



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**BURSA İLİ BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLERİNDE EGZERSİZ REÇETE
ETME VE SAĞLIKLI YAŞAM DANIŞMANLIĞI DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Mustafa Özgür KAYA

UZMANLIK TEZİ

Bursa-2019



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**BURSA İLİ BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLERİNDE EGZERSİZ REÇETE
ETME VE SAĞLIKLI YAŞAM DANIŞMANLIĞI DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Mustafa Özgür KAYA

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Yeşim UNCU

Bursa-2019

İÇİNDEKİLER

TABLolar LİSTESİ.....	iii
ÖZET	v
SUMMARY.....	vi
GİRİŞ	1
1.GENEL BİLGİLER.....	3
1.1.OBEZİTE	4
1.2.KORONER ARTER HASTALIĞI(KAH).....	7
1.3.HİPERTANSİYON(HT)	10
1.4.DİYABET	12
1.5.FİZİK EGZERSİZ VE YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİĞİ	14
1.5.1.Fizik Egzersiz Kardiyovasküler Hastalık İlişkisi	14
1.5.2.Fizik Egzersiz ve Diyabetes Mellitus İlişkisi	15
1.5.3.Fizik Egzersiz ve Kanser İlişkisi.....	15
1.6.EGZERSİZ REÇETESİ.....	16
1.6.1.Egzersiz Şiddeti.....	16
1.6.2.Egzersiz Süresi	17
1.6.3.Sıklığı	17
1.6.4.Egzersiz Tipi.....	17
1.6.5.Egzersiz reçete ederken hasta ile ilgili dikkat edilmedi gereken faktörler	17
1.6.6.Egzersiz mutlak kontraendikasyonları	18
2.GEREÇ VE YÖNTEM	19
2.1.Çalışmanın yeri ve zamanı	19
2.2.Araştırmanın evreni ve örneklem seçimi.....	19

2.3.İstatistiksel Analiz	20
3.BULGULAR.....	21
4.TARTIŞMA.....	42
4.1.Hekimlerin demografik, sağlık ve sağlıklı yaşam tarzı özellikleri ile egzersiz danışmanlığı ve reçete etme ile ilişkisi	43
4.1.1.Cinsiyet.....	43
4.1.2.Alişkanlıklar, yaşam tarzı ve kronik hastalıklar	43
4.2.Egzersiz eğitimi almış olma, uzmanlık eğitimi ve hekimlerin kendine olan güvenlerinin egzersiz danışmanlığı ve reçete etme ile ilişkisi	45
5.SONUÇ	49
6.ÖNERİLER.....	50
7.KAYNAKLAR	51
8.EKLER	56
8.1. Araştırma İzni.....	56
8.2. Etik Kurul Onayı.....	59
8.3. Anket Formu	62
9.TEŞEKKÜR.....	65
10.ÖZGEÇMİŞ.....	66

TABLULAR LİSTESİ

Tablo-1: ESC 2018 kılavuzuna göre hipertansiyon tanı	11
Tablo-2: Diyabet tanısı	13
Tablo-3: Egzersiz Şiddeti	17
Tablo-4: Demografik veriler	22
Tablo-5: Hekimlerin kronik hastalık dağılımları	23
Tablo-6: Yaş ile hipertansiyon arasındaki ilişki	24
Tablo-7: Koruyucu sağlık önerilerinde bulunma durumları	25
Tablo-8: Kadın ve erkek hekimlerin hastalarına yaklaşımı	25
Tablo-9: Muayene sürelerinin yaş gruplarına göre dağılımı	26
Tablo-10: Yaş ve egzersiz bilgi düzeyi ilişkisi	26
Tablo-11: Hekimlerin yaşları ile hastalarına yaklaşımları arasındaki ilişki	27
Tablo-12: Egzersiz reçete etme eğitimi alma durumu	27
Tablo-13: Hekimlerin egzersiz önerme durumu	28
Tablo-14: Egzersiz reçete eğitimi ile bilgi düzeyi ilişkisi	29
Tablo-15: Egzersiz reçete etme eğitimi ile egzersiz reçete etmede kendine güven ilişkisi	30
Tablo-16: Uzmanlık eğitimi almak ve egzersiz reçete etme bilgi düzeyi arasındaki ilişki	31
Tablo-17: Uzmanlık eğitimi almak ve egzersiz reçete etmede kendine güven ilişkisi	32
Tablo-18: Egzersiz reçete etmekte kendine güven	32
Tablo-19: Uzmanlık eğitimi almak ve hastalarına yaklaşımları arasındaki ilişki	33
Tablo-20: Hekimlerin sigara kullanımı ve hastalarına yaklaşımları arasındaki ilişki	34
Tablo-21: Hekimlerin alkol kullanımı ve hastalarına yaklaşımları arasındaki ilişki	35
Tablo-22: Hekimlerin spor yapmaları ve egzersiz reçete etmede kendilerine güvenleri arasındaki ilişki	35

Tablo-23: Hekimlerin hobilerinin olması ile egzersiz reçete etmede kendilerine olan güvenleri arasındaki ilişki	36
Tablo-24: Hekimlerin hastalıkları ve hastalarına yaklaşımları arasındaki ilişki	37
Tablo-25: Sözel ve yazılı önerilerde bulunma durumu	38
Tablo-26: Hekimlerin bilgi düzeyi ve yazılı öneride bulunmaları arasındaki ilişki	39
Tablo-27: Yazılı egzersiz reçete etme ile egzersiz reçete etmede kendine güven arasındaki ilişki	39
Tablo-28: Hekimlerin kronik hastalıkları ile spor alışkanlıkları arasındaki ilişki	40
Tablo-29: Egzersiz bilgi düzeyi ile egzersiz reçete etmede kendine güven arasındaki ilişki	40
Tablo-30: Muayene süreleri ile hekimlerin hastaya yaklaşımları arasındaki ilişki	41

ÖZET

Çalışmamıza 197 birinci basamak hekimi katıldı. Katılımcılara, 25 sorudan oluşan ve yaklaşık 15 dk süren bir anket uygulandı. Anket araştırmacı tarafından katılımcıyla yapılan yüz yüze görüşme sırasında dolduruldu. Çalışmaya katılma kriterleri çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve birinci basamakta çalışıyor olmak iken çalışmadan dışlanma kriteri ise çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak olarak belirlendi.

Toplamda 197 hekimin katılmıştır, hekimlerin 120'si erkek 77'si kadın. Katılan hekimlerimizin 160'ı pratisyen hekim, 21'i uzman hekim, 16'sı asistan hekimdir. Çalışmaya katılan hekimlerin 105'i spor yaparken, 87 kişi ise spor yapmıyor idi. Sigara kullanan hekimler 152 kişi idi. Kadın ve erkek hekimler arasında hastalarına egzersiz reçete etme yaklaşımları açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Genç hekimlerin egzersiz reçete etme bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Egzersiz reçete etme eğitimi alan hekimlerin egzersiz reçete etme konusunda kendilerine daha fazla güvendiği saptanmıştır. Asistan hekimlerin bu konuda kendilerine daha az güvendikleri diğer yandan spor yapan hekimlerin egzersiz reçete etme konusunda kendilerine daha fazla güvendikleri saptanmıştır. Hekimlerin bilgi düzeyleri ile yazılı egzersiz reçetesi düzenlemeleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmasa da, bu konuda kendine güvenen hekimlerin daha fazla yazılı egzersiz reçetesi düzenlediğini saptanmıştır. Hastalarını ≥ 10 dk muayene eden hekimler ile diğer gruplar arasında (≤ 5 dk, 6-9dk) hastalarına yaklaşımları açısından anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Hastalarına daha uzun süre ayıran, egzersiz reçete etme eğitimi alan ve kendine bu konuda güvenen hekimlerin tüm hastalarına egzersiz danışmanlığı yapma eğiliminde ve yazılı egzersiz reçetesi verme eğiliminde oldukları saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Fizik aktivite, egzersiz, kronik hastalık, egzersiz reçete etme.

SUMMARY

Evaluation Of Exercise Prescription And Healthy Life Consultancy Among Primary Care Physicians In Bursa

One hundred and ninety seven first physicians participated in our study. Approximately 15 min questionnaire consisting of 25 questions was applied. The questionnaire was filled with in person interviews by the researcher. The criteria for participation in the study were to be volunteers to participate in the study and to be working in the first place, while the exclusion criteria were determined not to volunteer to participate in the study.

A total of 197 physicians (120 male, 77 female) participated in the study. 160 of our attending physicians are general practitioners, 21 specialist physicians and 16 assistant physicians. 105 of the physicians participating in the study do sports, 87 physicians don't do sports. 32 out of 105 physicians do not exercise regularly. One physician was diagnosed with DM, 31 with HT, 5 with CAD. 152 physicians smoke. There was no significant difference between male and female physicians when prescribing exercise. The results show that, young physicians had higher knowledge of prescribing exercise, physicians who have training on prescribing exercise were more confident in prescribing exercise. Assistant physicians are less confident in prescribing exercise. However, there was no significant difference between the attitudes of the specialists, practitioners and assistant physicians. We found that physicians who do sports were more confident in prescribing exercise. There was no significant relationship between physicians' knowledge level and writing exercise prescriptions. We found that physicians who are confident about prescribing exercise issue more written exercise prescriptions. We found a significant difference between the physicians who examined their patient's ≥ 10 min and other groups (≤ 5 min, 6-9min). We found that the physicians who examined ≥ 10 min tended to evaluate all patients in terms of exercise counseling.

It was found that physicians who allocated their patients for a longer period of time, who were trained in prescribing exercise and were confident in this issue tend to provide exercise counseling to all patients and give written exercise prescriptions.

Keywords: Physical activity, exercise, chronic disease, exercise prescription.

GİRİŞ

Kronik hastalıklar Türkiye’de ve Dünya’da en önemli sağlık problemleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün 2014 Küresel Durum Raporu’na göre, 2014 yılında 18 yaş üstü erkeklerin %11’i ve kadınların %15’i obez idi. Beş yaşın altındaki 42 milyondan fazla çocuğun 2013’te aşırı kilolu olduğu görülmüştür. Yine aynı raporda 17,5 milyon kişinin kardiyovasküler hastalıklardan öldüğü belirtilmiştir (1). Bununla birlikte günümüzün bir diğer sorunu olan sedanter yaşam kronik hastalıkların en önemli risk faktörleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır (2). Hekimlerin hastalarına fiziksel aktiviteyi tedavi olarak önermeleri, yararlılığı bugüne dek en çok kanıtlanmış yaklaşımlardandır (3). Bununla birlikte yapılan araştırmalar göstermektedir ki, hekimlerin çoğu günlük uygulamalarında hastaların fiziksel aktivitelerini değerlendirmiyorlar ve egzersiz önerisini bir tedavi olarak hastalarına önermiyorlar (4).

