



T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
ERİŞKİN HASTALARDA BİRİNCİL KORUYUCU
SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ
VE DAVRANIŞLAR**

UZMANLIK TEZİ

DR. MELİH ANDIÇ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Güzel DİŞCİGİL

AYDIN-2019

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
ERİŞKİN HASTALARDA BİRİNCİL KORUYUCU
SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ
VE DAVRANIŞLAR**

UZMANLIK TEZİ

DR. MELİH ANDIÇ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Güzel DİŞCİGİL

AYDIN-2019

TEŞEKKÜR

Yoğun uzmanlık eğitimi ve yorucu tez sürecinde bilgi ve birikimiyle yol gösterici olan değerli hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Güzel DİŞCİGİL'e, tecrübeleriyle bizlere büyük katkıları olan hocalarım Prof. Dr. Okay BAŞAK, Prof. Dr. Serpil DEMİRAGÇI ve Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ'a,

Asistanlık eğitimimi birlikte geçirdiğim ve bana bu yolda destek olan Dr. Yahya UTLU, Dr. Melikhan KÜÇÜKTAŞCI, Dr. Yiğithan ÜNDEY, Dr. Esmâ ATICIÖZ başta olmak üzere tüm çalışma arkadaşlarıma ve tüm personelimize,

Bugünlere gelmemde büyük emekleri olan, desteklerini hep üzerimde hissettiğim değerli annem Minire ANDIÇ, babam Abdullah Aydın ANDIÇ ve kardeşim Murat ANDIÇ'e,

Zorlu bu asistanlık sürecini bana destekleri ile hiç hissettirmeyen, sevgi, sabır ve hoşgörüsünü her daim hissettiren sevgili eşim Meliha ANDIÇ'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Melih ANDIÇ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
TABLO DİZİNİ.....	iv
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
EKLER DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Aile Hekimliğinin Tanımı ve Özellikleri	2
2.2. Aile Hekimliği ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	3
2.3. Aile Hekimliğinde Danışmanlık Hizmetleri.....	4
2.4. Tütün Kullanımı	5
2.5. Alkol Kullanımı.....	6
2.6. El Yıkama ve Diş Hijyeni.....	7
2.7. Trafik Kurallarının Önemi.....	8
2.8. Cinsel Davranışlar	9
2.9. Bağışıklama	10
2.9.1. Gebelikte Aşılama	11
2.9.2. Yaşlılıkta Bağışıklama.....	12
2.9.3. Sağlık Çalışanlarında Bağışıklama.....	13
2.10. Fiziksel Aktivite	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. Araştırmanın Tipi	17
3.2. Araştırmanın Yeri.....	17
3.3. Araştırmanın Evreni	17
3.3.1. Çalışmaya Dahil Etme Kriterleri	17

3.3.2. Çalışmadan Dışlama Kriterleri	17
3.4. Verilerin Toplanması	18
3.5. Araştırma Verilerinin Analizi	19
3.6. İzinler	20
4. BULGULAR	21
4.1. Demografik Özellikler	21
4.2. Beslenme Alışkanlıkları	22
4.3. Riskli Davranışlar	25
4.4. Bağışıklama	34
4.5. Fiziksel Aktivite	37
5. TARTIŞMA	40
5.1. Beslenme Alışkanlıkları	40
5.2. Riskli Davranışlar	42
5.2.1. Hijyen	42
5.2.2. Üreme Sağlığı	43
5.2.3. Sigara	43
5.2.4. Alkol ve Emniyet Kemerleri	44
5.3. Bağışıklama	44
5.4. Fiziksel Aktivite	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
ÖZET	48
SUMMARY	50
KAYNAKLAR	52
EKLER	60

TABLO DİZİNİ

Tablo I. Sigaranın Neden Olduğu Kanserler ve Hastalıklar	7
Tablo II. Aşırı Alkol Tüketiminin Kısa ve Uzun Dönem Zararları.....	8
Tablo III. T.C. Sağlık Bakanlığı Erişkinlik Döneminde Önerilen Aşılar	11
Tablo IV. Gebelikte Önerilen Aşılar	12
Tablo V. Çalışmaya Katılanların Demografik Özellikleri.....	21
Tablo VI. Çalışmaya Katılanların Beslenme Alışkanlıkları.....	22
Tablo VII. Günlük Tüketilen Tuz Miktarı ile Eğitim Durumu İlişkisi.....	24
Tablo VIII. Haftalık Tüketilen Balık Miktarı ile Eğitim Durumu İlişkisi	24
Tablo IX. Haftalık Tüketilen Kırmızı Et Miktarı ile Eğitim Durumu İlişkisi	24
Tablo X. Haftalık Tüketilen Kırmızı Et Miktarı ile Gelir Durumu İlişkisi	25
Tablo XI. Günlük Tüketilen Su Miktarı ile Katılımcıların Yaşı Arasındaki İlişki.....	25
Tablo XII. Çalışmaya Katılanların Sigara Alışkanlıkları	26
Tablo XIII. Çalışmaya Katılanların Sigara Hakkında Bilgileri.....	27
Tablo XIV. Katılımcıların Sigara İçme Durumları ile Cinsiyet İlişkisi	27
Tablo XV. Katılımcıların Sigara İçme Durumları ile BMI İlişkisi.....	27
Tablo XVI. Çalışmaya Katılanların Alkol Alışkanlıkları.....	28
Tablo XVII. Çalışmaya Katılanların Alkol Hakkında Bilgileri	28
Tablo XVIII. Çalışmaya Katılanların Diş Hijyeni Alışkanlıkları.....	29
Tablo XIX. Diş Fırçalama Durumu ile Eğitim Durumu İlişkisi.....	29
Tablo XX. Diş Fırçalama Durumu ile Cinsiyet İlişkisi	29
Tablo XXI. Katılımcıların El Yıkama Durumu	30
Tablo XXII. Katılımcıların El Yıkama Alışkanlıkları.....	30
Tablo XXIII. Dışarıdan Eve Gelince El Yıkama Durumu ile Cinsiyet İlişkisi.....	31
Tablo XXIV. Yemek Hazırlamadan Önce El Yıkama Durumu ile Cinsiyet İlişkisi.....	31

Tablo XXV. Katılımcıların El Yıkamama Nedenleri	31
Tablo XXVI. Katılımcıların Motorlu Araç Kullanma Durumları	32
Tablo XXVII. Katılımcıların Bazı Trafik Kurallarına Uyma Durumları	32
Tablo XXVIII. Katılımcıların Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkları Bilme Durumları	32
Tablo XXIX. CYBH'ı Bilen Katılımcıların Bildikleri Hastalıkların Türü	33
Tablo XXX. Katılımcıların CYBH Korunmayı Bilme Durumları	33
Tablo XXXI. CYBH'dan Korunmayı Bilen Katılımcıların Bildikleri Korunma Yöntemleri	33
Tablo XXXII. CYBH Bilme Durumu ile CYBH'dan Korunmayı Bilme Durumu İlişkisi	34
Tablo XXXIII. CYBH'dan Korunmayı Bilme Durumu ile Eğitim Durumu İlişkisi	34
Tablo XXXIV. Katılımcıların Bağışıklama Konusunda Bilgi Durumları.....	35
Tablo XXXV. Katılımcıların Aşı Yaptırmanın Zararlı Olup Olmaması Hakkında Düşünceleri ile Yaşları Arasındaki İlişki.....	35
Tablo XXXVI. Katılımcıların Gebelerin Bağışıklaması Hakkında Bilgi Durumları.....	36
Tablo XXXVII. Katılımcıların Gebelere Aşı Yaptırmanın Zararlı Olup Olmaması Hakkında Düşünceleri ile Medeni Durumları Arasındaki İlişki	36
Tablo XXXVIII. Katılımcıların Yaşlılara Yapılan Aşıların Türleri Hakkında Bilgileri....	36
Tablo XXXIX. Katılımcıların Sağlık Çalışanlarına Yapılan Aşıların Türleri Hakkında Bilgileri	37
Tablo XL. Katılımcıların IPAQ Ölçeğine Göre Fiziksel Aktivite Durumları	37
Tablo XLI. Katılımcıların Mesleklerine Göre Fiziksel Aktivite Durumları	38
Tablo XLII. Fiziksel Aktivite ile Beden Kitle İndeksi İlişkisi.....	38
Tablo XLIII. Fiziksel Aktivite ile Yaş İlişkisi	38
Tablo XLIV. Fiziksel Aktivite ile Medeni Durum İlişkisi	38
Tablo XLV. Fiziksel Aktivite ile Gelir Düzeyi İlişkisi	39
Tablo XLVI. Fiziksel Aktivite ile Cinsiyet İlişkisi	39

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
BMI	: Body Mass Index; Beden Kitle Endeksi
CDC	: Center For Disease Control
CMV	: Citomegalovirus
CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HiB	: Haemophilus influenzae tip b
HPV	: Human Papilloma Virus
HSV	: Herpes Simplex Virus
IPAQ	: International Physical Activity Questionnaire; Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi
KİT	: Kemik İliği Transplantasyonu
KKK	: Kızamık Kızamıkçık Kabakulak
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KYTA	: Türkiye Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
MET	: Metabolik Eşdeğeri
PAH	: Polisiklik Aromatik Hidrokarbon
PSM	: Periyodik Sağlık Muayenesi
TBSA	: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TD	: Tetanoz Difteri
TDAP	: Tetanoz Difteri Asellüler Boğmaca
TEYA	: Türkiye El Yıkama Araştırması
TKrHRF	: Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması

TUİK : Türkiye İstatistik Kurumu

TURDEP : Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians



EKLER DİZİNİ

Ek 1. Etik Kurul Onayı	62
Ek 2. Veri Toplama Formu	63
Ek 3. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ)	69



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Birincil koruma tanım olarak " hastalık kişide biyolojik olarak başlamadan önce bazı önlemler alarak söz konusu hastalığın görülmesini önlemektir". Alınacak olan önlemler sadece kişiyi değil çevresini de kapsamalıdır. Alınması gereken bu önlemlere çevredeki olumsuz etmenlerin yok edilmesi ve maruziyetin önlenmesi, oluşabilecek herhangi bir kaza için alınması gereken önlemler örnek gösterilebilir (1).

Birincil koruma aile hekimlerinin olduğu kadar tüm hekimlerin içinde olduğu koruyucu hekimliğin bir parçasıdır. Birincil koruma ile hastalıkların ve komplikasyonlarının yol açacağı birçok kaybı önlemek mümkün olur.

Dünyada ve ülkemizde en sık ölüm nedenleri arasında dolaşım bozuklukları, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve endokrin, beslenme, metabolizma hastalıkları yer almaktadır (2). Bu hastalıkların önlenebilir risk faktörlerini ortadan kaldırmak için birincil koruyucu hekimlik en önemli mihenk taşıını oluşturmaktadır. Bu riskler için alınacak önlemler sadece hekimin değil, devletin sağlık politikalarında da olması gereken faaliyetlerdir (3).

Koruyucu hekimlikte önemli yapı taşlarından biride aşılamaadır. Örneğin grip salgınları nedeniyle sağlık kurumlarının iş yükünde artış, hastane yatışlarında artış, iş gücü ve eğitimde kayıp, ekonomik yük ve riskli gruplarda belli bir oranda ölümle sonuçlanmalara kadar birçok zarara neden olmaktadır (4). Bu nedenle bağışıklama koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır.

Periyodik sağlık muayenesinin bileşenlerinden biri olan birincil koruyucu yaklaşım, sağlıklı kişilerde henüz hastalık oluşmadan kişiyi olası etkenlerden korumayı amaçlamaktadır. Birincil koruyucu sağlık hizmetleri doğru beslenme, yeterli fiziksel aktivite, doğru kişisel hijyen, sigara gibi riskli davranışlardan uzak durmak ve bağışıklama gibi konularda bireysel ve toplumsal eğitimi kapsamaktadır (1,5).

Bu doğrultuda biz, bir üniversite hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların birincil koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi düzeylerini ve davranışlarını değerlendirmeyi amaçladık. Bulgularımızın, aile hekimliğinin uygulama ve danışmanlık hizmetlerinin yoğunlaşması gereken alanlarını da ortaya koyacağını düşünüyoruz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliğinin Tanımı ve Özellikleri

Aile hekimlerinin sağlık sistemleri içindeki temel rolünün tam olarak tanımlanıp kavranması; tıpla ilgili diğer meslekler, ekonomistler, sağlık hizmeti planlayıcıları, politikacılar ve özellikle de toplumda yaşayan bireyler açısından oldukça önemlidir.

Sağlık Bakanlığının aile hekimliğinin tanımına göre; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan hekimlerdir (6).

2002 yılında WONCA'nın tanımına göre aile hekimi; kişilerin yaş, cinsiyet ya da başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın ilk tıbbi temas noktasını oluşturur ve hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir (7). Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir. Aynı zamanda kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Aile hekimi sağlık kaynaklarını uygun ve en etkili şekilde kullanır. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir. Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve acil girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele almakla beraber uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir (8).

Aile hekimliği disiplinini tanımlayan çekirdek yeterlilikler vardır. Bunlar 6 temel özellikte özetlenebilir;

- ❖ Birinci basamak yönetimi
- ❖ Kişi merkezli bakım
- ❖ Özgün sorun çözme becerileri
- ❖ Kapsamlı yaklaşım
- ❖ Toplum yönelimli olma
- ❖ Bütüncül yaklaşım

Sonuç olarak bu temel yeterlikler, kullanma alanları ve temel özellikler arasındaki iç içe geçen ilişkiler disiplini tanımlar ve uzmanlık alanının karmaşıklığını vurgular. Bununla birlikte aile hekimleri etkili ve güvenli bir hasta bakımı için, kişisel yaşamlarındaki dengeleri, mevcut becerilerini ve değerleri sürdürme ve geliştirme sorumluluğundadırlar (9).

2.2. Aile Hekimliği ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Aile hekimleri cinsiyet, yaş ve hastalık ayırımı yapmaksızın topluma sürekli ve kapsayıcı hizmet vermekle sorumludurlar. Bu hizmetler bazen tedavi edici bazen de koruyucu hizmetlerdir. Toplumun sağlığını geliştirmek için tedavici edici hizmetler ile koruyucu sağlık hizmetleri birlikte sunulur (10). Koruyucu sağlık hizmetleri birincil, ikincil, üçüncül ve dördüncül korumayı kapsamaktadır (11). Korumaların bu dört formu 1999 yılında WONCA Uluslararası Sınıflandırma Komitesi tarafından Aile Hekimliği sözlüğünde yerini almıştır (12).

- Birincil koruyucu sağlık hizmetleri; Birey ya da toplum bazında ortaya çıkmadan önce sağlık sorununun nedenini ortadan kaldırmak ya da kaçınmak için yapılan eylemlerdir. Ayrıca sağlığı artırma ve spesifik korumayı da içerir. Bağışıklama, yaşam tarzı değişiklikleri, riskli davranışlardan kaçınmak vb. bu koruma düzeyine örnektir.
- İkincil koruyucu sağlık hizmetleri; Bir bireyin veya bir toplumdaki erken aşamadaki bir sağlık problemini tespit etmek için yapılan eylemlerdir. Böylece sağlık sorununun yayılması önlenir, uzun süreli etkileri azalır ve uygulanacak olan tedavi kolaylaşır. Ülkemizde yapılan serviks, meme ve kolorektal kanser taramaları ikincil koruyucu sağlık hizmetlerine örnektir (13).
- Üçüncül koruyucu sağlık hizmetleri; Akut ya da kronik sağlık sorununa bağlı fonksiyonel bozukluğu en aza indirerek, bir bireyde ya da bir popülasyondaki sağlık sorununun kronik etkilerini azaltmak için yapılan eylemlerdir. Diyabet veya hipertansiyon gibi kronik hastalıkların komplikasyonlarına yönelik yapılan periyodik muayeneler üçüncül koruyucu sağlık hizmetlerindedir.
- Dördüncül koruyucu sağlık hizmetleri; İnvazif tıbbi girişimlerden korumak için aşırı medikalizasyon riskinde olan hasta ya da toplumu tanımlamak ve onlara etik olarak kabul edilebilir bakım prosedürlerini sağlamak için atılan adımlardır.

Bu dört koruma dışında 1978 yılında Strasser tarafından önerilen bir başka koruma düzeyi de primordial korumadır. Bu koruma hastalıkların oluşmasında rolü olduğu bilinen sosyal, ekonomik ve kültürel yaşam örüntülerinin ortaya çıkmasının engellenmesidir (14). Bireylerin çocukluk döneminde obezite için risk faktörlerinin belirlenmesi ve buna yönelik girişimlerin yapılması, sigara içmenin önlenmesi için geliştirilen kapsamlı politikalar örnek gösterilebilir.

2.3. Aile Hekimliğinde Danışmanlık Hizmetleri

Aile hekiminin görev ve sorumlulukları arasında topluma ve bireylere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek vardır (15). Aile hekimi sadece tanı ve tedavi hizmetleri ile ilgilenmez aynı zamanda hastalarına danışmanlık hizmeti de verir.

Günümüzde birçok kronik hastalığın prevalansı dünyada hızla artmaktadır. Özellikle ülkemizde bu artış çok dikkat çekicidir. Örneğin Türkiye’de 1997-1998 yılları arasında yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP-I) çalışması ile aynı çalışmanın tekrarı niteliğinde 2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasının sonuçları kıyaslandığında diyabet prevalansı yaklaşık %90 artarak %13.7 olarak raporlanmıştır (16). Bu kadar hızla artan kronik hastalıkları kontrol altına alma konusunda birinci basamağın önemi ortadadır.

Bir bireyin gündelik hayatta yaptığı davranışları ve alışkanlıkları değiştirmek oldukça zordur. Ancak bireyin yaptığı riskli davranışları ve yanlış yaşam biçimini değiştirmek kendi elinde olduğu kadar aile hekiminin sorumluluğundadır. Davranışları özellikle yetişkin bireylerde birden değiştirmek zordur. Bu konuda aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerinden olan özgün problem çözme becerisi ve hasta ile ortak zemin buluşma ön plana çıkmaktadır (8).

Sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi koruyucu hekimlik açısından gereklidir. Sağlık yönünde yapılan bir değişikliğin hastanın ve toplumun sağlığına faydası katlanarak artacaktır. Örneğin sigara dünyada önlenemez en önemli ölüm nedenlerinden biridir. Dünyada ölüm nedenleri arasında en sık görülen altı tanesi için risk faktörüdür. Bunlar; iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, alt solunum yolu enfeksiyonu, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), tüberküloz ve akciğer kanseridir (17). Sigaranın başlanması engellenerek oluşacak birçok hastalık önlenmiş olur.

Aile hekiminin hastada yapması gereken yaşam tarzı değişikliklerden bazıları; tütün, alkol ve uyuşturucu madde kullanım bırakılması, riskli cinsel davranışlar konusunda bilgilendirme, kişiye özel beslenme ve fiziksel aktivite önerileri olarak sayılabilir.

2.4. Tütün Kullanımı

Tütün kullanımı dünyada önlenebilir mortalite ve morbidite nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır (18). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2017 verilerine göre dünyada 1,1 milyar kişi sigara içmektedir ve her yıl yaklaşık 7 milyondan fazla insan sigara nedeni ile erken yaşta ölmektedir (19).

Ülkemizde tütün tüketimi prevalansı ile ilgili yapılan en büyük çalışma 2008 ve 2012 yıllarında yapılan Türkiye Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA)'dır. KYTA- 2012'ye göre 15 yaş üzerinde erkeklerin %41,3'ü, kadınların %13,0'ü; toplamda her yüz kişiden 27'si sigara içmektedir. Yine KYTA verilerine göre 2008 ile 2012 yılları arasında Türkiye'de tütün kullanım prevalansı %31,3'den %27,1 değerine düşmüştür. Erkeklerde tütün kullanım prevalansı %47,9'dan %41,5'e, kadınlarda ise %15,2'den %13,1'e düşmüştür (20).

Devletler tütün vergisi ile her yıl yaklaşık 190 milyar dolar tüketim vergisi kazanmakta, ancak tütün kontrolü için yılda 1 milyar dolardan az para harcamaktadır (21). Küresel bağlamda tütün ilişkili sağlık hizmeti harcamalarının kişi başı maliyeti 56 dolar ve yıllık 422 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. Tütün kullanımı hastalık ve erken ölüm nedeniyle iş kaybına sebep olacağından dolayı bu harcamaların toplam maliyeti yıllık 1 trilyon doları bulmaktadır (22).

Sigara yandığı zaman 4000'den fazla kimyasal madde ortaya çıkar. Tütün dumanında en güçlüleri PAH'lar, N-nitrozaminler, aromatik aminler, aldehitler, benzen ve butadien olan yaklaşık 60 adet kanserojen madde bulunmaktadır (23). Bu kanserojen maddeler bir çok hastalığa ve kansere neden olmaktadır.

Tablo I. Sigaranın Neden Olduğu Kanserler ve Hastalıklar (23)

Akciğer kanseri	Mide kanseri	Vasküler demans
Kolorektal kanserler	Mesane kanseri	Periodontit
Orofarinks kanserleri	Böbrek kanseri	Maküler dejenerasyon
Osteoporoz	Nazofarinks kanseri	Lösemi
Katarakt	Tüberküloz	KOAH
İşitme kaybı	Tip 2 diyabet	İnfertilite
Peptik ülser	Özefagus kanseri	Spontan abortus
Karaciğer kanseri	Koroner arter hastalığı	Ciltte erken yaşlanma
Serviks kanseri	Aort anevrizması	Pankreas kanseri
Düşük doğum ağırlığı	Serebrovasküler hastalık	Ani bebek ölümü sendromu

Sigaranın sağlık risklerinin farkındalığını artırma, sigara içenlerin sigarayı bırakmaları konusunda motive olmalarını sağlamada ve sigarayı bırakmak isteyenlere yardımcı olmada başta hekimler olmak üzere bütün sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir (24). Hekimlerin sigara içen kişilerde sigarayı bırakmalarına yönelik danışmanlık yapmalarının, öneride bulunmalarının ve desteklemelerinin, onları sigarayı bırakma konusunda motive ettiği, cesaretlendirerek sigara bırakma konusunda yarar sağladığı bilinmektedir (25,26). Bu nedenle aile hekimleri kendilerine kayıtlı hastalarının sigara içme durumlarını sorgulamalı ve bırakmak isteyenlere yardımcı olmalıdır.

2.5. Alkol Kullanımı

Toplumun ve bireylerin sağlığının gerek geliştirilmesi gerekse iyileştirilmesi için, sağlık kuruluşlarında "T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu"nda yer aldığı gibi 18 yaş ve üzeri bireylerde alkol kullanım durumunun sorgulanması ve bu konuda bilgi verilmesi önerilmektedir (27).

Bir çok ülkede bağımlılık düzeyinde alkol içilmesi ergenlerden başlayarak giderek artan bir sorundur. Alkol tüketimi, otokontrolü azaltır ve riskli davranışları artırır. Bu durum ise şiddetin (özellikle aile içi şiddet) ve erken ölümlerin (trafik kazaları dahil) birincil nedenidir (28). Alkol tüketiminin kısa ve uzun vadede birçok zararları vardır (29).

Tablo II. Aşırı Alkol Tüketiminin Kısa ve Uzun Dönem Zararları

Kısa Dönem Zararları	Uzun Dönem Zararları
Koordinasyon kaybı	Alkolik hepatit
Donuk algı	Siroz
Hipotermi	Steatoz
Bayılma	Pankreatit
Kusma	Kanserler(Karaciğer,kolorektal,özofagus,meme, Orofarengeal,mesane,böbrek vb.)
Eleştirel yargı kaybı	Kardiyomiyopati
Soluk cilt	Hipertansiyon
Nöbetler	Eretil disfonksiyon, düzensiz menstrasyon
Uyku bozuklukları	Osteoporoz
	Major depresyon, anksiyete
	Aritmiler

Alkollü içki kullanımı saptandığında, öneri ve danışmanlık vermek zararlı kullanımı azaltmaya katkı sağlar (30).

2.6. El Yıkama ve Diş Hijyeni

Ağız ve diş sağlığı sorunları dünyada yaygın olarak görülen önemli halk sağlığı sorunlarından. Ağız ve diş sağlığı, sağlığın önemli bir parçası ve yaşam kalitesinin belirleyicilerindedir. Ağız ve diş sağlığına ayrıca önem veren Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2008 yılında bütün dünya ülkelerinde yaygın bir şekilde ağız ve diş eti hastalığı görüldüğüne dikkat çekmiştir (31).

Ağız ve diş sağlığı genel sağlık ile doğrudan ilişkilidir. Vücudun herhangi bir bölgesini etkileyen bir durum ağızda da bulgu verebilir, ya da tam tersi ağızdaki bir enfeksiyon solunum ve kan dolaşımı yoluyla vücudun farklı bölgelerine taşınıp genel sağlığı bozabilir. Ağız ve diş sağlığı birçok faktörden etkilenir. Bunlardan bazıları; beslenme şekli, ağız bakımının iyi ve yeterli olup olmaması, florürlü ürünlerin kullanımı, ağızda bulunan mikroorganizmalar, yaş, genetik faktörler, sistemik hastalıklar, kullanılan ilaçlar örnek gösterilebilir (32). 2004 yılında, erişkin ve yaşlılarda yapılan bir çalışmaya göre, 35-44 yaş arasındaki bireylerin %4.9'unun hiç diş hekimine gitmediği, gidenlerin de %88.2'sinin şikâyeti olduğu zamanlarda diş hekimine gittikleri saptanmıştır (33). Bir çok kişi, insan hayatını doğrudan tehdit etmediği için ağız ve diş sağlığına hak ettiği önem ve öncelik vermemektedir (34). Çocukluk çağlarından itibaren kazanılması gereken ağız hijyeni ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları birçok ülkeye ekstra maliyet yükleyen pahalı diş tedavilerinin de önlenmesini sağlayacaktır.

Dünyada ölüme yol açan hastalık yükünün dağılımı içinde ilk iki sırada alt solunum yolu enfeksiyonları ve diyare yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından hijyen eğitimi ve el yıkamanın geliştirilmesinin, diyare olgularının %45'e kadar azaltılmasını sağlayabilen basit ve maliyet olarak etkin bir uygulama olduğunu belirtmektedir (35). El yıkama sadece oral fekal bulaşan hastalıklar için değil solunum yolu ile bulaşan hastalıklar için de temel korunma yöntemleri arasında yer almaktadır. Yapılan bazı müdahale çalışmaları, el yıkamanın geliştirilmesi ile solunum yolu enfeksiyonları sıklığının azaltıldığını (%6 ile %44 arasında) göstermektedir (36). Özellikle çocukluk döneminde kazanılan el temizliği davranışları önemli bir belirleyici olmakta ve sonradan davranış değişikliği kazandırılması zor olabilmektedir. Sosyal çevrede el yıkayan birilerinin var olması da el yıkama davranışının belirleyicileri arasında yer almaktadır. Bunların yanı sıra el yıkamak için uygun olanakların olması gibi çevresel etmenler de belirleyici olmaktadır.(37)

2.7. Trafik Kurallarının Önemi

Tüm sistemlerde olduğu gibi, trafik sisteminde de sistemi oluşturan öğelerden her biri, bir yandan kendi etkilerken diğer yandan diğer öğeleri etkilemekte ve onlardan etkilenmektedir. Dolayısıyla, öğelerden birinde gerçekleşen olumlu ya da olumsuz bir değişme diğerleri üzerinde de olumlu ya da olumsuz etki yaratabilmektedir. Örneğin, kuralların öngördüğü sınırların üzerinde hız yapan bir sürücünün yol açtığı bir kaza kendisinin yanı sıra hem araca hem de çevreye zarar verebilmektedir. Yapılan kaza sonucu birçok zarar ortaya çıkmakta, bunlardan en ciddi olanları da kişide ve çevresindekilerde oluşan sağlıkta meydana gelen zararlardır.

Kaza risk faktörlerinden insanla ilgili faktörler: yaş ve cinsiyet gibi demografik özellikler, yorgunluk, sağlık problemleri, alkol ya da uyuşturucu almak gibi fizyolojik özellikler, dikkat eksikliği ve dalgınlık gibi psikolojik özellikler, risk almaya yatkın olma gibi davranışsal özellikler, kask, emniyet kemeri ve çocuk güvenlik sistemi kullanmamak ve sürücünün tecrübesi ve pratik durumu sayılmaktadır. Ancak insan faktörleri arasında hız, alkol ve dikkatsizlik, temel kaza sebepleri olarak ön plana çıkmaktadır (38). Bundan dolayı aile hekimi riski yüksek kişileri uyarmalı ve oluşabilecek zararlar hakkında bilgilendirme yapmalıdır.

2.8. Cinsel Davranışlar

Üreme sağlığı: 'Üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır' olarak tanımlanmaktadır. Üreme Sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir (39). Bu konuda istenmeyen gebelikler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) konusunda danışmanlık vermek gerekir. Gebelik isteniyorsa güvenli annelik yaklaşımı, istenmiyorsa aile planlaması yöntemleri konusunda danışmanlık verilmelidir. CYBH'lar ile ilgili bulaşma yolları ve nasıl korunulması gerektiği ile ilgili danışmanlık hizmeti verilmelidir. Bu konu gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde aynı önem derecesindedir (39).

CYBH'ların çoğunun bildirimi zorunludur. Bu enfeksiyonlar arasında en yaygın olarak bilinenleri gonore, sifiliz, klamidya ve HIV olmasına karşın cinsel yolla bulaşma özelliği olan ve bu gruba giren enfeksiyon/hastalık durumlarına neden olabilen 30'dan fazla mikroorganizma belirlenmiştir (39). Bu mikroorganizmalar virüs, bakteri, protozoon gibi çeşitli olup, neden oldukları hastalıklar genital, oral, anal, faringeal, oftalmik ya da sistemik belirtilere yol açabilmektedir

Bu hastalıklar şunlardır ;

- AIDS(HIV) ,
- Frengi (Sifiliz) ,
- Human Papilloma Virus ,
- Neisseria Gonore ,
- Klamidya enfeksiyonları ,
- Mantar enfeksiyonları (Kandidiazis) ,
- Hepatit virüsleri ,
- Trikomonas (40) .

CYBH'ın geçişinden korunmada bazı yöntemler vardır. Riskli cinsel ilişkiden kaçınmak ve kondom kullanmak geçişi büyük ölçüde azaltır. Riskli cinsel ilişkiler ; birden fazla cinsel eşe sahip olmak, son bir yıl içinde geçirilmiş CYBH öyküsü, para, mal, yiyecek ya da ilaç karşılığı cinsel ilişkiye girmek ve vajinayı kurutucu ajanlar kullanmak olarak tanımlanmaktadır (39). Üreme sağlığında uygulanan tüm hizmetlerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolü büyüktür. Bu hizmetler mutlaka ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile birlikte desteklenmelidir.

2.9. Bağışıklama

Bağışıklama bulaşıcı hastalıklardan bireyi ve yayılmasını önleyerek toplumun korunmasını sağlar.

Bağışıklama bireyin yaşam kalitesini artırır, ayrıca sağlıkla ilgili harcamaları azaltır. Maliyet-etkinlik değerlendirmeleri aşuların en ucuz sağlık hizmeti olduğunu göstermektedir (41). Aşı ile önlenebilen hastalıklar her yaş grubunu etkilemekte ve ABD'de her yıl yaklaşık 45.000 kişinin ölümüne sebep olmaktadır (42). Çocukluk çağında aşılanmamış kişilerin bulunması ve kimi aşuların yaşam boyu bağışıklık bırakmaması erişkin dönem aşulamalarını çok önemli kılmaktadır (43).

Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Derneği'nin 2016 yılında yayınladığı Erişkin Bağışıklama Rehberi'ne göre difteri, tetanos, boğmaca, grip, pnömokok, hepatit A, hepatit B, suçiçeği, zona, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, meningokok, Human Papilloma Virus (HPV), Haemophilus influenzae tip b (Hib) ve kuduz aşularının erişkin dönemde yapılması önerilmektedir (4).


Ülkemizde erişkinlerde aşı ile önlenebilir hastalıklardan korunma amaçlı olarak “Genişletilmiş Bağışıklama Programı” kapsamında aşı uygulamaları yapılması önemlidir.

Risk gruplarına Td (primer doz 0-1-6 ay tamamlandıktan sonra 10 yılda bir rapel), hepatit B, meningokoksik menenjit, pnömokok, mevsimsel grip, hepatit A (6 ay ara ile 2 doz), suçiçeği (1 ay ara ile 2 doz) ve KKK aşuları yapılmalıdır. Gebelere 1 ay ara ile uygulanmakta olan 2 doz Td aşısı 5 doza tamamlandığında doğurganlık çağı boyunca tetanozdan korunmak mümkündür (4) .

Tablo III. T.C. Sağlık Bakanlığı Erişkinlik Döneminde Önerilen Aşılar

AŞI	18-49 YAŞ	50-64 YAŞ	65 > YAŞ
Tetanoz-difteri (Td) aşısı	Her 10 yılda bir rapel doz aşısı		
Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK) aşısı	1 veya iki doz aşısı		
Hepatit B aşısı	3 doz aşısı (0,1 ve 6.aylar)		
İnfluenza aşısı	Yılda bir doz aşısı		Yılda bir 1 doz aşısı
Pnömonok polisakkarid aşısı	1-2 doz aşısı		1 doz aşısı
Hepatit A aşısı	2 doz aşısı (0,6 veya 18.aylar)		
Suçiçeği aşısı	2 doz aşısı (0-1 veya 2.aylar)		
Meningokok aşısı	1 veya daha fazla doz aşısı		
*Risk grupları: Gebeler, HIV enfeksiyonlu hastalar, kanser hastaları, solid organ veya KİT transplantasyonu yapılan hastalar, asplenik hastalar, sağlık personeli, kronik hastalıkları olanlar (diyabetik hastalar, kronik karaciğer, kalp, akciğer hastaları, son dönem böbrek yetmezliği hastaları)'dır.			

 İmmunitesi sağlam ve kontrendikasyon olmayan bireyleri kapsar.

 *Risk faktörü olan ve kontrendikasyonu olan bireyleri kapsar.

2.9.1. Gebelikte Aşılama

Asıl olan, bireylerin gebe kalmadan önce rutin olarak yapılması gereken erişkin aşıları yaptırmasıdır. Tam aşı olmak hem erişkinin, hem de doğacak olan bebeğin korunmasını sağlar. Canlı aşıların fetusa geçebilme potansiyeli olduğundan ve abortus, erken doğum veya sekelli doğumlarla sonlanabileceğinden gebelere uygulanmamalıdır. Canlı aşılar, planlanan gebelikten en az bir ay önce uygulanmalıdır. İnaktive aşılar gerekli ise hem gebelikten önce, hem de gebelik döneminde uygulanabilir (4).

Tablo IV. Gebelikte Önerilen Aşılar

Aşı	Öneriler
Tetanoz-Difteri (TD)	16.hafta ile 36.hafta arası yapılır. Uygulama şeması; İlk doz gebeliğin 16. haftasında, 2. doz ilk dozdan en az 1 ay sonra 3. doz 2. dozdan en az 6 ay sonra 4. doz 3. Dozdan en az 1 yıl sonra 5. doz 4. Dozdan en az 1 yıl sonra Beş doz aşı tamamlanmış kadınlarda her gebelikte 1 doz aşı tekrarı önerilir. Mümkünse Tdap olarak uygulanması uygundur. *
İnfluenza	Gebeleri korumasının yanı sıra, oluşan maternal antikorlar plasentadan geçerek bebeği korur.
Hepatit A	Gebelik esnasında rutin uygulama yapılmaz. Yüksek risk altında olanlara uygulanır. Uygulama şeması; 0,6-12. ay.
Hepatit B	Hepatit B'ye bağışıklığı yoksa uygulanabilir. Aşı hem anneyi hem de doğumdan sonra bebeği korur. Uygulama şeması 0- 1-6. aydır.
Pnömonokok	Fetüs açısından güvenilirliği net değil. Yüksek risk altındaki kişilere zorunlu ise uygulanır. 23 valanlı tip uygundur. 13 valanlı ile ilgili henüz bilgi yoktur.
Meningokok	Tıbbi endikasyon yoksa rutin olarak önerilmez
İnaktive Polio	Tıbbi endikasyon yoksa rutin olarak önerilmez
Oral Polio	Canlı atenue aşı önerilmez.
Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK)	Canlı virüs içerir, önerilmez. Yapılmışsa 4 hafta gebe kalmaması önerilir. Gebelik durumu bilinmeden yapılmışsa takip edilir, tıbbi küretaj endikasyonu yoktur. *
Zona	Canlı atenue aşı önerilmez. Yapılmışsa 4 hafta gebe kalmaması önerilir.
Su Çiçeği	Canlı atenue aşı önerilmez. Yapılmışsa 4 hafta gebe kalmaması önerilir.
Human Papilloma Virüs Aşısı (HPV)	Gebelerde yapılmış çalışma azdır. Güvenli olduğu görülmüş olmasına rağmen gebelik döneminde önerilmez.

