

Yozgat İl Merkezinde Çalışan Sağlık Çalışanlarında Kronik Hastalıklar Açısından Önde Gelen Riskli Durum ve Davranışların Prevalansı

Prevalence of Risky Conditions and Behaviors Leading to Chronic Diseases in Healthcare Workers in Yozgat Provincial Center

Mahmut KILIÇ,^a
Fevziye ÇETİNKAYA^b

^aHalk Sağlığı Hemşireliği Bölümü,
Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu,
Yozgat

^bHalk Sağlığı AD,
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kayseri

Geliş Tarihi/Received: 17.12.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 07.03.2012

Bu çalışma, 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (18-22 Ekim 2010, İzmir)'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Bu çalışma, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında yapılan "Yozgat İl Merkezindeki Sağlık Çalışanlarında Seçilmiş Olumsuz Sağlık Davranışlarının Sıklığı ve Etkileyen Faktörler" adlı doktora tezinden üretilmiştir. Çalışma, Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Koordinasyon Birimi tarafından TSD-09-938 sayılı proje olarak kabul edilmiş ve maddi olarak desteklenmiştir.

Yazışma Adresi/Correspondence:
Mahmut KILIÇ
Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu,
Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü,
Yozgat,
TÜRKİYE/TURKEY
mahmutkiloc@yahoo.com

ÖZET Amaç: Kronik hastalıklara neden olan ve/veya zemin hazırlayan önde gelen riskli durum ve davranışların sağlık çalışanlarındaki prevalansını ortaya koymak. **Gereç ve Yöntemler:** Kesitsel olan bu çalışma, 2009 yılında Türkiye'de Yozgat İl merkezinde çalışan sağlık personelinin tamamı (n=913) üzerinde yapılmış ve araştırmaya 835 kişi katılmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan anket formunun katılımcılar tarafından doldurulmasıyla toplandı. Verilerin analizinde ikili lojistik regresyon analizi kullanıldı. **Bulgular:** Kronik hastalıklar açısından belirlenen 10 riskli durum ve davranıştan sağlık çalışanları arasında yüksek oranda görülenler, yetersiz sebze-meyve tüketme, yetersiz egzersiz yapma, yemeklerde yağı ve tuzu kısıtlamama, yüksek beden kitle endeksi (BKİ)'ne sahip olma ve sigara içme (sırayla %87,0, %79,8, %80,6, %77,8, %51,2, %43,1) iken, düşük oranda görülenler ise haftada bir veya daha sık alkol alma, iki yıl içinde kan basıncı ve kan şekerini, beş yıl içinde kan kolesterolünü ölçtürmemektir (sırayla %3,0, %7,7, %17,2, %17,4). Sağlık çalışanlarının 1/5'i (%19,5) ≤3 riskli davranışa, 1/4'ü (%26,7) ise ≥6 riskli davranışa sahiptir. **Sonuç:** Sağlık çalışanları arasında sağlık memurları, erkekler, eşinden ayrılmış/eşi ölmüş olanlar ve yaşamından memnun olmayanlar daha riskli davranmaktadır. Sağlığın korunması, yükseltilmesi ve sağlık çalışanlarının konu hakkındaki duyarlılığının artırılması için "sağlıklı yaşam davranışları" konusunun sağlık personelinin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarına eklenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık tutumu; kronik hastalık; prevalans; sağlık personeli

ABSTRACT Objective: The aim of this study was to establish the prevalence of the prominent risky behaviors and conditions that may lead to and/or create a predisposition to chronic diseases among healthcare workers. **Material and Methods:** This cross-sectional study included all healthcare workers (n=913) actively working in the province center of Yozgat in 2009; 835 healthcare workers participated in the study. The data were gathered by a questionnaire prepared by the investigator, based on the literature. Data were analyzed by binary logistic regression analysis. **Results:** Among the 10 risky behaviors and situations related to chronic diseases, the highest rates were for inadequate fruit and vegetable consumption, insufficient exercise, and not restraining salt and fat intake (87.0%, 79.8%, 80.6%, 77.8%, respectively). The lowest rates were for alcohol intake once a week or more often, not having blood pressure and blood sugar measured within the past two years, and cholesterol within the past five years (3.0%, 7.7%, 17.2%, 17.4%, respectively). While 19.5% of the participants had three or less risky behaviors, 26.7% had six or more. **Conclusion:** Among healthcare workers, health technicians, males, those divorced/widowed, and those who are discontent with their lives had more risky behaviors, compared to the other groups. In order to preserve health, and promote a better health standard and to increase the awareness among healthcare workers, courses on "healthy lifestyle behaviors" should be integrated in the undergraduate and postgraduate educational programs.

Key Words: Health behavior; chronic disease; prevalence; health personnel

doi: 10.5336/medsci.2011-27900

Copyright © 2012 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(5):1343-53

Dünyadaki sosyal ve ekonomik kalkınmayla birlikte yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıklar da dâhil olmak üzere, bulaşıcı olmayan hastalıkların prevalansını ve hastalık yükünü artırmıştır. 2008 yılı verilerine göre dünyadaki ölümlerin %63'ünün nedeni bulaşıcı olmayan hastalıklar olup, bu hastalıkların büyük bir çoğunluğunu kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanserler ve kronik solunum sistemi hastalıkları oluşturmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar ve diyabete bağlı ölümlerin %80'inden fazlası, kronik obstrüktif akciğer hastalığına bağlı ölümlerin ise %90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Dünyadaki bulaşıcı olmayan hastalıklar ile ilişkili ölümlerin yaklaşık dörtte biri 60 yaşın altında görülmektedir. Bu gruptaki erken ölümlerin çoğu, risk faktörlerinin yeniden düzenlenmesiyle engellenebilir. Özellikle dört davranışsal risk faktörü, tütün kullanma, yetersiz fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme ve fazla alkol kullanma bunlar arasında en önemlileridir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların etkisini azaltmada, sağlığa ilişkin iyi bir bakım hizmeti verilmesi, erken teşhis ve zamanında tedavi de etkili yaklaşımlardır.¹ Çevresel, sosyoekonomik, kültürel ve bireysel özellikleri olan risk faktörlerinin birbirleriyle olan ilişkileri çok boyutlu ve karmaşıktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Küresel Sağlık Riskleri Raporu'na göre, Türkiye'nin de içinde bulunduğu orta ve yüksek gelirli ülkelerdeki ölüm nedenleri için başta gelen ilk 10 risk faktöründen 8'i sırayla yüksek kan basıncı, tütün kullanma, yüksek beden kitle endeksi (BKİ)'ne sahip olma, yetersiz fiziksel aktivite, alkol alma, yüksek kan şekeri, yüksek kolesterol ve yetersiz sebze-meyve tüketmek olarak belirlenmiştir. Bu 8 risk faktörü, dünyadaki kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin %61'inden, iskemik kalp hastalıkları nedeniyle olan ölümlerin dörtte üçünden ve doğumda beklenen yaşam süresinin yaklaşık olarak 5 yıl azalmasından sorumludur.² DSÖ'nün hazırlamakta olduğu Küresel Hastalık Yüğü (KHY) 2005'e göre, bu 8 risk faktörüne ek olarak fazla yağ ve tuz alımı da kronik hastalıklar için önde gelen metabolik, beslenme ve yaşam tarzı riskleri olarak kabul edilmektedir.³ Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması (THYÇ) 2004'e ve KHY 2005'e göre, kronik