Beslenme şekli ve fizik aktivite insanların küçük yaşlardan itibaren ileri yaşlardaki sağlık durumu üzerinde temel etkilere sahiptir. Günümüz gelişen teknolojisi ve değişen çevre koşulları nedeniyle insan sağlığı olumsuz şekilde etkilenmektedir. Artan yaşam stresi ile birlikte sigara, alkol kullanımı gibi alışkanlıklarda da artış görülmektedir (5). Sağlıksız beslenme, sedanter yaşam, stres gibi faktörler diyabet, obezite, koroner arter hastalığı, depresyon, hipertansiyon gibi birçok rahatsızlığı beraberinde getirmektedir. Diğer yandan kişi kronik hastalık tanısı aldıktan sonra mevcut stresi artıyor, sağlıklı yaşam alışkanlıkları bozuluyor, beslenme alışkanlıkları kötüleşiyor, sigara gibi alışkanlıklarında artış oluyor. Yani kişi kendini kısır bir döngü içerisinde buluyor. Bu noktada hekimlerin, özellikle de hasta ile sürekli birliktelik içerisinde ve ilk temas notası olan aile hekimlerinin devreye girip döngüyü kırmasının önemi büyüktür. Yapılan araştırmalar kronik hastalıklardan korunmaya yönelik müdahalelerin önemini vurgulamaktadır (6). Sağlıklı yaşam tarzı değişikliği müdahaleleri, hastaların egzersize

yönlendirilmesi ve hastalara egzersiz danışmanlığı hizmeti verilmesi bunlara örnek olarak verilebilir.

Egzersiz birçok kronik hastalıktan primer ve sekonder olarak korumaktadır. Kronik hastalık kontrolünde önemi her geçen gün artan egzersiz konusunda özellikle birinci basamağın temel yapıtaşı olan aile hekimlerinin bilgi ve farkındalık düzeyi arttırılmalıdır. Her ne kadar hekimler bu konuda duyarlı olsalar da artan iş yükü ve hasta sayıları nedeniyle danışmanlık ve eğitim hizmetleri sekteye uğrayabilmektedir.

Hekimlerin gündelik alışkanlıkları hekimlik pratiklerine yansımaktadır. Örneğin spor yapan hekimleri egzersiz reçete etmek konusunda kendilerine olan güvenleri daha fazladır.

1.GENEL BİLGİLER

Fizik aktivite ve fizik egzersiz birbiri ile sıklıkla karıştırılan terimlerdir. Fizik aktivite günlük yaşamımızda iskelet kaslarının kullanılması ve enerji harcıyarak yapılan her türlü aktivitedir. Fizik egzersiz ise sağlıklı olmak amacıyla yapılan planlı, yapılandırılmış ve tekrar eden aktivitelerdir.

Fizik Egzersiz ve Yaşam Tarzı Değişikliği ile ilgili ayrıntılı bilgiler vermeden önce sedanter ve sağlıklı yaşam tarzının insan sağlığı üzerine etkisini, tüm dünyada ve ülkemizde bu hastalıkların sıklığını, ülke ve dünya ekonomisi üzerine olan etkisini ele almamız gerekmektedir.

Sedanter yaşam tarzının yol açtığı sağlık problemleri;

- 1) Obezite
- 2) Koroner Arter Hastalığı
- 3) Hipertansiyon
- 4) Diyabet
- 5) Depresyon
- 6) Bazı Maligniteler

Yaşam tarzının ve alışkanlıkların bu hastalıklar üzerindeki etkisi aşağıda başlıklar halinde incelenmiştir.

1.1.OBEZİTE

Obezite günümüzde insan sağlığını olumsuz etkileyen önlenebilir nedenler arasında sigaradan sonra listenin ikinci sırasında gelmektedir. Obezite bilindiği üzere birçok hastalığın temelinde yatmaktadır.

Bunların başlıcaları;

Tip 2 diyabet,

Koroner arter hastalığı,

Hipertansiyon

Obstruktif uyku apne sendromu

Serebrovasküler olaylar

Gastroözefagial reflü

Kas ve iskelet sistemi rahatsızlıkları (osteoartrit vb.) ,

İnfertilite,

Polikistik over sendromu

Yine bazı maligniteler (endometrium, meme, yumurtalık, prostat, karaciğer, safra kesesi, böbrek ve kolon) ile obezitenin ilişkisi son yıllarda yapılan araştırmalar ile ortaya konmuştur (7–10).

Sağlık harcamaları tüm Dünyada hızla artmaktadır. Bu artışta obezite ve beraberinde getirdiği yük yadsınamaz bir büyüklüktedir.

Dünya Sağlık Örgütünün verilerine göre 2016 yılında dünyada,

2016 yılında 1,9 milyar yetişkinin fazla kilolu olduğu, 650 milyon yetişkinin ise obez olduğu ve genel olarak, dünya yetişkin nüfusunun yaklaşık %13'ü (erkeklerin %11'i ve kadınların %15'i) 2016 yılında obez olduğu bilinmektedir.

Dünya çapında obezite prevalansı 1975 ve 2016 yılları arasında neredeyse üç kat artmıştır.

Dünya Sağlık Örgütüne göre Türkiye’de 2016 yılında, 16.092.644 obez kişi olduğunu bildirmektedir ve %29,5 obezite prevalansı ile Avrupa’da obezitenin en sık görüldüğü ülke konumundadır.

Türkiye’de yapılan diğer çalışmalarda ise obezite oranlarının yıllar içerisinde arttığı görülmektedir. Obezite oranlarının yıllar içerisinde artması ve komorbid hastalıkları da beraberinde getirmesi sonu yapılan sağlık harcamaları da artış göstermektedir (11,12).

Artan obezitede altta yatan nedenler iki ana başlık altında incelenmektedir.

1)Fazla enerji alımı:

Özellikle şehir yaşamının telaşesi içerisinde sağlıklı beslenme alışkanlığı unutulmaktadır. Yüksek enerjili, doymuş yağlardan zengin hızla tüketilip zaman kaybını önlediği düşünülen fastfood kültürü tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de oldukça yaygın hale gelmiştir. Lif içermeyen doygunluk hissi oluşturmeyen bu yiyecekler vücuda fazla oranda enerji girmesine neden olmaktadır. Fastfood dışında paketli yiyecekler de obezite etiolojisinde unutulmamalıdır. Paketli gıdalar özellikle çocukların büyük tehlike altında olduğu bir besin grubudur. Bu gıdalar nedeniyle küçük yaşta cips, gazlı içecekler ve çikolatalarla hem sağlıksız hem de yüksek enerjili besinlerle beslenmektedirler.

2)Sedanter yaşam:

Gelişen teknoloji ile insanların herhangi bir ihtiyaçlarına ulaşımı oldukça kolaylaşmıştır. İlk bakışta bu olumlu gibi görünse de beraberinde hareketsiz bir yaşam tarzını getirmesi ile sağlık üzerinde olumsuz bir gelişmedir(13). Örneğin ulaşım araçlarının gelişmesiyle insanlar artık evinin kapısından arabasına binip gideceği yerin önünde inmektedirler. Çocuklar dışarıda arkadaşlarıyla oynamak yerine bilgisayarlarında oyun oynamayı tercih etmektedirler. Bu ve bunlar gibi birçok örnek verilebilir.

Unutmamak gerekir ki, obezite artık sadece yetişkinlerin hastalığı değildir. Çocuklarda da obezite oldukça yüksek oranda görülmektedir

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016 verilerine göre;

- 41 milyon bebek ve küçük çocuk aşırı kilolu ya da obez.
- 24 milyon çocuk ve ergen obez (son kırk yılda on kat artmıştır).
- Neredeyse her 5 çocuk ve ergenden 1'i aşırı kilolu veya obez.

Obezite yüksek enerji alımı ve sedanter yaşama sekonder olarak ortaya çıkan vücuttaki yağ oranının artışıdır. Yağ oranı kolay hesaplanmadığı için fazla kilolu terimi kullanılmaktadır. Obezite tanısını koymak için vücut kitle indeksi (VKİ) hesaplanır (14).

$$VKİ = \text{Vücut ağırlığı (kg)} / \text{Boy}^2(\text{m}^2)$$

Dünya Sağlık örgütü'nün kriterlerine göre;

Yetişkinlerde;

Aşırı Kilolu: $VKİ \geq 25 \text{ kg/m}^2$

Obez: $VKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$

5 Yaş altı çocuklarda;

Aşırı Kilolu: Vücut ağırlığı $> 2 \text{ SD}$

Obez: Vücut ağırlığı $> 3 \text{ SD}$

5-19 yaş arası çocuklarda;

Aşırı Kilolu: $VKİ > 1 \text{ SD}$

Obez: $VKİ > 2 \text{ SD}$

1.2.KORONER ARTER HASTALIĞI(KAH)

Dünya üzerinde ölüm nedenleri genel olarak sıralandığında koroner arter hastalığı ilk sıralarda yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016 yılı verilerine göre genel ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır. 2016 yılında iskemik kalp hastalığından yaklaşık 9 milyon insan ölmüştür (15).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017 verilerine göre Türkiye'de gerçekleşen 420.189 ölümlerin %39,7'si dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklanmıştır. Dolaşım sistemi hastalıkları arasında ise %39 oranla iskemik kalp hastalıkları ilk sırada yerini almaktadır.

Koroner arter hastalığında klinik tablonun ortaya çıkmasının esas nedeni koroner arterdeki kan akımında meydana gelen değişikliklerdir (16). Kan akımında meydana gelen değişikliğin esas nedeni ise aterosklerozdur. Aterosklerozu incelediğimizde damar endotel hasarı sonucunda meydana gelen birikimler nedeniyle plak oluşumu vardır. Bu plak oluşumu önceleri sadece lipit yüksekliği sonucunda olduğu düşünülse (17) de günümüzde multifaktöriyel etmenler nedeniyle damar duvarında meydana gelen enflamasyondan bahsedilmektedir (16). Yine bu enflamasyon sonucu olan tablo müdahalede bulunulmadığı sürece ilerleyici bir seyre sahiptir (16).

Genellikle genç yaşlarda başlayan koroner arter hastalıkları çoğunlukla herhangi bir klinik bulgu vermeden orta ve ileri yaşlara kadar sinsi bir seyre sahiptir. Orta ve ileri yaşlarda verdiği klinik bulguya göre dört sınıfa ayrılır;

- 1)Akut miyokart enfarktüsü
- 2)Ani ölüm
- 3)Kronik koroner kalp hastalığı
- 4)Konjestif kalp yetmezliği

Koroner arter hastalığının risk faktörlerini iki ana başlık altında toplayabiliriz. Bunlar önlenabilir risk faktörleri ve önlenemez risk faktörleridir.