*CDC (Center for Disease Control) önerisi

2.9.2. Yaşlılıkta Bağışıklama

Yaşlılık döneminde özellikle yapılması önerilen üç aşı pnömokok, influenza ve herpes zoster aşılarıdır. Ayrıca yaşlıların aşıyla önlenabilir hastalıklar ve komplikasyonlarından korunabilmesi için çevrelerindeki bireylerin de aşılanması önerilir (4).

65 yaş üzeri bireylere sadece inaktive influenza aşısı uygulanmalıdır. Aşının her yıl tek doz tekrarlanması önerilir (4).

Herpes zoster aşısı 60 yaş üzerindeki immunokompetan erişkinlere, herpes öyküsü olup olmamasına bakılmaksızın, herpes zoster ve postherpetik nevraljiden koruma amacıyla tek doz önerilmektedir (4).

Gerektiği zaman yaşlılara, erişkin dönemde olduğu gibi başka aşıların (tetanoz, difteri, boğmaca, suçiçeği, hepatit, meningokok, kuduz, tifo, kolera) yapılması da önerilebilir (4).

2.9.3. Sağlık alışanlarında Bağışıklama

Erişkin aşılması kapsamında, aşılama nerileri olan risk gruplarından birisi de sağlık çalışanlarıdır. Sağlık alışanları; sağlık eğitimi almış olsun ya da olmasın, hasta ile teması olan tüm personel olarak da tanımlanabilir. Sağlık alışanlarında ortaya çıkan aşı ile önlenebilen enfeksiyonlar, tıbbi sonuçlarının yanı sıra, doğrudan ve dolaylı maliyetlere de neden olabilir (4).

Sağlık alışanlarında önerilen başlıca aşılar; hepatit b, influenza, kkk, tetanoz, suçiçeği ve hepatit a'dır (4).

2.10. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite: Günlük yaşam içerisinde, iskelet kasları kullanılarak yapılan ve enerji harcamasını gerektiren her türlü hareket fiziksel aktivite olarak tanımlanır (44).

Dünya Sağlık rgt 2012 yılı sağlık verilerine göre Türkiye'de mortaliteye neden olan hastalıklar; %49 kardiyovasküler hastalıklar, %18 kanser, %9 solunum yolu hastalıkları, %2 Tip 2 diyabet olarak belirtilmektedir (45). Aile hekimleri, sağlıklı bir hayatın sürdürülmesi için, , kronik hastalıkların tedavisinin bir parçası olarak veya rehabilitasyon hizmetleri için farklı düzey ve nitelikte fiziksel aktivite önerisinde bulunmalıdırlar. Bunun yanı sıra, başta kas iskelet sistemi rahatsızlıkları olmak üzere fiziksel aktivite sırasında oluşabilecek hastalıklarla ilgili önlemler alınmalıdır. Sağlıklı bireylerin yapacağı egzersizler dşkte olsa risk oluşturabilir. Ancak genel sağlık için esas büyük riski inaktivite ve obezite oluşturmaktadır (44).

Fiziksel aktivitenin birçok sistem üzerinde etkileri vardır (44). Bu etkiler şöyle sıralanabilir:

A. Kas İskelet Sistemi zerindeki Etkileri:

- Kas kuvveti ve miktarının korunması ve arttırılması,
- Zıt yönde çalışan kaslar arasındaki dengenin sağlanması,

- Kas-eklem kontrolünü arttırarak dengenin sağlanması,
- Eklem hareketliliğinin korunması ve arttırılması,
- Kas ve eklemlerin esnekliğinin korunması ve arttırılması,
- Dayanıklılığın arttırılması,
- Reflekslerin ve reaksiyon zamanının gelişmesi,
- Vücut düzgünlüğü ve postürün korunması,
- Vücut farkındalığının gelişmesi,
- Denge ve düzeltme reaksiyonlarının gelişmesi,
- Yorgunluğun azaltılması, kas kasılması ve aktivitenin etkisiyle kemik mineral yoğunluğunun arttırılması ve korunması, osteoporozun önlenmesi,
- Olası yaralanma ve kazalara karşı bedensel korunma geliştirilmesi.

B. Diğer Vücut Sistemleri Üzerine Etkileri:

- Kalbin dakikadaki atım sayısında azalma,
- Kalbin boşluklarında genişleme sonucu bir atımda pompalanan kan miktarında artış,
- Kalp ritminin düzenlenmesi,
- Damar direncini azaltarak kan basıncının düzenlenmesi,
- Yüksek kan kolesterol ve trigliserid düzeylerini etkileyerek damar hastalıkları riskini azaltması,
- Akciğerlerin havalanması ve solunum kapasitesinde artış,
- Düzenli fiziksel aktivite ile insülin aktivitesinin kontrolü ve kan şekerinin düzenlenmesi,
- Vücudun su, tuz, mineral kullanımının dengelenmesi,
- Enerji gereksinimini yağları yakarak karşılama özelliğinin geliştirilmesi,
- Metabolizmanın hızlandırılması ve kilo alımının önlenmesi.

C. Ruh Sağlığı ve Sosyal Gelişim Üzerine Etkileri

- Bireyin kendini iyi hissetmesini sağlaması ve mutluluk oluşturması,
- Depresyon ve kaygı bozukluğu riskini azaltması,
- Sağlıklı kas, kemik ve eklem yapısı üzerine olumlu etkileri nedeniyle vücut dözgünlüğü ve farkındalığını geliştirerek bedeni ile barışık, özgüvenli bireyler yaratması,
- İletişim becerilerini geliştirmesi,
- Olumlu düşünebilme ve stresle başa çıkabilme yeteneğini geliştirmesi,
- Benlik saygısı ve özgüvende artma,
- Zihinsel yetilerde düzelme,
- Sosyal ilişkilerde gelişme,
- Yorgunluk hissinde azalma.

D. Yaşlılık Üzerine Etkileri

- Olası ani ve sistemik hastalıklar nedeniyle ölüm riskini azaltması,
- Kanseri gelişim riskini azaltması,
- Vücut direncinin artması ve enfeksiyonlara karşı koruma geliştirilmesi,
- Kas-iskelet sistemini güçlü tutarak yaşlılıkta sık görülen düşmeler ve düşmelere bağlı kırık riskini azaltması,
- Denge ve düzeltme reaksiyonlarının gelişmesi ile yaşlılıkta sık görülen düşmelerin önlenmesi,
- Depresyon, anksiyete ile başa çıkma gücünü arttırması, bireylerin yaşamdan keyif almasını sağlaması,
- Sağlıklı yaşlanmayı sağlaması,
- Daha aktif yaşlı bireyler yaratması.

Sağlıklı yetişkinlerde aerobik fiziksel aktivitede, haftada 300 dakika orta Őiddette bir yoğunluklu veya haftada 150 dakikalık Şiddetli yoğunluklu veya bunun eŐdeđer bir kombinasyonuna sahip egzersizin kademeli bir artıŐı tavsiye edilir (46).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 15 Eylül - 15 Kasım 2018 tarihleri arasında başvuran tüm 18 yaş ve üstü bireylerin birincil koruyucu sağlık hizmetleri hakkında bilgi düzeyi ve davranışlarını değerlendirmeyi amaçlayan tek merkezli, tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 15 Eylül 2018- 15 Kasım 2018 tarihleri arasında başvuran, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan, tüm 18 yaş ve üstü bireyler oluşturmaktadır.

3.3.1. Çalışmaya Dahil Etme Kriterleri

18 yaş ve üstünde olmak

Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak

3.3.2. Çalışmadan Dışlama Kriterleri

18 yaş altında olmak

Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve/veya kooperasyon güçlüğü olan hastalar çalışmaya alınmamışlardır.

Belirtilen süreler içerisinde aile hekimliğine başvuran 555 kişiden; 5 kişi 18 yaş altı, 30 kişi kooperasyon güçlüğü olduğu için, 397 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmediği için araştırmaya dahil edilmemiştir. Gönüllü olan 123 kişi ile araştırma tamamlanmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler birincil koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan bir anket formu ve IPAQ (Uluslararası fiziksel aktivite anketi) kısa formu aracılığıyla toplanmıştır.

Uygun kriterlere sahip olan bireylere sosyodemografik özellikler ve birincil koruyucu sağlık hizmetleri hakkında bilgilerini değerlendirmek amacıyla literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Anket formu, sosyodemografik özellikleri içeren toplam 12 soru, beslenme ve yeterli miktarda sıvı tüketimini içeren 19 soru, riskli davranışlar konusunda 24 soru, bağışıklama konusunda 9 ve fiziksel aktivite durumunu saptayabilmek için 7 soruluk IPAQ ölçeğini içeren toplam 71 sorudan oluşmaktadır. Anketteki beslenme ile ilgili sorular T.C. Sağlık Bakanlığı Beslenme Rehberi 2015 referans alınarak hazırlanmıştır.

IPAQ anketinin kısa formu; yürüme, orta şiddetli ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman ve otururken harcanan zaman hakkında bilgi sağlayan 7 sorudan oluşan bir ölçektir. Kısa formun toplam skorunun hesaplanması yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin süre (dakikalar) ve frekans (günler) toplamını içermektedir. Aktiviteler için gerekli olan enerji MET-dakika skoru ile hesaplanır. Bu aktiviteler için standart MET değerleri oluşturulmuştur. Bunlar;

Yürüme = 3.3 MET

Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite = 4.0 MET

Şiddetli Fiziksel Aktivite = 8.0 MET

Oturma = 1.5 MET

Bu değerler kullanılarak son 1 haftalık fiziksel aktivite seviyesi hesaplanır.

- Yürüme MET-dk/hafta = 3.3 X yürüme dakikası X yürüme gün sayısı
- Orta şiddetli MET-dk/hafta = 4.0 X orta şiddetli aktivite dakikası X orta şiddetli aktivite yapılan gün sayısı

- Şiddetli MET-dk/hafta = 8.0 X şiddetli aktivite dakikası X şiddetli aktivite yapılan gün sayısı

Toplam, MET-dk/hafta = (yürüme + orta şiddetli+ şiddetli + oturma) MET-dk/hafta

Bu skorlamadan sonra elde edilen sayısal verilere göre sınıflandırma yapılmaktadır. Buna göre 3 aktivite seviyesi vardır:

i. İnaktif (Kategori 1) : En alt fiziksel aktivite seviyesidir. Kategori 2 ve 3 içine dâhil edilemeyen durumlar inaktif olarak düşünülür.

ii. Minimal Aktif (Kategori 2): Aşağıdaki kriterlerden herhangi birine girenler minimal aktiftir.

- a. 3 veya daha fazla gün en az 20 dakika şiddetli aktivite yapmak
- b. 5 veya daha fazla gün orta şiddetli aktivite veya yürümenin günde en az 30 dakika yapılması
- c. Minimum 600 MET-dk/haftayı sağlayan 5 veya daha fazla gün yürüme ve orta şiddetli aktivitenin birleşimi

iii. Çok Aktif (Kategori 3): Bu ölçüm yaklaşık olarak en az günde bir saat veya daha fazla olan orta şiddetli bir aktiviteye eşittir. Bu kategori, sağlıkla ilgili yararların sağlanmasında gereken düzeydir.

- a. Minimum 1500 MET-dk/haftayı sağlayan en az 3 gün şiddetli aktivite veya
- b. Minimum 3000 MET-dk/haftayı sağlayan 7 veya daha fazla gün yürüme, orta şiddetli veya şiddetli aktivitenin kombinasyonu

3.5. Araştırma Verilerinin Analizi

Toplanan veriler SPSS 18.0 İstatistik Paket Programı veri tabanına girilerek istatistiksel değerlendirmeler yapıldı. Tanımlayıcı analizler; sayı, yüzde, ortalama, ortanca, minimum ve maksimum değer şeklinde yapılmış olup; kategorik verilerin analizinde Pearson

Ki-kare, Fisher's Exact ve Continuity correction testi kullanıldı. Tip I hata düzeyi $\alpha=0,05$ olarak alınmıştır ($p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir).

3.6. İzinler

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2018/1450 protokol numarası ile 15.08.2018 tarihli 17 no'lu kararlı ile gerekli izin alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm bireylerden anket formu ve ölçekler uygulanmadan önce bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır



4. BULGULAR

4.1. Demografik Özellikler

Çalışmaya katılan 123 kişinin yaş ortalaması 32 ± 15 yıl (18-73 yaş aralığı) idi. Katılımcıların 64 (%52)'ü kadın, 59 (%48)'u erkekti. Çalışmaya katılanların sosyodemografik özellikleri Tablo V'da verilmiştir.

Tablo V. Çalışmaya Katılanların Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	S (%)
Cinsiyet	
Kadın	64 (52)
Erkek	59 (48)
Yaş	
18-30	71 (58)
31-50	32 (26)
51-73	20 (16)
Ortalama	$32,36\pm 15,05$
Boy	
Kadın	$162,7\pm 7,4$ cm
Erkek	$176\pm 6,1$ cm
Toplam	$169,1\pm 9,5$ cm
Kilo	
Kadın	$67,1\pm 14$ kg
Erkek	$79,3\pm 14,2$ kg
Toplam	$73\pm 15,3$ kg
BMI	
Kadın	$25,3\pm 5,4$ kg/m ²
Erkek	$25,5\pm 4,5$ kg/m ²
Toplam	$25,4\pm 4,9$ kg/m ²
Medeni Durum	
Evli	51 (41)
Bekar	72 (59)
Evde yaşayan kişi	
4 kişi ve altı	100 (81)
4 kişi üstü	23 (19)
Gelir düzeyi	
Asgari ücret altı	19 (15)
Asgari ücret	19 (15)
Asgari ücret-yoksulluk sınırı	48 (40)
Yoksulluk sınırı üzeri	37 (30)
Eğitim durumu	
İlkokul ve altı	15 (12)
8-12 yıl	66 (54)
12 yıl üstü	42 (34)

Tablo V. Çalışmaya Katılanların Demografik Özellikleri (Devamı)

Demografik Özellikler	S (%)
Meslek	
Öğrenci	53 (43)
Memur	27 (22)
Ev hanımı	14 (12)
İşçi	11 (9)
Serbest meslek	9 (7)
Emekli	9 (7)
Sosyal güvence	
Var	122 (100)
Yok	1 (0)
Yerleşim yeri	
Kentsel	108 (88)
Kırsal	15 (12)

4.2. Beslenme Alışkanlıkları

Çalışmaya katılanların 111 (%90)' i günde 2-3 arası öğün tüketirken sadece 1 (%1) katılımcı günde 1 öğün tüketiyordu. Düzenli sabah kahvaltısı yapan 77 (%62) katılımcı, düzenli akşam yemeği tüketen 84 (%68) kişiydi.

Çalışmaya katılanlardan 74 (%60) 'ü kolesterolden zengin besinler hakkında bilgi sahibi değilken 38 (%31) katılımcı kısmen bilgi sahibiydi. 52 (%42) katılımcı satın aldığı gıdaların etiketlerini düzenli okurken, 43 (%35) katılımcı okumuyor ve 28 (%23) katılımcı kısmen etiketleri okuyordu.

Çalışmaya katılanların beslenme alışkanlıkları Tablo VI'de verilmiştir.

Tablo VI. Çalışmaya Katılanların Beslenme Alışkanlıkları

	s (%)
Günlük Tüketilen Öğün Sayısı	
1 öğün	1 (1)
2-3 arası öğün	111 (90)
4-5 arası öğün	11 (9)
Düzenli Sabah Kahvaltısı	
Evet	77 (62)
Hayır	28 (23)
Bazen	18 (15)
Düzenli Akşam Yemeği	
Evet	84 (68)
Hayır	39 (32)
Düzenli Ara Öğün	
Evet	117 (95)
Hayır	6 (5)
Her Gün Meyve-Sebze Tüketim	
Evet	80 (65)
Hayır	23 (19)
Bazen	20 (16)

Tablo VI. Çalışmaya Katılanların Beslenme Alışkanlıkları (Devamı)

	s (%)
Kolesterolden Zengin Besinleri Bilme Durumu	
Biliyorum	11 (9)
Bilmiyorum	74 (60)
Kısmen	38 (31)
Gıdaların Etiketlerini Düzenli Okuma Durumu	
Okurum	52 (42)
Okumam	43 (35)
Bazen	28 (23)
Günlük Tüketilen Tuz Miktarı	
Ortalama <5 gr	91 (74)
Ortalama >5 gr	32 (26)
Yemeklerde Kullanılan Yağ Çeşidi*	
Zeytin Yağı	104 (84)
Tereyağı	80 (65)
Ayçiçek Yağı	63 (51)
Margarin	25 (20)
Fındık Yağı	3 (2)
Mısır Yağı	2 (2)
Kuyruk Yağı	1 (1)
Günlük Tüketilen Süt ve Süt Ürünü Miktarı	
Tüketmem	10 (8)
1-2 porsiyon	84 (68)
3-4 porsiyon	28 (23)
5 ve daha fazlası	1 (1)
Haftalık Tüketilen Balık Miktarı	
Tüketmem	70 (57)
1 porsiyon	43 (35)
2-3 porsiyon	9 (7)
4 ve daha fazlası	1 (1)
Yemeklerde Kullanılan Pişirme Yöntemleri*	
Haşlama	74 (60)
Kızartma	65 (53)
Fırlama	61 (50)
Izgara	36 (29)
Tencere Yemeği	82 (67)
Kavurma	2 (2)
Günlük Tüketilen Yumurta Miktarı	
Tüketmem	56 (45)
1-2 porsiyon	61 (50)
3-4 porsiyon	6 (5)
Haftalık Tüketilen Kırmızı Et Miktarı	
Tüketmem	11 (9)
1-2 porsiyon	51 (41)
3-4 porsiyon	34 (28)
5 ve daha fazlası	27 (22)
Günlük Tüketilen Su Miktarı	
0.5 litreden az	10 (8)
0.5-1 litre	14 (12)
1-2 litre	42 (34)
2 litreden fazla	57 (46)
Günlük Tüketilen Çay-kahve Miktarı	
Tüketmem	9 (7)
1-2 bardak	33 (27)
3-4 bardak	15 (12)
5 bardak ve fazlası	66 (54)

*Katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

Katılımcıların günlük tuz tüketimi ile eğitim durumu arasındaki ilişki analiz edildiğinde ilkökul üstü eğitim durumuna sahip katılımcıların ilkökul ve altı eğitim durumuna sahip katılımcılara oranla daha az miktarda tuz tükettiği saptandı ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı (Tablo VII).