hastalıkların önlenmesinde esas olan, önlenebilir, kontrol edilebilir ve değiştirilebilir olan yaşam tarzı riskleridir.^{3,4} THYÇ 2004'e göre, ülkemizdeki ölümlerin %79'u bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle dir. Ölüme neden olan ilk 10 hastalığın 6'sını ve yine engelliliğe bağlı kaybedilen yıllar (EBKY) yükünün ilk 10 nedeninden 6'sını kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Türkiye'de her iki cinsiyette engelliliğe göre uyarlanan yaşam yılları (EUY) değerinin azalmasına neden olan ilk 7 risk faktörü sırayla, yüksek kan basıncı, yüksek BKİ, tütün kullanma, yüksek kolesterol, yetersiz fiziksel aktivite, yetersiz sebze-meyve tüketmek ve alkol almaktır.⁴ Bu risk faktörleri, aynı zamanda kronik hastalıklar için de önemli risk faktörlerindedir.¹ Bu faktörlerden yüksek kan basıncı, kan şekeri ve yüksek kolesterol, genellikle diğer riskli davranışların önlenmesiyle ve de belirli aralıklarla ölçümlerinin yapılarak izlenmesiyle kontrol altında tutulabilir.

Sağlık hizmeti verdikleri kişilerde risk faktörlerine ve bunlara bağlı olarak gelişen sağlık sorunlarına daha çok tanık olan her düzeydeki sağlık çalışanlarının, sağlığı tehdit eden riskli davranışlardan öncelikle kendilerinin kaçınıyor olması beklenir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının riskli durum ve davranışları ne sıklıkta sergiledikleri, kan basıncı, kan şekeri, kolesterol gibi risk göstergesi ölçümlerini ne sıklıkta yaptırduklarının bilinmesi, gerek sağlık çalışanlarının, gerekse toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi çalışmaları açısından çok önemlidir.

Araştırmanın amacı, Yozgat il merkezinde çalışan sağlık personelinin kronik hastalıklara neden olan ve/veya zemin hazırlayan önde gelen riskli durum ve davranışlarının prevalansını saptamak ve referans alınan durumlara göre görülme olasılıklarını tahmin etmektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Kesitsel bir çalışma olan bu araştırma, 2009 yılında Yozgat İl merkezinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Yozgat il merkezindeki kamu ve özel sektörde görev yapan tüm sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Evrenin tamamını oluşturan 913 sağlık çalışanı araştırma kapsamına alındı ve evrenin

tamamına ulaşılmaması hedeflendi. Örneklem seçimi yapılmadı. Araştırmaya katılmayı kabul eden 151 hekim, 84 diğer lisans mezunu sağlık çalışanı, 325 hemşire/ebe ve 275 sağlık memuru olmak üzere toplam 835 kişiye anket uygulandı. Çeşitli nedenlerle 70 kişiye ulaşılamadığı ve sekiz kişi de araştırmaya katılmayı kabul etmediği için toplam 78 kişi araştırmaya alınmadı. Ulaşılamayan her bir bireye en az üç kez gidildi. Katılım oranı %91,5 olarak belirlendi.

Araştırmanın kurum izni ve etik kurul onayı alındı. Veriler, araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan anket formunun katılımcılar tarafından isimsiz olarak doldurulmasıyla toplandı. Anket uygulanan kişilere, önce araştırmanın amacı ve önemi, anketin cevaplama süresinin 10-15 dakika olduğu ve araştırmaya katılıp katılmamakta özgür oldukları açıklanarak sözlü onamaları alındı.

Anket soruları, deneklerin çeşitli özelliklerini belirlemeye, riskli durum ve davranışlarını ölçmeye yönelik olarak hazırlandı. Riskli durum ve davranışlar, iki yıl içinde kan basıncını ve kan şekeri, beş yıl içinde kan kolesterolünü ölçtürmek, yetersiz sebze-meyve tüketmek (<günde 3 kez), yetersiz egzersiz yapmak (<haftada 3 gün ve 150 dk), yemeklerde yağı ve tuzu kısıtlamamak, yüksek BKİ (BKİ \geq 25)'ye sahip olmak, halen sigara içmek, haftada bir veya daha sık alkol almak şeklinde belirlendi. Ayrıca sergilenen riskli davranışların sayısı, 1-3=az, 4-5=orta ve 6-9=çok riskli davranışa sahip olma şeklinde gruplandı.

Araştırmaya katılanların kan basıncı, kan şekeri ve kolesterol ölçtürme durumları, araştırma anına kadar herhangi bir nedenle ölçtürüp ölçtürmediği, ölçtürdü ise ne zaman ölçtürdüğü biçiminde sorgulandı. Araştırmanın yapıldığı şehir merkezinin, muhafazakar kültürün egemen olduğu Orta Anadolu'da olması ve yine araştırma dönemi itibarıyla bu bölgede muhafazakar siyasi görüşün ağırlıklı olması nedeniyle kişilerin aldıkları alkol miktarını olduğundan az ifade etme eğiliminde olabileceği göz önünde tutularak, haftada bir veya daha sık alkol almak riskli olarak değerlendirildi. Araştırmaya katılan sağlık personelinin tamamı boy uzunluğunu bildiği için boy ölçümü yapılmadı ve ağırlıkları taşınır mekanik baskül ile tartıldı. Araş-

tırma sırasında gebe olan kadınların ağırlığı tartılmadı. BKİ=Ağırlık (kg)/boy (m²) olarak hesaplandı ve BKİ, risk yok (<25), fazla kilolu (25-29,9) ve şişman (\geq 30) şeklinde üç sınıfa ayrıldı.

Veriler, SPSS paket programıyla değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirmede korelasyon ve ikili lojistik regresyon analizinin "Forward LR" yöntemi kullanıldı.⁵ Lojistik regresyon analizlerinde, modelin önemlilik testi (Omnibus Tests, $p<0,05$) ve uyum iyiliği testi (Hosmer and Lemeshow Test, $p>0,05$) uygun ise testler yapıldı. Kişilerde riskli durum ve davranış varsa 1, yoksa 0 değeri verildi ve bağımlı değişken olarak "Forward LR" analizine alındı. Her bir bağımlı değişken "Forward LR" ile ayrı ayrı analiz edildi ve istatistiksel olarak önemli bulunan değişkenlerin odds oranı (OO) ve %95 güven aralığı (GA) değerleri hesaplandı. Meslek, cinsiyet, medeni durum, yaş/yaş grupları, yaşamından memnun olma, sağlık durumu algısı, hastalık/sağlık sorunu varlığı bağımsız değişkenler olarak kabul edildi. Meslek değişkeni, önce dört grup olarak, istatistiksel olarak önemli bulunmama durumunda ise hekimler ve diğer sağlık çalışanları şeklinde iki grup halinde modele alındı. Diş hekimi, eczacı, psikolog, diyetisyen, vb. diğer lisans mezunu sağlık çalışanları grubuna; sağlık memuru kadrosunda çalışan toplum sağlığı memuru, acil tıp, çevre sağlığı, laboratuvar, radyoloji, anestezi, vb. teknisyen/teknikerler sağlık memurları grubuna alındı.