Önlenabilir risk faktörleri arasında, sigara kullanımı, hipertansiyon, yüksek kolesterol düzeyleri, fiziksel aktivite azlığı, alkol tüketimi ve stres sayılırken, önlenemez risk faktörleri arasında, ileri yaş, erkek cinsiyeti, ailede 55 yaşından önce koroner arter hastalığı öyküsünün olması sayılmaktadır.

Sigara kullanımı: Oksidatif strese neden olur. Sempatik sinir sistemi aktivasyonu yoluyla mevcut hasarın artmasına da neden olur (18).

Hipertansiyon: Damar endotel hasarına neden olur. Hipertansiyon periferik arter hastalığı, böbrek hastalığı gibi hastalıklara da neden olmaktadır.

Dislipidemi: Özellikle yüksek LDL düzeyleri olan hastalar daha yüksek riske sahiptir. LDL bilinen en aterojenik olanıdır. Bunun yanında TG yüksekliği ve HDL düşüklüğü de KAH açısından risk faktörleridir. Yaşam tarzı değişikliği ve fizik aktivitenin artırılmasından oldukça fayda görürler

Fiziksel inaktivite: Fizik aktivite birçok ölüm sebebiyle ilişkilidir. Ancak bunlar arasında en çok kalp damar hastalıklarına bağlı mortaliteden korumaktadır (19) .

Diyabet: Koroner arter hastalığı eşdeğeri sayılmaktadır. Hastada sürekli bir hiperglisemi durumu mevcuttur. Artan glikozilasyon ürünleri oksidatif strese bunun sonucunda da endotel hasarına neden olmaktadır.

Metabolik sendrom: İnsülin direnci sonucu başlayan karın çevresi yağlanması, glikoz intoleransı/diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi gibi rahatsızlıkların birbirine eklendiği bir tablodur

Türkiye Endokrinoloji Metabolizma Derneği, Metabolik Sendrom Çalışma Grubunun önerdiği, Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri (2005)'e göre; Diyabetes mellitus, bozulmuş glikoz toleransı veya insülin direnci

tablolarından en az biri ve aşağıdakilerden en az ikisi ile metabolik sendrom tanısı konmaktadır.

- Hipertansiyon (sistolik kan basıncı >130 , diyastolik kan basıncı >85 mmHg veya antihipertansif kullanıyor olmak)
- Dislipidemi (trigliserid düzeyi > 150 mg/dl veya HDL düzeyi erkekte < 40 mg/dl, kadında < 50 mg/dl)
- Abdominal obezite (VKİ > 30 kg/m² veya bel çevresi: erkeklerde > 94 cm, kadınlarda > 80 cm)*

1.3.HİPERTANSİYON(HT)

Hipertansiyon sistolik kan basıncının 140 mmHg ve diyastolik kan basıncının 90 mmHg üzerinde ölçülmesi olarak tanımlanır. Avrupa Kardiyoloji Topluluğunun 2018 tanı kriterleri Tablo 1’de yer almaktadır. Klinik olarak en sık karşılaşılan hipertansiyon primer (esansiyel) hipertansiyondur. Dünyada artan ortalama yaşam süresi ile beraber artan yaşlı nüfus beraberinde artan hipertansiyon görülme oranlarını getirmektedir. Hipertansiyon görülme sıklığı günümüzde obezite ile benzer şekilde artmakta, dünyada önlenebilir ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü 2008 verilerine göre 25 yaş ve üzeri yetişkinlerin %40’ında kan basıncı yüksekliği bulunmaktadır. Yine bu verilere göre yıllık 17 milyon ölümün kardiyovasküler hastalıklara bağlı geliştiği görülmüştür. Bu rakamlar Dünya üzerindeki toplam ölümlerin üçte birine denk gelmektedir. Kalp hastalıklarından ölümlerin %45’inden, inmelere bağlı ölümlerin %51’inden hipertansiyon sorumlu tutulmaktadır.

Dünya üzerinde 100 milyondan fazla insan hipertansiyon, 30 milyondan fazla insan ise diyabet hastasıdır (20). Hipertansiyon daha çok gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü 2015 verilerine göre hipertansiyon prevalansı en düşük olan Güney Kore (%11), en yüksek olan ise Nijerya’dır (%33,4). Türkiye’de ise hipertansiyon prevalansı %20,3 olarak saptanmıştır. TEKHARF 2013 çalışmasına göre kadınların %46’sında erkeklerin ise %38’inde yüksek arteriyel kan basıncı saptanmıştır (21).

Kan basıncı yüksekliği etiyolojisinde birçok etken bulunmaktadır. Obezite, sigara kullanımı, alkol tüketimi, kafein ve benzeri maddelerin tüketimi, sedanter yaşam bunlar arasında sayılmakla birlikte en temel iki neden olarak aşırı kalori tüketimi ve tuz tüketimi gösterilmektedir (22).

Beslenme şekli ve sedanter yaşam başlıca şu etkiler ile kan basıncı yüksekliğine neden olmaktadır.

1. Sempatik Sistem Aktivasyonu
2. Endotel Disfonksiyonu
3. Vasküler Remodeling
4. Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistem Aktivasyonu

Tablo-1: ESC 2018 kılavuzuna göre hipertansiyon tanı

	Sistolik		Diyastolik
Optimal	<120mmHg	ve	<80 mmHg
Normal	120-129 mmHg	ve/veya	80-84 mmHg
Yüksek normal	130-139 mmHg	ve/veya	85-89 mmHg
Evre 1 ht	140-159 mmHg	ve/veya	90-99 mmHg
Evre 2 ht	160-179 mmHg	ve/veya	100-109 mmHg
Evre 3 ht	>180 mmHg	ve/veya	>110 mmHg
İzole sistolik ht	>140 mmHg	ve	<90 mmHg

1.4.DİYABET

Diyabet, dünya genelinde 422 milyon yetişkini etkileyen büyük bir halk sağlığı sorunudur ve küresel sağlık sistemine önemli bir ekonomik yük getirmektedir (yıllık 827 milyar ABD Doları) (23).

Türkiye’de de diyabet sıklığı gün geçtikçe artmaktadır. Geçtiğimiz 20 yıl içerisinde diyabet oranı yaklaşık 3 katına çıkarak 2013 yılında 7 milyon kişiye ulaşmıştır (11). Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi (TÜRDEP) çalışmasında diyabet sıklığı 20-80 yaş grubunda %7,2 olarak belirlenmiştir. Bozulmuş glikoz toleransı (IGT) oranı ise %6,7’dir. Bozulmuş glikoz toleransı (IGT) oranı ise %6,7’dir (24). Diyabet görülme sıklığı değişen yaşam koşulları, bozulan beslenme alışkanlıkları nedeniyle artmaya devam etmektedir.

Diyabet insülin hormonun az/hiç üretilmesi ya da üretilen insüline cevabın azalması sonucu ortaya çıkan kan şekeri yüksekliği ve semptomlardır. . Diyabet tanı kriterleri Tablo-2’de yer almaktadır.

Başlıca Semptomları

- Aşırı susama ve sıvı alımındaki belirgin artış (Polidipsi)
- Çok ve sık idrara çıkma (Poliüri)
- İştah artışı (Polifaji) (3 P diyabetin üç klasik belirtisidir)
- Yorgunluk ve halsizlik
- Sık ve aşırı acıkma.
- İstem dışı kilo kaybetme.
- Bulanık görme.
- Ayaklarda hissizlik veya uyuşma, karıncalanma.

Tablo-2: Diyabet tanısı (25)

	Aşikâr DM	İzole BAG	İzole BGT	BAG+BGT	DM riski yüksek
APG (≥8st açlıkta)	≥126 mg/dl	100-125 mg/dl	<100 mg/dl	100-125 mg/dl	-
OGTT 2.st PG (75g glikoz)	≥200 mg/dl	<140 mg/dl	140-199 mg/dl	140-199 mg/dl	-
Rastgele PG	≥200 mg/dl+ diyabet semptomları	-	-	-	-
HbA1c	≥%6,5	-	-	-	%5,7-6,4

DM: Diyabetes Mellitus

APG: Açlık plazma glikozu

2.st PG: 2. Saat plazma glikozu

OGTT: Oral glikoz tolerans testi

BAG: Bozulmuş açlık glikozu

BGT: Bozulmuş glikoz toleransı

1.5.FİZİK EGZERSİZ VE YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİĞİ

Nüfusun yaklaşık üçte biri fiziksel inaktiftir. Dünya’da ve ülkemizde gelişen teknoloji, değişen yaşam şartları ve bozulan beslenme alışkanlıkları ile toplum daha sedanter ve sağlıksız beslenmektedir. Buna bağlı kronik hastalıklar giderek daha sık görülmektedir. Tüm bu sağlıksız yaşam tarzının Diabetes mellitus, koroner arter hastalıkları, hipertansiyon, depresyon gibi hastalıklarla ilişkisi vardır (26–34).

Egzersiz faydaları 60-70 yıl öncesinden beri bilirse de sağlık politikalarında yeni yeni yer almaya başlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü 2013 yılında fiziksel aktiviteyi arttırmaya yönelik bir eylem planı açıklamıştır: “Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü için Küresel Eylem Planı; 2013-2020” Bu plana göre fiziksel inaktiviteyi 2025 yılına kadar %10 azaltmak hedeflenmiştir (35). Benzer şekilde Türkiye’de de Halk Sağlığı Kurumu’nun bir takım çalışmaları olmuştur. “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat” programı ile sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite desteklenmektedir.

Fizik egzersiz kronik hastalıklar açısından hem primer hem de sekonder koruyucu etkiye sahiptir (36).

1.5.1.Fizik Egzersiz Kardiyovasküler Hastalık İlişkisi

Fizik egzersizler hem primer hem de sekonder olarak kardiyovasküler hastalıklardan korur. Fit ve aktif bir birey olmak kardiyovasküler ölüm riskini %50 azaltmaktadır Önceleri kalp hastalığı olan hastalara istirahat ve fiziksel inaktivite önerilirken artık tam tersi geçerlidir. Birçok çalışma egzersizin kardiyovasküler hastalık progresini tersine çevirdiğini göstermektedir (29). Düşük şiddette egzersiz (maksimal spor kapasitesinin %45’i) koroner arter hastalığında ateroskleroz plağında küçülmeye neden olmaktadır (37,38).

1.5.2.Fizik Egzersiz ve Diyabetes Mellitus İlişkisi

Fizik egzersizler hem primer hem de sekonder olarak diyabetten korur. Hem aerobik hem de direnç (ağırlık) egzersizleri tip-2 DM riskini azaltmaktadır (33). Egzersizle yakılan 500kcal tip 2 DM riskini %6 azaltmaktadır. Birçok çalışma egzersizin diyabet riskini azalttığı yönünde kanıtlar sunmaktadır (39,40). Primer korumanın yanında diyabetik hastalarda egzersizle birlikte glisemik kontrolün sağlanması kolaylaşmaktadır. Bu açıdan bakıldığında direnç egzersizlerinin aerobik egzersizlere üstün olduğu saptanmıştır (41).

