alışkanlığının yeterli olması durumunda birinci sırada iskemik kalp hastalığına, ikinci

sırada iskemik inmeye, üçüncü sırada diabetes mellitusa bağlı olmak üzere toplamda 464627 DALY'nin önlenebileceği ve bu da tüm hastalık yükünün %4.3'ünü oluşturacağı belirtilmektedir (5). Sağlık çalışanlarının %79.8'i yeterli egzersiz yapmadığını -%59.2'si hiç/ ayda birkaç gün yaptığını- belirtmiştir (Tablo 4.22-23). Yetersiz egzersiz yapanların oranı, mesleklere göre farklı değildir (X^2=3.7 p>0.05). Ülkemizde yapılan bir araştırmada, hekimlerin %73.1'inin, hemşirelerin %75.3'ünün ve diğer sağlık personelinin %74.0'ünün (83), İstanbul Tıp Fakültesinde uzmanlık eğitimi alan hekimlerin %82.7'sinin (91) düzenli olarak egzersiz yapmadıkları saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre, yardımcı sağlık personelinin %88.9'unun haftada 3 günden az/ hiç egzersiz yapmadığı saptanmıştır (82). Bizim çalışmamızdaki yetersiz egzersiz yapanların oranı, ülkemizde sağlık çalışanları arasında yapılan araştırmaların bulgularına yakındır. Sağlık çalışanlarının mesleklerini icra etme biçiminin genel olarak fazla fiziksel aktivite gerektirmeyen sedanter bir biçimde olması, bu kişilerin düzenli olarak egzersiz yapmasını gerektirir. ABD'de yapılan Sağlık Profesyonelleri İzlem Çalışmasının 2000 yılı değerlendirmesine göre, 40-75 yaş arasındaki erkek sağlık personelin yeterli (≈25 MET saat/hafta) fiziksel aktivite yaptığı belirtilmektedir (84). UHA-2003 göre, yetişkinlerin %36.3'ünün yeterli fiziksel aktivite yapmadığı -%20.3'ünün hiçbir fiziksel aktivite yapmadığı- saptanmıştır (23), UHA-2003'de yetişkinlerin çalışma durumları göz önüne alınarak fiziksel aktivite düzeyleri hesaplandığı için yeterli fiziksel aktivite yapanların oranı yüksek çıkmıştır. Ülkemiz genelinde 2003 yılında yapılan başka bir araştırmaya göre, 18-69 yaş grubunda yeterli fiziksel aktivite yapmayanların oranı %35.1 ve yaşla birlikte bu oran artmaktadır (119). Ülke genelini temsilen 2002'de yapılan SBKK araştırmasına göre düzenli egzersiz yapmayanların oranı %96.5'tir (40). Ülkemizde yapılan bir saha araştırmasında kadınların %77.0'sinin hiç, %6.0'sının haftada bir saatten daha az; erkeklerin %64.0'ünün hiç, %10.0'unun haftada bir saatten daha az egzersiz yaptıkları saptanmıştır (120). Ankara'da yapılan bir araştırmada, ilköğretim öğretmenlerinin %37.6'sı spor/ egzersiz yapmadığını ifade etmiştir (115). DSÖ Avrupa Bölgesinde yeterli fiziksel aktivite yapmayanların oranı %63.0, hiç yapmayanların oranı ise %20.0'dir (4). ABD'de yapılan BRFSS 2003, 2005 ve 2007'ye göre yeterli fiziksel aktivite yapmayanların oranı (sırayla %52.8, 51.3, 50.8) gittikçe azalırken, hiç egzersiz yapmayanların oranın da (sırayla %23.1, 23.9, 23.0) bir değişiklik yoktur (100, 113, 114). Bizim çalışmamızda yetersiz egzersiz yapanların oranı, ülkemizde sağlık

çalışanları arasında yapılan bir araştırma bulgularıyla benzer, ülke genelinde yapılan UHA'ya göre daha yüksekken, SBKK araştırmasına göre çok daha düşüktür. Araştırmamıza katılan sağlık çalışanları, Avrupa ve ABD toplumuna göre daha az egzersiz yapmaktadır.

Yetersiz egzersiz yapma riski, 25-34 yaş grubunda 45 yaş ve üzeri gruba göre 1.92 kat; yaşamından memnun olmayan/ kararsız olanlarda memnun olanlara göre 2.20 kat daha yüksekken, meslek, cinsiyet, medeni durum, sağlık durum algısı ve hastalık/ sağlık sorunu varlığı gibi değişkenlerin etkisi anlamlı değildir (Tablo 4.24). 25-34 yaş grubundaki kişiler ve yaşamından memnun olmayanlar, yeterli egzersiz yapma konusunda daha duyarsızdır. Topluma ve hastalarına rol modeli olması beklenen hekimlerin 4/5'inin yeterli egzersiz yapmaması, hekimlerin hem kendi sağlıklarına yeterince önem vermediklerini hem de hizmet verdikleri kişilere egzersiz yapmayı önermeyebileceklerini ve de toplumda egzersiz yapmanın yaygınlaştırılmasına yeterli katkı sağlamayabileceklerini düşündürmektedir.

ABD'de yapılan Ulusal Sağlık Araştırmasına göre günde en az ≥3.5 porsiyon sebze-meyve tüketilmesi gerektiği belirtilmiş ve bu miktar risk değerlendirmesinde referans değer olarak alınmıştır (48). Ülkemizdeki ölümlerin %9.0'u -Avrupa'da %4.5-, hastalık yükünün ise %3.9'u -Avrupa'da %2.4- yetersiz sebze-meyve tüketimine atfedilmektedir. Yetersiz sebze-meyve tüketimine atfedilen yükün en fazlasını iskemik kalp hastalıkları ve serobrovasküler hastalıklar oluşturmaktadır (4, 5). Sağlık çalışanlarının %87.0'si günde üç kezden, %63.4'ü günde iki kezden, %31.8'i günde bir kezden daha az sebze-meyve tüketmektedir (Tablo 4.25-26). İstanbul Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimi alan hekimlerin %70.1'i yeterli ve dengeli beslenmediğini belirtmiştir (91). Ülkemizde 2006'da yapılan bir çalışmada, yardımcı sağlık personelinin %57.6'sının sebze-meyve ağırlıklı beslenmediği saptanmıştır (82). ABD'de yapılan araştırmalara göre, sağlık çalışanlarının günde 5 porsiyondan fazla sebze-meyve tükettikleri belirtilmektedir. Hemşirelerin Sağlığı Çalışması ve Sağlık Profesyonelleri İzlem Çalışmasına göre, 40 yaş ve üzerindeki hemşireler günde ortalama 5.3 porsiyon, erkek sağlık personeli ise 5.2 porsiyon sebze-meyve grubu yiyecekleri tüketmektedir (87). UHA-2003'e göre 18 yaş ve üzeri kişilerin ortalama günde 3.2 porsiyon sebze-meyve tükettikleri, 2003'de ülke genelinde yapılan araştırmaya göre, yetişkinlerin %81.3'ünün günde 5 porsiyondan, %42.7'sinin ise günde 3 porsiyondan daha az sebze-meyve tükettikleri tespit edilmiştir (23, 121). DSÖ Avrupa bölgesinde yetersiz sebze-meyve tüketenlerin oranı %56.0; bu

oran Avrupa'nın yüksek gelirli ülkelerinde %42.0 iken, ülkemizin de içinde bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkelerinde ise %69.0'dur (4). ABD'de yapılan BRFSS 2007'ye göre yetersiz sebze-meyve tüketenlerin oranı %75.7'dir (100). Sağlık çalışanlarının sebze-meyve tüketim alışkanlığı, ülkemiz genelinden ve ABD toplumundan pek farklı değilken, ABD'deki sağlık çalışanlarına ve Avrupa toplumuna göre daha az tüketmektedir. Sağlık çalışanlarında yetersiz sebze meyve tüketme oranının yüksek ve toplumla benzer düzeyde olması, sağlık personelinin bu risk faktörünün önemi hakkında yeterli duyarlılığa sahip olmadıklarını düşündürmektedir.

Yetersiz sebze-meyve tüketim riski, erkeklerde kadınlara göre 1.71 kat; 25-34 ve 45 ve üzeri yaş grubunda 18-24 yaş grubuna göre sırayla 1.76 ve 2.40 kat daha yüksekken, meslek, medeni durum, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı ve hastalık/ sağlık sorunu varlığı gibi değişkenler etkili değildir (Tablo 4.27). Erkek sağlık çalışanlarının kadınlara göre daha az sebze-meyve tüketmesi, erkeklerin kadınlara göre daha kilolu/ şişman olmasını daha iyi açıklamaktadır. İleri yaşlarda sebze-meyve tüketimi daha da önemliyken, tersine 45 yaş ve üzerindeki kişilerin daha az sebze-meyve tüketmeleri oldukça düşündürücüdür.

En önemli sodyum kaynağı olan tuz alımının fazla olması durumunda, vücutta daha fazla su tutulmakta ve bunun sonucu olarak da kan basıncı yükselmektedir. Bu nedenle günlük tuz tüketiminin 5 gr'ın altında olması önerilmektedir (36). Ülkemizde 2008 yılında yapılan SALTurk çalışmasında, günlük ortalama tuz tüketimi 18 gr olarak saptanmış olup bu değer izin verilenin 3 katından daha fazladır (42). Sağlık çalışanlarının %77.8'i -hekimlerin %72.2'si- yemeklerinde tuz kısıtlaması yapmadıklarını (%16.8'i tuzlu/çok tuzlu) belirtmiştir (Tablo 4.28-29). UHA-2003'e göre yetişkinlerin %75.0'inin normal tuzlu/ tuzlu -%9.3'ü çok tuzlu- yedikleri saptanırken, ileri yaşlarda tuzsuz yeme alışkanlığının, genç yaşlara doğru ise tuzlu yeme alışkanlığının fazla olduğu tespit edilmiştir (23). Sağlık çalışanlarının 3/4'ünün yemeklerinde tuzu kısıtlamaması ve aynı zamanda toplumla benzer davranması, sağlık personelinin bu risk faktöründen uzak durma hususunda yeterli duyarlılığa sahip olmadığını düşündürmektedir. Ülkemizde beslenmede diyet uygulama, genellikle yemeklerde kullanılan yağ türünü değiştirme, yağ ve tuz miktarını kısıtlama biçiminde anlaşılmaktadır. SBKK-2002 araştırmasına göre, beslenmelerinde diyet uyguladıklarını ifade edenlerin oranı %28.1'dir (40). Bir çalışmada hipertansiyon hastalarının %47.8'i kan basınçlarını düşürmek için yiyeceklerindeki tuzu kısıtladıklarını belirtmiştir (122).

Yine yapılan bir çalışmada, üriner sistemlerinde taş bulunan hastaların %77.6'sının aşırı tuzlu yedikleri saptanmıştır (123).