BULGULAR

Araştırma grubunun %58,8'i kadın, %78,9'u evli, yaş dağılımı 18-64, ortalama yaş erkeklerde 37,5, kadınlarda 31 ve tüm grupta 34 bulundu. Hekimlerin (%73,5) ve sağlık memurlarının (%68,4) üçte ikisinden fazlası erkekti (Tablo 1). Araştırma grubunun %71,8'i hemşire/ebe ile sağlık memurlarından oluşmaktaydı; %63,9'unun öğrenim durumu lise veya ön lisans düzeyindeydi. Hekim (%55) ve hemşire/ebelerin (%59,7) yarıdan fazlası kamu hastanelerinde çalışmaktaydı. Sağlık çalışanlarının %85,7'si genel olarak yaşamından memnun olduğunu ifade ederken, %5,2'si memnun olmadığını belirtti. Sağlık çalışanlarının %82,6'sı sağlık durumunu iyi/çok iyi, %17,4'ü orta/kötü olarak algılamaktaydı. Sağlık çalışanlarının %26,4'ü tanısı

TABLO 1: Araştırma grubunun mesleğe göre demografik özelliklerinin dağılımı.

Özellikler	Hekimler n (%) ^a	Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları n (%) ^a	Hemşire/ Ebeler n (%) ^a	Sağlık memurları n (%) ^a	Toplam n (%) ^a
Cinsiyet					
Erkek	111 (73,5)	45 (53,6)	0 (0,0)	188 (68,4)	344 (41,2)
Kadın	40 (26,5)	39 (46,4)	325 (100,0)	87 (31,6)	491 (58,8)
Medeni durum					
Evlü	123 (81,5)	65 (77,4)	256 (78,8)	215 (78,2)	659 (78,9)
Bekâr	22 (14,5)	18 (21,4)	65 (20,0)	53 (19,3)	158 (18,9)
Eşinden ayrılmış/eşi ölmüş	6 (4,0)	1 (1,2)	4 (1,2)	7 (2,5)	18 (2,2)
Yaş grupları					
18-24	0 (0,0)	7 (8,3)	59 (18,2)	53 (19,3)	119 (14,3)
25-34	67 (44,4)	43 (51,2)	148 (45,5)	76 (27,6)	334 (40,0)
35-44	55 (36,4)	21 (25,0)	100 (30,8)	117 (42,5)	293 (35,1)
45 yaş ve üzeri	29 (19,2)	13 (15,5)	18 (5,5)	29 (10,5)	89 (10,7)
$\bar{X} \pm S.S$	37,7 \pm 8,7	34,8 \pm 9,2	32,2 \pm 7,6	34,0 \pm 8,6	34,1 \pm 8,5
Toplam ^b	151 (18,1)	84 (10,1)	325 (38,9)	275 (32,9)	835 (100,0)

^aYüzdeler, meslek gruplarına göre (sütun toplamı) alınmıştır.

^bSatır yüzdesi alınmıştır.

konmuş bir hastalık veya sağlık sorunu olduğunu belirtti.

En yüksek oranda görülen riskli davranışlar, yetersiz sebze-meyve tüketmek (%87), yetersiz egzersiz yapmak (%79,8), yemeklerde yağı (%80,6) ve tuzu kısıtlamamak (%77,8), yüksek BKİ'ye sahip olmak (%51,2) ve halen sigara içmek (%43) iken, en düşük oranda görülen riskli davranışlar ise haftada bir veya daha sık alkol almak (%3), iki yıl içinde kan basıncını ölçtürmemek (%7,7), iki yıl içinde kan şekerini ölçtürmemek (%17,2) ve beş yıl içinde kan kolesterolünü ölçtürmemek (%17,4) şeklinde belirlendi (Tablo 2).

İkili logistik regresyon analizine göre, sağlık çalışanları arasında, sağlık memurları, erkekler, bekârlar, eşinden ayrılmış/eşi ölmüş olanlar ve yaşamından memnun olmayanların riskli davranma olasılıkları daha yüksek bulundu (Tablo 3). Hekimlerde, diğer sağlık meslek gruplarına göre sigara içme, tuz ve yağ tüketme olasılığı daha düşükken, alkol alma sıklığı ve kilolu olma olasılığı daha yüksek olarak saptandı. Tanısı konmuş hastalık/sağlık sorunu olanların olmayanlara göre, haftada bir/daha sık alkol alma olasılığı 2,47 (%95 GA 1,04-5,88) kat daha fazla iken, hastalık/sağlık sorunu olmayanların olanlara göre son beş yıl içinde

kolesterol ölçtürmeme olasılığının 1,95 (%95 GA 1,15-3,30) kat daha fazla olduğu saptandı (Tablo 3). Araştırmaya katılanlardan yağlı yeme alışkanlığına sahip olanlar, aynı zamanda tuzlu yeme alışkanlığına da sahipti (Spearman's $r=0,40$, $p<0,001$). Sağlık çalışanlarının beşte biri (%19,5) 1-3, yarısından biraz fazlası (%53,8) 4-5 ve dörtte birinden biraz fazlası (%26,7) 6-9 riskli davranışa sahipti (Tablo 4).

TARTIŞMA

Bu çalışmada, Yozgat il merkezinde görev yapan sağlık çalışanlarının kronik hastalıklar açısından önde gelen seçilmiş riskli durum ve davranışları değerlendirilmiştir. Sağlık çalışanlarında BKİ, sigara ve alkol dışındaki diğer riskli davranışlarla ilgili yapılmış araştırmaların sayısı azdır.

Ülkemizde ve diğer bazı ülkelerde kan basıncı yüksek olanların yaklaşık olarak yarısı, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ise yetişkinlerin dörtte birinin bu sorunun farkında olmadan yaşadıkları saptanmıştır.⁶⁻¹¹ Amerikan Kalp Derneği, kan basıncı normal olan yetişkinlerin 2 yılda bir, prehipertansif kişilerin ise yılda bir kez kan basıncını ölçtürmelerini önermektedir.¹² Sağlık çalışanlarının %7,7'si (erkeklerin %12,2'si, kadınların %4,5'i) son 2 yıl içinde, %4,3'ü ise araştırma anına

TABLO 2: Araştırma grubunda mesleğe göre kronik hastalıklar açısından seçilmiş 10 riskli durum veya davranışın prevalansı.