1.5.3.Fizik Egzersiz ve Kanseri İlişkisi

Fizik egzersizin kansere karşı hem primer hem de sekonder koruyucu olduğu görülmüştür. Fizik inaktivitenin özellikle kolon ve meme kanseri ile ilişkili olduğu yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir (7). Düşük şiddette egzersizin kolon kanseri riskini %30-40, meme kanseri riskini %20-30 azalttığı saptanmıştır (42). Ancak sporun rekürrensleri önlediği yapılan çalışmalarda görülmüştür (43,44).

Fizik aktivite ve fizik egzersiz sıklıkla birbirine karıştırılmaktadır. Fizik aktivite günlük aktivitelerimizi gerçekleştirirken iskelet kaslarının kullanılması ve enerji harcanmasıdır. Fizik egzersiz ise sağlığın geliştirilmesi amacıyla yapılan düzenli, planlı ve tekrar eden aktivitelerdir. Fizik aktivite ve fizik egzersiz karşılaştırıldığında fizik egzersizin sağlık üzerine olan faydalarının daha fazla olduğu görülmektedir (45).

Düzenli fiziksel aktivitenin diyabet, kardiyovasküler hastalık gibi bazı kronik hastalıkların birincil ve ikincil önlenmesine katkıda bulunduğu ve erken ölüm riskinin azalttığına dair kanıtlar vardır. Fiziksel aktivite şiddeti, süresi ve sıklığı ile sağlık durumu arasında kademeli bir doğrusal ilişki var gibi görünüyor, öyle ki fiziksel olarak en aktif insanlar saydığımız kronik hastalıklar açısından en düşük risk grubundadırlar (46).

1.6.EGZERSİZ REÇETESİ

Hekimler hastalarına fizik egzersiz ve sağlık yaşam tarzı konusunda danışmanlık etmektedirler. Egzersiz reçetesi d¼zenlenirken hastanın kafasında soru işareti bırakmayacak şekilde d¼zenlenmesi gerekmektedir.

Egzersiz reçete ederken reğetemizin d¼rt temel bileşeni bulunmaktadır.

1)şiddeti

2)S¼resi

3)Sıklığı

4)Tipi

1.6.1.Egzersiz şiddeti: Egzersizin şiddetini d¼ř¼k, orta, yoğun olarak başlıca ¼ç aşamada değerlendiriyoruz (Tablo-3). G¼nl¼k pratikte ise, d¼ř¼k şiddet ile daha ¼ok g¼nl¼k aktiviteler d¼zeyinde bir aktiviteden s¼z ediyoruz.

Orta şiddette bir aktivitede kişinin solunum sayısı ve kalp atım sayısında artış g¼r¼lmektedir. Orta şiddette spor tavsiye edeceğimiz hastamıza anlatırken bu egzersizi yaparken şarkı s¼yleyemeyecek veya ıslık ¼alamayacak şiddette bir egzersiz yapması gerektiğini s¼yleyebiliriz.

Y¼ksek şiddette egzersiz ise nabız ve nefes sıklığı iyice y¼kselmektedir. Koşmak, bisiklet binmek vb.

Tablo-3: Egzersiz Şiddeti

Egzersiz Şiddeti	Hedef Kalp Hızı
Çok hafif	<%50 maksimum kalp hızı
Hafif	%50-63 maksimum kalp hızı
Orta şiddette	%64-76 maksimum kalp hızı
Yoğun	%77-93 maksimum kalp hızı
Çok yoğun	>%94 maksimum kalp hızı
Maksimal	%100 maksimum kalp hızı

1.6.2.Egzersiz Süresi:

Her bir egzersizin süreceği süre. Her bir egzersiz en az 10dk sürmeli. Haftada toplam 150 dk hedeflenmeli.

1.6.3.Sıklığı:

Haftada kaç gün spor yapacağı ifade edilmektedir. Sağlığın geliştirilmesi için bir egzersizin gūnaşırı yapılması önerilmektedir.

1.6.4.Egzersiz Tipi:

Kişinin medikal geçmişi, beklentileri ve yaşam tarzı değerlendirilerek kişiye özel egzersiz seçilmelidir

1.6.5.Egzersiz reçete ederken hasta ile ilgili dikkat edilmedi gereken faktörler:

Yaşı, spor geçmişı, beslenmesi, cinsiyeti, egzersizden beklentileri, fiziksel performansı, yaşam tarzı, medikal özgeçmişı, sigara öyküsü

1.6.6.Egzersizin mutlak kontraendikasyonları:

Egzersizin mutlak kontraendikasyonları açısından hastamızı mutlaka değerlendirmeliyiz. Egzersizin mutlak kontraendikasyonları ise;

- Akut semptomatik konjestif kalp yetmezliği
- Akut sistemik enfeksiyon (ateş, vücutta ağrı ve LAM eşlik ettiği)
- Akut miyokardit veya perikardit
- Yakın zamanda geçirilmiş MI
- İskemi veya akut kardiyak bir olayı düşündürecek EKG değişikliği
- Akut pulmoner emboli veya pulmoner enfarktüs
- Ciddi aort stenozu
- Aort anevrizması veya şüphesi
- Kontrol edilemeyen aritmi
- Unstable angına

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.Çalışmanın yeri ve zamanı: Çalışma Bursa iline bağlı Mudanya, Nilüfer, Osmangazi, Yıldırım, Gemlik ve Orhangazi ilçelerinde yapılmıştır. Anket araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Cevap verilmeyen sorular boş bırakılmıştır.

Anket ile ilgili bilgi ektedir.

Çalışma için etik kurul onayı Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul tarafından verilmiştir (Tarih: 15.01.2019).

Çalışma için Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmıştır (Tarih: 24.06.2019).

Etik kurul örneği ve Bursa Sağlık Müdürlüğü'nden alınan izin ekte yer almaktadır.

2.2.Araştırmanın evreni ve örneklem seçimi: Araştırmaya Bursa ilinde Mudanya, Nilüfer, Osmangazi, Yıldırım, Gemlik ve Orhangazi ilçelerinde görev yapan uzmanlık eğitimi almış olan ve olmayan aile hekimleri ve Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda görev yapan uzmanlık öğrencileri katılmışlardır. Çalışmaya katılma kriteri olarak saydığımız ilçelerde aile hekimi olarak çalışmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak belirlenmiştir. Çalışmadan dışlanma kriteri olarak yalnızca çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak belirlenmiştir. Çalışmaya alınan bölgelerde bulunan aile sağlığı merkezleri araştırmacının kendisi tarafından ziyaret edilmiş ve orada bulunan aile hekimlerinden çalışmaya katılmaya gönüllü olan hekimlere anket uygulanmıştır. Cevap verilmeyen sorular boş bırakılmıştır.

Çalışmanın Bağımsız değişkenleri

- Yaş
- Cinsiyet

- Akademik durum
- Hekimlik süresi
- Egzersiz alışkanlığı
- Hobilerinin olup olmaması
- Sigara ve alkol kullanımı
- Hekimlerin kendilerinin kronik hastalığının olup olmaması
- Hekimlerin ailelerinde kronik bir hastalık olup olmaması
- Egzersiz reçete etme eğitimi alıp almaması
- Hekimlerin görev yerleri

Çalışmaya katılan hekimlere uygulanan anket üç bölümden oluşmaktadır. İlk 14 soruda kendileriyle ve aileleriyle ilgili sorular sorulmuştur. Bu sorularla hekimlerin yaşı, cinsiyeti, alışkanlıkları, spor öyküsü, hastalıkları ve ailelerinin hastalıkları sorulmuştur.

Anketin ikinci bölüm, 14-21. sorular arasındaki ve hekimlerin hastalarına yaklaşımlarıyla ilgili soruların yer aldığı bölümdür. Bu sorularla hekimlerin hastalarına yaklaşımını değerlendirilmek istenmiştir.

Üçüncü bölümü oluşturan 22-23-24 ve 25. sorularda ise hekimlerin egzersiz reçete etme konusundaki bilgileri ölçülmüştür.

Son soru olan 26. soruda ise hekimlerin egzersiz reçete etme konusunda kendilerine olan güvenleri sorulmuştur.

2.3.İstatistiksel Analiz: Normal dağılıma uygunluk göstermeyen sürekli değişkenler için betimleyici istatistikler medyan(minimum-maksimum) olarak verilmiştir. Kategorik değişkenler için betimleyici istatistikler frekans ve ilgili yüzde değerleriyle verilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda normal dağılıma uygunluk göstermeyen veriler için Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İki'den fazla grup karşılaştırmalarında uygulanan çoklu karşılaştırma testlerinde Bonferroni düzeltmesi dikkate alınmıştır. Çalışmada anlam düzeyi $\alpha=0.05$ olarak alınmış olup, istatistiksel analizler SPSS v.21 programı kullanılarak yapılmıştır.

3.BULGULAR

Çalışmamıza 120 (%60,9) erkek, 77 (%39,1) kadın toplamda 197 hekim katılmıştır. Katılımcılara ait bilgiler Tablo-4'te yer almaktadır.

Katılımcıların %81,2'si pratisyen hekim, %10,7'si uzman hekim ve %8,1'i de asistan hekimdir (Tablo 4). Çalışmaya katılan uzman hekimlerin tamamı aile hekimi uzmanıdır.

Tablo-4: Demografik veriler

		n	%
Cinsiyet	Kadın	77	39,1
	Erkek	120	60,9
Yaş	≤34	29	14,7
	35-54	134	68,0
	≥55	34	17,3
Çalışma Süresi	≤5yıl	19	9,6
	2-6yıl	12	6,1
	11-14yıl	16	8,1
	15-19yıl	37	18,8
	≥20yıl	113	57,4
Uzmanlık Eğitimi	Pratisyen Hekim	160	81,2
	Uzman Hekim	21	10,7
	Aile Hekimliği Asistanı	16	8,1
Katılımcının İlçesi	Mudanya	16	8,1
	Nilüfer	66	33,5
	Osmangazi	53	26,9
	Yıldırım	31	15,7
	Gemlik	16	8,1
	Orhangazi	15	7,6
Sigara-Alkol Kullanımı	Sigara kullanıyor	152	79,2
	Sigara kullanmıyor	40	20,8
	Alkol Kullanıyor	166	86,5
	Alkol Kullanmıyor	26	13,5
Spor Türü	Bisiklet	11	10
	Fitness	33	31
	Koşu	18	17,1
	Yüzme	22	20,9
	Diğer	50	47,6

Çalışmaya katılan hekimlerin yarısından çoğu (n:105, %53,3) spor yaptığını belirtirken 87 (%44,2) kişi spor yapmadığını ifade etmiştir. Spor yapan hekimlerin yaptıkları sporlar Tablo-2'de görülmektedir. Diğer seçeneğinde yer alan spor türleri arasında yürüyüş, boks ve tenis yer almaktadır.