Yemeklerde tuz kısıtlamama olasılığı, hekim olmayanlarda hekimlere göre 1.75 kat; erkeklerde kadınlara göre 2.65 kat; bekârlarda evlilere göre 2.05 kat; yaşı küçük olanlarda büyük olanlara göre daha yüksekken, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı ve hastalık/ sağlık sorunu varlığı gibi değişkenler etkili değildir (Tablo 4.30). Araştırma grubundaki hekimler, kadınlar, evliler ve ileri yaş grubundakiler tuz tüketimi konusunda daha duyarlı davranmaktadır. Tüm sağlık çalışanları, fazlaca tuz ihtiva eden baharat, ketçap, ev salçası, turşu, zeytin, salamura vb yiyecekleri tüketmekten kaçınma, sofradan tuzluğun kaldırılması, yiyeceklere çok az tuz katılması hususunda daha duyarlı davranmalı ve hizmet verdikleri kişilere de bu tür önlemleri önermelidirler.

Gelişmiş ülkelerde toplam yağ tüketimi gittikçe azalmaktadır. Hemşirelerin Sağlığı Çalışmasına göre, enerjinin yağlardan karşılanma oranı 1980'de %39.0 iken 1998'de bu oran %29.0'a gerilemiştir (86). ABD'de yapılan sağlık profesyonelleri izlem çalışması 1994 değerlendirmesine göre, 40-75 yaş arasındaki erkek sağlık profesyonelleri toplam enerjinin %31.2'sini yağlardan sağlamaktadır (77). Araştırmaya katılanların %80.6'sı – hekimlerin %68.2'si- yemeklerinde yağ kısıtlaması yapmadıklarını (%8.0'i yağlı/ çok yağlı) ifade etmektedir (Tablo 4.31-32). Yemeklerde yağ kısıtlamama olasılığı, erkek sağlık çalışanlarında kadınlara göre 2.40 kat; diğer lisans mezunu sağlık çalışanları ile sağlık memurlarında hekimlere göre sırayla 3.16 ve 2.30 kat; yaşı küçük olanların riski, büyük olanlara göre daha yüksekken, medeni durum, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı ve hastalık/ sağlık sorunu varlığı gibi değişkenler etkili değildir (Tablo 4.33). Araştırma grubundaki kadınlar, hekimler ve ileri yaş grubundakiler yağ kısıtlaması konusunda daha duyarlı davranmaktadır. Sağlık çalışanlarının %51.2'sinin fazla kilolu/ şişman olması, kendilerinin normal yağlı diye nitelendirdikleri yemek alışkanlıklarının aslında normalden daha yağlı olabileceğini düşündürmektedir. Araştırmaya katılanlardan yağlı yeme alışkanlığına sahip olanlar, aynı zamanda tuzlu yeme alışkanlığına da sahiplerdir.

Sağlık çalışanlarının %8.3'ü yemeklerinde genellikle yalnızca katı yağ kullandıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.34-35). Hemşirelerin Sağlığı Çalışmasına göre 1980'de enerjinin %15.6'sı doymuş yağlardan karşılanırken, 1998'de bu oran %9.4'e ve trans yağ oranı %2.2'den %1.6'ya düşmüştür (86). Yemeklerde genellikle katı yağ

kullanılmasına, meslek, cinsiyet, medeni durum, yaş, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı ve hastalık/sağlık sorunu varlığı gibi değişkenlerin etkisi anlamlı değildir.

Büyük bir kesimi (%92.0) Avrupa'da olmak üzere 57 araştırmanın değerlendirildiği bir çalışmada, ölüm oranının BKİ'si 22.5-25.0 olanlarda en düşük olduğu, BKİ'deki her 5 birimlik bir artışın ölümleri %30.0 artıracağı saptanmıştır (124). Erkeklerde daha fazla olmak üzere sağlık çalışanlarının %39.4'ü fazla kilolu, %11.8'i şişman ve toplamda %51.2'si normalden daha kiloludur. Yüksek BKİ'ye sahip olanların oranı, en yüksek (%66.9) hekimlerdedir (Tablo 4.36-37). Erzurum'da 1998 yılında sağlık ocaklarında yapılan bir çalışmada, sağlık personelinin %29.0'unun (kadınlarda %20.4, erkeklerde %46.0) normalden fazla kilolu olduğu saptanmıştır (85). Sağlık profesyonelleri izlem çalışmasının 13 yıl sonraki 2000 yılı değerlendirmesinde, 40-75 yaş arasındaki erkek sağlık personelin %40.5'inin BKİ'si ≥25.4 saptanmıştır (84). Araştırma grubundaki sağlık çalışanları, Erzurum'da ve ABD'de yapılan çalışmalara katılanlara göre daha kiloludur. Ülkemizde yürütülen SALTurk 2008 yılı çalışmasına göre, 18 yaş ve üzeri kişilerin %68.6'sının, UHA-2003'e göre %43.4'ünün, SBKK-2002 projesine göre 30 yaş ve üzerindeki kişilerin %77.9'unun yüksek BKİ'ye sahip olduğu saptanmıştır (23, 40, 42). Sağlık çalışanlarından şişman olanların oranı (%11.8), TURDEP'te (1998- 20 yaş ve üzeri) saptanan şişmanlık oranın (%22.0) yarısı kadardır (43). Ankara'da yapılan bir araştırmada, ilköğretim öğretmenlerinin %33.9'unun, Mersin'de 20-74 yaş arası kişilerde üzerinde yapılan araştırmada yetişkinlerin %67.7'sinin (erkeklerin %65.5'i, kadınların %69.4) BKİ'si normalden yüksek saptanmıştır (115, 125). SBKK-2002, 30 yaş ve üzerindeki kişiler arasında yapıldığı için fazla kilolu olanların oranı, UHA-2003 ve bizim bulgularımızdan daha yüksek çıkmıştır. ABD'de yapılan BRFSS 2003, 2005 ve 2007'ye göre BKİ'si normalden yüksek (sırayla %60.1, 61.5, 63.5) ve de şişman (%22.7, 24.9, 26.8) saptananların oranı ve yine ABD'de 1999-2008 yılları arasında erkeklerde daha belirgin olmak üzere yetişkinler arasındaki obezite oranı gittikçe artmaktadır (41, 100, 113, 114). Bizim çalışmamızdaki oran, UHA-2003'te elde edilen orandan daha yüksek iken, SALTurk-2008'e ve yine BRFSS'ye göre daha düşüktür.

Yüksek BKİ'ye sahip olma riski, hekimlerde diğer lisans mezunu sağlık çalışanlarına göre 2.63 kat; erkeklerde kadınlara göre 2.98 kat; 25-34, 35-44, 45 yaş ve üzeri gruplarda 18-24 yaş grubuna göre sırayla 4.48, 9.14 ve 10.41 kat; evlilerde bekârlara göre 2.34 kat daha yüksekken, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı, hastalık/ sağlık sorunu varlığı, sebze-meyve tüketim sıklığı, egzersiz yapma ve yağ kullanma

alışkanlığı gibi değişkenlerin etkisi anlamlı değildir (Tablo 4.38). Erkek hekimlerden yüksek BKİ'ye sahip olanların oranı (%79.3), kadın meslektaşlarının (%32.5) iki katından daha fazla iken, ülke genelinde tüm toplumda yapılan çalışmalarda ise tersine kadınlar erkeklerden daha kiloludur. Yine erkek sağlık çalışanlarının BKİ ortalaması, kadınların ortalamasından daha yüksekken, tersine TURDEP'teki erkeklerin BKİ ortalaması kadınların ortalamasından çok daha düşüktür (43). Hekimlerin diğer lisans mezunu sağlık personeline göre daha kilolu olmaları, yalnızca hekimlerin gelir ve eğitiminin yüksek olması faktörüyle açıklanamaz. Bu durum, hekimlerin diğer lisans mezunu sağlık personeline göre daha sadenter bir yaşam tarzına sahip olmasından kaynaklanmış olabilir. Beklendiği gibi araştırma grubundakilerin yaşı arttıkça hem BKİ'leri hem de bel çevreleri doğru orantılı olarak artmaktadır. Bu artış kadınlarda erkeklere göre yaklaşık olarak iki kat daha fazladır.

Sağlık çalışanlarının %20.6'sının (erkeklerin %18.0'i, kadınların %22.5'i) -hekimlerin %29.1'inin- bel çevresi normalden daha geniştir (Tablo 4.39). Hastanelerde yapılan bir araştırmada, sağlık personelinin %13.8'inde abdominal obezite saptanmıştır (83). ABD'deki Sağlık profesyonelleri izlem çalışmasının 13 yıl sonraki 2000 yılı değerlendirmesinde, 40-75 yaş arasındaki erkek sağlık personelin %21.9'unun bel çevresi ≥101.6 cm saptanmıştır (84). Mersin'de 20-74 yaş arası kişilerde yapılan araştırmada, yetişkinlerin %35.8'inin bel çevresi normalden geniş olarak saptanmıştır (125). Geniş bel çevresine sahip olma riski, hekimlerde diğer lisans mezunu sağlık çalışanlarına göre 2.83 kat, sağlık memurlarına göre 2.52 kat; diğer yaş gruplarında 18-24 yaş grubuna göre sırayla 3.73, 6.48 ve 10.95 kat daha yüksekken, cinsiyet, medeni durum, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı, hastalık/ sağlık sorunu varlığı, sebze-meyve tüketim sıklığı, egzersiz yapma ve yağ kullanma alışkanlığı gibi değişkenler etkili değildi (Tablo 4.40).

Yüksek BKİ'ye sahip olma açısından cinsiyet ve medeni durum önemliyken, geniş bel çevresine sahip olma açısından önemli değildir. Sebze-meyve tüketim sıklığı, egzersiz yapma ve yağ kullanma alışkanlığı gibi değişkenlerin hem yüksek BKİ'ye hem de geniş bel çevresi üzerine etkili olması beklenirken anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bunun nedeni yeterli sebze-meyve tüketimi ve yeterli egzersiz yapanların oranının hem az olmasından hem de sorun ortaya çıktıktan sonra bu tür davranışlara başlanmasından kaynaklanmış olabilir. Geniş bel çevresine sahip olanların oranı, kadınlarda erkeklere göre daha fazlayken bu durum regresyon analizinde anlamlı bulunmadı. Sağlık

açısından en bilinçli grup olması gereken sağlık çalışanlarının yüksek BKİ ve abdominal obeziteden daha fazla kaçınması istenilen bir durumdur.

Sağlık çalışanlarının %34.7'si her gün, %8.4'ü bazı günler ve toplamda %43.1'i sigara içtiğini, %13.4'ü ise sigarayı bıraktığını belirtmiştir. Hekimlerin %39.1'i halen sigara içmektedir (Tablo 4.41-42). Sağlık Bakanlığının ülkemiz genelinde yaptığı araştırmada (78) pratisyen hekimlerin 39.3'ünün, uzman hekimlerin %30.9'unun, TTB'nin 2004 yılında yaptığı araştırmada (104) hekimlerin %34.6'sının, Türk Toraks Derneğinin üyeleri arasında 1995 yılında yapılan bir çalışmada (81) hekimlerin %35.3'ünün sigara içtiği belirlenmiştir. Yine yerel olarak yapılan birçok araştırmada hekimlerin %29.0-58.6'sının sigara içtiği saptanmıştır (79, 83, 91, 105, 126). Araştırmaya katılan hekimler, sigara içme hususunda ülkemizin değişik yerlerinde çalışan meslektaşlarının çoğuyla benzer davranmaktadır.