Riskli durum veya davranışlar		Hekimler	Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları	Hemşire/Ebeler	Sağlık memurları	Toplam
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Kan basıncı	Son 2 yıl içinde ölçtüren	136 (90,1)	77 (92,8)	313 (96,3)	243 (88,7)	769 (92,3)
	Ölçtürel ≥ 2 yıl olan*	7 (4,6)	2 (2,4)	7 (2,2)	12 (4,4)	28 (3,4)
	Hiç ölçtürmeyen*	8 (5,3)	4 (4,8)	5 (1,5)	19 (6,9)	36 (4,3)
Kan şekeri	Son 2 yıl içinde ölçtüren	127 (84,1)	71 (84,5)	281 (86,5)	212 (77,1)	691 (82,8)
	Ölçtürel ≥ 2 yıl olan*	15 (9,9)	1 (1,2)	16 (4,9)	18 (6,5)	50 (6,0)
	Hiç ölçtürmeyen*	9 (6,0)	12 (14,3)	28 (8,6)	45 (16,4)	94 (11,3)
Kolesterol	Son 5 yıl içinde ölçtüren	133 (88,1)	67 (79,8)	277 (85,2)	213 (77,5)	690 (82,6)
	Ölçtürel ≥ 5 yıl olan*	3 (2,0)	1 (1,2)	2 (0,6)	3 (1,1)	9 (1,1)
	Hiç ölçtürmeyen*	15 (9,9)	16 (19,0)	46 (14,2)	59 (21,5)	136 (16,3)
Egzersiz yapma	Haftada ≥ 3 gün ve 150 dk.	30 (19,9)	20 (23,8)	56 (17,2)	63 (22,9)	169 (20,2)
	Yetersiz yapan*	38 (25,2)	20 (23,8)	53 (16,3)	61 (22,2)	172 (20,6)
	Hiç yapmayan*	83 (55,0)	44 (52,4)	216 (66,5)	151 (54,9)	494 (59,2)
Sebze-meyve	Günde ≥ 3 kez tüketen	17 (11,3)	15 (17,9)	49 (15,2)	27 (9,8)	108 (13,0)
	Günde 1-2 kez tüketen*	110 (73,3)	63 (75,0)	236 (73,1)	199 (72,4)	608 (73,19)
	Günde <1 kez tüketen*	23 (15,3)	6 (7,1)	38 (11,8)	49 (17,8)	116 (13,9)
Yemek tuzu	Tuzsuz/az tuzlu	42 (27,8)	22 (26,2)	74 (22,8)	47 (17,1)	185 (22,2)
	Normal tuzlu*	83 (55,0)	52 (61,9)	198 (60,9)	177 (64,4)	110 (61,1)
	Tuzlu/çok tuzlu *	26 (17,2)	10 (11,9)	53 (16,3)	51 (18,5)	140 (16,8)
Yemek yağı	Yağsız/az yağlı	48 (31,8)	17 (20,2)	56 (17,2)	41 (15,0)	162 (19,4)
	Normal yağlı*	92 (60,9)	60 (71,4)	240 (73,8)	213 (77,7)	605 (72,5)
	Yağlı/çok yağlı*	11 (7,3)	7 (8,3)	29 (8,9)	20 (7,3)	67 (8,0)
BKİ	<25	50 (33,1)	50 (60,2)	182 (56,2)	123 (45,2)	405 (48,8)
	25-29,9*	73 (48,3)	26 (31,3)	110 (34,0)	118 (43,4)	327 (39,4)
	≥ 30	28 (18,5)	7 (8,4)	32 (9,9)	31 (11,4)	98 (11,8)
Sigara içme	İçmeyen	92 (60,9)	53 (63,1)	199 (61,2)	131 (47,8)	475 (57,0)
	Bazı günler içen*	13 (8,6)	6 (7,1)	36 (11,1)	15 (5,5)	70 (8,4)
	Her gün içen*	46 (30,5)	25 (29,8)	90 (27,7)	128 (46,7)	289 (34,7)
Alkol alma	Hiç almayan	97 (64,2)	74 (88,1)	316 (97,2)	244 (89,1)	731 (87,6)
	$<$ Haftada 1 kez alan	39 (25,8)	9 (10,7)	8 (2,5)	22 (8,0)	78 (9,4)
	Haftada bir/daha sık alan*	15 (9,9)	1 (1,2)	1 (0,3)	8 (2,9)	25 (3,0)
Toplam*		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Riskli durum veya davranışlar.

*Yüzdeler, meslek gruplarına göre (sütun toplamı) yanıt verenlerin toplamı üzerinden alınmıştır.

kadar kan basıncını hiç ölçtürmediğini belirtmiştir. Bu oranın 45 yaş ve üzerindeki sağlık çalışanlarında (%10,1) çok daha düşük olması beklenirken, tersine biraz daha yüksek oranda olduğu görülm-

üştür. Türkiye’de yapılan PatenT 2003 çalışmasında, toplumun %32,2’sinin (erkeklerin %41,4’ü, kadınların %25,8’i) kan basıncını hiç ölçtürmediği, %55,8’inin ise son 2 yıl içinde, Sağlık Araştırması

TABLO 3: Riskli durum veya davranışlara etkisi olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi.

Bağımsız değişkenler		Riskli durum veya davranışlar (Bağımlı değişkenler)					Günde en az 3 kez sebze-meyve tüketmemek
		Son 2 yıl içinde kan basıncını ölçtürmemek OO (%95 GA)	Son 2 yıl içinde kan şekerini ölçtürmemek OO (%95 GA)	Son 5 yıl içinde kan kolesterolünü ölçtürmemek OO (%95 GA)	Haftada en az 3 gün ve 150 dakika egzersiz yapmamak OO (%95 GA)		
Cinsiyet	Kadın (Ref.)	1	1	1			1
	Erkek	3,45 (1,97-6,02)	2,32 (1,58-3,40)	1,98 (1,28-3,04)			1,72 (1,09-2,72)
Medeni durum	Evli (Ref.)	1	1	1			
	Bekâr	1,80 (0,94-3,43)	2,36 (1,52-3,67)	1,71 (1,03-2,86)			
Yaş/ Yaş grupları	Eşi ölmüş/ayrılmış	5,15 (1,61-16,45)	3,17 (1,14-8,83)	4,56 (1,60-12,94)			
	18-24			5,47 (2,24-13,38)	Sürekli değişken		3,54 (1,47-8,49)
	25-34			1,58 (0,73-3,42)			2,60 (1,33-5,09)
	35-44			0,79 (0,36-1,73)			1,47 (0,78-2,76)
	45 + (Ref.)			1			1
Yaşam mem.	Memnun olan (Ref.)	1					
	Kararsız/memnun olmayan	2,05 (1,08-3,88)					
Sağlık durumu	İyi (Ref.)					1	
	Orta/kötü						
Hastalık/ Sağ.sor.	Olan (Ref.)			1			
	Olmayan					2,21 (1,27-3,83)	
Modelin önemi testi (sd; χ^2; p)		4; 32,32; <0,001	3; 30,99; <0,001	7; 90,77; <0,001	2; 15,25; <0,001	4; 14,21; 0,007	
Uyum iyiliği testi (sd; χ^2; p)		3; 0,87; 0,83	2; 1,96; 0,37	7; 4,53; 0,72	8; 6,95; 0,54	5; 0,91; 0,97	

Bağımsız değişkenler: Meslek, cinsiyet, medeni durum, yaş, yaşamından memnun olma, sağlık durumu, hastalık/sağlık sorunu varlığı.

sd: Serbestlik derecesi, χ^2 : ki-kare, p: önemi düzeyi.