Tablo VII. Günlük Tüketilen Tuz Miktarı ile Eğitim Durumu İlişkisi

	Günlük Tüketilen Tuz Miktarı		Toplam	Anlamlılık
	<5 Gr s (%)	>5 Gr s (%)		
İlkökul ve Altı	6 (40)	9 (60)	15	$x^2=10,25$ $p=0,001$
İlkökul Üstü	85 (79)	23 (21)	108	
Toplam	91	32	123	

Katılımcıların eğitim durumu artıkça haftalık balık tüketme durumları ve kırmızı et miktarı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmış olarak saptandı (Tablo VIII, Tablo IX).

Tablo VIII. Haftalık Tüketilen Balık Miktarı ile Eğitim Durumu İlişkisi

	Haftalık Tüketilen Balık Miktarı			Toplam	Anlamlılık
	Tüketmiyor s (%)	1 Porsiyon s (%)	2 ve Daha Fazla Porsiyon s (%)		
Lise ve Altı	53 (66)	22 (27)	6 (7)	81	$x^2=7,30$ $p=0,026$
Lise Üstü	17 (40)	21 (50)	4 (10)	42	
Toplam	70	43	10	123	

Tablo IX. Haftalık Tüketilen Kırmızı Et Miktarı ile Eğitim Durumu İlişkisi

	Haftalık Tüketilen Kırmızı Et Miktarı			Toplam	Anlamlılık
	Tüketmiyor s (%)	1-2 Porsiyon s (%)	3 ve Daha Fazla Porsiyon s (%)		
İlköğretim ve Altı	1 (7)	11 (73)	3 (20)	15	$x^2=7,30$ $p=0,026$
İlköğretim Üstü	10 (9)	40 (37)	58 (54)	108	
Toplam	11	51	61	123	

Çalışma grubunda haftalık tüketilen kırmızı et miktarı ile gelir durumu ilişkisi incelediğimizde gelir durumu artıkça kırmızı et tüketme miktarı artıyordu (Tablo X). 18-30 yaş grubunda olan katılımcıların diğer gruplara göre günlük tüketilen su miktarı daha fazlaydı (Tablo XI).

Tablo X. Haftalık Tüketilen Kırmızı Et Miktarı ile Gelir Durumu İlişkisi

	Haftalık Tüketilen Kırmızı Et Miktarı			Toplam	Anlamlılık
	Tüketmiyor s (%)	1-2 Porsiyon s (%)	3 ve Daha Fazla Porsiyon s (%)		
Asgari Ücret ve Üstü	3 (4)	38 (45)	44 (51)	85	$\chi^2=9,97$ $p=0,007$
Asgari Ücret Altı	8 (21)	13 (34)	17 (45)	38	
Toplam	11	51	61	123	

Tablo XI. Günlük Tüketilen Su Miktarı ile Katılımcıların Yaşı Arasındaki İlişki

	Günlük Tüketilen Su Miktarı			Toplam	Anlamlılık
	0,5 Lt'den Az s (%)	0,5-2 Lt Arası s (%)	2 Lt'den Fazla s (%)		
18-30	2 (3)	30 (42)	39 (55)	71	$\chi^2=10,23$ $p=0,037$
31-50	6 (19)	15 (47)	11 (34)	32	
51-73	2 (10)	11 (55)	7 (35)	20	
Toplam	10	56	57	123	

Katılımcıların diğer beslenme alışkanlıkları ile demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

4.3. Riskli Davranışlar

Çalışma grubunun sigara ve alkol alışkanlıkları, el ve diş hijyeni, trafik kuralları ve cinsel yolla bulaşan hastalıkları hakkındaki bilgi ve davranışları aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerden 29 (%24) kişi halen sigara içtiğini, 79 (%64) kişi hiç sigara içmediğini, 15 (%12) kişi ise sigarayı bıraktığını ifade etmiştir. Halen sigara içen bireylerin sigara kullanımı ortalama 14,8 paket/yıldır. Halen sigara içtiğini belirten kadın katılımcılar içerisinde gebe iken sigara içtiğini 4 (%36) kişi belirtmiştir. Çalışmaya katılanların sigara içme davranışları Tablo XII’te verilmiştir.

Tablo XII. Çalışmaya Katılanların Sigara Alışkanlıkları

	s (%)
Sigara İçme Durumu	
İçiyor	29 (24)
Bırakmış	15 (12)
İçmiyor	79 (64)
Erkeklerin Sigara İçme Durumu	
İçiyor	17 (29)
Bırakmış	11 (19)
İçmiyor	31 (52)
Kadınların Sigara İçme Durumu	
İçiyor	12 (19)
Bırakmış	4 (6)
İçmiyor	48 (75)
Sigara İçen Kadınların Gebe İken Sigara İçme Durumu	
İçiyor	4 (36)
İçmiyor	7 (64)
Sigara İçenlerin Ortalama Paket/Yıl	14,8 paket/yıl

Sigara içen katılımcıların %90 (n=26)'ını, sigarayı bırakmak için destek alabileceği bildikleri en az bir kurum(Sigara bırakma poliklinikler, sigara bırakma hattı vb.) olduğunu bildirmişti. Çalışma grubuna sigaranın neden olduğu zararlar sorulduğunda 122 kişi (%99) sigaranın solunum yolları hastalığı yaptığını, 109 kişi (%89) kanser yaptığını, 90 kişi (%73) kalp ve damar hastalıkları yaptığını bildirmişti. Katılımcıların 'sigara tüketmenin neden olduğu zararlar nelerdir?' sorusuna cevaplarının dağılımı Tablo XIII'te sunulmuştur.

Tablo XIII. Çalışmaya Katılanların Sigara Hakkında Bilgileri

	s (%)
Sigara İçenlerin Bırakmak İçin Destek Alabilecekleri Herhangi Bir Kurumu Bilme Durumu	
Biliyorum	26 (90)
Bilmiyorum	3 (10)
Sigaranın Neden Olduğu Zararlar Konusunda Bilgi Durumu*	
Solunum Yolları Hastalıkları	122 (99)
Kanser	109 (89)
Kalp ve Damar Hastalıkları	90 (73)
Cildin Erken Yaşlanması	28 (23)
Diş Hastalıkları	12 (10)
İnfertilite	7 (6)
Nörolojik Hastalıklar	7 (6)
Böbrek Hastalıkları	5 (4)
Karaciğer Hastalıkları	5 (4)
Mide Hastalıkları	4 (3)
Anemi	3 (2)
<u>Saç Dökülmesi</u>	2 (2)
Osteoporoz	
Tiroid Hastalıkları	
Romatolojik Hastalıklar	1 (1)
Psikolojik Hastalıklar	

*Katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

Çalışma grubunda kadınların erkeklere göre ve BMI<25 olanların diğer katılımcılara göre sigara içmeme oranları daha fazlaydı (Tablo XIV, Tablo XV).

Tablo XIV. Katılımcıların Sigara İçme Durumları ile Cinsiyet İlişkisi

	Sigara İçme Durumu		Toplam	Anlamlılık
	İçmemiş s (%)	İçen ve Bırakmış s (%)		
Erkek	31 (53)	28 (47)	59	$\chi^2=6,73$ $p=0,009$
Kadın	48 (75)	16 (25)	64	
Toplam	79	44	123	

Tablo XV. Katılımcıların Sigara İçme Durumları ile BMI İlişkisi

	Sigara İçme Durumu		Toplam	Anlamlılık
	İçmemiş s (%)	İçen ve Bırakmış s (%)		
BMI<25	48 (75)	16 (25)	64	$\chi^2=7,32$ $p=0,026$
BMI 25-30	17 (49)	18 (51)	35	
BMI>30	14 (58)	10 (42)	24	
Toplam	79	44	123	

Çalışmaya katılan bireylerden 78 (%64) kişi hiç alkol tüketmediğini, 25 (%20) kişi ayda 1 kez veya daha az tükettiğini, 15 (%12) kişi ayda 2 veya 4 kez tükettiğini, 3 (%2) kişi haftada 2-3 kez tükettiğini ve 2 (%2) kişi haftada 4 kez veya daha fazla tükettiğini ifade etmiştir. Alkol tüketen bireyler en sık alkol tüketme nedeni olarak alkol tüketmenin zevk

verdiğini (%84) belirtmiştir. Diğer verilen cevaplar ise sırasıyla çevreye uyum sağlamak (%71), sıkıntıyı hafifletmek (%20) ve yorgunluğu gidermek (%2) idi (Tablo XVI).

Tablo XVI. Çalışmaya Katılanların Alkol Alışkanlıkları

	s (%)
Alkol Tüketme Durumu	
Tüketmem	78 (64)
Ayda 1 kez veya daha az	25 (20)
Ayda 2-4 kez	15 (12)
Haftada 2-3 kez	3 (2)
Haftada 4 kez veya daha fazla	2 (2)
Alkol Tüketme Nedenleri*	
Zevk almak	38 (84)
Çevreye uyum sağlamak	32 (71)
Sıkıntıyı hafifletmek	9 (20)
Yorgunluktan	1 (2)
Alkollü Araç Kullanma Durumu	
Kullanırım	2 (4)
Kullanmam	43 (96)

*Katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

Çalışma grubuna aşırı alkol tüketmenin neden olduğu zararlar sorulduğunda 68 (%55) kişi alkolün karaciğer hastalığı yaptığını, 22 (%18) kişi kanser yaptığını, 20 (%16) kişi kalp ve damar hastalığı ve 19 (%15) kişi psikolojik sorunlar yaptığını bildirdi. Katılımcıların ‘aşırı alkol tüketmenin neden olduğu zararlar nelerdir?’ sorusuna cevaplarının dağılımı Tablo XVII’de sunulmuştur.

Tablo XVII. Çalışmaya Katılanların Alkol Hakkında Bilgileri

	s (%)
Alkol Zararlı Mıdır?	
Evet	98 (80)
Hayır	7 (6)
Emin değilim	5 (4)
Bilmiyorum	13 (10)
Aşırı Alkol Tüketmenin Neden Olduğu Zararlar*	
Karaciğer hastalıkları	68 (55)
Kanser	22 (18)
Kalp ve damar hastalıkları	20 (16)
Psikolojik sorunlar	19 (15)
Nörolojik hastalıklar	15 (12)
Mide hastalıkları	10 (8)
Böbrek hastalıkları	6 (5)
Pankreas hastalıkları	3 (2)
<u>Cilt sorunları</u>	2 (2)
İnfertilite	
Göz hastalıkları	
Akciğer hastalıkları	1 (1)
Bağışıklık sistemi sorunları	
Bağırsak hastalıkları	

*Katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

Çalışmaya katılan bireylerden 93 (%76) kişi düzenli dişlerini fırçaladığını (günde iki kez), 15 (%12) kişi nadiren dişlerini fırçaladığını, 15 (%12) kişi ise dişlerini düzenli fırçalamadığını ifade etmişti. Katılımcılardan 81 (%71) kişi düzenli diş hekimine muayeneye gitmediğini (yılda en az 1 kez), 24 (%19) kişi düzenli diş hekimine gittiğini ve 12 (%10) kişi nadiren diş hekimine gittiğini bildirmişti. Düzenli dişlerini fırçaladığını bildiren katılımcılardan 62 (%67) kişi düzenli diş hekimine muayeneye gitmediğini belirtirken 22 (%24) kişi düzenli diş hekimine muayeneye gittiğini belirtmişti (Tablo XIX).

Tablo XVIII. Çalışmaya Katılanların Diş Hijyeni Alışkanlıkları

	s (%)
Düzenli Dişlerini Fırçalama Durumu	
Evet	93 (76)
Hayır	15 (12)
Nadiren	15 (12)
Düzenli Diş Hekimine Gitme Durumu	
Evet	24 (19)
Hayır	87 (71)
Nadiren	12 (10)
Düzenli Diş Fırçalayan Kişilerin Düzenli Diş Hekimine Gitme Durumu	
Evet	22 (24)
Hayır	62 (67)
Nadiren	9 (9)

Katılımcıların diş fırçalama durumu ile eğitim durumları ve cinsiyetleri karşılaştırıldı. Eğitim durumu lise üstü katılımcıların, lise ve altı olanlara göre dişlerini daha düzenli fırçaladığı saptandı (Tablo 20). Kadın katılımcıların erkeklere göre istatistiksel olarak daha düzenli dişlerini fırçaladığı saptandı (Tablo XX).

Tablo XIX. Diş Fırçalama Durumu ile Eğitim Durumu İlişkisi

	Diş Fırçalama Durumu		Toplam	Anlamlılık
	Evet s (%)	Hayır s (%)		
Lise ve Altı	55 (79)	15 (21)	70	$\chi^2=9,45$ $p=0,002$
Lise Üstü	38 (100)	0 (0)	38	
Toplam	93	15	108	

Tablo XX. Diş Fırçalama Durumu ile Cinsiyet İlişkisi

	Diş Fırçalama Durumu		Toplam	Anlamlılık
	Evet s (%)	Hayır s (%)		
Kadın	54 (93)	4 (7)	58	$\chi^2=5,12$ $p=0,024$
Erkek	39 (78)	11 (22)	50	
Toplam	93	15	108	

Çalışma grubunda 66 kişi ellerini günde 10'dan fazla yıkadığını belirtirken, el temizliği için kullanılan en sık materyaller su ve sıvı sabun olarak saptanmıştır. Katılımcıların el yıkama durumları Tablo XXI'de sunulmuştur.

Tablo XXI. Katılımcıların El Yıkama Durumu

	s (%)
Günde Elini Yıkama Sayıları	
3-5 kez	10 (8)
6-10 kez	32 (26)
10'dan fazla	81 (66)
El Temizliği İçin Kullanılan Materyaller*	
Su	123 (100)
Sıvı sabun	106 (86)
Katı sabun	41 (33)
El dezenfektanı	22 (18)
Islak mendil	59 (48)
Kağıt havlu	88 (72)
Havlu	98 (80)

*Katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

Çalışma grubuna el yıkama alışkanlıkları ile ilgili sorular sorulduğunda 123 (%100) kişi tuvaletten önce veya sonra, 120 (%98) kişi yemeklerden önce veya sonra, 116 (%94) kişi sabah yüzünü yıkarken ellerini de yıkadığını, 110 (%89) kişi yemek hazırlamadan önce, 98 (%80) kişi dışarıdan eve gelince, 95 (%77) kişi hayvana dokunduktan sonra, 83 (%68) kişi hastaya dokunmadan önce, 81 kişi (%66) burun temizliğinden sonra, 53 (%43) kişi yatmadan önce ve 43 (%35) kişi para alışverişinden sonra ellerini düzenli olarak yıkadığını ifade etmişti. Katılımcıların el yıkama alışkanlıkları Tablo XXII'de sunulmuştur.

Tablo XXII. Katılımcıların El Yıkama Alışkanlıkları*

	s (%)
Tuvaletten Önce Veya Sonra	123 (100)
Yemeklerden Önce Veya Sonra	120 (98)
Sabah Kalkınca	116 (94)
Yemek Hazırlamadan Önce	110 (89)
Dışarıdan Eve Gelince	98 (80)
Hayvana Dokunduktan Sonra	95 (77)
Hastaya Dokunmadan Önce	83 (68)
Burun Temizliğinden Sonra	81 (66)
Yatmadan Önce	53 (43)
Para Alışverişinden Sonra	43 (35)

*Katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

Katılımcıların el yıkama alışkanlıkları ile cinsiyetleri karşılaştırıldı. Kadın katılımcıların erkeklere göre dışarıdan eve gelince ve yemek hazırlamadan önce ellerini daha düzenli yıkadıkları saptandı (Tablo XXIII, XXIV).

Tablo XXIII. Dışarıdan Eve Gelince El Yıkama Durumu ile Cinsiyet İlişkisi

	Dışarıdan Eve Gelince		Toplam	Anlamlılık
	Evet s (%)	Hayır s (%)		
Kadın	57 (89)	7 (11)	64	$\chi^2=7,26$ $p=0,007$
Erkek	41 (70)	18 (30)	59	
Toplam	98	25	123	

Tablo XXIV. Yemek Hazırlamadan Önce El Yıkama Durumu ile Cinsiyet İlişkisi

	Yemek Hazırlamadan Önce		Toplam	Anlamlılık
	Evet s (%)	Hayır s (%)		
Kadın	61 (95)	3 (5)	64	$\chi^2=4,88$ $p=0,027$
Erkek	49 (83)	10 (17)	59	
Toplam	110	13	123	

Çalışmaya katılan bireylere ‘ellerinizi yıkamanız gerektiği halde el yıkamama sebepleriniz nelerdir?’ sorusu sorulduğunda, en sık el yıkamama nedeni lavabonun o an ulaşılmaz bir yerde olması (s=95 %77) olarak belirtildi. Katılımcıların el yıkamama nedenleri Tablo XXV’de sunulmuştur.

Tablo XXV. Katılımcıların El Yıkamama Nedenleri*

	s (%)
Lavabonun ulaşılmaz yerde olması	95(77)
Zaman bulamama	27(22)
Unutma	24(20)
Ortamı hijyenik bulmama	23(19)
İhtiyaç hissetmeme	20(16)
Temizleyicilerin yan etki oluşturması	2(2)

*Katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

Çalışma grubunda 63 (%51) kişi en az bir motorlu araç kullanırken 60 (%49) kişi herhangi bir motorlu araç kullanmıyordu. Motorlu araç kullananlardan 61 (%97) kişi otomobil kullandığını, 2 (%3) kişi motosiklet kullandığını ifade etmişti. Katılımcıların araç kullanma ve bazı trafik kurallarına uyma durumları aşağıdaki tablolarda verilmiştir (Tablo XXVI, XXVII).