Araştırma grubunda sigara içme riski, hekim olmayanlarda hekimlere göre 1.88 kat; erkeklerde kadınlara göre 2.25 kat; 18-24 yaş grubuna göre 25-34 yaş grubunda 1.75 kat, 35-44 yaş grubunda 2.66 kat; yaşamından memnun olmayan/ kararsız olanlarda memnun olanlara göre 2.33 kat daha yüksekken, medeni durum, sağlık durum algısı ve hastalık/ sağlık sorunu varlığı gibi değişkenler etkili değildir (Tablo 4.43). Meslek 4 grup olarak lojistik regresyon analizine alındığında anlamlı çıkmazken, hekimler ve hekim olmayanlar biçiminde alındığında anlamlı çıkmıştır. Her gün sigara içenlerin oranı, erkeklerde (%48.1) kadınların (%25.3) iki katı kadarken, bu durumun tersine bazı günler içenlerin oranı kadınlarda (%10.4) erkeklerin (%5.5) iki katı kadardır. Yaş gruplarına göre sigara içme oranı en yüksek 35-44 yaş grubunda (%53.1) iken, en düşük 18-24 yaş grubundadır (%29.4). Sigara içme oranının genç yaşlarda özellikle de 18-24 yaş grubunda düşük olması, yeni nesil sağlık çalışanlarının sigara içmeye karşı olumsuz bir tutum içinde olduğunu göstermektedir. Sigara içme oranı en yüksek (%52.2) sağlık memurlarında iken, diğer meslek grupları (%36.9-39.1) benzer orandadır. Ülkemiz genelinde yapılan araştırmaya göre hemşire/ ebelerin %40.7'si, sağlık memurlarının %43.3'ü sigara içmektedir (78). İzmir'de sağlık personeli arasında 2002 yılında yapılan bir çalışmada erkeklerin %55.5'inin, kadınların %54.0'ünün, hemşirelerin %59.3'ünün ve sağlık teknisyenlerinin %60.7'sinin (79), Ankara'da bir hastanede çalışan hemşirelerin %58.8'inin (80), Denizli ve Afyon'da 2006'da yardımcı sağlık personeli arasında yapılan bir çalışmada %38.9'unun (82), İstanbul ve Kocaeli'ndeki hastanelerde yapılan bir araştırmada sağlık personelinin %43.2'sinin (kadınların %40.7'si, erkeklerin

%47.1'i), hemşirelerin %47.0'sinin ve diğer sağlık personelinin %50.0'sinin (83) sigara içtiği saptanmıştır. Bizim bulgularımız ülkemiz genelinde yapılan araştırma bulgularıyla benzerken, yerel yapılan araştırma bulgularından daha düşüktür. Araştırma grubundaki hekimler, kadınlar, yaşı küçük olanlar ve yaşamından memnun olanlar sigara içmeme konusunda daha duyarlı davranmaktadırlar. TEKHARF 1990 yılı değerlendirmesine göre, erişkin erkeklerin %59.4'ü, kadınların %18.9'u sigara içerken, UHA-2003'e (sırayla %52.9, 19.5), AYA-2006'ya (sırayla %50.6, 16.6) ve KYTA-2008'e göre (sırayla %47.9, 15.2) göre ülkemizde her iki cinsiyetteki sigara içme oranında bir düşüş gözlenmektedir (22-25). UHA-2003 göre, yetişkinlerin üçte biri, lise ve üzeri eğitimli kişilerin %42.6'sı, SALTurk 2008 yılı çalışmasına göre, 18 yaş ve üzeri kişilerin %31.6'sı, KYTA-2008'e göre 15 yaş ve üzeri kişilerin %31.2'si sigara içmektedir (23, 25, 57). TNSA-2003'de lise ve üzeri öğrenim görmüş 15-49 yaş kadınlarda sigara içme oranı %43.9 iken, bu oran TNSA 2008'de %35.1'e inmiştir (26, 27). Ankara'da yapılan bir araştırmada ilköğretimdeki öğretmenlerin %43.1'inin sigara içtiği saptanmıştır (115). ABD'de yapılan Sağlık profesyonelleri izlem çalışmasının 1994 değerlendirmesinde, 40-75 yaş arasındaki erkek sağlık profesyonellerin %12.4'ünün sigara içtiği belirlenmiştir (77). ABD'de yapılan BRFSS 2003, 2005 ve 2007'ye göre sigara içenlerin oranı (sırayla %22.0, 20.5, 19.7) gittikçe azalmaktadır (100, 113, 114). Başta hekimler olmak üzere topluma rol modeli olması beklenen sağlık çalışanları arasındaki sigara içme oranı, ABD toplumundan yaklaşık olarak iki kat olmak üzere ülkemiz genelinden daha yüksekken, ülkemizin diğer yerlerinde görev yapan sağlık çalışanlarıyla ve toplum genelinde lise ve üzeri eğitim seviyesinde olanlarla benzer düzeydedir. Ülkemiz genelinde yapılan bir araştırmada, hekimlerin 2/3'ünün sigara içme konusunda hastalarına ve topluma rol modeli olduklarını düşündükleri, rol modeli olduğunu düşünmeyenlerdeki sigara içme oranının (%61.2-78.7) düşünenlere (%14.9-19.7) göre yaklaşık olarak 4 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (78).

Sigara içenlerin %42.6'sı, son bir yılda en az bir gün sigara içmeyerek bırakmayı denediğini ifade etmiştir ve bu durum mesleklere göre farklı değildir (X^2=1.5 p>0.05). Ülkemiz genelinde yapılan bir araştırmada, son bir yıl içinde hekimlerin %41.2-43.4'ünün, hekim dışı sağlık personelinin %47.0-51.2'sinin (78), KYTA-2008'e göre toplumun %44.8'inin sigarayı bırakmayı denedikleri saptanmıştır (25). Bizim bulgularımız, ülkemiz genelindeki sağlık çalışanları ve toplum bulgularıyla benzerdir. Sigarayı bırakma oranı hekimler arasında en yüksek (%22.5) ve diğer meslek

gruplarının (%10.9-11.9) iki katıdır. TTB'nin 2004 yılında yaptığı araştırmaya göre, hekimlerin %24.0'ü sigarayı bırakmıştır (104).

Sigara içen bir sağlık çalışanının, hizmet sunduğu kişilere sigara içme durumlarını sorgulaması ve de içenlere bıraktırmak için iyi bir danışmanlık yapması oldukça zordur. Ülkemiz genelinde yapılan bir araştırmada, hekimlerin %58.8'inin hastalarının sigara içme durumunu sıklıkla/ her zaman sorguladıkları, sigara içen hastalarının %79.6-82.4'üne ise sıklıkla/ her zaman sigarayı bırakmalarını önerdikleri saptanmıştır (78). KYTA-2008'e göre, sağlık personeliyle karşılaşanların yarısına sigara içme durumu sorulmuş, sigara içenlerin %83.1'ine sigarayı bırakmaları tavsiye edilmiş ve tavsiye edilenlerin %8.3'ünde bıraktırma girişimi başarılı olmuştur (25). Türk Toraks Derneği üyeleri arasında 1995 yılında yapılan bir çalışmada, hekimlerin %28.2'sinin hastalarına sigarayı bırakmalarını önermediği saptanmıştır (81). Küresel sağlık meslek öğrencileri anketinde, öğrencilerin %55.3-99.4'ünün hastalara sigarayı bıraktırmak için rol modeli olduklarına inandıkları ve bu öğrencilerin ancak %1.0-60.0'ının lisans eğitimlerinde sigarayı bıraktırma danışmanlığı eğitimi aldıkları tespit edilmiştir (76).

Diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak hiç sigara içmemiş kişilerin sigara dumanına maruz kalması, fatal olmayan akut miyokart enfarktüsü geçirme riskini 1.24 kat artırmaktadır (30). Araştırma grubundakilerin %27.3'ü -hekimlerin %16.6'sı- genellikle/ her zaman, %67.8'i -sigara içmeyenlerin %61.0'i- nadiren de olsa evde kapalı ortamda sigara dumanına maruz kaldıklarını belirtmektedir (Tablo 4.44-45). Ülkemiz genelinde yapılan bir araştırmada, hekimlerin %30.0-39.5'i, diğer lisans mezunu sağlık çalışanlarının %37.7'si, hemşire/ ebelerin %51.9'u, sağlık memurlarının %38.7'si evlerinde sigara içildiğini belirtmiştir (78). KYTA-2008'e göre toplumun %59.7'si (25), UHA-2003 göre %54.5'i (23) evde sigara dumanına maruz kalmaktadır. Elazığ il merkezinde yapılan bir araştırmada, sigara içmeyen kadınların %65.6'sının evde sigara dumanına maruz kaldığı saptanmıştır (127). Araştırmaya katılanlar, ülkemiz genelindeki kişilere ve sağlık çalışanlarına göre evde daha fazla sigara dumanına maruz kalmaktadır. Çin'de yapılan bir araştırmada, 18-49 yaş grubunda ve kadınlar arasında daha fazla olmak üzere sigara içmeyenlerin %48.3'ünün evde sigara dumanına maruz kaldıkları saptanmıştır (128). 52 ülkede yapılan INTERHEART çalışmasına göre, kontrol grubunun %56.0'sı (erkeklerin %57.8'i, kadınların %51.1'i), halen sigara içenlerin %55.0'i, hiç içmeyenlerin ise %46.4'ü sigara dumanına maruz kalmaktadır (30).

Araştırma grubundakilerin evde sigara dumanına maruz kalma riski, hemşire/ ebelerde hekimlere göre 1.79 kat; 18-24 yaş grubunda 45 yaş ve üzeri gruba göre 3.49 kat; sağlık durumunu orta/ kötü olarak belirtenlerde iyi olarak belirtenlere göre 1.60 kat; sigara içenlerde içmeyenlere göre 2.43 kat daha yüksekken, cinsiyet, medeni durum, yaşamından memnun olma ve hastalık/ sağlık sorunu varlığı gibi değişkenlerin etkisi anlamlı bulunmadı (Tablo 4.46). Hemşire/ ebelerin evde daha çok sigara dumanına maruz kalmasının nedeni, kadın cinsiyetinde olduklarından eşlerine ve misafirlerine karşı daha hoşgörülü olmalarından kaynaklanmış olabilir. Genç yaştaki sağlık çalışanlarının daha az sigara içmesine rağmen evde sigara dumanına daha çok maruz kalmasının nedeni, gençlerin kendinden büyük kişilere olan saygısından kaynaklanmış olabilir. Beklendiği gibi sigara içenler evde daha çok sigara dumanına maruz kalırken, sağlık durumunu orta/ kötü olarak algılayanların da evlerinde daha çok sigara dumanına maruz kalması oldukça düşündürücüdür.