GA: Güven aralığı; OO: Odds oranı.

TABLO 3: devamı.

Bağımsız değişkenler		Riskli durum veya davranışlar (Bağımlı değişkenler)					
		Yemeklerde tuzu kısıtlamamak	Yemeklerde yağı kısıtlamamak	BKİ ≥ 25 olmak ^a	Halen sigara içmek	Haftada 1'daha sık alkol almak	
Cinsiyet	Kadın (Ref.)	1	1	1	1	1	
	Erkek	2,65 (1,76-3,98)	2,40 (1,44-3,98)	2,96 (1,89-4,65)	2,48 (1,62-3,80)	6,78 (1,41-32,71)	
Meslek	Hekimler (Ref.)	1	1	1	1	1	
	Diğer Lisans Mezunu Sağlık Çalışanları	Hekim olmayanlar	1,88 (0,97-3,64)	0,38 (0,21-0,71)	1,24 (0,69-2,22)	0,17 (0,02-1,33)	
	Hemşire/Ebeler	1,75 (1,11-2,74)	3,16 (1,80-5,56)	1,08 (0,63-1,85)	2,18 (1,29-3,67)	0,15 (0,01-1,75)	
	Sağlık Memurları		2,30 (1,40-3,76)	0,76 (0,47-1,22)	2,05 (1,33-3,16)	0,33 (0,13-0,81)	
Medeni durum	Evli (Ref.)	1		1		1	
	Bekâr	2,05 (1,13-3,72)		0,43 (0,26-0,71)		1,23 (0,34-4,49)	
	Eş ölmüş/ayrılmış	2,26 (0,59-8,61)		0,44 (0,16-1,24)		8,37 (1,81-38,86)	
Yaş Yaş grupları	18-24 (Ref.)	Süreklî değişken	Süreklî değişken	1	1		
	25-34	1,06 (1,03-1,08)	1,06 (1,04-1,08)	4,52 (2,27-9,02)	1,83 (1,13-2,96)		
	35-44			9,15 (4,47-18,74)	2,66 (1,62-4,36)		
	45 +			10,57 (4,50-24,82)	1,69 (0,89-3,19)		
Yaşam mem.	Memnun olan (Ref.)				1		
	Kararsız/memnun olmayan				2,27 (1,50-3,46)		
Hastalık/ Sağ.sor.	Olan (Ref.)					2,47 (1,04-5,88)	
	Olmayan					1	
Modelin önemlilik testi (sd; χ^2; p)		5; 55,57; <0,001	5; 47,65; <0,001	9; 206,83; <0,001	8; 69,86; <0,001	7; 46,72; <0,001	
Uyum iyiliği testi (sd; χ^2; p)		8; 4,97; 0,76	8; 12,17; 0,14	8; 5,53; 0,70	7; 7,89; 0,34	7; 4,58; 0,71	

Bağımsız değişkenler: Meslek, cinsiyet, medeni durum, yaş, yaşamından memnun olma, sağlık durumu algısı, hastalık/sağlık sorunu varlığı.

^aModelle ayrıca sebze-meyve tüketimi, egzersiz yapma ve yağ tüketim alışkanlığı da eklendi.

BKİ: Beden kitle indeksi; GA: Güven aralığı; OO: Odds oranı.

TABLO 4: Araştırma grubunda mesleğe göre riskli durum veya davranışların sayısı.

Riskli durum veya davranış sayısı	Meslekler					Toplam n (%)	Yığılımlı Yüzde n (%)
	Hekimler n (%)	Diğer lisans mezunu sağlık çalışanları n (%)	Hemşire/Ebeler n (%)	Sağlık memurları n (%)			
1	6 (4,0)	3 (3,6)	4 (1,2)	3 (1,1)	16 (1,9)	16 (1,9)	
2	7 (4,6)	5 (6,0)	19 (5,8)	19 (6,9)	50 (6,0)	66 (8,0)	
3	18 (11,9)	14 (16,7)	45 (13,8)	19 (6,9)	96 (11,5)	162 (19,5)	
4	33 (21,9)	28 (33,3)	95 (29,2)	60 (21,8)	216 (25,9)	378 (45,4)	
5	48 (31,8)	18 (21,4)	104 (32,0)	63 (22,9)	233 (27,9)	611 (73,3)	
6	27 (17,9)	8 (9,5)	44 (13,5)	70 (25,5)	149 (17,8)	760 (91,1)	
7	7 (4,6)	7 (8,3)	8 (2,5)	27 (9,8)	49 (5,9)	809 (97,0)	
8 ≤ ^a	5 (3,3)	1 (1,2)	5 (1,5)	14 (5,1)	25 (3,0)	834 (100,0)	
Toplam	151 (100,0)	84 (100,0)	324 (100,0)	275 (100,0)	834 (100,0)		

^a6 kişinin 9 riskli durum veya davranışı vardır.

2008'de ≥ 15 yaş ve üzerindekiilerin %52,3'ünün son bir yıl içinde kan basıncını ölçtürmediği saptanmıştır.^{9,13} Çin'de yapılan InterASIA 2000-2001 araştırmasına göre, 35-74 yaşlarındaki hipertansiyonluların %40,5'inin son bir yıl içinde, %32,5'inin ise son 5 yıl içinde kan basıncını ölçtürmediği saptanmıştır.⁸ Beklendiği gibi, sağlık çalışanlarından son 2 yıl içinde kan basıncını ölçtürmeyenlerin oranı, ülkemiz genelindeki oranın üçte birinden daha azdır.

Tüm dünyada ve ülkemizde tip-2 diyabet prevalansı gittikçe artarken, ülkemizdeki diyabetlilerin dörtte biri, ABD'de yapılan bir araştırmada diyabetlilerin %27,3'ü, diğer ülkelerdeki diyabetlilerin %30-90'ı tanı konmadan yaşamaktadır.^{6,10,14-16} Kanada ve Amerikan Diyabet Derneklerine göre, kan şekeri düzeyi normal olanların 3 yılda bir, glikoz toleransı bozulmuş olanların 1-2 yılda bir kan şekeri ölçülmelidir.^{17,18} Araştırma grubundaki sağlık çalışanlarının %17,2'si (erkeklerin %23,3'ü, kadınların %13,0'ü) son 2 yıl içinde kan şekeri ölçtürmediğini ifade etmiştir. Bu durum, yüksek kan şekerinin daha çok ortaya çıktığı 35 yaş ve üzerinde olanlarda da (%13,7-19,1) pek farklı değildir. Sağlık Araştırması 2008'e göre ≥ 15 yaş ve üzerindekiilerin %73,3'ünün son bir yıl içinde kan şekeri ölçtürmediği saptanmıştır.¹³

Yirmi yaşından sonra sağlıklı kişilerin en fazla 5 yılda bir, kalp hastalığı veya lipit seviyesi normalden yüksek olanların ise 1-2 yılda bir kolesterol düzeylerini ölçtürmeleri önerilmektedir.¹⁹ Sağlık çalışanlarının %17,4'ü (erkeklerin %18,9'u, kadın-

ların %16,3'ü) son 5 yıl içinde, %16,3'ü ise hiçbir zaman kan kolesterolünü ölçtürmediğini ifade etmiştir. Sağlık Araştırması 2008'e göre ≥ 15 yaş ve üzerindekiilerin %75,3'ünün son bir yıl içinde kan kolesterolünü ölçtürmediği saptanmıştır.¹³ ABD'de yapılan BRFSS 2007 araştırmasına göre, son 5 yıl içinde kan kolesterolünü ölçtürmeyenlerin oranı %25,1'dir.²⁰ Yine ABD'de yapılan bir araştırmada, kolesterolü yüksek olanların %31,5'inin bu durumdan habersiz yaşadığı saptanmıştır.¹⁰ Sağlık çalışanları, kan kolesterolünü zamanında ölçtürme konusunda Türkiye ve ABD toplumuna göre daha duyarlı davranmaktadır.