Tablo XXVI. Katılımcıların Motorlu Araç Kullanma Durumları

	s (%)
Otomobil	
Erkek	34 (28)
Kadın	27 (21)
Motorsiklet	
Erkek	1 (1)
Kadın	1 (1)
Kullanmıyorum	60 (49)

Tablo XXVII. Katılımcıların Bazı Trafik Kurallarına Uyma Durumları

	s (%)
Emniyet Kemerini/Kask Takma Durumu	
Evet	79 (64)
Hayır	22 (18)
Bazen	22 (18)
Hız Limitlerine Uyma Durumu	
Evet	50 (79)
Hayır	1 (2)
Bazen	12 (19)
Duran Taşıtı Ne Tarafından Geçersiniz?	
Ön Tarafından	66 (54)
Arka Tarafından	57 (46)
Karşıdan Karşıya Geçerken Bakılan Yön	
Önce Sol, Sonra Sağ	56 (45)
Önce Sağ, Sonra Sol	53 (43)
Aracın Geldiği Yöne	13 (11)
Bakmadan Geçerim	1 (1)

Çalışmaya katılan bireylerden 111 (%91) kişi cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili bilgisi olduğunu ifade etmişti. CYBH bildiğini ifade eden katılımcılardan 56 (%46) kişi erkek, 55 (%45) kişi kadın katılımcı idi. CYBH bilmediğini ifade eden 12 (%9) kişiden 9 (%7) kişi kadın 3 (%2) kişi erkek katılımcı idi (Tablo XXVIII). Yapılan analizlerde cinsiyet ile CYBH bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Katılımcıların bildiğini ifade ettikleri CYBH türlerinden bilinen en sık hastalık HIV ($n=110$ %99) olurken, diğer bilinen cinsel yolla bulaşan hastalıklar sırasıyla bel soğukluğu, frengi, hepatit, siğil, mantar ve diğer hastalıklar olarak saptanmıştır (Tablo XXIX).

Tablo XXVIII. Katılımcıların Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkları Bilme Durumları

	s (%)
Biliyorum	
Erkek	56 (46)
Kadın	55 (45)
Bilmiyorum	
Erkek	3 (2)
Kadın	9 (7)

Tablo XXIX. CYBH'ı Bilen Katılımcıların Bildikleri Hastalıkların Türü*

	s (%)
HIV(AIDS)	110 (99)
N.gonore(bel soğukluğu)	36 (32)
Sifiliz(Frengi)	28 (25)
Hepatit	27 (24)
HPV(Siğil)	14 (13)
Mantar	8 (7)
CMV, HSV, Kanser, Uyuz, Veba, Vitiligo	1 (1)

*Katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

Çalışma grubunda CYBH'dan korunmayı bilenler 99 kişi (%80) iken, 24 (%20) kişi herhangi bir korunma yöntemi bilmediğini ifade etmişti (Tablo XXX). Katılımcıların bildiğini ifade ettikleri CYBH'dan korunma yöntemlerinden en sık bilinen yöntem kondom (n=84 %68) olurken, diğer bilinen korunma yöntemleri sırasıyla riskli cinsel ilişkiden kaçınma, tek eşlilik, aşılama ve diğer yöntemler olarak bildirilmiştir (Tablo XXXI).

Tablo XXX. Katılımcıların CYBH Korunmayı Bilme Durumları

	s (%)
Biliyorum	
Erkek	47 (38)
Kadın	52 (42)
Bilmiyorum	
Erkek	12 (10)
Kadın	12 (10)

Tablo XXXI. CYBH'dan Korunmayı Bilen Katılımcıların Bildikleri Korunma Yöntemleri*

	s (%)
Kondom	84 (68)
Riskli cinsel ilişkiden kaçınma	34 (28)
Tek eşlilik	14 (11)
Aşılama	6 (5)
Genital temizlik	3 (2)
İlaç	3 (2)
Spiral	3 (2)
Geri çekme	1 (1)
Partnere sorma	1 (1)

*Katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

Çalışma grubunda cinsel yolla bulaşan hastalıkları bildiğini ifade edenler korunma konusunda da daha fazla bilgili olduklarını ifade etmişlerdi (Tablo XXXII). Eğitim durumu lise üstü olanlar ile cinsel yolla bulaşan hastalıklarında korunmayı bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (Tablo XXXIII).

Tablo XXXII. CYBH Bilme Durumu ile CYBH'dan Korunmayı Bilme Durumu İlişkisi

			CYBH Korunmayı Bilme durumu		Toplam	Anlamlılık
			Biliyor s (%)	Bilmiyor s (%)		
CYBH Durumu	Bilme	Biliyor	96 (87)	15 (13)	111	$\chi^2=26,06$ $p=0,000$
		Bilmiyor	3 (25)	9 (75)	12	
Toplam			99	24	123	

Tablo XXXIII. CYBH'dan Korunmayı Bilme Durumu ile Eğitim Durumu İlişkisi

	CYBH Korunmayı Bilme durumu		Toplam	Anlamlılık		
	Biliyor s (%)	Bilmiyor s (%)				
Lise ve Altı	59 (73)	22 (27)	81	$\chi^2=8,83$ $p=0,003$		
Lise Üstü	40 (95)	2 (5)	42			
Toplam			99	24	123	

Çalışma grubunda görülen en sık riskli davranış emniyet kemeri/kask takmama (n=36, % 36) olarak saptandı. Katılımcılarda saptanan diğer riskli davranışlar; dişlerini düzenli fırçalamama (n=30, %24), sigara içme(n=29, %24), cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmayı bilmeme (n=24, %20) ve alkol tüketme (n=20, %16) idi.

4.4. Bağışıklama

Çalışmaya katılan bireyler aşı kimlere yapılırsa sorusuna 108 (%88) kişi erişkinlere, 83 (%68) kişi yaşlılara, 57 (%46) kişi özellikli popülasyonlara (sağlık çalışanları), 50 (%41) kişi gebelere, 31 (%25) kişi bir etkene maruz kalanlara, 2 (%2) kişi bağışıklığı düşük olanlara ve katılımcıların tamamı (n=123 %100) çocuklara aşı yapıldığını bildiğini ifade etmişti. Katılımcılardan 36 (%29) kişi aşının içeriğini (zayıflatılmış mikrop, bakteri, virüs vb.) bildiğini belirtmişti. Çalışma grubuna aşı yaptırmanın insan vücuduna zarar verip vermediğini sorduğumuzda 110 (%89) kişi zarar vermediğini, 2 (%1) kişi zarar verdiğini, 6 (%5) kişi herhangi bir fikri olmadığını ve 5 (%4) kişi de zarar verip vermediği konusunda kararsız olduğunu ifade etmişti (Tablo XXXIV).

Tablo XXXIV. Katılımcıların Bağışıklama Konusunda Bilgi Durumları

	s (%)
Aşı Kimlere Yapılır?*	
Çocuklara	123 (100)
Erişkinlere	108 (88)
Yaşlılara	83 (68)
Özellikli Popülasyonlara (Sağlık Çalışanları)	57 (46)
Gebelere	50 (41)
Bir Etkene Maruz Kalanlara	31 (25)
Bağışıklığı Düşük Olanlara	2 (2)
Aşının İçeriğini Bilme Durumu	
Biliyorum	36 (29)
Bilmiyorum	87 (71)
Aşı Yaptırmak Zararlı Mı?	
Evet	2 (1)
Hayır	110 (89)
Kararsızım	5 (4)
Bilmiyorum	6 (5)

*Katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

Katılımcıların arasında 31-50 yaş grubunda olanların aşı yaptırmamanın zararlı olmadığını ifade etme oranları diğer yaş gruplarına göre daha düşüktü (Tablo XXXV).

Tablo XXXV. Katılımcıların Aşı Yaptırmanın Zararlı Olup Olmaması Hakkında Düşünceleri ile Yaşları Arasındaki İlişki

	Aşı Yaptırmak Zararlı Mı?			Anlamlılık
	Hayır s (%)	Evet, Kararsızım, Bilmiyorum s (%)	Toplam	
18-30	67 (94)	4 (6)	71	$\chi^2=9,53$ $p=0,008$
31-50	24 (75)	8 (25)	32	
51-73	19 (95)	1 (5)	20	
Toplam	110	13	123	

Katılımcılara gebelere aşı yaptırmamanın zarar verip vermediğini sorduğumuzda 65 (%53) kişi zarar vermediğini, 14 (%11) kişi zarar verdiğini, 37 (%30) kişi herhangi bir fikri olmadığını ve 7 (%6) kişi de zarar verip vermediği konusunda kararsız olduğunu ifade etmişti. Gebelere aşı yaptırmamanın zarar verdiğini ifade eden katılımcılardan 12 (%86) kişi bebekte sakatlık veya düşük olabileceğini, 1 (%7) kişi bebeğin bağışıklığını azaltabileceğini ve 1 (%7) kişide bebekte alerji gelişebileceğini bildirmişti (Tablo XXXVI).

Gebelere aşı yapıldığını bildiğini ifade eden 50 katılımcıya yapılan aşının türü hakkında bilgileri sorulduğunda 19 (%38) kişi tetanoz, 8 (%16) kişi hepatit B, 3 (%6) kişi grip ve 1 (%2) kişi pnömokok aşılarını bildiğini belirtmişti (Tablo XXXVI).

Tablo XXXVI. Katılımcıların Gebelerin Bağışıklaması Hakkında Bilgi Durumları

	s (%)
Gebelere Aşı Yaptırmak Zararlı Mıdır?	
Hayır	65 (53)
Evet	14 (11)
Kararsızım	7 (6)
Bilmiyorum	37 (30)
Gebelerde Aşı Ne Tür Zarar Verir?	
Bebek Sakat Veya Düşük Olabilir	12 (86)
Bebegin Bağışıklığı Azalır	1 (7)
Bebekte Alerji Gelişebilir	1 (7)
Gebelerde yapılan aşılardan bilinen türleri*	
Tetanoz	19 (38)
Hepatit B	8 (16)
Grip	3 (6)
Pnömonokok	1 (2)

*Katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

Çalışma grubunda evli olanların bekarlara göre gebelere aşı yaptırmamanın zararlı olmadığını belirtme oranları istatistiksel olarak daha yüksekti (Tablo XXXVII).

Tablo XXXVII. Katılımcıların Gebelere Aşı Yaptırmanın Zararlı Olup Olmaması Hakkında Düşünceleri ile Medeni Durumları Arasındaki İlişki

	Gebelere Aşı Yaptırmak Zararlı Mı?		Toplam	Anlamlılık
	Hayır s (%)	Evet, Kararsızım, Bilmiyorum s (%)		
Evli	33 (65)	18 (35)	51	$\chi^2=4,91$ $p=0,027$
Bekar	32 (44)	40 (56)	72	
Toplam	65	58	123	

Yaşlılara aşı yapıldığını bildiğini ifade eden 83 katılımcıya yapılan aşının türü hakkında bilgileri sorulduğunda 26 (%31) kişi grip, 10 (%12) kişi pnömonokok, 8 (%10) kişi tetanoz, 3 (%4) kişi hepatit B ve 1 (%1) kişi zona aşılardan bildiğini belirtmişti (Tablo XXXVIII).

Tablo XXXVIII. Katılımcıların Yaşlılara Yapılan Aşıların Türleri Hakkında Bilgileri*

	s (%)
Grip	26 (31)
Pnömonokok	10 (12)
Tetanoz	8 (10)
Hepatit B	3 (4)
Zona	1 (1)

*Katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

Sağlık çalışanlarına aşı yapıldığını bildiğini ifade eden 57 katılımcıya yapılan aşının türü hakkında bilgileri sorulduğunda 38 (%67) kişi hepatit B, 24 (%42) kişi grip, 22 (%39) kişi tetanoz, 6 (%11) kişi KKK, 4 (%7) kişi suçiçeği ve 1 (%2) kişi hepatit a aşılarını bildiğini belirtmişti (Tablo XXXIX).

Tablo XXXIX. Katılımcıların Sağlık Çalışanlarına Yapılan Aşıların Türleri Hakkında Bilgileri*

	s (%)
Hepatit B	38 (67)
Grip	24 (42)
Tetanoz	22 (39)
KKK	6 (11)
Suçiçeği	4 (7)
Hepatit A	1 (2)

*Katılımcılar aşı türlerine birden fazla cevap vermiştir.

4.5. Fiziksel Aktivite

Çalışmaya katılan bireylerin IPAQ ölçeğine göre belirlenen fiziksel aktivite düzeyleri 52 (%42) kişi inaktif, 46 (%38) kişi minimal aktif ve 25 (%20) kişi çok aktif olarak bulunmuştur. Katılımcıların IPAQ ölçeğinden elde edilen sürelerinin ortalaması 2477±3064 MET-dk/hafta olarak saptanmıştır (Tablo XLI).

Tablo XL. Katılımcıların IPAQ Ölçeğine Göre Fiziksel Aktivite Durumları

	s (%)
Fiziksel Aktivite Durumu	
İnaktif	52 (%42)
Minimal Aktif	46 (%38)
Çok Aktif	25 (%20)
IPAQ MET Değerleri	
Minimum Değer	180 MET-dk/hafta
Maximum Değer	24681 MET-dk/hafta
Ortalama	2477±3064 MET-dk/hafta

Katılımcıların mesleklerine göre fiziksel aktivite durumu Tablo XLI'de sunulmuştur. Çalışma grubunda oransal olarak en inaktif meslek grupları emekli, serbest meslek, ev hanımı ve memurlar olurken, en aktif meslek grupları öğrenciler ve işçiler olarak saptanmıştır (Tablo XLI).

Tablo XLI. Katılımcıların Mesleklerine Göre Fiziksel Aktivite Durumları

	İnaktif s (%)	Minimal Aktif s (%)	Çok Aktif s (%)	Toplam
Öğrenci	12 (23)	24 (45)	17 (32)	53
Memur	15 (56)	8 (30)	4 (14)	27
Ev Hanımı	8 (57)	3 (22)	3 (22)	14
İşçi	5 (46)	5 (46)	1 (8)	11
Serbest Meslek	6 (67)	3 (33)	0 (0)	9
Emekli	6 (67)	3 (33)	0 (0)	9

Katılımcıların beden kitle indeksleri ve yaşları arttıkça istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde inaktivite durumlarında artma saptandı (Tablo XLII, XLIII). Katılımcıların fiziksel aktivite durumları ile medeni durumları karşılaştırıldığında, bekar katılımcılar evlilere göre oransal olarak daha aktif saptandı (Tablo XLIV). Katılımcıların fiziksel aktivite durumları ile gelir durumları ve cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık saptanmadı (Tablo XLV, XLVI).

Tablo XLII. Fiziksel Aktivite ile Beden Kitle İndeksi İlişkisi

	Fiziksel Aktivite Durumları			Toplam	Anlamlılık
	İnaktif s (%)	Minimal Aktif s (%)	Çok Aktif s (%)		
BMI<25	23 (36)	22 (34)	19 (30)	64	$\chi^2=11,82$ $p=0,019$
BMI 25-30	14 (40)	18 (51)	3 (9)	35	
BMI>30	15 (63)	6 (25)	3 (12)	24	
Toplam	52	46	25	123	

Tablo XLIII. Fiziksel Aktivite ile Yaş İlişkisi

	Fiziksel Aktivite Durumları			Toplam	Anlamlılık
	İnaktif s (%)	Minimal Aktif s (%)	Çok Aktif s (%)		
18-30	21 (30)	29 (40)	21 (30)	71	$\chi^2=15,85$ $p=0,003$
31-50	17 (53)	11 (34)	4 (13)	32	
51-73	14 (70)	6 (30)	0 (0)	20	
Toplam	52	46	25	123	

Tablo XLIV. Fiziksel Aktivite ile Medeni Durum İlişkisi

	Fiziksel Aktivite Durumları			Toplam	Anlamlılık
	İnaktif s (%)	Minimal Aktif s (%)	Çok Aktif s (%)		
Evli	29 (57)	18 (35)	4 (8)	51	$\chi^2=11,16$ $p=0,004$
Bekar	23 (32)	28 (39)	21 (29)	72	
Toplam	52	46	25	123	

Tablo XLV. Fiziksel Aktivite ile Gelir Düzeyi İlişkisi

	Fiziksel Aktivite Durumları			Toplam	Anlamlılık
	İnaktif s (%)	Minimal Aktif s (%)	Çok Aktif s (%)		
Asgari ücret ve altı	14 (37)	13 (34)	11 (29)	38	$\chi^2=6,54$ $p=0,162$
Asgari ücret-yoksulluk sınırı	17 (35)	21 (44)	10 (21)	48	
Yoksulluk sınırı üzeri	21 (57)	12 (32)	4 (11)	37	
Toplam	52	46	25	123	

Tablo XLVI. Fiziksel Aktivite ile Cinsiyet İlişkisi

	Fiziksel Aktivite Durumları			Toplam	Anlamlılık
	İnaktif s (%)	Minimal Aktif s (%)	Çok Aktif s (%)		
Kadın	31 (48)	25 (39)	8 (13)	64	$\chi^2=5,31$ $p=0,070$
Erkek	21 (36)	21 (36)	17 (28)	59	
Toplam	52	46	25	123	

5. TARTIŞMA

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18 yaş üzeri bireylerin birincil koruyucu sağlık hizmetleri hakkında bilgi ve davranışlarını değerlendirmeyi amaçladığımız çalışmamızda, eğitim düzeyi yüksek olanların, kadınların, evli olanların, genç yaşta olanların ve BMI düşük olanların beslenme alışkanlıkları, riskli davranışlar, bağışıklama ve fiziksel aktivite ile ilgili daha sağlıklı davranışlar sergilediklerini ve sağlık bilgilerinin daha fazla olduğunu saptadık.

Bu sonuçlarımız doğrultusunda tartışmamızı; beslenme alışkanlıkları, riskli davranışlar, bağışıklama ve fiziksel aktivite başlıkları altında yapılandırdık.

5.1. Beslenme Alışkanlıkları

Çalışmamızda beslenme alışkanlığı ile gelir durumu ve eğitim düzeyinin ilişkili olduğunu saptadık. Bu konuda yapılan çalışmalarda çeşitli sonuçlar bildirilmiştir. Örneğin düşük gelirli aileler daha fazla ekmek tüketirlerken, yüksek gelirli aileler daha fazla et ve et ürünleri, taze sebze ve meyveler tükettikleri bildirilmiştir (47).