Araştırma grubundakilerin %15.9'u -hekimlerin %15.9'u- iş yerinde kapalı ortamda genellikle/ her zaman, %51.0'i -sigara içmeyenlerin %51.4'ü- ise nadiren de olsa iş yerinde sigara dumanına maruz kaldıklarını belirtmektedir (Tablo 4.44-45). Ülkemiz genelinde yapılan bir araştırmada, hekimlerin %71.3-72.4'ü, diğer sağlık çalışanlarının %74.8-78.5'i iş yerinde sigara içildiğini belirmektedir (78). KYTA-2008'e göre yetişkinlerin %38.5'inin iş yerlerinde sigara dumanına maruz kaldıkları saptanmıştır (25). Araştırmaya katılanlar, ülkemiz genelindeki kişilere göre iş yerinde daha fazla sigara dumanına maruz kalmaktadır. İş yerinde kapalı ortamda sigara dumanına maruz kalma riski, devlet hastanesinde, özel hastaneye göre 3.55 kat, birinci basamak sağlık kuruluşlarına göre 1.65 kat, ağız diş sağlığı merkezine göre 2.42 kat daha yüksekken, diğer değişkenlerin etkisi anlamlı bulunmadı (Tablo 4.47-48). Araştırmanın yapıldığı tarihlerde 5727 Sayılı Kanuna göre, eğlence yerleri hariç tüm kapalı ortamlarda sigara içme yasaklanmıştı (129). Diğer sağlık meslek gruplarının iş yerinde sigara dumanına maruz kalma oranlarının hekimlerle benzer olmasının nedeni, sağlık kuruluşlarının/ birimlerinin yöneticilerinin hekim olmasından kaynaklanmış olabilir. İş yerinde sigara dumanına maruz kalanların oranının çalışılan yerlere göre farklılık göstermesi, sağlık birimi sorumlusu/ yöneticilerinin kapalı ortamlarda sigara içme yasağı uygulamasına vermiş oldukları destekle ilgilidir. Sigara içmeyen sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının hem evde hem de işyerinde sigara dumanına maruz kalması, sağlık çalışanlarının sigara ile mücadeleye pek önem vermediklerini düşündürmektedir.

Nitekim Kayseri'de yapılan bir araştırmada, hekimler ile tıp öğrencilerinin %38.5'i toplumda sigara içilmemesi için özel bir çaba harcamadıklarını belirtmiştir (126).

Alkol kullanım bozuklukları erkeklerde toplam YDL'nin %4.4'ünü oluşturmakta ve de YDL yükü içinde 3. sırada yer almaktadır (5). Erkek sağlık çalışanlarının %6.4'ü, kadınların %0.6'sı ve toplamda %3.0'ü -hekimlerin %9.9'u- haftada bir veya daha sık, %12.4'ü -hekimlerin %35.8'i nadiren de olsa alkol aldığını ifade etmiştir (Tablo 4.49-50). TTB'nin 2004 yılında yaptığı araştırmaya göre, hekimlerin %4.3'ü sürekli olarak alkol almaktadır (104). Mersin'de yapılan bir araştırmada, hekimlerin %28.1'i alkol kullandığını belirtmiştir (105). ABD'de yapılan Hekimlerin Sağlığı Çalışmasına göre, 40 yaş ve üzerindeki hekimlerin %71.6'sı haftada bir veya daha sık alkol almaktadır (130). TEKHARF'e göre 1990 yılında erkeklerin %15.6'sı, kadınların %1.2'si; UHA-2003 göre erkeklerin %2.2'si, kadınların %0.1'i; AYA-2006'ya göre erkeklerin %6.4'ü, kadınların %1.9'u haftada bir veya daha sık alkol almaktadır (22-24). ABD'de yapılan BRFSS 2003, 2005 ve 2007'ye göre orta düzeyde (sırayla %16.5, 14.4, 15.7) ve de aşırı düzeyde (%5.7, 4.9, 5.2) alkol alanların oranında yıllara göre bir değişme yoktur (100, 113, 114). Araştırma grubunda haftada bir/ daha sık alkol alanların oranı, ülkemiz genelinden pek farklı değilken, hekimlerdeki alkol alma oranı ülkemiz genelinden daha yüksektir. Ülkemizdeki alkol alım oranı, her ne kadar ABD'deki ve AB ülkelerindeki oran kadar yüksek olmasa da alkol alımının artışı engellenmelidir. Bu konuda başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının tutumu da önemlidir.

Araştırma grubunda haftada bir veya daha sık alkol alma riski, hekimlerde sağlık memurlarına göre 3.08 kat; erkeklerde kadınlara göre 6.90 kat; eşi ölmüş/ eşinden ayrılmış olanlarda evlilere göre 8.37 kat; hastalık/ sağlık sorunu olanlarda olmayanlara göre 2.47 kat daha yüksekken, yaş, yaşamından memnun olma ve sağlık durum algısı gibi değişkenlerin etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.51). Hemşirelerin Sağlığı Çalışmasına ve Hekimlerin Sağlığı Çalışmasına göre, ani kalp durmasına bağlı ölümler ile alkol alma arasındaki ilişkinin U grafik gösterdiği ve en düşük riskin kadınlarda günlük 5-14.9 gr alkol, erkeklerde haftada 5-6 içim alkol alanlarda olduğu saptanmıştır (131, 132). Bizim çalışmamızda hastalık/ sağlık sorunu olanların olmayanlara göre daha sık alkol aldığı ve yine kronik hastalık bulunma riskinin diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak haftada bir veya daha sık alkol alanlarda ayda veya daha seyrek/ hiç alkol almayanlara göre 3.75 kat daha yüksek olduğu saptandı. Bu durum, haftada veya daha sık alınan toplam alkol miktarının izin verilen miktardan daha

yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Hekimlerin Sağlığı Çalışması, Hemşirelerin Sağlığı Çalışması ve bizim çalışmamızda alkol tüketimi arttıkça sigara içenlerin oranı da artmaktadır (130, 133).

Hepatit B virüsü (HBV) taşıyıcılığı ve de kronikleşmesinden korunmada en etkili yöntemlerden biri bağışıklımadır. ABD'de yapılan bir araştırmada, sağlık çalışanlarının HBV'ye karşı bağışıklanmasıyla 12 yıl sonunda HBV insidansında %95.0 düşüş gözlenmiştir (134). Çalışmamıza katılanların %20.0'si HBV karşı bağışık olmadığını ya da bağışıklık durumunu bilmediğini ifade etmiştir. Bu durum, hastalarla fazla teması olan hekimlerde %11.3 ile en düşük orandadır (Tablo 4.53-54). Isparta, Kayseri ve Gaziantep'te yapılan araştırmalarda, hekimlerin sırayla %20.0, %5.0 ve %70.0'inin HBV karşı bağışık olmadıkları saptanmıştır (135-137). Yine Kore ve Arnavutluk'ta yapılan araştırmalarda hekimlerin sırayla %35.7 ve %29.3'ünün HBV'ye karşı bağışık olmadıkları saptanmıştır (138, 139). Bizim çalışmamızda HBV'ye karşı bağışık olmayan/ bağışıklık durumunu bilmeyen hekimlerin oranı, Kayseri'de yapılan araştırma hariç diğer çalışmalarda saptanan bulgulardan oldukça düşüktür. Araştırma grubundaki hastalarla en fazla teması olan hemşire/ ebelerin %14.7'si, sağlık memurlarının %29.6'sı HBV'ye karşı bağışık olmadığını/ bağışıklık durumunu bilmediğini ifade etmiştir. Kayseri, Gaziantep ve Eskişehir'de yapılan araştırmalara göre, hemşire/ ebelerin sırayla %23.8, 66.2, 18.0'inin yine Eskişehir'de birinci basamakta çalışan hemşirelerin %25.9'unun HBV'ye karşı bağışık olmadıkları saptanmıştır (90, 136, 137, 140). Bizim çalışmamıza katılan hemşire/ ebeler ve sağlık memurları HBV'ye karşı bağışıklık konusunda diğer yerlerde çalışan meslektaşlarına göre çok daha duyarlıdır. Kayseri ve Gaziantep'te yapılan araştırmalara göre, sağlık teknisyenlerinin sırayla %31.7 ve %51.4'ünün, Arnavutluk'ta yapılan bir araştırmada, hemşire/ sağlık teknisyenlerinin %21.1'inin HBV'ye karşı bağışık olmadıkları saptanmıştır (136, 137, 139). İzmir'de hastane çalışanlarının (temizlik personel ve idari personel dahil) %28.4'ünün, Düzce ve Isparta'da sağlık çalışanlarının sırayla %16.6-25.0, 8.6'sının HBV'ye karşı bağışık olmadıkları saptanmıştır (135, 141, 142). Kore'de yapılan bir araştırmada, sağlık çalışanlarının %20.7'sinin HBV'ye karşı bağışık olmadıkları saptanmıştır (138). Sağlık çalışanlarından HBV'ye karşı bağışık olmayanların oranı, diğer ülkelerde ve ülkemizde yapılan bazı çalışmaların bulgularıyla benzerdir,

Araştırma grubunda HBV'ye karşı bağışık olmama/ bağışıklık durumunu bilmeme riski, diğer lisans mezunu sağlık çalışanlarında, hemşire/ ebelerde ve sağlık memurlarında

hekimlere göre sırayla 2.40, 3.24 ve 3.62 kat; erkeklerde kadınlara göre 2.02 kat; 35-44 yaş grubu ile 45 yaş ve üzerinde 18-24 yaş grubuna göre sırayla 2.89, 2.99 kat daha yüksekken, medeni durum, yaşamından memnun olma, sağlık durum algısı ve hastalık/ sağlık sorunu varlığı gibi değişkenlerin etkisi anlamlı bulunmadı (Tablo 4.55). Hemşire/ ebelerden HBV'ye karşı bağışık olmayanların/ bağışıklık durumunu bilmeyenlerin oranı hekimlerden biraz yüksekken, lojistik regresyon analizinde bu fark 3 kattan daha fazla bulundu. 18-34 yaş aralığındakiler, HBV'ye karşı bağışıklanma konusunda kendilerinden büyüklere göre daha duyarlıdırlar. İstanbul Tıp Fakültesinde uzmanlık eğitimi alan hekimlerin %6.2'sinin, Eskişehir'de birinci basamakta çalışan hemşirelerin %32.4'ünün HBV aşısı olmadığı saptanmıştır (90, 91). Ülkemizde bebeklerdeki HBV-3 doz aşılama oranının %92.0 olmasına ve yine Hepatit B Kontrol Programına göre sağlık çalışanları gibi yüksek risk gruplarının aşılanması gerekmesine rağmen, sağlık çalışanlarının yaklaşık olarak 1/5'inin HBV'ye karşı bağışık olmaması oldukça düşündürücü bir durumdur (143).