Türkiye'de hastalık yükünün %4,3'ü, DSÖ Avrupa bölgesinde hastalık yükünün %3,5'i ve ölümlerin %5-10 kadarı yetersiz fiziksel aktiviteye atfedilmektedir.^{4,21} Sağlık çalışanlarının mesleklerini icra etme biçiminin genel olarak fazla fiziksel aktivite gerektirmeyen bir biçimde olması nedeniyle, sağlık çalışanlarının yeterli egzersiz yapması daha da önemlidir. Sağlık çalışanlarının %79,8'i yeterli egzersiz yapmadığını belirtmiştir. Türkiye'de yapılan araştırmalarda, sağlık personelinin %73,1-88,9'unun, toplumun %96,5'inin düzenli olarak egzersiz yapmadığı saptanmıştır.^{6,22} ABD'de 2005 yılında yapılan bir çalışmada, hastane çalışanlarının %3,5-17,5'inin egzersiz amacıyla yürüme, merdiven çıkma vb davranışları yaptıkları saptanmıştır.²³ 2003 yılındaki bir araştırmada, Türkiye'deki yetişkinlerin %35,1-36,3'ünün yeterli fiziksel aktivite yapmadığı saptanmıştır.²⁴ Araştır-

maya katılanlardan yaşı küçük olanlar daha az egzersiz yapmaktadır. Bunun nedeni, doğal olarak yaşı küçük olanların büyük olanlara göre günlük aktivitelerinin daha fazla olmasından kaynaklanmış olabilir.²⁵ Yeterli fiziksel aktivite yapmayanların oranı, DSÖ Avrupa Bölgesinde %63,0.² ABD'de %50,8'dir.²⁶ Araştırmamıza katılan sağlık çalışanları, Türkiye, Avrupa ve ABD toplumuna göre daha az fiziksel aktivite yapmaktadır.

ABD'de yapılan Ulusal Sağlık Araştırması'na göre, günde $\geq 3,5$ porsiyon sebze-meyve tüketmek, risk değerlendirmesinde referans değer olarak kabul edilmektedir.²⁷ Ülkemizdeki ölümlerin %9,0'u (Avrupa'da %4,5), hastalık yükünün ise %3,9'u (Avrupa'da %2,4) yetersiz sebze-meyve tüketimine atfedilmektedir.²⁴ Sağlık çalışanlarının %87,0'si günde üç kezden, %13,9'u günde bir kezden daha az sebze-meyve tüketmektedir. ABD'de 2005 yılında yapılan bir çalışmada, hastane çalışanlarının %41,7'sinin yemeklerinde sebze-meyve tükettikleri saptanmıştır.²³ ABD'de 40 yaş ve üzerindeki hemşireler günde ortalama 5,3 porsiyon, erkek sağlık personeli günde 5,2 porsiyon sebze-meyve tüketmektedir.²⁸ Türkiye'de 18 yaş ve üzerindeki kişilerin günde ortalama 3,2 porsiyon sebze-meyve tükettikleri, yine %81,3'ünün günde 5 porsiyondan, %42,7'sinin ise günde 3 porsiyondan daha az sebze-meyve tükettikleri tespit edilmiştir.^{24,29} Yetersiz sebze-meyve tüketenlerin oranı, DSÖ Avrupa bölgesinde %56 iken, ABD'de ise %75,7'dir.^{2,20} Sağlık çalışanları, Türkiye geneliyle benzer düzeyde sebze-meyve tüketirken, ABD toplumuna göre biraz az, ABD'deki sağlık çalışanları ve Avrupa toplumuna göre ise çok daha az sebze-meyve tüketmektedir.

Tuz tüketiminin günlük 5 g'ın altında olması önerilmektedir.³⁰ Türkiye'de 2008 yılında yapılan SALTURK çalışmasında, günlük ortalama tuz tüketimi 18 g olarak saptanmış olup, bu değer, izin verilenin 3 katından daha fazladır.³¹ Sağlık çalışanlarının %77,8'i, hekimlerin ise %72,2'si, yemeklerinde tuz kısıtlaması yapmadıklarını (%16,8'i tuzlu/çok tuzlu yediğini) belirtmiştir. UHA-2003'e göre, yetişkinlerin %75,0'inin yemeklerinde tuzu kısıtlamadığı saptanmıştır.²⁴ Sağlık çalışanlarının 3/4'ünün yemeklerinde tuzu kısıtlamaması ve bu konuda toplumla benzer

davranması, sağlık personelinin bu risk faktöründen uzak durma hususunda yeterli duyarlılığa sahip olmadığını düşündürmektedir.