Spor yapan hekimlere ne sıklıkta spor yaptığı sorusunu sorduğumuzda;

- 32 (%30,47) hekim düzensiz spor yaptığını,
- 43 (%40,95) hekim haftada 2-3 gün yarım saat spor yaptığını,
- 17 (%16,19) hekim haftada 1 kez spor yaptığını,
- 12 (%11,42) hekim ise haftada en az 150 dk ve mümkünse gınaşırı spor yaptığını belirtmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin 67'si (%34) kronik hastalığı olduğunu belirtmişlerdir ve kronik hastalıkların dağılımı Tablo-5'te yer almaktadır.

Tablo-5: Hekimlerin kronik hastalık dağılımları

		n	%
Kendisi	Diyabetes mellitus	11	5,58
	Hipertansiyon	31	15,73
	Koroner Arter Hastalığı	5	2,5
	Diğer	30	15,22
Ailede	Diyabetes Mellitus	56	28,42
	Hipertansiyon	98	49,74
	Koroner Arter Hastalığı	38	19,28
	Diğer	21	10,65

Kronik hastalıklar içerisinde diğer şikkını işaretleyen hekimler astım, ülseratif kolit, Hepatit B taşıyıcılığı, migren, Hashimoto hastalıklarını belirtmişlerdir. Ailesinde diğer kronik hastalıklar şikkını seçen hekimler ise

Hashimato hastalığı, astım ve kronik obstruktif akciğer hastalığını belirtmişlerdir.

Kronik hastalığı olan hekimleri kendi içerisinde yaş gruplarına göre değerlendirdiğimizde diyabet ($p=0,103$) ve koroner arter hastalığı ($p=0,125$) açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Ancak kronik hipertansiyon açısından grupta anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,008$). Özellikle ≤ 34 yaş grup ile diğer gruplar arasında anlamlı farklılık varken, 35 yaş üstü grup ile 55 yaş üstü grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo-6)

Tablo-6: Yaş ile hipertansiyon arasındaki ilişki

	Kronik Hipertansiyon				p
	Var		Yok		
Yaş	n	%	n	%	
≤ 34	0	%0,00	29	%100,00	0,008
35-54	23	%17,4	109	%82,6	
≥ 55	8	%24,2	25	%75,8	

Hekimlerin hastalarına koruyucu sağlık önerilerinde bulunma durumları Tablo-7'de yer almaktadır.

Tablo-7: Koruyucu sağlık önerilerinde bulunma durumları

	Öneririm			Önermem		
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam
Kanser Taraması	70 %38,7	111 %61,3	181 %100	5 %41,7	7 %58,3	12 %100
Tansiyon Kontrolü	75 %41	108 %59	183 %100	0 %0	10 %100	10 %100
Sigara bırakma	70 %39,8	106 %60,2	176 %100	4 %25	12 %75	16 %100
Aşı	63 %40,1	94 %59,9	157 %100	12 %33,3	24 %66,7	36 %100
Diğer öneriler	8 %40	12 %60	20 %100	66 %38,4	106 %61,6	172 %100

Kadın ve erkek hekimler arasında hastalarına egzersiz öneri yaklaşımları açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo-8).

Tablo-8: Kadın ve erkek hekimlerin hastalarına yaklaşımı

	Genellikle Önermem	Sadece Gerekli Gördüğüm Hastaları Değerlendirir ve Öneride Bulunurum	Tüm Hastalarımı Bu Açıdan Değerlendiririm	p
Kadın	2 kişi	42 kişi	30 kişi	0,830
Erkek	5 kişi	66 kişi	43 kişi	

Yaş grupları arasında, hekimlerin hastalarını muayene etme süreleri açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo-9).

Tablo-9: Muayene sürelerinin yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş	Muayene Süresi			p
	≤5dk	6-9dk	≥10dk	
≤34	5 kişi	21 kişi	3 kişi	0,156
35-54	33 kişi	81 kişi	12 kişi	
≥55	12 kişi	13 kişi	5 kişi	

Hekimlerin yaşları ile bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptandı(Tablo-10)

Tablo-10: Yaş ve egzersiz bilgi düzeyi ilişkisi

Yaş	N	Ortalama	Std. Sapma	Medyan Değer	Minimum	Maksimum	p
≤34	27	188,1481	30,76424	190,0000	60,00	220,00	<0,001
35-54	113	176,4602	30,44082	180,0000	20,00	220,00	
≥55	26	151,9231	39,49878	150,0000	70,00	210,00	

Hekimlerin yaşları ile hastalarına yaklaşımları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo-11).

Tablo-11: Hekimlerin yaşları ile hastalarına yaklaşımları arasındaki ilişki

Yaş	Genellikle Önermem	Sadece Gerekli Gördüğüm Hastaları Değerlendirir ve Öneririm	Tüm Hastalarımı Bu Açıdan Değerlendiririm	p
≤34	1 kişi	17 kişi	11 kişi	0,097
35-54	2 kişi	74 kişi	50 kişi	
≥55	4 kişi	15 kişi	12 kişi	

Egzersiz reçete etme eğitimi almak açısından asistan hekimler, pratisyen hekimler ve uzman hekimler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Hekimlerin uzmanlık eğitimi alıp almama ve egzersiz reçete etme eğitimi alıp almama durumlarına göre dağılım tablo-12'dedir.

Tablo-12: Egzersiz reçete etme eğitimi alma durumu

	Egzersiz Reçete Etme Eğitimi				p
	Aldım		Almadım		
	n	%	n	%	
Pratisyen Hekim	11	%7,4	138	%92,6	0,285
Uzman Hekim	3	%15,0	17	%85	
Asistan Hekim	2	%12,5	14	%87,5	

Hekimlere egzersiz ve yaşam tarzı değişikliği önerecekleri hastalarına 'Ne sıklıkta ve kimlere öneride bulunursunuz?' diye sorulduğunda 195 hekimin hastalarına egzersiz önerisinde bulunduğunu, sadece 2 hekimin egzersizi hiç önermediği tespit edildi (Tablo-13).

Tablo-13: Hekimlerin egzersiz önerme durumu

	n	%
Egzersiz Öneririm	195 Kişi	99
Egzersiz Önermem	2 Kişi	1

Egzersiz reçete etme eğitimi alan hekimler ile almayan hekimler arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (Tablo-14).

Tablo-14: Egzersiz reçete eğitimi ile bilgi düzeyi ilişkisi

		WHO Skoru	Egzersiz Fayda Skoru	Egzersiz Kontraendikasyon Skoru
Egzersiz Reçete Etme Eğitimi Aldım	n	16 kişi	16 kişi	15 kişi
	Medyan Değer	15,0000	90,0000	80,0000
	Minimum	0,00	30,00	50,00
	Maksimum	30,00	100,00	100,00
	Ortalama	16,2500	83,7500	77,3333
	Standart Sapma	12,58306	16,27882	12,22799
Egzersiz Reçete Etme Eğitimi Almadım	n	153 kişi	164 kişi	165 kişi
	Medyan Değer	20,0000	90,0000	80,0000
	Minimum	0,00	0,00	0,00
	Maksimum	30,00	100,00	10,00
	Ortalama	18,6275	81,5244	72,4242
	Standart Sapma	10,45409	16,82076	19,66647
p		0,480	0,301	0,522

Egzersiz reçete etme eğitimi alan hekimlerle bu eğitimi almayan hekimler arasında kendine güven açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır.(Tablo-15)

Tablo-15: Egzersiz reçete etme eğitimi ile egzersiz reçete etmede kendine güven ilişkisi

	Reçete Etme Eğitimi Aldım	Reçete Etme Eğitimi Almadım
n	15	163
Medyan Değer	6,0000	5,0000
Minimum	4,00	1,00
Maksimum	10,00	10,00
Ortalama	6,2000	4,9264
Standart Sapma	1,69874	2,03536
p	0,035	

Hekimlerin uzmanlık eğitimi alma durumlarına göre bilgi düzeyleri arasındaki ilişki Tablo-16'da yer almaktadır.

Tablo-16: Uzmanlık eğitimi almak ve egzersiz reçete etme bilgi düzeyi arasındaki ilişki

Uzmanlık Eğitimi		WHO Puanı	Egzersiz Fayda Skoru	Kontraendikasyon Skoru
Pratisyen Hekim	N	137	147	146
	Medyan	20,0000	90,0000	80,0000
	Minimum	0,00	0,00	0,00
	Maksimum	30,00	100,00	100,00
	Ortalama	17,5912	80,8163	72,1918
	Standart S.	10,88209	16,73771	18,95523
	IQR	-	10,00	-
Uzman Hekim	N	19	20	20
	Medyan	20,0000	90,0000	80,0000
	Minimum	0,00	40,00	10,00
	Maksimum	30,00	100,00	90,00
	Ortalama	21,0526	86,0000	74,5000
	Standart S.	10,48530	13,91705	19,59547
	IQR	-	10,00	-
Aile Hekimliği Asistanı	N	16	16	16
	Medyan	20,0000	90,0000	80,0000
	Minimum	10,00	20,00	20,00
	Maksimum	30,00	100,00	100,00
	Ortalama	21,8750	86,2500	77,5000
	Standart S.	6,55108	18,21172	20,49390
	IQR	-	0,00	-
p		0,195	0,010	0,283

Hekimlerin uzmanlık eğitimi alıp almamaları ile kendilerine olan güvenleri arasındaki ilişki incelendiğinde, uzman hekimler, pratisyen hekimler ve asistan hekimler arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir (p=0,001). Egzersiz reçete etme konusunda kendine güven açısından,

pratisyen hekimler ile uzman hekimler arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p=0,277$), pratisyen hekimler ve uzman hekimleri asistan hekimler ile karşılaştırdığımızda her iki grubun da asistan hekimlere göre bu konuda kendilerine güvenlerinin daha fazla olduğunu tespit ettik ($p=0,001$).

Hekimlerin kendine güven açısından değerlendirdiğimizde ortaya çıkan medyan değerler ve ortalama değerleri Tablo-17'de yer almaktadır.

Tablo-17: Uzmanlık eğitimi almak ve egzersiz reçete etmede kendine güven ilişkisi

	N	Medyan	Min	Mak	Ortalama	Standart Sapma	p
Pratisyen Hekim	144	5,0000	1,00	10,00	5,1528	1,93358	0,001
Uzman Hekim	19	5,0000	1,00	10,00	5,6842	2,31067	
Asistan Hekim	16	3,5000	1,00	7,00	3,3125	1,81544	

Hekimlerin kendine güven açısından değerlendirdiğimizde ortaya çıkan medyan değerler ve ortalama aşağıdaki tablo-18'dedir.