Eğitim durumu ile haftalık balık tüketim sıklığı ilişkisinde de eğitim düzeyinin yükselmesinin balık tüketim sıklığını olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir. Amasya ilinde 380 kişide yapılan bir çalışmada benzer şekilde eğitim düzeyi artıkça balık tüketimi de artmaktadır (48). Tekirdağ ilinde 270 katılımcı ile yapılan çalışmada da benzer şekilde eğitim düzeyi ile balık tüketimi arasında olumlu yönde ilişki saptanmıştır (49). Ancak farklı sonuçlar da bildirilmiş olup Konya'da yapılan bir başka çalışmada eğitim durumunun balık tüketimi ile ilişkisi olmadığı yönünde sonuç bildirilmiştir (50). Bizde çalışmamızda, eğitim düzeyi daha yüksek olanlarda balık tüketiminin daha fazla olduğunu saptadık.

TBSA 2010 çalışmasında yetişkinlerin %56.9'unun kırmızı eti hiç tüketmediği ya da ayda 1-2 defa tükettiği bildirilmiştir (51). Bizim çalışmamızda hiç kırmızı et tüketmeyenlerin oranı %9'du yani katılımcıların büyük çoğunluğu et tüketiyordu. Bu farkın çalışma grupları arasındaki demografik farklılığından kaynaklanabileceğini öngörebiliriz. Kocaeli ili kentsel alanda yaşayan 384 tüketicide 2010 yılında yapılan bir çalışmada, kırmızı et tüketimi gelir durumu arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır (52). Yaylak E. ve ark. tarafından İzmir ili Ödemiş ilçesinde 497 tüketici ile yapılan bir anket çalışmasında kırmızı et tüketiminin

eğitim durumu ve gelir durumu ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır (53). Bizim alışmamızda da aylık gelir durumu ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda kırmızı et tüketiminin arttığı görülmektedir.

Çalışmamızda günlük tüketilen su miktarlarına baktığımızda 2 litre ve üstü su tüketenlerin daha yüksek oranda olduğunu saptadık. Arslan ve ark.(54) 2004 yılında 4 farklı üniversitede okuyan 678 öğrencide yaptığı çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde sonuca ulaşmıştır. Buna ilaveten bizim çalışmamızda olduğu gibi cinsiyetler arasında sıvı tüketimi açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmamızda ayrıca günlük su tüketimi ile yaşlar arasında ilişkide en fazla suyu 18-30 yaş aralığındaki katılımcıların tükettiği görülmektedir.

Araştırmamızda günlük tuz tüketimi ile sosyo-demografik verileri incelediğimizde; eğitim düzeyi daha düşük olan katılımcıların günlük tuz tüketimlerinin daha fazla olduğunu görülmektedir. Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı alışması (SALTurk-1) 2008 yılında Türkiye genelinde 14 ilde 1970 kişide yapılan çalışmada, ülkemizde tuz tüketiminin ortalama 18.01 g/gün olarak saptanmıştır (55). Yapılan çalışmada tuz tüketiminin sosyo-demografik özellikler ile ilişkisi incelendiğinde; bizim çalışmamıza benzer şekilde düşük eğitim düzeyi ile tuz tüketiminin ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmadan sonra tuz tüketimini azaltıcı bir takım önlemler (halk bilinçlendirme toplantıları, ekmekte tuz oranının azaltılması, lokantalarda tuzlukların kaldırılması vs.) alınmış ve takiben 2012 yılında SALTurk-2 alışması yapılmıştır. Bu çalışmada tuz tüketiminin 14.8 g/güne gerilediği gösterilmiştir (56).

Araştırmamızda katılımcıların yemeklerde kullandıkları yağ çeşitlerine baktığımızda en sık zeytinyağı olmak üzere sırasıyla tereyağı, ayçiçek yağı ve margarin bildirilmiştir. Polat ve ark. Mardin ve Aydın'da 2017 yılında yaptığı çalışmada, araştırmamız ile benzer şekilde Aydın'da en sık kullanılan yağ zeytinyağı iken Mardin'de kullanılan en sık yağ ayçiçek yağı olarak bulmuşlardır (57). Mardin ile benzer olarak Adana kentsel alanda ailelerin yağ tüketimi ile ilgili Gökçek ve ark. tarafından yapılan çalışmada en sık ayçiçek yağının kullanıldığı saptanmıştır (58). Yemeklerde kullanılan yağlardaki bu farklılıklar farklı coğrafi bölgelerdeki beslenme alışkanlıklarından ve kültürel etmenlerden kaynaklandığını öngörebiliriz.

5.2. Riskli Davranışlar

5.2.1. Hijyen

Türkiye’de yapılmış el yıkama davranışları ile ilgili araştırmaları genellikle okul sağlığı kapsamındaki çalışmalar olup erişkinlerin el yıkama davranışları üzerine araştırmalar sınırlıdır. Türkiye El Yıkama Araştırması (TEYA) 2012’de Türkiye geneli için 6854 katılımcının %61,6’sının ellerini günde 10 kezden fazla yıkadıklarını belirtmişlerdir (59). Bizim çalışmamızda da kısmen benzer şekilde %66 düzeyindedir. Çalışmamızda el yıkama davranışları ile sosyo-demografik özelliklerden cinsiyet ilişkili bulunmuştur. Kadın katılımcıların dışarıdan eve gelince ve yemek hazırlamadan önce ellerini yıkama oranlarının erkeklere göre daha fazla olduğu görülmektedir. TEYA’da yemek hazırlamadan önce el yıkama %68,1, eve geldikten sonrası ise %47,6’dır (59). Benzer olarak Kore’de 2800 katılımcı ile yapılan toplum tabanlı bir çalışmaya göre incelenenlerin %67’si eve döndükten sonra ellerini yıkamaktadır (60). Uluslararası bir başka çalışma örneği olarak Bangladeş’te yapılan topluma dayalı bir başka çalışmada el yıkama sıklığı iki farklı bölge için yemek hazırlamadan önce %35-30 olarak bulunmuştur (61). Yemek hazırlanmadan veya yemek yemeden önce ellerin yıkanması, tuvaletten sonra ellerin yıkanması kadar eşit önemdedir. TEYA’da ve başka benzer çalışmalarda olduğu gibi yemekten önce el yıkama oranları, tuvaletten sonra el yıkama sıklığı bizim çalışmamızdan düşüktür. Bizim çalışma grubumuzda Kore’de yapılan çalışma ile benzer iken, Bangladeş’te yapılan çalışmaya göre el yıkama oranlarımızın daha yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda diş fırçalama ile ilişkili sosyo-demografik özelliklerin analizlerinde eğitim düzeyinin ve cinsiyetin ilişkili olduğunu saptadık. Eğitim düzeyi yüksek olanlarda ve kadın cinsiyette diş fırçalama oranları daha yüksekti. Düzenli dişlerini fırçaladığını bildirenler(günde iki kez) katılımcılarımızın %84’üydü. Kadınların %93’ü dişlerini düzenli fırçaladığını belirtirken, lise üstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların tamamı dişlerini düzenli fırçaladığını bildirmişlerdir. Türkiye genelinde yürütülen ağız-diş sağlığı profili çalışmasında erişkin yaş grubunda günde iki defa diş fırçalama oranının %22,2-%34,7 arasında değiştiği belirtilmiştir (33). Bu sonuç bizim bulduğumuz oranın oldukça altındadır. Farklı olarak İstanbul’da Beşiktaş ilçesinde 18-65 yaş aralığında 629 kişide yapılan başka bir araştırmada düzenli olarak günde iki defa dişlerini fırçaladığını bildirenlerin oranı %70,4’dür. Kadınlarda bu oran %78,3 ve dokuz yıl ve üstünde öğrenim görenlerin %80,3 olarak tespit edilmiştir.

Düzenli diş fırçalama ile kadın cinsiyet ve eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (62).

5.2.2. Üreme Sağlığı

Üreme sağlığı açısından cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmak ve bu hastalıklardan korunma yöntemlerini bilmek büyük önem taşır. Bizim çalışmamızda cinsel yolla bulaşan hastalıkları bildiğini belirten katılımcıların oranı %91 idi. CYBH bildiğini belirten katılımcıların yanıt dağılımına bakıldığında HIV çok büyük oranda biliniyordu. Benzer olarak Moore ark. cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda öğrencilerde yaptıkları çalışmalarında en çok bilgi sahibi olunan CYBH'ın AIDS olduğu, diğer CYBH hakkında daha az bilgiye sahip olduğunu belirtmektedirler (63). Ulusal çalışmalara bir örnek olarak Edirne ilinde evlendirme dairesine başvuran 272 kişide yapılan bir çalışmada CYBH bilen katılımcıların oranı bizim çalışmamıza daha düşük iken, HIV'i bilen katılımcıların oranı %96 olarak bildirilmiştir (64). Diğer CYBH'ı bilme oranları bizim çalışmamıza benzer olarak daha düşüktür. Araştırmamızda CYBH'dan korunma ile eğitim düzeyi arasında ilişki saptanmıştır. Lise üstü eğitim düzeyine sahip kişilerde CYBH'dan korunmayı bilme oranları daha yüksekti. CYBH'dan korunma yöntemlerine verilen cevaplarda katılımcıların %68'i kondomu bildiğini belirtmişti. Demir A. ve ark. yaptığı çalışmada benzer şekilde eğitim düzeyi yükseldikçe CYBH'dan korunmayı bilme oranlarını artmış olarak saptamışlardır. Araştırmada bilgi sahibi olunan CYBH'dan korunma yöntemi araştırmamız ile benzer şekilde en sık kondom olarak bildirilmiştir (64). Diğer CYBH korunma yöntemleri ile ilgili bilme oranları bizim çalışmamıza benzer olarak daha düşük bildirilmiştir.

5.2.3. Sigara

Riskli davranışlar içerisinde en önemli faktörlerden biri olan sigara kullanımı incelendiğinde; kadınların erkeklere göre ve beden kitle endeksi $<25 \text{ kg/m}^2$ olanların olmayanlara göre sigara kullanımı daha düşüktü. TÜİK 2012 verilerine göre sigara içme oranı %27,1, erkeklerde %41,4, kadınlarda %13,1'dir (20). Bu sonuçlar bizim çalışmamız ile çok benzerdir. Denizli'de üniversite hastanesi göğüs hastalıkları polikliniğine 2005 yılında başvuran 659 katılımcıda yapılan araştırmada benzer şekilde sigara içen erkeklerin oranın kadınlara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (65). Farklı olarak Antalya tıp fakültesi aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada tütün kullanma durumu ile

cinsiyet arasında bir ilişki bulunmamıştır (66). Tütün kullanımı ve obezite arasındaki ilişkiyi araştıran farklı sonuçları olan çok sayıda çalışma vardır. Aktener ve ark. yaptıkları çalışmada ve Bozkır'ın çalışmasında sigara içme durumu ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunamamışken, Okyay ve ark. yaptıkları çalışmada sigara içenler ve içmeyenler arasında obezite yönünden fark olduğu, sigara içenlerin daha zayıf oldukları bildirilmiştir (67,68,69).

5.2.4. Alkol ve Emniyet Kemerleri

Katılımcıların diğer riskli davranışlardan olan emniyet kemeri kullanma oranı %64 ve alkol kullanma oranı %36 olarak bulunmuştur. Orhan ve ark. yaptığı çalışmada emniyet kemeri kullanma oranı bizim çalışmamızla benzer şekilde saptanmışken, katılımcıların alkol kullanım oranı bizim çalışmamıza göre daha düşük olarak bulunmuştur (70). DSÖ'nün on yıllık eylemi destekleyen karayolu güvenliği küresel durum raporunda Türkiye'de sürücülerin %50'si, ön koltukta oturanların % 50'si emniyet kemeri kullanmaktadır (71). Ülkemizde emniyet kemeri kullanımı genel olarak düşüktür bu yüzden emniyet kemeri, çocuk güvenlik oto koltuğu kullanımı ve kask kullanımı desteklenmeli ve bu konuda denetimler artırılmalıdır. Tekpınar ve ark. yaptığı çalışmada, Işık ve ark Artvin'de aile sağlığı merkezlerinde yaptığı çalışmada alkol kullanım oranı bizim çalışmamıza göre daha düşük olarak bulunmuştur (72,73).

5.3. Bağışıklama

Çalışmamızda katılımcıların gebelere aşı yaptırma hakkında tutumları ile medeni durumları arasında bir ilişki saptanmıştır. Evli olanların bekar olanlara göre gebelere aşı yaptırmanın yararlı olduğunu bildirme oranları daha yüksekti. Antalya'da tıp fakültesi hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kişilerde yapılan bir çalışmada bekar katılımcılar evli katılımcılara göre gebelikte yapılan aşuların kontrendike durumları konusunda daha bilgili oldukları bulunmuştur (74). Ankara ilinde 4 ilçede aile sağlığı merkezlerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların çoğunun gebelikte aşı yapıldığını bildiğini saptamışlardır (75). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde saptanmıştır. Çalışmamızda gebelikte yapılan aşı türlerinden en çok bilineni tetanoz aşısı olarak bulundu. Aksakal ve ark. yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde en çok bilinen aşı türü tetanoz olarak saptanmıştır (75).

5.4. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite ile sosyo-demografik özellikler ve antropometrik ölçüleri analiz ettiğimizde; beden kitle indeksi >30 kg/m² olanlarda, evlilerde ve yaşlılarda inaktivite durumunun daha fazla olduğu görülmektedir. Aktaş ve ark. yaptığı çalışmada, bizim çalışmamız ile benzer şekilde, fiziksel aktivite düzeyi ile medeni durum arasında ilişki olduğunu ve evlilerin fiziksel olarak daha az aktif oldukları bulunmuştur (76). Özüdoğru ve ark.'nın 2013 yılında üniversite personeli üzerinde yapmış olduğu araştırmasında fiziksel aktivite düzeyleri ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (77). Çalışmalarda farklı sosyo-demografik özelliklerde katılımcıların olması bu farkı açıklayabilir.

Uluslararası çalışmalara örnek olarak Amerika'da yapılan bir çalışmada, hareketsiz yapılan işlerde çalışanların daha çok obez ve fiziksel olarak daha inaktif oldukları bildirilmiştir (78). Korkmaz ve ark. çalışmalarında, vücut kitle indeksi ile fiziksel aktivite arasında ters yönde ilişki olduğu belirtilmiştir (79). Bizim çalışmamız ile benzer olarak emekli, ev hanımları ve memurlar fiziksel olarak inaktif bulunmuştur.

Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberine göre, erkeklerde inaktivitenin 19-30 yaş grubunda %69,5, 31-50 yaş grubunda %73,2, 75 yaş üzeri grupta ise %83,7'ye kadar yükseldiği saptanmıştır. Kadınlarda da, erkeklere benzer şekilde hiç egzersiz yapmayanların oranı yaşla birlikte artış göstermiştir (44). Korkmaz ve ark. çalışmasında bizim çalışmamıza benzer şekilde yaş arttıkça fiziksel aktivitenin azaldığı saptanmıştır (79). Okur ve ark.'nın Rize'de 2017 yılında 348 üniversite çalışanında yaptığı başka bir çalışmada, bizim çalışmamıza benzer şekilde yaş arttıkça inaktivite sıklığında artma bulmuşlar ancak katılımcıların fiziksel aktivite düzeyi ile cinsiyet, gelir düzeyi ve medeni durum arasında ilişki saptanmamıştır (80).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2011'de Türkiye genelinde 18477 kişide yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasına (TKrHRF) göre kadınların %87 erkeklerin %77 genelinde ise %82 oranında yeteri kadar fiziksel aktivite yapmadığı saptanmıştır (81). Aktif Yaşam Derneği tarafından IPAQ kullanılarak, 12 ilde (İstanbul, Ankara, İzmir, Bursa, Balıkesir, Antalya, Malatya, Kayseri, Samsun, Trabzon, Erzurum, Diyarbakır) 4900 kişi ile yüz yüze görüşme ve bilgisayar destekli telefon görüşme ile toplumun fiziksel aktivite düzeyi tespit edilmiştir. Yapılan bu araştırma ile toplumun sadece %25'inin yeterli fiziksel

aktivite düzeyinde yaşam sürdürdüğü saptanmıştır (82). Bizim çalışmamızda da bu çalışmalara benzer oranlar saptanmıştır.

Savcı ve ark.nın üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada, Şanlı ve ark.'nın 2009 yılında 286 öğretmenin fiziksel aktivite düzeyi ile ilgili yaptığı çalışmada ve Akova ve ark. 2016'da 20 yaş üstü erişkinlerde uyku kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyi ile ilgili yaptığı çalışmada bireylerin haftalık toplam enerji tüketimi puan ortalamaları çalışmamızla benzer olarak bulunmuştur (83, 84, 85). Vatansever ve ark.'nın Tokat ilinde 45-59 yaş aralığında 302 kişide fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ile ilgili yaptığı çalışmasında haftalık toplam enerji tüketimi puan ortalaması çalışmamıza ve ülke ortalamalarına göre oldukça yüksektir (86). Korkmaz ve ark.'nın 2011'de Bursa ilinde merkez ilçelerde fiziksel aktivite düzeyi ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmada haftalık toplam enerji tüketimi puan ortalaması çalışmamıza göre daha düşük düzeydedir (79).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın sonuçlarına göre beslenme alışkanlıkları, riskli davranışlar, bağışıklama ve fiziksel aktivite ile ilgili birincil koruyucu sağlık yaklaşımları açısından; eğitim düzeyi yüksek olanlar, kadınlar, evli olanlar, genç yaşta olanlar ve BMI düşük olanlar, daha bilgili ve sağlıklı davranışlar sergilemektedir. Ayrıca çalışma grubunda bağışıklama konusunda yetersiz bilgi ve emniyet kemeri/ kask takmama durumu da dikkat çekmektedir.

- Bireysel koruyucu sağlık hizmetlerini planlayan ve yürüten tüm aile hekimlerinin bireyin risk etmenlerini gözden geçirmesi ve uygun danışmanlık vermesi gereklidir. Birincil koruyucu sağlık hizmetleri danışmanlık konularının beslenme, bağışıklama ve riskli davranışlara odaklanmasının yanı sıra fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi ve destek programlarının geliştirilmesi önem taşır. Aşılar ve riskli davranışlar hakkında yazılı ve görsel medyanın yanı sıra sosyal medyanın da etkin biçimde kullanılarak aşılarda tanıtımının yapılması, öneminin vurgulanması ile farkındalığın artırılması bu konudaki yaşanan sorunların ortadan kaldırılmasına yardımcı olacaktır. Sağlığın korunması her zaman öncelikli olmalıdır.