Tüm dünyada 1960'tan 2007 yılına kadar toplam yağ tüketiminde bir artış gözlenmektedir.¹ Araştırmaya katılanların %80,6'sı, hekimlerin ise %68,2'si, yemeklerinde yağ kısıtlaması yapmadıklarını (%8,0'i yağlı/çok yağlı yediğini) ifade etmektedir. ABD'de 2005 yılında yapılan bir çalışmada, hastane çalışanlarının %72,8'inin yemeklerinde yağ kısıtlamadıkları, %12,3'ünün ise yağlı yemekleri tükettikleri saptanmıştır.²³ Sağlık çalışanlarının yarısının fazla kilolu/şişman olması, normal yağlı diyetle nitelendirilen yemeklerin aslında daha fazla yağ içerebileceğini düşündürmektedir. Sağlık çalışanlarının %8,3'ü yemeklerinde genellikle yalnızca katı yağ kullandıklarını ifade etmişlerdir. Yemeklerde katı yağ kullanma ile belirlenen bağımsız değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Erkeklerde daha fazla olmak üzere sağlık çalışanlarının %39,4'ü fazla kilolu, %11,8'i şişman ve toplamda %51,2'si normalden daha kiloludur. Yüksek BKİ'ye sahip olanların oranının en yüksek (%66,9) olduğu grup hekimlerdir. Sağlık Profesyonelleri İzlem Çalışmasının 2000 ve 2005 yıllarına ait değerlendirmelerinde, 40-75 yaş arasındaki erkek sağlık personelinin %40,5'inin BKİ $\geq 25,4$, hastane çalışanlarının %70'inin BKİ ≥ 25 (aşırı kilolu %35, obez %35) olarak saptanmıştır.^{23,32} Türkiye'de 2008 yılında yapılan araştırmalarda, ≥ 18 yaşındaki kişilerin %68,6'sının, ≥ 15 yaş ve üzeri kişilerin %47,6'sının BKİ ≥ 25 olarak saptanmıştır.^{13,31} Araştırmamızdaki sağlık çalışanlarında şişmanlık oranı (%11,8), ülkemizdeki genel orandan (%15,2-26,7) çok düşüktür. ABD'de BKİ ≥ 25 olanların oranı %63,5, ≥ 30 olanların oranı da %26,8 olarak bildirilmiştir.²⁰ Araştırmaya katılanların BKİ, Türkiye ve ABD toplumuna göre daha düşüktür. Erkek sağlık çalışanları kadın meslektaşlarına göre daha kilolu/şişmanken, Türkiye genelinde yapılan çalışmalarda ise tersine, normal toplumdaki kadınlar erkeklerden daha kilolu/şişmandır. Beklendiği gibi, araştırma grubundakilerin yaşı arttıkça BKİ'de doğru orantılı olarak artmaktadır ($r=0,45$, $p<0,001$). Bu artış, kadınlarda ($r=0,50$, $p<0,001$), erkeklerle göre ($r=0,25$, $p<0,001$) daha yüksektir.

Sağlık çalışanlarının %43,1'i sigara içtiğini, %13,4'ü ise sigarayı bıraktığını belirtmiştir. Sigara bırakma oranı hekimlerde (%22,5), diğer gruplara (%10,9-11,9) göre 2 kat daha yüksektir. Araştırma grubunda sigara içme riski, hekim olmayanlarda, erkeklerde, 25-44 yaş grubunda, yaşamından memnun olmayan/kararsız olanlarda daha yüksektir (Tablo 3). Hekimlerin %39,1'i halen sigara içmektedir. Ülkemiz genelinde yapılan (2007) bir araştırmada, pratisyen hekimlerin %39,3'ünün, uzman hekimlerin %30,9'unun, 2004 yılında yapılan başka bir araştırmada ise hekimlerin %34,6'sının sigara içtiği belirlenmiştir.^{33,34} Her gün sigara içenlerin oranı, erkeklerde (%48,1), kadınların (%25,3) iki katı kadarken, bu durumun tersine, bazı günler içenlerin oranı kadınlarda (%10,4) erkeklerin (%5,5) iki katı kadardır. Yaş gruplarına göre sigara içme oranı en yüksek 35-44 yaş grubunda (%53,1) iken, en düşük 18-24 yaş grubundadır (%29,4). Ülkemiz genelinde yapılan araştırmaya göre, yardımcı sağlık personelinin %40,7-43,3'ü sigara içmektedir.³³ Türkiye genelinde 2008 yılında yapılan araştırmalara göre, 15 ve üzeri yaştakilerin %31,2'si (erkeklerin %47,9'u, kadınların %15,2'si) halen sigara içmektedir.³⁵ ABD'de yapılan sağlık çalışanları izlem çalışmasının 1994 değerlendirmesinde, 40-75 yaş arasındaki erkek sağlık çalışanlarının %12,4'ünün, toplumun ise %19,7'sinin sigara içtiği belirtilmektedir.^{20,36} Araştırmamızda, sağlık çalışanları arasındaki sigara içme oranı, ABD ve Türkiye genelindekinden daha yüksekken, ülkemizin diğer yerlerinde görev yapan sağlık çalışanlarında bulunan oranlara benzer düzeydedir.

Türkiye'de alkol kullanım bozuklukları erkeklerde toplam EBKY'nin %4,4'ünü oluşturmakta ve EBKY yükü içinde 3. sırada yer almaktadır.⁴ Sağlık çalışanlarının %3,0'ü (erkeklerin %6,4'ü, kadınların %0,6'sı) haftada bir veya daha sık, %12,4'ü nadiren de olsa alkol aldığını ifade etmiştir. Ülke genelinde (2004) yapılan bir araştırmaya göre, hekimlerin %4,3'ü sürekli olarak alkol almaktadır.³⁴ ABD'de 40 yaş ve üzerindeki hekimlerin %71,6'sı haftada bir veya daha sık alkol almaktadır.³⁷ Ülkemiz genelinde 2003 ve 2006 yılında yapılan araştırmalarda, erkeklerin sırasıyla %2,2-6,4'ünün, kadınların %0,1-1,9'unun haftada bir veya daha sık alkol aldığı, 2008'de yapılan araştırmada ise kentte yaşayan er-

keklerin %19,5'inin, kadınların %4,4'ünün alkol kullandığı saptanmıştır.^{13,24,38} ABD'de (2007) yetişkinlerin %15,7'si orta düzeyde, %5,2'si aşırı düzeyde alkol almaktadır.²⁰ Araştırma grubunda haftada bir/daha sık alkol alanların oranı, Türkiye genelinden pek farklı değilken, hekimlerdeki alkol alma oranı Türkiye genelinden daha yüksektir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik hastalıklar açısından önde gelen riskli durum ve davranışlardan sağlık çalışanlarının 1/5'i (%19,5) üç veya daha azını, 1/4'ü (%26,7) ise altı veya daha fazlasını sergilemektedir. Sağlık çalışanları arasında, sağlık memurları, erkekler, eşinden ayrılmış/eşi ölmüş olanlar ve yaşamından memnun olmayanların riskli davranma olasılıkları daha yüksektir. Hekimler, diğer sağlık meslek gruplarına göre daha az sigara içmekte, tuz ve yağı daha az tüketmekte, ancak daha çok alkol almaktadırlar; ayrıca, hekimlerin, diğer meslek gruplarına göre daha kilolu/şişman oldukları belirlenmiştir.

Hem sağlığın korunmasından, hastalıkların tedavisi ve bakımından sorumlu olan hem de rol model konumunda olan sağlık çalışanlarının, bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri hakkındaki duyarlılığını artırmak için mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarına "sağlıklı yaşam davranışları" konusunun eklenmesi önerilmektedir.

İlk başvuru yeri olan Aile Hekimliği veri tabanının erken tanı ve tarama programlarını içerecek şekilde düzenlenmesi ve sistem sağlık personeli dâhil kayıtlı kişilerin risk durumlarını hem başvuru anında hem de başvurumama durumunda uyarıcı bir mesaj veya raporla aile hekimine bildirebilecek şekilde düzenlenmesi önerilmektedir.

Ülkemizde "Davranışsal Risk Faktörleri İzlem Sistemi"nin kurulması ve bu araştırmaların ABD'de yapıldığı gibi kurumsal bir yapıya kavuşturularak belirli aralıklarla sürekli tekrarlanması tavsiye edilmektedir.