Tablo-18: Egzersiz reçete etmekte kendine güven

	N	Medyan	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	p
Pratisyen Hekim	144 Kişi	5,0000	1,00	10,00	5,1528	1,93358	0,001
Uzman Hekim	19 Kişi	5,0000	1,00	10,00	5,6842	2,31067	
Asistan Hekim	16 Kişi	3,5000	1,00	7,00	3,3125	1,81544	

Egzersiz öneren hekimlerin uzmanlık eğitimi alıp almama durumuna göre dağılımları tablo-19'dadır.Uzmanlık eğitimi alıp almama durumlarına göre egzersiz reçete etme eğitimi alma durumları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo-19: Uzmanlık eğitimi almak ve hastalarına yaklaşımları arasındaki ilişki

	Genellikle Önermem		Sadece Gerekli Gördüğüm Hastaları Değerlendirir ve Öneride Bulunurum		Tüm Hastalarımı Bu Açıdan Değerlendiririm		p
	n	%	n	%	n	%	
Pratisyen Hekim	6	3,9	86	56,6	60	39,5	0,285
Uzman Hekim	0	0	11	55,0	9	45,0	
Asistan Hekim	1	6,3	11	68,8	4	25,0	
Toplam	7	3,7	108	57,4	73	38,8	

Sigara kullanan ve kullanmayan hekimler arasında hastalarını değerlendirirken göz önüne aldıkları kriterler açısından anlamlı bir farklılık saptanamadı(Tablo-20)

Tablo-20: Hekimlerin sigara kullanımı ve hastalarına yaklaşımları arasındaki ilişki

		Kriterdir Değildir		Kriterdir		p
		n	%	n	%	
		Spor Geçmiş				
Sigara	Kullanmıyor	29	20,0	116	80	0,54
	Kullanıyor	11	32,4	23	67,6	
		Yaşam Tarzı				
Sigara	Kullanmıyor	7	4,8	138	95,2	0,306
	Kullanıyor	2	5,9	32	94,1	
		Egzersiz Beklentisi				
Sigara	Kullanmıyor	30	20,7	115	79,3	0,62
	Kullanıyor	11	32,4	23	67,6	
		Medikal Özgeçmiş				
Sigara	Kullanmıyor	9 Kişi	6,2	136	93,8	0,141
	Kullanıyor	4 Kişi	11,8	30	88,2	
		Beslenme Alışkanlıkları				
Sigara	Kullanmıyor	12	8,3	132	91,7	0,125
	Kullanıyor	5	14,7	29	85,3	
		Sigara Öykü				
Sigara	Kullanmıyor	17	11,7	128	88,3	0,193
	Kullanıyor	5	14,7	29	85,3	

Alkol kullanan ve kullanmayan hekimler arasında hastalarını değerlendirirken göz önüne aldıkları kriterler açısından anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (p:0,083).(Tablo-21)

Tablo-21: Hekimlerin alkol kullanımı ve hastalarına yaklaşımları arasındaki ilişki

		Kriterdir		Kriterdir		p
		Değildir				
		Yaşam Tarzı				
		n	%	n	%	
Alkol	Kullanmıyor	6	3,9	149	96,1	0,083
	Kullanıyor	3	12,5	170	95,0	

Hekimlerin spor yapıp yapmamaları ile kendilerine olan güvenleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo-22).

Tablo-22: Hekimlerin spor yapmaları ve egzersiz reçete etmede kendilerine güvenleri arasındaki ilişki

	n	Ortalama	Interquartile Range	Maksimum	Minimum	p
Spor Yapıyor	96	5,4167	2,75	10	1	0,007
Spor Yapmıyor	78	4,6667	2,25	9	1	

Hekimlerin hobilerinin olup olmaması ile kendilerine olan güvenleri arasında anlamlı saptanmamıştır (Tablo-23).

Tablo-23: Hekimlerin hobilerinin olması ile egzersiz reçete etmede kendilerine olan güvenleri arasındaki ilişki

	n	Ortalama	Medyan Değer	Maksimum	Minimum	p
Hobisi Var	95	5,3263	5,0000	10	1	0,58
Hobisi Yok	60	4,6500	5,0000	9	1	

Hekimlerin kendinde veya aile bireylerinde herhangi bir kronik hastalığı olması ile hastalarına egzersiz konusunda yaklaşımları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Hekimlerin verdikleri cevaplar ve çıkan sonuçlar Tablo-24'tedir.

Tablo-24: Hekimlerin hastalıkları ve hastalarına yaklaşımları arasındaki ilişki

	Genellikle Önermem		Sadece Gerekli Gördüğüm Hastaları Değerlendirir ve Öneririm		Tüm Hastalarımı Bu Açıdan Değerlendiririm		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kendinde Kronik Hastalık Var	4	6,2	40	61,5	21	32,3	65	100,0	0,127
Kendinde Kronik Hastalık Yok	2	1,7	65	55,1	51	43,2	118	100,0	
Ailesinde Kronik Hastalık Var	4	3,2	68	54,8	52	41,9	124	100,0	0,467
Ailesinde Kronik Hastalık Yok	3	4,7	40	62,5	21	32,8	64	100,0	

Çalışmaya katılan hekimlere egzersiz önerilerini sözel olarak mı yoksa yazılı reçete mi yaptıkları sorulduğunda yalnızca %10,3'nün yazılı öneride bulunduğunu saptadık (Tablo-25). Hekimlerin bilgi düzeyi ve yazılı öneride bulunmaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo-26).

Tablo-25: Sözel ve yazılı önerilerde bulunma durumu

	n	%
Sözel Öneririm	191	97,2
Sözel önermem	4	2,1
Yazılı Öneririm	20	10,3
Yazılı Önermem	175	89,7

Tablo-26: Hekimlerin bilgi düzeyi ve yazılı öneride bulunmaları arasındaki ilişki

Yazılı Öneririm	WHO Skoru	Egzersiz Fayda Skoru	Kontraendikasyon Skoru
n	19	19	17
Medyan Değer	20,0000	90,0000	70,0000
Minimum	0,00	60,00	30,00
Maksimum	30,00	90,00	100,00
Ortalama	20,0000	85,7895	71,7647
Standart Sapma	11,54701	8,37708	19,75958
p	0,395	0,338	0,763

Hekimlerin kendine güveni ile egzersizi yazılı veya sözlü olarak önermeleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo-27).

Tablo-27: Yazılı egzersiz reçete etme ile egzersiz reçete etmede kendine güven arasındaki ilişki

	n	Medyan Değer	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	p
Yazılı Öneririm	18	6,0000	3,00	10,00	6,2778	1,96456	0,022

Kronik bir hastalığı olan hekimlerle olmayan hekimler arasında düzenli spor yapmak bakımından anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0,175$) (Tablo-28).

Tablo-28: Hekimlerin kronik hastalıkları ile spor alışkanlıkları arasındaki ilişki

	Düzenli Spor Yapanlar		Düzenli Spor Yapmayanlar	
	n	%	n	%
Kronik Hastalığı Var	27	71,1	11	28,9
Kronik Hastalığı Yok	50	72,5	19	27,5

Çalışmamıza katılan hekimlerde bilgi düzeyi ile kendine güven arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. p değerleri tablo-29'dadır.

Tablo-29: Egzersiz bilgi düzeyi ile egzersiz reçete etmede kendine güven arasındaki ilişki

Kendine Güven Skoru	WHO Skoru	Egzersiz Fayda Skoru	Kontraendikasyon Skoru
n	165	174	175
p	0,126	0,113	0,085

Muayene süreleri ile hekimlerin hastaya yaklaşımları arasında anlamlı ilişki saptandı(Tablo-30).

Tablo-30: Muayene süreleri ile hekimlerin hastaya yaklaşımları arasındaki ilişki

Muayene Süresi	Genellikle Önermem	Sadece Gerekli Gördüğüm Hastaları Değerlendirir ve Öneririm	Tüm Hastalarımı Bu Açıdan Değerlendiririm	p
≤5dk	2 kişi	36 kişi	13 Kişi	<0,001
6-9dk	4 kişi	69 kişi	43 Kişi	
≥10dk	1 kişi	2 kişi	17 Kişi	

4.TARTIŞMA

Sedanter yaşam ve sağlıksız yaşam şekli obezite, diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, koroner arter hastalığı gibi birçok hastalığın altında yatan en temel sorunların başında gelmektedir.

Aile hekimleri hasta ile sağlık sisteminin ilk temasını sağlayan, onlarla bir ömür boyu süren ilişki içinde olan, bireyin yalnızca akut problemlerinin değil kronik problemlerinin de takibinden ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu olan hekimlerdir.

Egzersiz sağlık üzerine olan olumlu etkileri ile ilgili birçok çalışma yapılmış ve yapılmaya da devam etmektedir(47). Yapılan çalışmalar sonucu kılavuzlar güncellenmekte, öneriler değişmektedir. Kronik hastalıkları önlemede en çok önerilen yaklaşımlardan birisi, hastalara aktif yaşam tarzı ile ilgili danışmanlık yapmak ve egzersizi tıpkı medikal bir tedavi gibi yazılı bir reçete olarak vermektir. Bu önerinin etkinliği birçok araştırma ile kanıtlanmış (48–50) ve son yıllarda birçok tıp fakültesinin müfredatına girmiştir. Bununla birlikte yapılan araştırmalar hekimlerin yazılı egzersiz önerisinde bulunma oranlarının oldukça yetersiz olduklarını göstermiştir(51).

Araştırmamızda hekimlerin sadece %7,6'sının egzersiz reçete etme eğitimi aldığı ve tüm hekimler arasında yazılı egzersiz reçetesi verme oranının ise onda bir olduğu görülmüştür. Egzersiz reçete etme eğitimi almayı uzmanlık eğitimi açısından incelediğimizde asistan hekimler, pratisyen hekimler ve uzman hekimler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Windt J. ve arkadaşları 158 aile hekimi ile yaptıkları müdahale çalışmasında aile hekimlerinin, eğitim öncesi egzersiz reçete etme oranlarının %40 civarında olduğunu, eğitim sonrası ise bu oranın %68'e çıktığını göstermişlerdir(48).

Dikkat çekilmesi gereken önemli bir nokta da aile hekimliği uzmanlık eğitiminin egzersiz reçete etme konusunda bilgi düzeyinde herhangi bir farka neden olmamasıdır. Bu sonuç ile konunun uzmanlık eğitim müfredatında yer bulmadığı ya da etkin bir şekilde öğretilmediği sonucuna varılabilir.