ÖZET

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ERİŞKİN HASTALARDA BİRİNCİL KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ VE DAVRANIŞLAR

Giriş ve Amaç: Periyodik sağlık muayenesinin bileşenlerinden biri olan birincil koruyucu yaklaşım, doğru beslenme, yeterli fiziksel aktivite, doğru kişisel hijyen, sigara gibi riskli davranışlardan uzak durmak ve bağışıklama gibi konularda bireysel ve toplumsal eğitimi kapsamaktadır. Birincil koruma aile hekimlerinin olduğu kadar tüm hekimlerin içinde olduğu koruyucu hekimliğin bir parçasıdır. Birincil koruma ile hastalıkların ve komplikasyonlarının yol açacağı birçok kaybı önlemek mümkün olur. Bu doğrultuda biz, bir üniversite hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların birincil koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi düzeylerini ve davranışlarını değerlendirmeyi amaçladık. Bulgularımızın danışmanlık hizmetlerinin yoğunlaşması gereken aile hekimliği uygulama alanlarını da ortaya koyacağını düşünüyoruz.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız, 15 Eylül - 15 Kasım 2018 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran tüm 18 yaş üstü bireylere, yüz yüze anket yöntemi uygulanarak yapılmıştır. Tek merkezli, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Dahil edilme kriterlerini karşılayan 123 kişi çalışmaya alınmıştır. Anket formu, sosyodemografik özellikleri, beslenme ve yeterli miktarda sıvı tüketimini, riskli davranışları, bağışıklama konusunu ve fiziksel aktivite durumunu saptayabilmek için IPAQ ölçeğini içeren toplam 71 sorudan oluşmaktadır. Tanımlayıcı analizler; sayı, yüzde, ortalama, ortanca, minimum ve maksimum değer şeklinde yapılmış olup; kategorik verilerin analizinde Pearson Ki-kare, Fisher's Exact ve Continuity correction testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edildi. Çalışmanın gerekli etik kurul izinleri ise Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul'undan alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 123 kişinin yaş ortalaması 32±15 yıl (18-73 yaş aralığı) idi. Katılımcıların 64 (%52)'ü kadın, 59 (%48)'u erkekti. Katılımcıların yaklaşık üçte biri (s=42; %34) yükseköğretim/üniversite mezunu olup çoğunluğu (s=108; %88) kentsel bölgede yaşıyordu.

Araştırmamızda eğitim düzeyi yüksek olan katılımcıların günlük daha az miktarda tuz tükettiği, haftalık daha fazla porsiyon balık ve kırmızı et tükettiği, daha düzenli diş fırçaladığı ve cinsel yolla bulaşan hastalıkları konusunda daha fazla bilgi sahibi oldukları saptandı. Kadınların ve beden kitle indeksi <25 kg/m² olanların sigara içmeme oranları daha fazla olarak bulundu. Çalışmamızda, katılımcıların bildiklerini ifade ettikleri cinsel yolla bulaşan hastalık türlerinden en sık bilinen hastalık HIV (s=110; %89) iken, bilinen en sık cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma yöntemi kondom (s=84; %68) idi. Bağışıklama konusunda; gebelere aşı yapıldığını bilen 50 katılımcı (%41) iken, gebelere aşı yaptırmanın zararlı olmadığını düşünenler (s=65; %53) katılımcıların yaklaşık yarısıydı.

IPAQ ölçeğine göre değerlendirilen fiziksel aktivite durumunda; beden kitle indeksi yüksek olanlar, evli olanlar ve daha yaşlı olan katılımcılar daha fazla inaktif olarak saptandı.

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda birincil koruyucu sağlık yaklaşımları açısından; eğitim düzeyi yüksek olan, BMI düşük olan, evli olanlar, genç yaşta olan ve kadın katılımcıların daha bilgili ve daha sağlıklı davranışlar sergilediği bulunmuştur. Ayrıca bağışıklama konusunda yetersiz bilgi ve davranışın mevcudiyeti de dikkat çekmektedir. Bulgularımız sonucunda, bireysel koruyucu sağlık hizmetlerini planlayan ve yürüten tüm aile hekimlerinin, bireylerde risk etmenlerini gözden geçirmesi ve uygun danışmanlık vermesi gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Bağışıklama, Beslenme, Riskli Davranışlar, Fiziksel Aktivite, Koruyucu Hekimlik

SUMMARY

KNOWLEDGE LEVEL AND BEHAVIOR OF PRIMARY PROTECTIVE HEALTH SERVICES IN ADULT PATIENTS APPLIED TO FAMILY MEDICINE POLYCLINIC

Aim: The primary preventive approach, which is one of the components of periodic health examination, includes individual and community education on subjects such as proper nutrition, proper personal hygiene, avoiding risky behaviors such as smoking, adequate physical activity and immunization. Primary protection is a part of preventive medicine, which includes all physicians as well as family physicians. With primary protection, it is possible to prevent many losses caused by diseases and complications. In this respect, we aimed to evaluate the level of knowledge and behavior of the patients who applied to a family hospital outpatient clinic of a university hospital regarding primary preventive health services. We think that our findings will reveal the areas of application of family medicine in which consultancy services should be intensified.

Material and Method: Our study; between 15 September, 2018 and 15 November, 2018, was conducted by applying face to face questionnaire method to all individuals over 18 years old who applied to Family Medicine Polyclinic of Adnan Menderes University Medical Faculty Application and Research Hospital. It is a single-center, descriptive study. 123 people who met the inclusion criteria were included in the study. The questionnaire consisted of 71 questions including IPAQ scale to determine sociodemographic characteristics, nutrition and adequate fluid consumption, risky behaviors, immunization and physical activity status. Descriptive analyzes; number, percentage, average, minimum and maximum value; Chi-square, Fisher Exact and Continuity correction test were used to analyze categorical data. The level of significance was accepted as 0.05. The required ethics committee's work permit was taken from Adnan Menderes University Ethics Committee.

Results: The mean age of the 123 participants was 32 ± 15 years (18-73 years). 64 (52%) of the participants were female and 59 (48%) were male. About one third of the participants (n = 42; 34%) were college / university graduates, the majority (n = 108; 88%) lived in urban areas.

In our study, it was found that the participants with higher educational level consumed less salt daily, consumed more portions of fish and red meat weekly, brushed teeth more regularly and had more information about sexually transmitted diseases. Non-smoking rates were higher in women and those with a body mass index $<25 \text{ kg / m}^2$. In our study, HIV was the most common type of sexually transmitted disease (n=110; 89%) known to the participants and condom was the most commonly known method of prevention from sexually transmitted diseases (n=84; 68%). About immunization; 50 participants (41%) who knew that vaccines were given to pregnant women, approximately half of the participants (n=65; 53%) thought that vaccination of pregnant women was not harmful.

In case of physical activity evaluated according to IPAQ scale; The participants with higher body mass index, married and older participants were found to be more inactive.

Conclusion: As a result of our study, in terms of primary preventive health approaches; It was found that the participants with higher education, lower BMI, married, younger and female participants exhibited more knowledgeable and healthier behaviors. In addition, insufficient knowledge and behavior about immunization is also noteworthy. As a result of our findings, we think that all family physicians planning and conducting individual preventive health services should review risk factors and provide appropriate counseling services in individuals.

Key Words: Immunization, Nutrition, Risky Behaviors, Physical Activity, Preventive Medicine

KAYNAKLAR

1. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, Madde 4. 2005, T.C. Sağlık Bakanlığı.
2. Ölüm Nedeni İstatistikleri, Haber Bülteni 27 Nisan 2017;Sayı: 24572. Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626> (27.03.2019).
3. World Health Organization. Action Plan For The Global Strategy For The Prevention And Control Of Noncommunicable Diseases. WHO, Geneva, Switzerland, 2008, s:10.
4. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD). Erişkin Bağışıklama Rehberi, Yaşlılık Döneminde Aşılama. İstanbul, Mayıs 2016, s:22.
5. Ersoy E., Saatçi E. Periyodik Sağlık Muayenelerine Genel Bakış. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2017; 21 (2), s:82-89.
6. Özçakar, N. Aile Hekiminin Görev Tanımı. T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Doktorları İçin Kurs Notları'nda. 1.Basım, Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık, Ankara, 2004, s:17-22.
7. EURACT(The European Definition Of General Practice/Family Medicine). Short Version. Leuven: European Academy Of Teachers İn General Practice, EURACT; 2002; s:6.
8. Başak O. Aile Hekimliğinin Tanımı Ve Temel Özellikleri. II. Ulusal Acil Tıp-Aile Hekimliği (ATAH) Kongresi, 2011, Ankara.
9. Güldal, D. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri Hastaların Beklentileri ile Uyuşmakta Mıdır?. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2012; 16(3), s:107-112.
10. WONCA. The European Definition Of General Practice / Family Medicine, Wonca Europe 2011 Edition, S:9.
11. Brown S, Hazlewood A. The Report Of The Clinical Prevention Policy Review Committee. A Lifetime Of Prevention, Final Report. British Columbia, 2009.
12. Bentzen, N. Wonca International Dictionary For General/Family Practice. Wonca International Classification Committee. <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000092/0000052.pdf>. (27.03.2019).

13. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Programı. 1.Basım, Ankara, 2016, S.39.
14. Akdeniz M, Kavukçu E. Dördüncül Koruma: Önce Zarar Verme. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2017, 21 (2), s:74-81.
15. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete. 25 Ocak 2013, sayı, 28539.
16. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N. (2013). Turdep-II Study Group. Twelve-Year Trends in The Prevalence and Risk Factors Of Diabetes and Prediabetes in Turkish Adults. European Journal Of Epidemiology 2013, 28, s:169–180.
17. Mathers Cd, Loncar D. Projections Of Global Mortality Burden Of Disease From 2002-2030. Plos Medicine 2011, 3(11), E442.
18. World Health Organization. Report On The Global Tobacco Epidemic, 2008: The Mpower Package. WHO, Geneva, 2008, S:8.
19. World Health Organization. Report On The Global Tobacco Epidemic: Monitoring Tobacco Use And Prevention Policies. WHO, Geneva, 2017, s:3, 59.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. Haber Bülteni. Sayı: 13142, Ankara, 2012, s:10.
21. Drope J, Schluger N, Cahn Z, Drope J, Hamill S, Islami F, Liber A, Nargis N, Stoklosa M. The Tobacco Atlas, 6th Edition. American Cancer Society. Atlanta, 2018, s:35.
22. World Health Organization. World No Tobacco Day, Tobacco Threatens Us All: Protect Health, Reduce Poverty And Promote Development. WHO, Geneva, 2017, s:3.
23. Taioli E. Gene-Environment Interaction In Tobacco-Related Cancers. Carcinogenesis 2008, 29(14), s:67-74.
24. Er M, Karalezli A, Hasanoğlu Hc. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler. Türk Toraks Dergisi 2013, 14, s:81-87.
25. World Health Organization. The Role Of Health Professionals In Tobacco Control. WHO, Geneva, 2005, s:6.
26. Larzelere Mm, Williams De. Promoting Smoking Cessation. Promoting Smoking Cessation. American Academy of Family Physicians 2012, 85(6), s:591-598.

27. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. Yayın No: 991, Ankara, 2015, s: 82.
28. World Health Organization. Adolescents: Health Risks and Solutions. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions> (30.04.2019).
29. An American Addiction Centers Resource. Effects Of Alcohol. <https://www.alcohol.org/effects/> (13.07.2019).
30. American Academy Of Family Physicians. Summary Of Recommendations For Clinical Preventive Services. https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf (13.07.2019).
31. Petersen Pe. World Health Organization Global Policy For Improvement Of Oral Health – World Health Assembly. International Dental Journal 2008, 58, s:115-121.
32. Moynihan P, Petersen Pe. Diet, Nutrition And The Prevention Of Dental Diseases. Public Health Nutrition 2004, 7(1A), s: 201-26.
33. Gökalp S, Güçüz Doğan B, Tekçiçek M, Berberoğlu A, Ünlüer Ş. Erişkin ve Yaşlılarda Ağız-Diş Sağlığı Profili Türkiye-2004. Hacettepe Diş Hekimliği Dergisi 2007,31, s:11- 8.
34. Soskolne Wa, Klinger A. The Relationship Between Periodontal Diseases and Diabetes: An Overview. Annals Of Periodontology 2001, 6(1), s:91-8.
35. World Health Organization. Commitments To Advance The Global Strategy For Women's & Children's Health. WHO, Geneva, 2011.
36. Rabie T, Curtis V. Handwashing And Risk Of Respiratory Infections: A Quantitative Systematic Review. Tropical Medicine & International Health Journal 2006,11(3), s:258–267.
37. Drummond P.R, Stevenson R, Case T, Oaten M. Can The Emotion Of Disgust Be Harnessed To Promote Hand Hygiene? Experimental And Field-Based Tests. Social Science & Medicine Journal 2009, 68, s: 1006–1012.
38. World Health Organization. Strengthening Road Safety Legislation: A Practice and Resource Manual For Countries. WHO, Geneva, 2013, s:6-8.

39. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı No: 1-B Üreme Sağlığına Giriş. Ankara, 2009, s:4-29.
40. Demir S. Türkiye'de ve Dünyada Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS. Türkiye Klinikleri Dergisi 2006, 2(11), s:1-5.
41. Arvas A. Çocuklarda Aşılamamanın Önemi. Klinik Gelişim Dergisi 2012, 25(1), s:1-3.
42. Ozisik L, Tanriover Md, Rigby S, Unal S. European Federation Of Internal Medicine Awg. Advice For A Healthier Life: Adult Vaccination Campaign In Europe. European Journal Of Internal Medicine 2016, 33, s:14-20.
43. Akkaya N.(Edt), Camcıoğlu Y.(Edt), Gür E.(Edt), Öztürk R.(Edt). Çocuk ve Erişkinlerde Aşılama (Birinci Basım). Doyuran Matbaası, İstanbul, 2010, s: 63.
44. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. Ankara, 2014, s;7.
45. World Health Organization. Noncommunicable Diseases: Country Profiles. WHO, Geneva, 2018, s:205.
46. Williams B, Mancia G. 2018 ESC/ESH Guidelines For The Management Of Arterial Hypertension. .European Heart Journal 2018, 39, s:3021–3104.
47. Pekcan G, Marchesich R. Fao Nutrition Country Profiles Turkey. FAO, Roma, 2001, s:13.
48. Kızılaslan H, Halinci S. Amasya İli Merkez İlçedeki Hanehalkının Balık Eti Tüketim Alışkanlıkları ve Balık Eti Tüketimini Etkileyen Faktörler. Gaziosmanpaşa Journal of Scientific Research 2013,5, s:61-75.
49. Abdikoğlu D, Unakıtan G. Tekirdağ İlinde Balık Tüketim Eğilimlerinin Belirlenmesi. Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi 2015, 01(01), s:69-75.
50. Bolat Y, Cevher H. Konya İli (Türkiye) Su Ürünleri Tüketim Alışkanlıkları Üzerine Bir Anket Çalışması. Süleyman Demirel Üniversitesi Eğirdir Su Ürünleri Fakültesi Dergisi 2018, 14(3), s:241-252.
51. Besin Tüketim Sıklığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, T.C. Sağlık Bakanlığı, <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf> (12.07.2019)

52. Akçay Y, Vatansever Ö. Kırmızı Et Tüketimi Üzerine Bir Araştırma: Kocaeli İli Kentsel Alan Örneği. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2010,4(1), s:43-60.
53. Yaylak E, Taşkın T, Koyubenbe N, Konca Y. İzmir İli Ödemiş İlçesinde Kırmızı Et Tüketim Davranışlarının Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma. Hayvansal Üretim Dergisi 2010, 51(1), s:21-30.
54. Arslan C, Mendeş B. Üniversitelerin Farklı Bölümlerinde Okuyan Erkek ve Kız Öğrencilerin Sıvı Tüketimleri ve Bilgi Düzeylerinin Araştırılması. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2004, 18(3), s:163-170.
55. Erdem Y, Arıcı M, Altun B, Turgan Ç. The Relationship Between Hypertension and Salt Intake in Turkish Population: SALTURK Study. Blood Pressure 2010, 19, s:313–318.
56. Erdem Y, Arıcı M, Altun B. Dietary Sources of High Sodium Intake in Turkey: SALTURK II. Nutrients 2017, 9, s:933.
57. Polat E. Aydın ve Mardin İllerinde Yaşayan Bireylerin Beslenme Durumlarının ve Bazı Biyokimyasal Bulguların Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Aydın, 2018, 97.
58. Gökçek A. Adana Kentsel Alanda Ailelerin Yemeklik Yağ Tüketimi ve Yağın Harcama Esnekliğinin Tahmini, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Adana, 1998, 122.
59. T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Ankara, Yayın No:883, 2012, (10.07.2019).
60. Jeong J.S, Choi J.K, Jeong I.S, Paek K.R, In H.K, Park K.D. Nationwide Survey On The Hand Washing Behavior and Awareness. Journal Of Preventive Medicine and Public Health 2007; 40(3), s:197-204.
61. Ray S.K, Zaman F.A, Laskar N.B. Hand Washing Practices İn Two Communities Of Two States Of Eastern India: An Intervention Study. Indian Journal Of Public Health 2010, 54(3), s:126-30.