Yozgat İl merkezinde görev yapan sağlık çalışanlarında kronik hastalıklar açısından önde gelen seçilmiş olumsuz sağlık davranışlarının değerlendirildiği bu çalışmadan şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Sağlık çalışanlarının %63.6'sı son bir yıl içinde genel sağlık kontrolünü yaptırmamış, %7.7'si kan basıncını ve %17.2'si kan şekerini son 2 yıl içinde, %17.4'ü kan kolesterolünü son 5 yıl içinde ölçtürmemiştir. Erkekler, bekarlar ve eşinden ayrılmış/ eşi ölmüş olanlar kan basıncı, kan şekeri ve kan kolesterolünü; yaşamından memnun olmayan/ kararsız olanlar genel sağlık kontrolü ve kan basıncını; genç yaş grubunda olanlar ile hastalık/ sağlık sorunu olmayanlar ise kan kolesterolünü zamanında ölçtürme konusunda daha olumsuz davranmaktadır.
- Sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğu yetersiz egzersiz yapmakta (%79.8) ve yetersiz sebze-meyve tüketmektedir (%87.0). 25-34 yaş grubu ve yaşamından memnun olmayan/ kararsız olanlar daha az egzersiz yapmakta; erkekler, 25-34 ve 45 ve üzeri yaşta olanlar daha az sebze-meyve tüketmektedir.
- Sağlık çalışanlarının %77.8'i yemeklerinde tuzu, %80.6'sı yağı kısıtlamamaktadır. Hekimler, kadınlar ve ileri yaştakiler tuzu ve yağı daha az tüketirken, evliler tuzu daha az tüketmektedir. Yağlı yeme alışkanlığı olanlarda, aynı zamanda tuzlu yeme alışkanlığı da vardır.

- Erkeklerde daha fazla olmak üzere sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısı (%51.2), hekimlerin üçte ikisi (%66.9) normalden daha kiloludur. Beklendiği gibi araştırma grubundakilerin yaşı arttıkça hem BKİ'leri hem de bel çevreleri doğru orantılı olarak artmaktadır. Sağlık çalışanlarının beşte birinin (%20.6) bel çevresi normalden daha geniştir. Hekimler ve yaşı 25 ve daha büyük olanlar hem daha kilolu/ şişman hem de daha geniş bel çevresine sahipken, erkek sağlık çalışanları ve evliler daha kilolu/ şişmandır.
- Sağlık çalışanlarının yaklaşık üçte biri (%34.7) her gün olmak üzere %43.1'i sigara içerken, %13.4'ü ise sigarayı bırakmıştır. Her gün sigara içenlerin oranı, erkek sağlık çalışanlarında kadınların 2 katı kadarken, bazı günler içenlerin oranı kadınlarda erkeklerin 2 katı kadardır. Hekim dışı sağlık personeli, erkek sağlık çalışanları, 25-44 yaş grubunda olanlar ve yaşamından memnun olmayan/ kararsız olanlar daha çok sigara içmektedir.
- Araştırma grubundakilerin yaklaşık dörtte biri (%27.3) genellikle/ her zaman, üçte ikisi (%67.8) nadiren de olsa evde kapalı ortamda sigara dumanına maruz kalmaktadırlar. Hemşire/ ebeler, 18-24 yaş grubu, sağlık durumunu orta/ kötü olarak belirtenler ve sigara içenler evde daha çok sigara dumanına maruz kalmaktadır.
- Araştırma grubundakilerin yarısı (%51) nadiren de olsa iş yerinde sigara dumanına maruz kalmaktadır. Devlet hastanesi ve doğumevinde çalışanlar iş yerinde daha çok sigara dumanına maruz kalırken, özel hastanede çalışanlar daha az maruz kalmaktadır.
- Sağlık çalışanlarının %12.4'ü genelde alkol alırken, %3.0'ü haftada bir veya daha sık alkol almaktadır. Hekimler, erkek sağlık çalışanları, eşi ölmüş/ eşinden ayrılmış olanlar ve hastalık/ sağlık sorunu olanlar daha çok alkol almaktadır.
- Sağlık çalışanlarının beşte biri Hepatit B'ye karşı bağışık olmadığını (%11.5) ya da bağışıklık durumunu bilmediğini (%8.5) belirtmiştir. Hekim dışı sağlık personeli, erkek sağlık personeli ve 35 yaş ve üzerindekiler, Hepatit B'ye karşı bağışıklanma hususunda daha duyarsız davranmaktadır.
- Belirlenen olumsuz sağlık davranışlarının meslekle olan ilişkisine lojistik regresyon analizi ile bakıldığında; hekimler diğer sağlık meslek gruplarına göre, daha az sigara içmekte, daha çok alkol almakta, daha kilolu/ şişmanken, tuzu ve yağı daha az tüketmekte ve Hepatit B'ye karşı daha fazla bağışıktır.

- Kronik hastalıklar açısından belirlenen 10 olumsuz sağlık davranışı birlikte ele alındığında sağlık çalışanları arasında en yüksek oranda görülenler, yetersiz sebze-meyve tüketme, yetersiz egzersiz yapma, yağ ve tuzu kısıtlamama iken (sırayla %87.0, 79.8, 80.6, 77.8), en düşük oranda ise haftada bir veya daha sık alkol alma, 2 yıl içinde kan basıncı ve kan şekerini, 5 yıl içinde kan kolesterolünü ölçtürmemektir (sırayla; %3.0, 7.7, 17.2, 17.4).

Araştırma sonuçlarına göre şu önerilerde bulunulabilir;

- Kronik hastalıklarla mücadelede geliştirilen stratejilerden biri de sağlık bakımı sunanların eğitimidir. Hastalara rehberlik etmede anahtar rolü hekimler oynamaktadır. Bu nedenle kronik hastalıklar için önde gelen olumsuz sağlık davranışlarının önlenmesinde öncelikle hekimler, sonrasında hemşireler ve diğer sağlık personeli olmak üzere sağlık hizmeti sunan tüm sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesi eğitimlerinin içeriği ve niteliği bu açıdan uygun hale getirilebilir.
- Başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının, yüksek kan şekeri, kan basıncı ve kolesterolün önemi, risk faktörleri ve erken tanısı için belirli aralıklarla ölçümlerinin yaptırılması hususunda bilinçli hale getirilmesi için mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlere katılmaları sağlanabilir. Türk Tabipler Birliği gibi bağımsız meslek kuruluşlarınca veya Sağlık Bakanlığı'nca bu eğitimlerin içeriği, niteliği ve belli sürelerde alınması gereken miktarları belirlenebilir ve kredilendirilebilir.
- Sağlık çalışanlarına sağlıklı yaşam tarzının benimsetilmesi, sağlık çalışanlarının hem kendi sağlığına yeterince önem vermesi hem de hizmet verdikleri hastalarına ve içinde yaşadıkları topluma rol modeli olması sağlanabilir. Sağlıklı yaşam tarzının benimsetilmesinde, eğitimlere ek olarak her bir olumlu yaşam tarzına belli miktarda hizmet içi eğitime katılım kredisi verilerek teşvik edilebilir.
- Aile hekimliği veri tabanının "olumsuz sağlık davranışların izlemi", erken tanı ve tarama programlarını içerecek şekilde düzenlenmesi ve diğer tüm sağlık kuruluşlarının veri tabanıyla entegre çalışması uygun olacaktır. Ayrıca yazılım, sisteme kayıtlı kişilerin risk durumlarını hem başvuru anında hem de başvurmayanların durumunu uyarıcı bir mesaj ve raporla aile hekimine bildirebilmeli, böylece aile hekimleri kendilerine bağlı sağlık çalışanları dahil tüm toplumu daha iyi bir şekilde izleyebilecektir.

- Öncelikle Ülkemizde olmak üzere “olumsuz sağlık davranışların sıklığı ve izlemi” ile ilgili daha ileri araştırmaların yapılması ve bu araştırmaların ABD’de yapılan BRFSS gibi kurumsal bir yapıya kavuşturularak belirli aralıklarla sürekli tekrarlanması daha uygun olabilir.

6. KAYNAKLAR

1. WHO. The World Health Report 2008, Primary Health Care- Now More Than Ever. WHO, Geneva 2008; p xiii. Erişim: [http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf], Erişim Tarihi: 26 Ocak 2009.
2. WHO. Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment. WHO, Geneva 2005; p vii. Erişim: [http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf], Erişim Tarihi: 26 Ocak 2009.
3. Cherry DK, Hing E, Woodwell DA, Rechtsteiner EA. National Ambulatory Medical Care Survey: 2006 Summary. National Center for Health Statistics 2008; 3: 1-40.
4. WHO. Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. WHO, Geneva 2009; pp 1-23.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 701, Ankara 2007; ss 4-40.
6. Türk Dil Kurumu. Okul Sözlüğü. Türk Tarih Kurumu Basım Evi, Ankara 1994.
7. Morgan CT. Introduction to Psychology. Çeviren: Karakaş S (Ed.). Psikolojiye Giriş. Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Yayınları, Yayın No: 1. Ankara 1980; s 8.
8. Hayran O, Sur H, editör. Sağlık Hizmetleri El Kitabı. Yüce Yayım, İstanbul 1998; s 4.
9. Nolte E, McKee M (eds). Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective. Open University Pres, Berkshire 2008; p 1.

10. AB Avrupa Komisyonu Sağlık ve Tüketiciyi Koruma Genel Müdürlüğü. Genel Müdürlük-Halk Sağlığı G3. Sağlığın İyileştirilmesi ve İzlenmesi; Sağlık Risklerinin Önlenmesi. AB Avrupa Komisyonu, Lüksemburg 2002; ss 34-39.

11. WHO. The Global Burden of Diseases: 2004 Update. WHO, Geneva 2008; pp 8-22.

12. The Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study, Operations Manual Final Draft 2008; pp 30-69.

13. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office 2000; pp 23-44.

14. WHO. Health 21- Health for All in the 21st Century. Çeviri: Öztürk Y, Günay O (çev.ed). DSÖ. Sağlık 21, 21. Yüzyılda Herkese Sağlık. Herkes için Avrupa sağlık serisi no:6 (2. Baskı), Erciyes Üniversitesi Yayınları No:126, Kayseri 2006; ss 61-108.

15. Kozan O, Oguz A, Abaci A, et al. Prevalence of the metabolic syndrome among Turkish adults. Eur J Clin Nutr 2007; 61: 548-553.

16. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Herkese Sağlık, Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri. Barok Matbaacılık, Ankara 2001; ss 57-68.

17. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Kalp Ve Damar Hastalıklarını Önleme Ve Kontrol Programı: Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 743, Ankara 2008; ss 89-91.

18. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Kronik Hastalıkları Kontrol Programı. Erişim: [http://www.saglik.gov.tr/THGM/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EF4B9518503C732676], Erişim Tarihi: 26Ocak 2009.

19. Tengs TO, Adams ME, Pliskin JS, et al. Five-hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness. Risk Analysis 1995; 15: 369–390.

20. Hengstlera P, Battegaya E, Cornuzb J, Bucherc H, Battegaya M. Evidence for prevention and screening: recommendations in adults. Swiss Med Wkly 2002; 132: 363–373.

21. WHO. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008. Çeviren: Bilir N, Özcebe H, Aslan D, Ergüder T. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu 2008; ss 7-39.

22. Onat A. (Ed). TEKHARF 2009: Türk Halkının Kusurlu Kalp Sağlığı Sırrına Işık, Tıbba Önemli Katkı. Figür Grafik ve Matbaacılık Tic. Ltd. Şti. İstanbul 2009; ss 19-146.

23. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ulusal Hanehalkı Araştırması 2003. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 700, Ankara 2006; ss 30-59.