Hekimlerin egzersiz danışmanlığı konusunda en önemli belirleyicilerden birisinin hastalarına ayırabildikleri süre olduğu beklenen bir sonuç olarak bu çalışmada da doğrulanmıştır.

Tezimizin araştırma sorusuna göre aile hekimlerinin egzersiz reçete etme tutumlarını etkileyen faktörleri incelemek açısından elde edilen bulguları üç başlık altında tartışabiliriz.

4.1.Hekimlerin demografik, sağlık ve sağlıklı yaşam tarzı özellikleri ile egzersiz danışmanlığı ve reçete etme ile ilişkisi

4.1.1.Cinsiyet

Cinsiyetin koruyucu hekimlik uygulamaları açısından etkili olduğu konusu literatürde tartışılmaktadır. Çalışmamızda hekimlerin hastalarına gerek koruyucu tıp önerilerinde bulunmaları gerekse egzersiz önerisinde bulunmalarını cinsiyet açısından incelediğimizde arada anlamlı bir fark bulunmamıştır. Diehl ve ark. yaptıkları araştırmada kadın doktorların diyet tedavisi sunma, KAH için risk faktörlerini kontrol etme ve tedavi hedeflerine ulaşma olasılıklarının daha yüksek olduğunu söylemişler ve bu tür yaşam tarzı değişikliklerinin kadın doktorlar tarafından daha çok önerildiğini ve takibinin yapıldığını öne sürmüşlerdir (52). Bu farkın kadın hekimlerin hastalarına daha fazla vakit ayırmalarından, daha pozitif bir diyalog sürdürmelerinden ve görüşmenin daha hasta merkezli gitmesinden kaynaklandığını düşünmekte ve cinsiyet farklılığının hasta yaklaşımındaki farkın her iki cinsiyetin algıladıkları engeller bağlamında araştırılması gerektiğini vurgulamatadırlar (52).

4.1.2.Alışkanlıklar, yaşam tarzı ve kronik hastalıklar

Hekimlerin egzersiz reçete etme özellikleri üzerine etkisi olabileceğini düşündüğümüz bir başka parametrenin de hekimlerin kendi yaşam tarzları olduğunu düşünmekteyiz. Dünya Sağlık Örgütü 2010 yılı verilerine göre Türkiye’de yaşayanların %28,1’i sedanter yaşamakta ve herhangi bir fizik aktivite yapmamaktadırlar. Çalışmamıza katılan hekimlerin yalnızca %53,6’sı

spor yaptığını ifade ederken geri kalan kısım ise spor yapmadığını belirtmiştir. Fizik aktivitesi olmayan hekimlerin oranı toplumdaki oranın oldukça üstündedir. Bu durum hekimlerin iş yükü ve tükenmişlik durumlarıyla açıklanabilir (53). Spor yapan hekimlerin %74'ü diğer seçeneğini seçmişti ve yine bu hekimlerin büyük çoğunluğu diğer seçeneğinde yürüyüş yaptıklarını belirtmişti. Ancak bu yürüyüşleri çoğu hekim sadece günlük aktivite şeklinde tanımlamaktadır. Oysa ki yapılan araştırmalarda hekimlerin kendi günlük yaşamlarında yer verdikleri egzersiz hastalarına da önerdikleri gösterilmiştir(54). Benzer çalışmalar sigara bırakma, sağlıklı beslenme gibi konularda da yapılmıştır ve hekimlerin kendi yaşam tarzları ile hasta yaklaşımları ve hastalarına sağlıklı yaşam tarzı önerme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (55).

Çalışmaya katılan hekimlerin sigara içme oranlarını incelediğimizde toplumun geneli ile benzer özellikte olduğunu gördük. Hekimler arasında sigara içme oranı %20,8 alkol kullanma oranı ise %13,5 idi. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2012 verilerine göre toplumun %27'si sigara kullanmaktadır (56). Abdullah ve ark. yaptıkları derlemede hekimler arasında sigara içme oranının diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğunu ve hekimler arasında da en yüksek orana (>%30) cerrahların sahip olduğunu göstermişler ve en önemli etkenin iş stresi ve uzun çalışma saatleri olduğunu ileri sürmüşlerdir (57).

Yapılan bu çalışmada hekimlerin kendi sigara içme alışkanlıklarının egzersiz reçete etme açısından farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve bunun herhangi bir fark göstermediği tespit edilmiştir. Sigara içen ve içmeyen hekimler egzersiz reçete ederken hastalarını benzer şekilde değerlendirmektedirler. Alkol kullanan ve kullanmayan hekimleri karşılaştırdığımız zaman da hasta değerlendirme açısından gruplar arasında fark olmadığı gözlenmiştir. Sağlıklı yaşam alışkanlıkları konusunda farkındalığın daha yüksek olmasını beklediğimiz sigara içmeyen hekimler arasında görmeyi umduğumuz farkın olmaması hekimlerin tıp eğitimi sırasında yeterli eğitim almamalarından kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Literatürde hekimlerin yaklaşık dörtte üçünün bu konuda eğitim almadığı ve hekimlerin hastalarının sigarayı bırakma durumunda yoksunluk semptomları yaşadıklarında nasıl baş edeceklerini bilmediklerini ortaya koyan çalışmalar vardır (57,58). Fiziksel egzersiz, çeşitli hastalıklarda, rehabilitasyon tedavilerinde farmakolojik olmayan düşük maliyetli stratejilerden birisidir ve fiziksel egzersizin, sigara içen bir kişinin sigarayı bırakmaya çalıştığı zaman ortaya çıkabilecek temel semptomların yoğunluğunun azaltılmasına yardımcı olduğu bilinmektedir (57).

Riskli yaşam tarzının hastalara yaklaşım ve egzersiz önerme konusunda bir fark yaratmadığını gözlemlediğimiz çalışmamızda, sağlıklı yaşam tarzına sahip olmanın hasta yönetimini olumlu yönde etkilediğini gözlemledik. Çalışmamıza katılan 105 hekim aktif olarak spor yapmaktadırlar. Önemli bir bulgu spor yapan hekimlerin egzersiz reçete etmekte kendilerine daha fazla güvendiklerini göstermiş olmamızdır. Howe ve ark. yaptıkları araştırmada hekimlerin sağlıklı yaşam tarzına sahip olmanın, hekimlerde daha çok farkındalık ve daha çok kendilerine güven sağladığı ve bu hekimlerin hastalarına daha fazla sağlıklı yaşam tarzı danışmanlığı verdiklerini göstermişlerdir (59).

Hekimlerin egzersiz reçete etme davranışları üzerine etkisi olabileceğini düşündüğümüz bir başka faktör kendilerinde ya da ailelerinde kronik hastalık olup olmamasıydı. Ancak araştırma sonucuna göre diyabetes mellitus, hipertansiyon ya da kronik arter hastalığı olan ya da ailesinde bu hastalık ile uğraşan hekimlerin hastalarına yaklaşımlarının sağlıklı hekimlerin yaklaşımlarından bir fark göstermemektedir.

4.2.Egzersiz eğitimi almış olma, uzmanlık eğitimi ve hekimlerin kendine olan güvenlerinin egzersiz danışmanlığı ve reçete etme ile ilişkisi

Çalışmamıza katılan hekimlerin neredeyse tamamı hastalarına egzersiz önerisinde bulduklarını söylemişlerdir, yalnızca 2 hekim egzersiz önermediğini belirtmiştir. Ancak, büyük çoğunluğu (%91,9) sadece sözel olarak önerilerde bulunmaktadırlar. Hastalarına yazılı egzersiz önerisi veren hekimlerin oranı %9,9 idi. Petrella, R. J. ve arkadaşlarının Kanada'da 28.340

birinci basamak hekimi ile yaptığı bir çalışmada hekimlerin %16'sının yazılı egzersiz reçetesi düzenlediklerini söylemişlerdir (53). Sherman S. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise çalışmaya katılan hekimlerin üçte birinin hastalarına egzersiz konusunda danışmanlık yaptığı saptanmıştır (60). Oysa ki, yazılı egzersiz reçetesi vermenin sedanter hastaları aktif olmak konusunda motive etmek açısından önemli bir strateji olduğu bilinmektedir (61). Reçete kavramının hastalar üzerinde tarihsel ve sembolik bir anlamı vardır. Hastalar hekimin verdiği reçetenin şifa verici bir özelliği olduğuna inanırlar ve özellikle yaşlı hastalar açısından düzenlenen egzersiz programını hatırlatıcı bir görev görür (61).

Gerek bu çalışmada gerekse literatürde benzer çalışmalarda hekimlerin yazılı egzersiz önerisinde bulunmanın önündeki engeller incelendiğinde başta zamansızlık gelmekte ve ikinci en önemli faktör olarak da hekimlerin bu konuda yeterli bilgi almamalarından dolayı kendilerini bu konuda yetkin görmemeleri, kendilerine güvenmemeleri gelmektedir (4,48,62). Yapılan incelemede ABD'de tıp fakültelerinin yalnızca %13'ünün 'fizik aktivite ve sağlık' konularını eğitim programlarına dahil ettikleri tespit edilmiştir (6). Çalışmamıza katılan hekimlerin ise yalnızca %8,6'sı egzersiz reçete etme eğitimi aldığını belirtmişlerdir.

Hekimlerin muayene süreleri ile hastaya yaklaşımları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, bu çalışmada da doğrulanmıştır. Özellikle hastalarına ≥ 10 dk ayıran hekimlerin diğer gruplarla karşılaştırıldığında tüm hastalarına sağlıklı yaşam tarzı önermekte oldukları ve daha fazla kontrole çağırdıkları, hastalarına 5 dk'dan daha az zaman ayırma durumunda olan hekimlerin ise hastalarına sadece belli durumlarda sağlıklı yaşam tarzı önerilerinde buldukları tespit edilmiştir.

Çalışmamızda egzersiz reçete etme eğitimi alan ve almayan hekimleri üç başlık altında karşılaştırılmıştır. Hekimlerin egzersiz reçete etme konusundaki bilgi düzeyleri, kendilerine olan güvenleri ve aldıkları uzmanlık eğitiminin etkisi.

Egzersiz reçete etme eğitimi alan hekimler ile almayan hekimler arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı bir farklılık görülmemekle birlikte egzersiz reçete etme eğitimi alan hekimlerin egzersiz reçete ederken kendilerine daha fazla güvendikleri ve daha fazla yazılı egzersiz reçetesi verdikleri çalışmanın sonuçlarından birisi olarak tespit edilmiştir. Kendine güven eksikliğinin yapılan birçok çalışmada hekimlerin hastalarına egzersiz önermesinin önündeki engellerden biri olduğu saptanmıştır. Lawlor DA. ve arkadaşlarının 178 genel pratisyen ile yaptığı çalışmada kendine güven eksikliğinin egzersiz reçete etme engeli olduğu saptanmıştır (53).