Teşekkür

Çalışmamıza maddi destek veren Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Koordinasyon Birimine, istatistik danışmanlığı yapan Öğr. Gör. Dr. Ahmet ÖZTÜRK ve Öğr. Gör. Dr. Ferhan ELMALI'ya teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Global Status report on Noncommunicable Diseases 2010. Geneva: WHO Document Production Services; 2011. p.vii-176.
2. World Health Organization. Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. Geneva: WHO; 2009. p.1-23.
3. Mortality Envelopes (All-Cause Mortality). The Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study, Operations Manual Final Draft. Geneva: WHO; 2008. p.30-69.
4. Ministry of Health Refik Saydam Hygiene Center Presidency School of Public Health. Turkey Burden of Disease Study 2004. Ankara: SPH Publication No: SB-HM-2007/11; 2007. p.4-40.
5. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Logistic regression. Applied Multivariate Research Design and Interpretation. 1st ed. New Delhi, London: SAGE Publications; 2006. p.221-55.
6. Ministry of Health General Directorate of Primary Health Care. Healthy Nutrition, Protect Our Hearts Project Research Report. Ankara: Gürlar Press; 2004. p.23-65.
7. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, de la Cruz Troca JJ, Guallar-Castillón P, del Rey Calero J. Blood pressure in Spain: distribution, awareness, control, and benefits of a reduction in average pressure. *Hypertension* 1998;32(6): 998-1002.
8. Muntner P, Gu D, Wu X, Duan X, Wenqi G, Whelton PK, et al. Factors associated with hypertension awareness, treatment, and control in a representative sample of the chinese population. *Hypertension* 2004;43(3):578-85.
9. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens* 2005;23(10):1817-23.
10. Fryar CD, Hirsch R, Eberhardt MS, Yoon SS, Wright JD. Hypertension, high serum total cholesterol, and diabetes: racial and ethnic prevalence differences in U.S. adults, 1999-2006. *NCHS Data Brief* 2010;(36):1-8.
11. Cutler JA, Sorlie PD, Wolz M, Thom T, Fields LE, Roccella EJ. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in United States adults between 1988-1994 and 1999-2004. *Hypertension* 2008;52(5):818-27.
12. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for High Blood Pressure: Reaffirmation Recommendation Statement. *Am Fam Physician* 2009;79(12):1087-8.
13. Turkish Statistical Institute. Sağlık Araştırmaları 2008. Ankara: Turkish Statistical Institute Printing Division; 2010. p.5-44.
14. Onat A. [Prevalence of Heart Disease in Adults, New Coronary Events and Heart Mortality Incidence]. In: Onat A. TEKHARF Kitabı 2009: [Light of the Turkish People's Defective Heart Health Secret, Important Contribution to Medicine]. İstanbul: Figür Grafik ve Matbaacılık; 2009. p.19-146.
15. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004;27(5):1047-53.
16. World Health Organization. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycemia. Geneva: WHO and International Diabetes Federation; 2006. p. 5-41.
17. Canadian Diabetes Association. Screening for Type 1 and 2 diabetes. Canadian Diabetes Association 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Can J Diabetes* 2008; 32(Supplement 1): S14-6.
18. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2009. *Diabetes Care* 2009;32(Suppl 1):S13-61.
19. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report. NIH Publication No. 02-5215; 2002. p. IV-8.
20. Chowdhury P, Balluz L, Town M, Chowdhury FM, Bartolis W, Garvin W, et al.; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Surveillance of certain health behaviors and conditions among states and selected local areas - Behavioral Risk Factor Surveillance System, United States, 2007. *MMWR Surveill Summ* 2010;59(1):1-220.
21. World Health Organization. Steps to Health A European Framework to Promote Physical Activity for Health. DK-2100 Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007. p.2-39.
22. Oğuz A, Sağun G, Uzunlulu M, Alpaslan B, Yorulmaz E, Tekiner E, et al. Frequency of abdominal obesity and metabolic syndrome in healthcare workers and their awareness levels about these entities. *Turk Kardiyol Dern Ars* 2008;36(5):302-9.
23. Lemon SC, Zapka J, Li W, Estabrook B, Magner R, Rosal MC. Perceptions of worksite support and employee obesity, activity, and diet. *Am J Health Behav* 2009;33(3):299-308.
24. Republic of Turkey Ministry of Health. Risk Factors in Household Members. In: National Household Survey 2003 Basic Findings. 1st ed. Ankara: Refik Saydam Hygiene Center Presidency School of Public Health, SPH Publication No: SB-HM-2007/10; 2006. p.30-59.
25. Arabacı R. [Ambulatory activities in Turkish adults without exercise habits]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010;30(3):985-94.
26. Chowdhury PP, Balluz L, Murphy W, Wen XJ, Zhong Y, Okoro C, et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Surveillance of certain health behaviors among states and selected local areas--United States, 2005. *MMWR Surveill Summ* 2007;56(4):1-160.
27. Kruger J, Ham SA, Prohaska TR. Behavioral risk factors associated with overweight and obesity among older adults: the 2005 National Health Interview Survey. *Prev Chronic Dis* 2009;6(1):A14.
28. Hung HC, Josphipura KJ, Jiang R, Hu FB, Hunter D, Smith-Warner SA, et al. Fruit and vegetable intake and risk of major chronic disease. *J Natl Cancer Inst* 2004;96(21): 1577-84.
29. Hall JN, Moore S, Harper SB, Lynch JW. Global variability in fruit and vegetable consumption. *Am J Prev Med* 2009;36(5):402-9.
30. World Health Organization. Global and regional food consumption patterns and trends. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO Technical Report Series: 916. Geneva: WHO; 2003. p.13-91.
31. Erdem Y, Arici M, Altun B, Turgan C, Sindel S, Erbay B, et al. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. *Blood Press* 2010; 19(5):313-8.
32. Wang Y, Rimm EB, Stampfer MJ, Willett WC, Hu FB. Comparison of abdominal adiposity and overall obesity in predicting risk of type 2 diabetes among men. *Am J Clin Nutr* 2005; 81(3):555-63.
33. Aslan D, Bilir N, Özcebe H, Ergüder T. Türkiye'de Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler. Ankara: SB, CDC, HASUDER, DSÖ, Kumbaskı Yayınevi; 2008. p.5-61.
34. Turkish Medical Association. Türkiye'de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup hekimde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler. Ankara: Publications of Turkish Medical Association; 2005. p.17-45.
35. The Ministry of Health of Turkey. Global Adult Tobacco Survey Turkey Report-2010. Ministry Of Health Primary Health Core General Director. Ankara: Anıl Press; 2010. p.15-80.
36. Pischon T, Girman CJ, Rifai N, Hotamisligil GS, Rimm EB. Association between dietary factors and plasma adiponectin concentrations in men. *Am J Clin Nutr* 2005;81(4): 780-6.
37. Gaziano JM, Gaziano TA, Glynn RJ, Sesso HD, Ajani UA, Stampfer MJ, et al. Light-to-moderate alcohol consumption and mortality in the Physicians' Health Study enrollment cohort. *J Am Coll Cardiol* 2000;35(1):96-105.
38. T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Social and Cultural Activities. Aile Yapısı Araştırması 2006. Ankara: T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası; 2006. p.20-5.