24. T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). Aile Yapısı Araştırması 2006. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara 2006; ss 20-25.

25. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2010. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 803; ss 15-80.

26. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye 2004; s 139.

27. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK Ankara, Türkiye 2009; s 57.

28. WHO. Atlas of Health in Europe 2nd edition 2008. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark 2008; pp 69-102.

29. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004; 364: 937–952.

30. Teo K, Ounpuu S, Hawken S, et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. Lancet (British edition) 2006; 368(9536): 647-658.

31. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses - United States, 2000-2004. MMWR 2008; 57(45): 1226-1228.

32. Lightwood JM, Glantz SA. Short-term economic and health benefits of smoking cessation**:** Myocardial infarction and stroke. Circulation 1997; 96(4): 1089-1096.

33. Shari S. Bassuk and JoAnn E. Manson. Lifestyle and risk of cardiovascular disease and type 2 diabetes in women: A review of the epidemiologic evidence. American Journal of Lifestyle Medicine 2008; 2; 191-213.

34. 5727 Sayılı Kanun: Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. Resmi Gazete tarih: 19.01.2008, sayı: 26761.

35. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2008 – 2012. Ankara 2008; ss 11-66.

36. WHO. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO Technical Report Series: 916, Geneva 2003; pp 13-91.

37. Aykut A, Günay O, Öztürk Y (çev). DSÖ. Diyet, Beslenme ve Kronik Hastalıkların Önlenmesi. DSÖ Teknik raporlar serisi: 797, Geneva 1990; ss 61-103.

38. U.S. Department of Health and Human Services. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. Washington, D.C. 20201; pp 1-40.

39. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Nutrition and Physical Activity. Promoting Physical Activity: A Guide to Community Action. Champaign, IL: Human Kinetics 1999; pp 15-28.

40. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım Projesi Araştırma Raporu. Gürler Matbaası Dış Tic. Ltd. Şti, Ankara 2004; ss 23-65.

41. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. JAMA 2010; 303(3): 235-241.

42. Erdem Y, Arici M, Altun B, et al. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTurk study. Blood Press 2010; 19(5): 313-318.

43. Satman I, Yilmaz T, Sengül A, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). Diabetes Care 2002; 25(9): 1551-1556.

44. WHO. Guidelines for the Prevention, Management and Care of Diabetes Mellitus. WHO, EMRO Technical Publications Series 32, 2006; pp 9-33.

45. Lean ME, Han TS, Morrison CE. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. BMJ 1995; 311(6998): 158–161.

46. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. Ankara 2004; ss 23-25.

47. U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Department of Agriculture. Dietary Guidelines for Americans 2005. U.S. Department of Health and Human Services 2005; pp 1-47.

48. Kruger J, Ham S.A, Prohaska T.R. Behavioral risk factors associated with overweight and obesity among older adults: the 2005 National Health Interview Survey. Preventing Chronic Disease 2009; 6(1): 1-17.

49. U.S. Department of Health and Human Services. Your Guide To Lowering Your Blood Pressure With DASH. National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. NIH Publication No. 06-4082, 2006; pp 1-28.

50. WHO. Reducing Salt Intake In Populations: Report of a WHO Forum and Technical Meeting. 5-7 October 2006, Paris, France. WHO, Geneva 2007; pp 1-46.

51. Clifton PM, Keogh JB. Achieving the salt intake target of 6 g/day in the current food supply in free-living adults using two dietary education strategies. J Am Diet Assoc 2010; 110: 763-767.

52. Türk Kardiyoloji Derneği. Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu. Erişim: [http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/3_18530.htm?wbnum=1103], Erişim Tarihi: 15 Ocak 2010.

53. American Heart Association. Blood Pressure. Erişim: [http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4473], ErişimTarihi: 15 Ocak 2010.

54. Sox HC. Preventive health services in adults. N Engl J Med 1994; 330: 1589–1595.

55. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for High Blood Pressure: U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. Ann Intern Med 2007; 147: 783-786.

56. U.S. Department of Health and Human Services. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC7). National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute, NIH Publication No. 04-5230, 2004; pp 1-65.

57. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması: SALTurk Çalışması 2008. Erişim: [http://www.turkhipertansiyon.org/UserFiles/File/salt.pdf], Erişim Tarihi: 15 Ocak 2010.

58. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Cruz Troca JJ, Guallar-Castillón P, Calero JR. Blood pressure in Spain: Distribution, awareness, control, and benefits of a reduction in average pressure. Hypertension 1998; 32: 998-1002.

59. Muntner Pl, Gu D, Wu X, et al, and for the InterASIA Collaborative Group. Factors associated with hypertension awareness, treatment, and control in a representative sample of the Chinese population. Hypertension 2004; 43: 578-585.

60. International Diabetes Federation. United Nations Resolution 61/225: World Diabetes Day. International Diabetes Federation 2007. Erişim: [http://www.idf.org/webdata/docs/UNR_media_kit_0407.pdf], Erişim Tarihi: 15 Ocak 2010.

61. WHO. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycemia. WHO and International Diabetes Federation, Geneva 2006; pp 5-30.

62. International Diabetes Federation. Global Guideline for Type 2 Diabetes. International Diabetes Federation 2005. Erişim: [http://www.idf.org/webdata/docs/ GGT2D%2001%20 Screening%20and%20diagnosis.pdf], Erişim Tarihi: 20 Ocak 2010.

63. Centers for Medicare & Medicaid Services. Your Guide to Medicare's Preventive Services. Centers for Medicare & Medicaid Services 2007; pp 5-14.

64. Canadian Diabetes Association. Canadian Diabetes Association 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. Canadian Journal of Diabetes 2008; 32(Supplement 1): 14.

65. American Diabetes Association. Erişim: [http://www.diabetes.org/diabetes-basics/prevention/pre-diabetes/pre-diabetes-faqs.html], Erişim Tarihi: 18 Ocak 2010.

66. Ealovega M W, Tabaei B P, Brandle M, Burke R, Herman W H. Opportunistic screening for diabetes in routine clinical practice. Diabetes Care 2004; 27: 9-12.

67. American Heart Association. Cholesterol. Erişim: [http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4488], Erişim Tarihi: 20 Ocak 2010.

68. National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report. National Cholesterol Education Program, NIH Publication No. 02-5215 2002; pp IV-8.

69. European Commission. Health Statistics -Atlas on Mortality in the European Union. Eurostat Statistical Books, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg 2009; pp 173-181.

70. Rabinovich L, Brutscher PB, Vries H, et al. The Affordability of Alcoholic Beverages in the European Union: Understanding the Link Between Alcohol Affordability, Consumption and Harms. Prepared for the European Commission DG SANCO, Cambridge 2009; pp 1-95.

71. WHO. The World Health Report 2006: Working Together for Health. WHO, Geneva 2006; pp 1-15.

72. WHO. Definitions of the Health Workforce Data. Erişim: [http://who.int/globalatlas/docs/HRH/HTML/Dftn.htm], Erişim Tarihi: 20 Ocak 2010.

73. T.C. Sağlık Bakanlığı, T.C. Yükseköğretim Kurulu. Türkiye Sağlık İnsangücü Durum Raporu. Bakanlık Yayın No: 739, Uyum Ajans, Ankara 2008; pp 9-58.

74. Leistikow BN. Smoking and ischemic heart disease disparities between studies, genders, times, and socioeconomic strata. J Cardiovasc Transl Res 2009; 2(3): 267-273.

75. National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). Health Professionals Follow-Up Study. Erişim: [http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00005182], Erişim Tarihi: 15 Kasım 2010.

76. Warren CW, Jones NR, Chauvin J, Peruga A. Tobacco use and cessation counselling: cross-country. Data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005-7. Tob Control 2008; 17: 238–247.

77. Pischon T, Girman CJ, Rifai N, Hotamisligil GS, Rimm EB. Association between dietary factors and plasma adiponectin concentrations in men. Am J Clin Nutr 2005; 81: 780-786.

78. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumları ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bakanlığı 2007 araştırma raporu. Erişim: [http://www.dumansizhavasahasi.org.tr/Docs_Arastirmalar/Turkiyede_Saglik_Calisanlari_Arasinda_Sigara_Icme_Durumu_ve_Etkileyen_Faktorler_Arastirmasi_Uzun.pdf], Erişim Tarihi: 15 Kasım 2010.

79. Erbaycu AE, Aksel N, Çakan A, Özsöz A. İzmir İlinde sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları. Türk Toraks Dergisi 2004; 5(1): 06-12.

80. Dilbaz N, Apaydın L. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşireler arasındaki sigara içme, bırakma sıklığı ve sigara içme davranışının özellikleri. Bağımlılık Dergisi 2002; 3(2): 73-83.

81. Kosku N, Kosku M, Çıkrıkçıoğlu U, Tümer ZÖ. Toraks Derneği üyelerinin sigara konusunda bilgi, tutum ve davranışları. Türk Toraks Dergisi 2003; 4(3): 223-230.

82. Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007: 6(6): 409-420.

83. Oğuz A, Sağun G, Uzunlulu M, ve ark. Sağlık çalışanlarında abdominal obezite ve metabolik sendrom sıklığı ve bu durumlar hakkında farkındalık düzeyleri. Türk Kardiyol Dern Arş 2008; 36(5): 302-309.

84. Wang Y, Rimm EB, Stampfer MJ, Willett WC, Hu FB. Comparison of abdominal adiposity and overall obesity in predicting risk of type 2 diabetes among men. Am J Clin Nutr 2005; 81(3): 555-563.

85. Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2(2): 60-68.

86. Oh K, Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Willett WC. Dietary fat intake and risk of coronary heart disease in women: 20 years of follow-up of the Nurses' Health Study. Am J Epidemiol 2005; 161(7): 672-679.

87. Hung HC, Joshipura KJ, Jiang R, et al. Fruit and vegetable intake and risk of major chronic disease. J Natl Cancer Inst. 2004; 96(21): 1577-1584.

88. Mukamal KJ, Jensen MK, Gronbaek M, et al. Drinking frequency, mediating biomarkers, and risk of myocardial infarction in women and men. Circulation 2005; 112(10): 1406-1413.

89. Dizer U, Görenek L, Can M, ve ark. Hastane personelinde ve değişik yaş gruplarında Hepatit B virüsü infeksiyonu prevalansı. Van Tıp Dergisi 2000; 7 (3): 98-101.

90. Ayranci U, Kosgeroglu N. Needlestick and sharps injuries among nurses in the healthcare sector in a city of western Turkey. Journal of Hospital Infection 2004; 58(3): 216-223.

91. Ağkoç S. Hekimlerde Mesleki Riskler İstanbul Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencileri Üzerinde Bir Çalışma, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. İstanbul 2005.

92. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2009 Behavioral Risk Factor Surveillance System Questionnaire. Erişim:[http://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/pdf-ques/2009brfss.pdf], Erişim Tarihi: 01 Ocak 2010.

93. WHO. The WHO STEP Wise Approach To Chronic Disease Risk Factor Surveillance (STEPS). WHO, Geneva. Erişim: [http://www.who.int/chp/steps/en/], Erişim Tarihi: 01 Ocak 2010.