62. Kayı İ. İstanbul'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Nüfusta Sosyal Sermaye ve Sağlık Davranışlarının Araştırılması, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, 2012, 157.
63. Moore Ew, Smith We. What College Students Do Not Know: Where Are The Gaps In Sexual Health Knowledge?. Journal Of American College Health 2012, 60(6), s:436-42.
64. Demir A. Evlenme Aşamasındaki Bireylerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar, Aile Planlaması Yöntemleri ve Bebek Bakımı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne, 2013, 89.
65. Kıter G, Başer S, Akdağ B, Ekinci A, Ünal N, Öztürk E. Göğüs Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Olguların Sigara İçme Özellikleri. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2008, 56(1), s:30-36.
66. Uçar A. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 18 Yaş Üstü Bireylerde Sigara İçme Oranları ve Bırakmaya Hazırlık Düzeyleri, Tıpta Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Antalya, 2018, 99.
67. Aktener YA, Dülger İH, Erkayhan EG, Görmeli G, Kafadar SF. Yarı Kırsal Bir Bölgede 20-64 Yaş Üreme Çağı ve Menapoz Sonrası Kadınlarda Şişmanlık Sıklığı. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006, 23(3), s:119-126.
68. Bozkır Ç. Malatya İl Merkezinde Yaşayan Bedensel Engelli Bireylerde Obezite Prevalansı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, T.C İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, 2013, 166.
69. Okyay P, Uçku R. İzmir'de Kentsel Bir Bölgedeki Doğurgan Çağdaki Kadınlarda Şişmanlık Prevalansı ve Risk Faktörleri. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002, 3(3), s:5-1.
70. Orhan N. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Erişkinlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler, Tıpta Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, 2017, 111.

71. World Health Organization. Global Status Report On Road Safety, Supporting A Decade Of Action. WHO, Geneva, 2009, s: 209-274.
72. Tekpınar H. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Kansere Taramalarına İlişkin Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2018, 22(1), s:28-36.
73. Işık E, Kanbay Y, Aslan Ö, Işık K, Çınar S. Aile Hekimliği Birimine Başvuran Bireylerde Obezite Sıklığı ve İlişkili Etmenler: Artvin Örneği. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2013, 21(2), s:107-115.
74. İğneli B. 18 Yaş Üstü Erişkinlerin, Erişkin Aşıları Konusundaki Bilgi, Tutum ve Görüşleri ile Aşı Yaptırma Oranlarının Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Antalya, 2018, 110.
75. Baran Aksakal FN, Koçak C, Uğraş Dikmen A, Altun B, Büyükdemirci E. Ankara'da Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş Üstü Kişilerin Erişkin Aşılmasına İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Araştırılması. Flora Dergisi 2018, 23(3), s:124-134.
76. Aktaş H, Şaşmaz C, Kılınçer A, Mert E, Gülbol S, Külekçioğlu D, Kılar S, Yüce R, İbik Y, Uğuz E, Demirtaş A. Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Uyku Kalitesi ile İlişkili Faktörlerin Araştırılması. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi 2015, 8(2), s:60-70.
77. Özudoğru E. Üniversite Personelinin Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Öğretimi Programı, Burdur, 2013, 89.
78. Choi B, Schnall P, Yang H, Dobson M, Landsbergis P, Israel L, Karasek R, Baker D. Sedentary Work, Low Physical Job Demand and Obesity İn US Workers. American Journal Of Industrial Medicine 2010, 3, s:122-126.
79. Korkmaz N, Deniz M. Yetişkinlerin Fiziksel Aktivite Düzeyleri ile Sosyo-Ekonomik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Nwsa-Sports Sciences 2013, 8(3), s:46-56.
80. Okur A. Üniversite Çalışanlarının Beslenme, Fizik Aktivite Düzeyi ve İlişkili Bireysel ve Çevresel Faktörler, Tıpta Uzmanlık Tezi, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Rize, 2018, 203.

81. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No:909, Ankara, 2013.
82. Aktif Yaşam Derneği. Türkiye Toplumunun Fiziksel Aktivite Düzeyi Araştırması. İstanbul, 2010, s:1.
83. Savcı S, Öztürk M, Arıkan H. Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması 2006; 34(3), s:166-172.
84. Şanlı E, Güzel Atalay N. Öğretmenlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi-Yaş, Cinsiyet, Beden Kitle İndeksi İlişkisi. Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi 2009, 3, s:23- 32.
85. Akova İ.20 Yaş Üstü Erişkinlerde Uyku Süresi, Kalitesi, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Bazı Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişkiler, Tıpta Uzmanlık Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sivas, 2016, 131.
86. Vatansever Ş, Ölçücü B. Orta Yaşlılarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. Uluslararası Eğitim Bilimleri Dergisi 2015, 2(2), s:63-73.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onayı



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Güzel DİŞÇİGİL
Öğretim Üyesi

Aydın Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 12.09.2018 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 17 no.lu karar ekte sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-İmza
Prof.Dr. Mustafa Selim ÖZKÖK
Kurul Başkanı

KARAR:17

Protokol No : 2018/1450
Sorumlu Yürütücü: Prof. Dr. Güzel DİŞÇİGİL
Aile Hekimliği AD

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Güzel DİŞÇİGİL'in "Aile Hekimliği polikliniğine bayıran erişkin hastalarda birincil koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi düzeyi ve davranışlar" başlıklı klinik araştırmasının 02.08.2018 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmış. 15.08.2018 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Sonuçta klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacı; Form 2'nin 14.1.3n son bölümünde talep edilen çalışma bitiminden sonra aile raporu (Sonuç Raporu (web'te), BGGF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-görüşölür tarafından bizzat konülerinin kendi adı-soyadı yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yansıtılması dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Raporu Formu/Anket) gönderilmesi, gerekliliğine belirtilmesine ve sorumlu yürütücülerinin bu hususu özet göstermesi gerektiğini bir kez daha vurgulanmıştı oy birliğiyle karar verilmiştir.

Evraklı Doğrulama İşle: <https://kyk.adu.edu.tr/en/View/DogrulaNF6Z85H>

Aydın Menderes Üniversitesi Merkez Kampüsü Tıp Fakültesi Merkez Kampüsü Kapısı
Merkezi 09010 Elifin/Aydın
Telefon No: 0256 325 31 66 / 4590 Faks No: 0256 212 31 69
E-Posta: genel@adu.edu.tr İnternet Adresi:
<http://www.aydinadnan.edu.tr/>

Bilgi İçin: Sevil Yılmaz

Ünvan: Müdür

Ek 2. Veri Toplama Formu

VERİ TOPLAMA FORMU

Sayın katılımcı;

Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencisi Dr. Melih ANDIÇ ' in tez çalışmasıdır. Sizin sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olduğunuzu inanıyoruz. Bu nedenle sağlık bakımının kalitesini artırmak için sizin görüşlerinizi almak istiyoruz. Bu çalışma ile Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hastaların birincil koruyucu sağlık hizmetleri hakkında bilgi düzeylerini ve davranışlarını araştırarak sağlık hizmetlerini geliştirmeyi amaçlamaktayız. Bu çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Elde edilen veriler çalışma amaçları dışında kullanılmayacaktır. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten Melih ANDIÇ ' e uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla (cep) sorabilirsiniz. Tel: 05365027679 e-posta: melihandic@windowslive.com Anketi cevaplama süreniz yaklaşık olarak 20-30 dakikadır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Hastanın

- 1- Adı soyadı:
- 2- Boy: Kilo: BKİ:
- 3- Cinsiyeti: (1) Kadın (2) Erkek
- 4- Yaşı:
- 5- Medeni durumu: (1) Evli (2) Bekar (3) Dul
- 6- Aynı evde kaç kişi yaşıyorsunuz:
- 7- Mesleğiniz:
- 8- Eğitim durumu: (1) Okuryazar değil (2) Okuryazar (3) İlkokul mezunu
(4) Ortaokul (5) Lise (6) Lisans ve üstü
- 9- Çalışma durumu: (1) Çalışıyor (2) Çalışmıyor (yıldır)

- 10- Gelir düzeyi: (1) Yoksulluk sınırı üzeri(5330 tl) (2) Yoksulluk sınırı – Asgari ücret
(3) Asgari ücret (4) Asgari ücret altı
- 11- Sosyal güvenceniz: (1) Yok (2) Var
- 12- Oturduğunuz yer: (1) Köy (2) Belde (3) İlçe merkezi (4) İl merkezi

Bölüm 1(Gıda uygunluğu ve yeterli miktarda güvenli su tüketimi)

1. Günde kaç öğün tüketiyorsunuz?
 1 2-3 4-5 6 ve fazlası
2. Düzenli olarak sabah kahvaltısı yapıyor musunuz?
 Evet Hayır Bazen
3. Akşam yemeğini en son kaç gibi yapıyorsunuz?
 17:00-20:00 20:01-22:00 22:01-24:00 Yapmıyorum
4. Aldığım gıda ürünlerinin düzenli olarak etiketlerini okurum.
 Katılıyorum Katılmıyorum Bazen
5. Kolesterolde zengin besinleri biliyorum.
(Sakatatlar, salam, sosis, pastırma, kavurma, kremanın girmiş olduğu ürünler, pasta, börek)
 Evet Hayır Kısmen
6. Günlük ne kadar tuz tüketirsiniz?
 Ortalama<5 gr Ortalama>5 gr(5 gr:1 tepeleme çay kaşığı veya silme 1 tatlı kaşığı)
7. Genelde yemeklerde ne tür yağ kullanırsınız?(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)
 Ayçiçek yağı Zeytinyağı Tereyağı Margarin Diğer
8. Posalı yiyecekleri haftada kaç kez tüketir misiniz?(Tahıllar, bütün meyve ve sebzeler)
 Tüketmem 1-2 kez 2-3 kez >3 kez
9. Günde kaç porsiyon meyve-sebze tüketirsiniz?
 Tüketmem 1-2 3-4 5 ve fazlası

10. Günde kaç porsiyon süt ve süt ürünlerini tüketirsiniz?
Tüketmem 1-2 3-4 5 ve fazlası
11. Haftada kaç porsiyon balık tüketirsiniz?
Tüketmem Haftada 1 kez 2-3 kez >4 kez
12. Genellikle pişirme yöntemi olarak neleri tercih edersiniz?
(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)
Haşlama Kızartma Izgara Fırınlama Diğer.....
13. Günde ne kadar yumurta tüketirsiniz?
Tüketmem 1-2 3-4 5 ve fazlası
14. Haftada kaç kez kırmızı et tüketiyorsunuz?
Tüketmem 1-2 3-4 5 ve fazlası
15. Günde ortalama kaç litre su tüketirsiniz? (1) 0.5 litreden az (2) 0.5-1 litre
(3) 1-2 litre (4) 2 litreden fazla
16. Her gün düzenli tükettiğiniz öğünleriniz :
(1) Kahvaltı (2) Öğle yemeği (3) Akşam yemeği (4) Ara öğün
17. Her gün taze meyve-sebze tüketirim. Evet Hayır Bazen
18. Her öğünde değişik besinler tüketmeye çalışırım. Evet Hayır Bazen
19. Günlük çay,kahve tüketimi:
(1) Hiç (2) 1-2 bardak (3) 3-4 bardak (4) 5 bardak ve üzeri

Bölüm 2 (Riskli Davranışlar)

20. Sigaranın ne gibi zararları vardır?
(1) Kanser (2) Kardiyovasküler hastalıklar (3) İnfertilite
(4) Solunum yolu hastalıkları (5) Osteoporoz (6) Ciltte erken yaşlanma
(7) Nörolojik hastalıkları (8) Diğer

21. Sigara kullanıyor musunuz: (1) Evet (2) Hayır (3)Bıraktım.....(Bırakma nedeni)
(Hayır ise 24.soruya geçiniz) Ne kadar süre içtiniz?
22. Günde kaç/paket içiyorsunuz?
23. Hiç bırakmayı denediniz mi? (1) Evet (2) Hayır
24. Gebe iken sigara içtiniz mi? (1) Evet (2) Hayır
25. Sigara bırakmak istediğinizde destek alabileceğiniz yerler olduğunu biliyor musunuz?
(1) Evet(Sigara bıraktırma poliklinikleri, Alo 171,diğer.....) (2) Hayır
26. Alkol zararlı mıdır? (1)Evet (2)Hayır (3)Emin değilim (4)Bilmiyorum
27. Alkolün ne gibi zararları vardır?
(1) Kanser (2) Kardiyovasküler hastalıklar (3) İnfertilite
(4) Osteoporoz (5) Psikolojik sorunlar (6) Diğer
28. Alkol tüketiyor musunuz? (1) Hayır (29.soruya geçiniz) (2)
Ayda 1 veya daha az (3) Ayda 2-4 kez (4) Haftada 2-3
kez (5) Haftada 4 ve daha fazla
29. Alkol tükettikten sonra araç kullanır mısınız? (1) Evet (2) Hayır
30. Alkol tüketim nedenleri: (1) Zevk almak (2) Çevreye uyum sağlamak
(3) Bağımlılık (4) Sıkıntıyı hafifletmek (5)Diğer.....
31. Her gün düzenli dişlerimi fırçalarım. (1) Evet (2) Hayır (3)Nadiren
32. Düzenli diş hekimine kontrole giderim. (1) Evet (2) Hayır (3)Nadiren
33. Günde kaç kez elinizi yıkarsınız? (1) Hiç yıkamam (2) 1-2 kez (3)3-5 kez
(4) 6-10 kez (5) 10 kezden fazla
34. El temizliği için hangi materyalleri kullanırsınız?
Su Sıvı sabun Katı sabun El dezenfektanı Islak mendil
Kağıt havlu Havlu Diğer....

35. El yıkama alışkanlıklarınız nelerdir?
- Yemeklerden önce/sonra Tuvaletten önce/sonra Dışarıdan eve gelince
- Yatmadan önce Sabah kalkınca Ellerimi kirli görünce
- Yemek hazırlamadan önce Hasta insana dokunmadan önce/sonra
- Para alışverişinden sonra Burnumu temizledikten sonra
- Hayvanlara dokunduktan sonra Diğer....
36. Elinizi yıkamanız gerekti halde el yıkamama nedenleriniz nelerdir?
- Unutma Zaman bulamama İhtiyaç hissetmeme
- Lavabonun ulaşılabilir yerde olması El yıkanacak ortamın hijyenik olmaması
- Temizleyicileri yan etki oluşturması Diğer.....
37. Araç kullanıyor musunuz? (1) Otomobil (2) Motosiklet (3) Otobüs (4) Diğer
(5) Kullanmıyorum
38. Emniyet kemerini/Kaskımı her araca bindiğimde takarım. (1) Evet (2) Hayır (3) Bazen
39. Karayollarında hız limitlerine uyarım. (1) Evet (2) Hayır (3) Bazen
40. Trafikte yaya olarak bulunduğumda cadde ve sokaklarda kaldırımdan yürürüm.
- Evet Hayır Bazen
41. Duran bir taşıtın ne tarafından geçersiniz? Ön tarafından Arka tarafından
42. Karşıdan karşıya geçerken hangi yönleri bakarsınız?
- Önce sola, sonra sağa, tekrar sola Önce sağa, sonra sola, tekrar sağa
- Bakmadan geçerim Diğer....
43. Cinsel yolla bulaşan hastalıkları biliyor musunuz?
- (1) HIV (2) Sifiliz (Frengi) (3) Gonore (Bel soğukluğu)
- (4) Klamidya (5) Hepatit (6) HPV (7) Diğer
44. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan nasıl korunulur?
- (1) Kondom (2) Aşılama (3) Tek eşlilik (4) Riskli cinsel ilişkiden kaçınma (5) Diğer....

Bölüm 3 (Bağışıklama)

45. 34.Aşı ne için yapılır?
(1) Bulaşıcı hastalıklardan korunma (2)Bulaşıcı hastalıkları önleme (3)Diğer....
46. Aşı kimlere yapılır? (1)Çocuklara (2)Erişkinlere (3)Yaşlılara (4)Gebelere
(5)Özelikli popülasyonlara (6)Etkene maruz kalmışlara (7) Diğer....
47. Aşıların içeriğini biliyor musunuz? (1)Viral (2)Bakteriyel (3)Diğer
48. Aşı yaptırmak zararlı mıdır? (1)Evet (2)Hayır (3)Bilmiyorum (4)Kararsızım
(Yanıtınız hayır ise 43.soruya geçiniz.)
49. Aşılanmak vücudunuza ne gibi zararlar verir?
50. Gebelikte aşı yaptırmak bebeğe zarar verir mi? (1)Evet (2)Hayır
(3)Bilmiyorum (4)Kararsızım
51. Gebelikte önerilen aşular nelerdir? (1)Td(Tetanoz-difteri) (2)İnfluenza(Grip)
(3)Hepatit B (4)Pnömonokok (5)Hepatit A (6) Diğer....
52. 65 yaş üstü kişilerde önerilen aşular nelerdir? (1)Pnömonokok (2)İnfluenza
(3)Herpes Zoster (4)Hepatit B (5)Tetanoz (6)Diğer....
53. Sağlık çalışanlarında öneriler aşular nelerdir? (1) İnfluenza (2)Hepatit B
(3)Kızamık-kızamıkçık-kabakulak(KKK) (4) Td (Tetanoz-difteri) (5)Suçiçeği aşısı
(6)Hepatit A (7)Diğer....

Ek 3. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ)

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa)

İnsanların günlük yaşayış içinde yaptıkları fiziksel aktiviteler hakkında bilgi edinmek istiyoruz. Aşağıda son 7 gün içinde fiziksel olarak harcanan zaman hakkında sorular bulunmaktadır. Lütfen, kendinizi çok hareketli bir kişi olarak görmesiniz bile her soruyu cevaplayın. Ev ve bahçe işlerinizi, işyerinde yaptığımız aktiviteleri, bir yerden bir yere gitmek için yaptıklarınızı, boş zamanlarınızda yaptığımız egzersiz veya spor gibi aktiviteleri düşünün.

Son 7 gün içinde 10 dakika veya üstünde süren, nefesinizi hızlandıran, kuvvet gerektiren tüm yoğun faaliyetleri göz önünde bulundurun.

1. Son bir hafta içinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız?

Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. (3. Soruya Geçiniz) Haftada _____ gün

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Bilmiyorum/Emin değilim. Günde _____ dakika Günde _____ saat

Geçen bir hafta içinde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Bunlar 10 dakika veya daha uzun süren, orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir.

3. Son bir hafta içinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya tenis gibi orta dereceli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız? (Yürüme hariç.)

Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. (5. Soruya Geçiniz) Haftada _____ gün

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Bilmiyorum/Emin değilim Günde _____ dakika Günde _____ saat

Geçen bir hafta içinde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu; işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün içerisinde, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

Yürümedim. (7. Soruya Geçiniz) Haftada _____ gün

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

Bilmiyorum/Emin değilim Günde _____ dakika Günde _____ saat

Son soru, son bir hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Son bir hafta içinde günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

Bilmiyorum/Emin değilim Günde _____ dakika Günde _____ saat

Toplam:MET-dk/hafta İnaktif Minimal aktif Çok aktif