94. Özdamar K. SPSS ile Biyoistatistik (5.Baskı). Kaan Kitapevi, Eskişehir 2003; ss 195-436.

95. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. 9. Baskı. Hatipoğlu Yayınları, Ankara 2000; ss 156-192.

96. Kalaycı Ş. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri (2. baskı). Asil Yayın Dağıtım, Ankara 2006; ss 273-298.

97. WHO. World Health Survey 2003, Report of Turkey. Erişim: [http://www.who.int/entity/healthinfo/survey/whstur-turkey.pdf], Erişim Tarihi: 15 Haziran 2010.

98. Uysal Y. Adana İli Seyhan İlçesi'nde Davranışsal Risk Faktörlerinin Belirlenmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana 2007.

99. Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6 (2): 112-122.

100. Chowdhury P, Balluz L, Town M, et al. Surveillance of certain health behaviors and conditions among states and selected local areas. Behavioral Risk Factor Surveillance System, United States, 2007. MMWR 2010; 59 (SS01): 1-120.

101. Durmuş S, Günay O. Hemşirelerde iş doyumu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. Erciyes Tıp Dergisi 2007; 29(2): 139-146.

102. Ocaktan ME, Keklik A, Çöl M. Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelinde Spielberger durumluk ve sürekli kaygı düzeyi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2002; 55: 21-28.

103. Karadeniz G, Yanıkkerem E, Sarıcan ES, ve ark. Manisa İli sağlık çalışanlarında metabolik sendrom riski. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 2(6): 13-24.

104. Türk Tabipler Birliği. Türkiye'de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup hekimde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara 2005; ss 17-45.

105. Buğdaycı R, Kurt AÖ, Şaşmaz T, Öner S. Mersin İlinde görev yapan pratisyen ve uzman hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. Toplum Hekimliği Bülteni 2007; 26(1): 32-36.

106. American Academy of Family Physicians (AAFP). Recommended Curriculum Guidelines for Family Medicine Residents: Health Promotion and Disease Prevention. AAFP Reprint No. 267. Erişim: [www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp_org/documents/about/rap/curriculum/health_promotion_and.Par.00], Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2010.

107. Culica D, Rohrer J, Ward M, Hilsenrath P, Pomrehn P. Medical checkups: Who does not get them? American Journal of Public Health 2002; 92 (1): 88-91.

108. Kilmer G, Roberts H, Hughes E, et al. Surveillance of certain health behaviors and conditions among states and selected local areas. Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), United States, 2006. MMWR 2008; 57(SS07): 1-188.

109. Tinsley L, Andrews B, Hawk H, Cohen B. Short-term effects of health-care coverage legislation Massachusetts, 2008. MMWR 2010; 59 (9): 262-267.

110. Fryar CD, Hirsch R, Eberhardt MS, Yoon SS, Wright JD. Hypertension, high serum total cholesterol, and diabetes: racial and ethnic prevalence differences in U.S. Adults, 1999–2006. NCHS Data Brief 2010; 36: 1-6.

111. Gonçalves-Silva CA, Murta-Nascimento C, Eluf-Neto J. Assessing screening practices among health care workers at a tertiary-care hospital in Sao Paulo, Brazil. CLINICS 2010; 65(2): 151-155.

112. The Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group. The Diabetes Prevention Program (DPP): Description of lifestyle intervention. Diabetes Care 2002; 25: 2165–2171.

113. Jiles R, Hughes E, Murphy W, et al. Surveillance of certain health behaviors and conditions among states and selected local areas. Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), United States, 2003. MMWR 2005; 54 (SS08): 1-116.

114. Chowdhury PP, Balluz L, Murphy W, et al. Surveillance of certain health behaviors and conditions among states and selected local areas. Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), United States, 2005. MMWR 2007; 56 (SS04): 1-160.

115. Koçoğlu OG, Atilla S, Pancar E, ve ark. OR-AN 75. Yıl Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki 3 ilköğretim okulunda çalışan öğretmenlerde bazı kronik hastalıklar ve risk faktörleri. Toplum Hekimliği Bülteni 2001; 22: 1-5.

116. Altun B, Arici M, Nergizoglu G, et al. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. Journal of Hypertension 2005; 23(10): 1817-1823.

117. Jeffrey A. Cutler, Paul D, et al. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in United States adults between 1988-1994 and 1999-2004. Hypertension 2008; 52: 818-827.

118. WHO Regional Office for Europe. Steps to Health A European Framework to Promote Physical Activity for Health. DK-2100 Copenhagen, Denmark 2007; pp 5-31.

119. WHO. Physical Inactivity Prevalence. World Health Survey, Turkey 2003. IBRef: 101738. Erişim: [http://www.who.int/infobase/reportviewer.aspx?rptcode=ALL&uncode=792&dm=22&surveycode=101738a1], Erişim Tarihi: 01 Haziran 2010.

120. Can AS, Bersot TP, Gönen M. Anthropometric indices and their relationship with cardiometabolic risk factors in a sample of Turkish adults. Public Health Nutrition 2009; 12: 538-546.

121. WHO. Fruit and Vegetable. World Health Survey, Turkey 2003. IBRef: 101738. Erişim: [http://www.who.int/infobase/reportviewer.aspx?rptcode=ALL&uncode=792&dm=16&surveycode=101738a1], Erişim Tarihi: 01 Haziran 2010.

122. Çöl M, Özdemir O, Ocaktan ME. Park Sağlık Ocağı bölgesindeki 35 yaş üstü hipertansiflerde tedavi-kontrol durumları ve davranışsal faktörler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2006; 59: 144-150.

123. Tefekli A, Tok A, Altunrende F, ve ark. Üriner sistem taş hastalarında yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıkları. Türk Üroloji Dergisi 2005; 31 (1): 113-118.

124. Prospective Studies Collboration. Body-mass index and cause-specific mortality in 900,000 adults collaborative analyses of 57 prospective studies. Lancet 2009; 373: 1083-1096.

125. Akbay E, Buğdaycı R, Tezcan H, et al. The prevalence of obesity in adult population in a city on the Mediterranean coast of Turkey. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism 2003; 1: 31-35.

126. Çetinkaya F, Biricik SS, Naçar M. Kayseri il merkezindeki hekimlerin ve tıp öğrencilerinin sigara içme durumları ve sigara konusundaki tutumları. Erciyes Tıp Dergisi 2006; 28 (4): 163-171.

127. Battal S, Güneş G, Açık Y. Elazığ merkez bölgesinde kadınların çevresel sigara dumanına maruziyeti ve bu konudaki bilgi ve tutumları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2009; 16(3): 149-156.

128. Wang CP, Ma SJ, Xu XF, et al. The prevalence of household second-hand smoke exposure and its correlated factors in six counties of China. Tob Control 2009; 18(2): 121-126.

129. 5727 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. R.Gazete: Tarih: 19/01/2008 Sayı: 26761.

130. Gaziano J M, Gaziano TA, Glynn RJ, et al. Light-to-moderate alcohol consumption and mortality in the Physicians' Health Study enrollment cohort. JACC 2000; 35(1): 96–105.

131. Chiuve SE, Rimm EB, Mukamal KJ, et al. Light-to-moderate alcohol consumption and risk of sudden cardiac death in women. Heart Rhythm 2010. In Press, Uncorrected Proof, DOI: 10.1016/ j.hrthm. 2010.05.035.

132. Albert CM, Manson JE, Cook NR, et al. Moderate alcohol consumption and the risk of sudden cardiac death among US male physicians. Circulation 1999; 100: 944-950.

133. Solomon CG, Hu FB, Stampfer MJ, et al. Moderate alcohol consumption and risk of coronary heart disease among women with type 2 Diabetes Mellitus. Circulation 2000; 102: 494-499.

134. Mahoney PJ, Stewart K, Hu H, Coleman P, Alter MJ. Progress towards elimination of hepatitis B virus transmission among health care worker in United States. Arch. Intern. Med. 1997; 157: 2601–2605.

135. Demir İ, Kaya S, Demirci M, Cicioğlu-Arıdoğan B. Isparta İli sağlık personelinde Hepatit B virus seropozitifliğinin araştırılması. İnfeksiyon Dergisi 2006; 20(3): 183-187.

136. İnci M, Aksebzeci A, Yağmur G, ve ark. Hastane çalışanlarında HBC, HCV ve HIV seropozitifliğinin araştırılması. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi 2009; 66 (2): 59-66.

137. Karslıgil T, Uygur O. Sağlık personeli ve toplumda Hepatit B virüsüne karşı oluşan doğal bagışıklık ve immünizasyonla gelişen antikor düzeylerinin araştırılması. Gaziantep Üniversitesi Tıp Dergisi 2007; 1: 31-34.

138. Shin BM, Yoo HM, Lee AS, Park SK. Seroprevalence of Hepatitis B virus among health care workers in Korea. J Korean Med Sci 2006; 21(1): 58–62.

139. Kondili LA, Ulqinaku D, Hajdini M, et al. Hepatitis B virus ınfection in health care workers in Albania: a country still highly endemic for HBV Infection. Infection 2007; 35(2): 94-97.

140. Kosgeroglu N, Ayranci U, Vardareli E, Dincer S. Occupational exposure to hepatitis infection among Turkish nurses: frequency of needle exposure, sharps injuries and vaccination. Epidemiol Infect 2003; 132: 27–33.

141. Kuruuzum Z, Yapar N, Avkan-Oguz V, et al. Risk of infection in health care workers following occupational exposure to a noninfectious or unknown source. American Journal of Infection Control 2008; 36(10): e27-e31.

142. Öksüz Ş, Yıldırım M, Özaydın Ç, ve ark. Bir devlet hastanesi sağlık çalışanlarında HBV ve HCV seroprevalansının araştırılması. ANKEM Derg 2009; 23(1): 30-33.

143. Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Eryılmaz Z (editör). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara 2010; s 33.

E K L E R

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yozgat Devlet Hastanesi Baştabipliği

Sayı : 11.11 20..03/2009
Konu: Etik kurul kararı

Sayın Mahmut KILIÇ

İlgi: 03/03/2009 tarihli Etik Kurul başvurunuz.

Hastanemiz Etik Kurulu "**Kronik Hastalıklar Açısından Seçilmiş Davranışsal Risk Faktörlerinin Sağlık Çalışanlarındaki Prevalansı**" adlı çalışmanızın Helsinki Deklerasyonu'nda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğunu onaylamıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Uz.Dr. Cahit KAYHAN
Baştabip

Ek-2: Anket formu

Sayın sağlık çalışanı,

Kronik hastalıkların oluşmasında önemli ve değiştirilebilir olan çeşitli kişisel davranışların durumunu ve sıklığını belirlemek amacıyla bu araştırma planlanmıştır. Özellikle sağlık hizmeti veren sağlık personelinin bu konudaki tutum ve davranışlarının tespiti daha da bir önem taşımaktadır.

Tüm sorulara cevap vermenizi bekliyor, anketi doldurmak için 10-15 dakikanızı ayırdığınız için şimdiden çok teşekkür ediyoruz. Anketler, araştırmanın amacı dışında kullanılmayacak ve araştırmacı dışında kimseye gösterilmeyecektir. Anketi doldurduktan sonra zarfın içine koyup ağzını kapatınız.

Öğr.Gör. Mahmut KILIÇ
Bozok Üni. Sağlık Yüksekokulu

KRONİK HASTALIKLAR İÇİN SEÇİLMİŞ DAVRANIŞSAL RİSK FAKTÖRLERİ PREVALANSI

Anketteki soruların size uygun cevaplarını daire içine alınız veya boşluklara yazınız.

Adınız ve soyadınız (İSTEĞE BAĞLI) **:** ……. **Anket No:** ……..

1. Cinsiyetiniz: 1) Erkek 2) Kadın

2. Yaşınız : .....

3. Medeni durumunuz:

1) Evli 2) Bekar3) Eşinden ayrılmış 4) Eşi ölmüş 9) Diğer ……

4. Öğrenim durumunuz:

1) Lise 2) 2 yıllık Yüksekokul 3) 4 yıllık Fakülte / Yüksekokul 4) 5 yıllık Fakülte

5) 6 yıllık Fakülte 6) Uzmanlık/ doktora eğitimi

5. Mesleki unvanınız:

1) Uzman Dr. 2) Pratisyen Dr. 3) Diş hekimi 4)Hemşire 5) Ebe

6) Toplum sağlığı memuru 7) Sağlık teknisyeni / teknikeri (Lab, Rad. Nar. Çevre, ATT, Diş, Tıbbi sek, vb.)

9) Diğer sağlık personeli (unvanı yazınız) …….…..

6. Çalıştığınız birim:

1) Devlet hastanesi 2) Doğumevi 3) Özel hastane 4) Özel tıp merkezi

5) Sağlık ocağı/ AÇSAP/ Dispanser 6) Ağız ve Diş Sağ. Mrk. 7) Sağlık Müdürlüğü

8) Halk sağlığı laboratuvarı 9) 112 Acil Yardım 10) Diğer …….

7. Gece çalışıyor musunuz?

1)Hayır 2) Evet, vardiyalı 3)Evet, ayda ….. kez nöbet tutma 9)Diğer …….

8. İşinizden memnun musunuz?

1) Çok memnunum 2) Memnunum 3) Ne memnunum/ ne de değil

4) Memnun değilim 5) Hiç memnun değilim 9)Diğer……

9. Özel bir durum, hastalık veya yaralanma hariç, genel bir sağlık kontrolü (check-up) yaptırılalı ne kadar zaman oldu?

1) Hiç yaptırmadım 2) 0 - 6 ay oldu 3) 7 – 12 ay oldu 4) 1 yıl - 2 yıl olmadı

5) 2 yıl - 5 yıl olmadı 6) 5 yıl ve daha fazla oldu

10. Kan şekerinizi hiç ölçtürdünüz mü?

1) Hiç ölçtürmedim **(12. soruya geçiniz)** 2) 0 – 6 ay oldu 3) 7 – 12 ay oldu 4) 1 yıl - 2 yıl olmadı

5) 2 yıl - 5 yıl olmadı 6) 5 yıl ve daha fazla oldu 9)Diğer……

11. (ÖLÇTÜRENLER**) Kan Şekerinizin yüksek olduğu hiç saptandı mı?**

(eğer **Evet** cevabını veren **kadınsa**; "Bu durum yalnız gebelik döneminde mi oldu?")

1) Hayır, saptanmadı 2) Evet, (hatırlıyorsanız) …… mg/dL

3) Halen şeker sorunum var 4) Evet, ama gebeyken yüksekti 9)Diğer…….……

12. Kan basıncınızı hiç ölçtürdünüz mü / ölçtünüz mü?

1) Hiç ölçtürmedim **(14. soruya geçiniz)** 2) 0 – 6 ay oldu 3) 7 – 12 ay oldu 4) 1 yıl - 2 yıl olmadı

5) 2 yıl - 5 yıl olmadı 6) 5 yıl ve daha fazla oldu 9)Diğer……

13. (ÖLÇTÜRENLER**) Tansiyonunuzun yüksek olduğu hiç saptandı mı?**

(eğer **Evet** cevabını veren **kadınsa**; "Bu durum yalnız gebelik döneminde mi oldu?")

1) Hayır, saptanmadı 2) Evet, (hatırlıyorsanız) ……/…… mmHg

3) Halen Hipertansiyon sorunum var 4) Evet, ama gebeyken yüksekti 9-Diğer…….……

14. Kolesterolünüzü hiç ölçtürdünüz mü?

1) Hiç ölçtürmedim **(16. soruya geçiniz)** 2) 0 – 6 ay oldu 3) 7 – 12 ay oldu 4) 1 yıl - 2 yıl olmadı

5) 2 yıl - 5 yıl olmadı 6) 5 yıl ve daha fazla oldu 9)Diğer……

15. (ÖLÇTÜRENLER**) Kolesterolünüzün yüksek olduğu hiç saptandı mı?**

1) Hayır, saptanmadı 2) Evet, (hatırlıyorsanız) …… mg/dL

3) Halen Kolesterol sorunum var 9)Diğer……

16. Hepatit B'ye karşı bağışıklık durumunuz nasıl?

1) Bağışık değilim 2) Doğal olarak geçirip bağışık oldum 3)Aşı ile bağışıklandım

4)HBsAg taşıyıcısıyım 5)Bilmiyorum / hiç baktırmadım 9) Diğer……

17. Şu anda, tanısı konmuş herhangi bir hastalığınız / sağlık sorunuz var mı?

1) Hayır 2) Evet (açıklayın) …….

18. Genellikle sağlık durumunuz nasıl?

1) Çok iyi 2) İyi 3) Orta/Vasat 4) Kötü 5) Çok kötü

19. Son 1 ay içinde, işiniz dışında egzersiz yapma amacıyla, tempolu yürüme, koşma, fiziksel egzersiz, herhangi bir spor, bahçe işleri gibi bedensel aktiviteniz oldu mu?

1) Hayır, hiç yapmadım 2) Evet, her gün …... dk 3) Evet, haftada ……. gün/…….. dk

4) Evet, ayda …..... gün / ……. dk 9)Diğer…….……

Genellikle aşağıdaki yiyecekleri ne sıklıkta tüketirsiniz?

	Her gün	Gün aşırı	Haftada 2-3	Haftada 1	Hiç	Diğer
20.Meyve veya taze sıkılmış meyve suyu						
21.Yeşil salata veya yeşillik						
22.Sebze yemeği						

23. Genellikle, yemeklerinizin tuzluluk durumu nasıldır?

1)Çok tuzlu 2)Tuzlu 3)Normal 4)Az tuzlu 5)Tuzsuz 9-Diğer……

24. Genellikle, yemeklerinizin yağlılık durumu nasıldır?

1)Çok yağlı 2)Yağlı 3)Normal 4)Az yağlı 5)Yağsız 9-Diğer……

25. Genellikle, yemeklerinizde hangi tür yağ kullanırsınız?

1) Bitkisel sıvı yağ (zeytinyağı dâhil) 2)Bitkisel katı yağ 3)Tereyağı 4)İç yağı 9-Diğer……

26. Sigara içme durumunuz?

1) Her gün içiyorum …... adet 2) Bazı günler içiyorum 3) Hiç içmedim **(29. soruya geç)**

4) Bıraktım ..... önce **(28. soruya geç)** 9)Diğer……

27. (SİGARA İÇENLER) **Son 1 yıl içinde, bir veya daha fazla gün sigara içmeyerek, bırakmayı hiç denediniz mi?**

1) Hayır, denemedim 2) Evet ..….. Kez 9) Diğer……

28. (SİGARA İÇENLER / BIRAKANLAR) **Kaç yıldır Sigara içiyorsunuz / içtiniz?** …..……..… yıl

29. Evde, kapalı ortamda sizin yanınızda sigara içiliyor mu?

1) Her zaman 2)Genellikle 3)Bazen 4)Nadiren 5)Hiç 9)Diğer ……

30. İş yerinde, kapalı ortamda sizin yanınızda sigara içiliyor mu?

1) Her zaman 2)Genellikle 3)Bazen 4)Nadiren 5)Hiç 9)Diğer ……

31. Son 1 yıl içinde, herhangi bir Alkollü içecek içtiniz mi?

1) Hayır 2) Her gün 3) Haftada ….. kez 4) Ayda …. kez 5) Yılda …. kez

9) Diğer……

32. Genellikle yaşamınızdan ne kadar memnunsunuz?

1) Çok memnunum 2) Memnunum 3) Ne memnunum/ ne de değil

4) Memnun değilim 5) Hiç memnun değilim 9)Diğer……..……

33. Boyunuz : …….. cm

34. Şu anki kilonuz (En hafif kıyafetle): …… kg

35. Şu anki bel çevreniz (KIYEFET ALTINDAN**)** …….. cm

Araştırmamıza katıldığınız için çok teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

1962 yılında Yozgat İli Sorgun İlçesi Boğazcumafakılı köyünde doğdu. İlkokulu köyünde, orta öğrenimini 1979 yılında Sorgun Lisesi'nde tamamladı. 1980-1983 yıllarında Almanya'da bulundu. 1985 yılında askerlik görevini bitirdi. 1985-1986 yıllarında Suudi Arabistan'da bulundu. 1988 yılında Yozgat 70. Yıl Sağlık Meslek Lisesi Toplum Sağlığı bölümünü 18 aylık bir örgün eğitimle tamamladı. 3 yıl Yozgat İli Sorgun ilçesi Alcı Köyü Sağlık Ocağı'nda ve 1 yıl Sorgun Merkez Sağlık Ocağı'nda Toplum Sağlığı Memuru olarak görev yaptı. 1995 yılında, Kayseri İbrahim Yüzbaşıoğlu Sağlık Eğitim Enstitüsü Toplum Sağlığı bölümünden 89 not ortalaması ile birinci olarak mezun oldu. Aynı yıl Yozgat 70. Yıl Sağlık Meslek Lisesi'nde meslek dersleri öğretmeni olarak göreve başladı. 1997 yılında, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, Sağlık Eğitimi bölümünün açmış olduğu Lisans tamamlama programını örgün eğitimle tamamladı. 1997-1999 yıllarında Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında Yüksek Lisansını yaptı. Sağlık Meslek Lisesi'nde meslek dersleri öğretmeni olarak göreve devam ederken, yine aynı binada eğitim faaliyetini sürdüren Erciyes Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ve Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde misafir öğretim elemanı olarak 2001 yılına kadar görev aldı. 2001-2004 yıllarında Erciyes Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda Öğretim Görevlisi ve Müdür Yardımcısı olarak, 2004-2008 yıllarında Yüksekokul Müdürü olarak görev yaptı. 2007-2011 yıllarında Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında Doktorasını yaptı. Halen Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda Öğretim Görevlisi olarak görev yapmaktadır.

İletişim bilgileri:

Bozok Üniversitesi Sağlık	Tel İş: 0354-2121190- 2121137
Yüksekokulu Develik Mah.	Tel GSM: 0542-7736196
Hastane Cad.	Faks: 0354-2122653
66200 –YOZGAT	e-mail: mahmutkilic@yahoo.com