Dikkat çekilmesi gereken önemli bir nokta da aile hekimliği uzmanlık eğitiminin egzersiz reçete etme konusunda bilgi düzeyinde herhangi bir farka neden olmamasıdır. Pratisyen hekimler ve uzman hekimler arasında bilgi düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Ancak aile hekimliği asistanlarının bilgi düzeyleri diğer hekimlere göre sadece egzersiz fayda düzeyi açısından düşük saptandı. Tıp fakültelerinin eğitim programlarında yer verilmeyen fizik aktivitenin sağlık üzerine etkileri, uzmanlık eğitiminde de yerini bulamamış olarak görülmektedir. Günümüzün değişen sağlık ihtiyaçları ile birlikte hekim adaylarının ve aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin sağlığın korunması ve kronik hastalıklara medikal tedavi dışı yaklaşımlar konusunda daha donanımlı yetişmesi ihtiyacı vardır.

Sağlık Bakanlığı 2014 yılında “Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi”ni “<http://fizikselaktivite.gov.tr/>” sitesini yayınladı. Bu rehberle hekimlerin toplumu daha iyi eğitmesi ve bilgilendirmesi amaçlandı. Rehber çocuk ve gençler, yetişkinler, yaşlılar ile engelliler olmak üzere 4 kitapçık olarak hazırlandı. Rehberde fiziksel aktivitenin yararları, egzersiz türleri, egzersiz süreleri ve yapılacak çalışmalar ayrıntılı bir şekilde yer aldı. Fiziksel Aktivite İnternet Sitesinde, çocuk ve gençler, yetişkinler, yaşlılar ile fiziksel ve zihinsel engellilerde fiziksel aktiviteler ayrı bölümler halinde ele alınmaktadır.

Kendine güven hekimlik mesleğinin çok önemli bir parçasıdır. Tıp bilgisi ile güven arasındaki ilişki oldukça karmaşık olmasına rağmen yapılan çalışmalarla tıp bilgisi ile kendine güven arasındaki pozitif ilişki saptanmıştır

(63,64). Clanton J.ve arkadaşlarının 150 tıp fakültesi öğrencisi ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin 2 yıllık cerrahi eğitimleri sonrasında kendilerine olan güvenlerinin arttığını saptamışlardır (65). Lubbers J. ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise hemşirelik öğrencilerinin simülasyon eğitimleri ile bilgi düzeyleri artırıldıktan sonra kendilerine olan güvenlerinin arttığı gösterilmiştir (64).

Çalışmamızda asistan hekimlerin egzersiz reçete etme bakımından kendilerine olan güvenleri pratisyen hekimlere ve aile hekimliği uzmanlarına göre daha düşüktür, ancak pratisyen hekimler ile aile hekimliği uzmanları arasında egzersiz reçete etmede kendine güven konusunda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Asistan hekimlerin tamamının görev süreleri 5 yıldan daha azdır. Asistan hekimlerin egzersiz reçete etme bakımından kendilerine olan güvenlerinin diğer hekimlere kıyasla daha düşük olması doktorluk görev sürelerinin daha az olmasına bağlanabilir. Çalışmamıza katılan hekimlerin egzersiz bilgi düzeyleri ile egzersiz reçete etmede kendilerine güvenleri arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır bununla birlikte genel tıp bilgisi ve uzmanlık eğitimi açısından daha fazla donanıma sahip hekimler kendilerine daha fazla güvenmektedirler.

5.SONUÇ

Koruyucu hekimlik, birinci basamak hekimlerinin temel görevlerindedir. Yaşam tarzı değişikliği ve egzersiz reçete etme özellikle birinci basamak hekimliğinin koruyucu hizmetlerindedir. Egzersiz reçete etmenin önündeki başlıca engeller zaman kısıtlılığı, bilgi eksikliği ve özgüven eksikliğidir. Egzersiz reçete etme konusunda kendine daha çok güvenen hekimlerin daha sık yazılı egzersiz reçetesi düzenlediği saptanmıştır. Bilgi eksikliğinin önüne geçmek açısından tıp fakültelerinin eğitim müfredatlarında ve uzmanlık eğitim programlarında fizik aktivite ve sağlık konularına ayrı bir başlık olarak yer verilmeli, hekimlerin egzersiz reçete etme becerilerini geliştirmeleri sağlanmalıdır. Ayrıca kronik hastalıklar ile birinci sırada mücadele etme konumunda olan, hastayı güçlendirme ve sağlık sorumluluğunu alması konusunda desteklemesi gereken aile hekimlerinin uzmanlık eğitim programlarının bu yönde güçlendirilmesi gerekmektedir.

6.ÖNERİLER

- Egzersiz reçete etme eğitimi tıp fakültelerinde ve uzmanlık programlarında daha fazla yer almalıdır. Kronik hastalık yönetiminde çok önemli bir role sahip olan aile hekimleri yazılı egzersiz reçete etme gibi etkili müdahaleler ile hastalarında yaşam tarzı değişikliğini sağlayabilmelidirler.
- Hekimlerin çalışma koşulları düzeltilerek hekimleri kendilerine daha fazla zaman ayırmaları sağlanmalıdır. Egzersiz yapan, sağlıklı yaşam tarzına sahip olan hekimler aynı zamanda topluma da örnek olacaklardır.
- Hekimlerin zaman kısıtlılığının çözümünde kullanılacak sağlık bakanlığı tarafından basılmış egzersiz reçeteleri bulunmaktadır. Bunların yaygınlaştırılmasıyla birlikte yazılı reçete oranları arttırılacaktır. Böylelikle hekimlerin sunduğu danışmanlık hizmetinin hastalar üzerindeki etkisi arttırılacaktır.
- Ülkemizde yeni mezun hekimlerin bir kısmı acil servislerde çalışırken yine önemli bir kısmı ise birinci basamak hekimi olarak hizmet vermektedir. Bu nedenle yeni mezun hekimler tıp eğitimini tamamlayıp sahaya çıktıklarında koruyucu hekimliğin bir parçası olan egzersiz danışmanlığı ve egzersiz reçete etme bilgisi bakımından donanımlı olmalıdırlar.

7.KAYNAKLAR

1. Cárceles CM, Fernández-Varón E, Marín P, Escudero E. Global status report on NCDs 2014. *Vet J.* 2007;174(1):154–159.
2. Dünya Sağlık Örgütü. TÜRKİYE HANEHALKI SAĞLIK ARAŞTIRMASI: BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARIN RISK FAKTÖRLERİ PREVALANSI, 2017.; 2017.
3. Trost SG, Blair SN, Khan KM. Erratum: Physical inactivity remains the greatest public health problem of the 21st century: evidence, improved methods and solutions using the “7 investments that work” as a framework (*British Journal of Sports Medicine* (2014) 48 (169-70)). *Br J Sports Med.* 2014;48(5):401.
4. Lobelo F, Duperly J, Frank E. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. *Br J Sports Med.* 2009;43(2):89–92.
5. Kim S-J, Chae W, Park W-H, Park M-H, Park E-C, Jang S-I. The impact of smoking cessation attempts on stress levels. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1–9.
6. Nunan D, Mahtani KR, Roberts N, Heneghan C. Physical activity for the prevention and treatment of major chronic disease: an overview of systematic reviews. *Syst Rev.* 2013;2(1):56. 7. Thune I, Furberg AS. Physical activity and cancer risk: dose-response and cancer, all sites and site-specific. *Med Sci Sports Exerc.* 2001;33(6 Suppl):S530-50; discussion S609-10..
8. Florin TA, Fryer GE, Miyoshi T, vd. Physical inactivity in adult survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia: A report from the childhood cancer survivor study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2007;16(7):1356–1363.
9. Giovannucci E. AA. Physical activity, obesity, and risk for colon. *Ann Intern Med.* 1995:327–334.
10. Mao Y, Pan S, Wen SW, vd. Physical inactivity, energy intake, obesity and the risk of rectal cancer in Canada. *Int J Cancer.* 2003;105(6):831–837.
11. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, vd. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol.* 2013;28(2):169–180.
12. Satman I, Yilmaz T, Sengül A, vd. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care.* 2002;25(9):1551–1556.

13. Pratt M, Sarmiento OL, Montes F, vd. The implications of megatrends in information and communication technology and transportation for changes in global physical activity. *Lancet*. 2012;380(9838):282–293.
14. OBEZİTE TANI ve TEDAVİ KILAVUZU.; 2019.
15. Stevens G, Mahanani R, Ho J, Fat DM, Hogan D. Acknowledgments. 2000;(June).
16. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, vd. Executive Summary: Heart Disease and Stroke Statistics-2010 Update. *Circulation*. 2010;121(7):948–954.
17. Tokgözoğlu Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı L, Yazışma adresi A, Tokgözoğlu Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi L. Ateroskleroz ve enflamasyonun rolü Atherosclerosis and the role of inflammation. *Türk Kardiyol Derneği Arş -Arch Turk Soc Cardiol*.2009;37(4):1–6.
18. Sugiishi M, Takatsu F. Cigarette smoking is a major risk factor for coronary spasm. *Circulation*. 1993;87(1):76–79.
19. Eyler AA, Mph JRV, Sanderson B, vd. Environmental , Policy , and Cultural Factors Related to Physical Activity in a Diverse Sample of Women: The Women ' s Cardiovascular Health Network Project – Introduction and Methodology *Environmental , Policy , and Cultural Factors Related to Physical* . 2008;0242(March 2016):37–41.
20. Wang G, Zhou X, Zhuo X, Zhang P. Annual Total Medical Expenditures Associated with Hypertension by Diabetes Status in U.S. Adults. *Am J Prev Med*. 2017;53(6):S182–S189.
21. Onat A. Turkish Adult Risk Factor survey 2013: rapid rise in the prevalence of diabetes. *Turk Kardiyol Dern Arsivi-Archives Turkish Soc Cardiol*. 2014;42(6):511–516.
22. Bolívar JJ. Essential Hypertension: An Approach to Its Etiology and Neurogenic Pathophysiology. *Int J Hypertens*. 2013;2013:1–11.
23. International Diabetes Federation. IDF DIABETES ATLAS- Eighth edition 2017. 8. baskı (Suvi Karuranga, Joao da Rocha Fernandes, Huang Y, Malanda B, ed.); 2017.
24. Gumus E, Satman I, Yetkin I, Hatun S, Cakir B. Türkiye Diyabet Programı 2015-2020. (Gümüş E, Çelik H, Özkan S, vd., ed.). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2015.
25. DİABETES MELLİTUS VE KOMPLİKASYONLARININ TANI, TEDAVİ VE İZLEM KILAVUZU 2019.; 2019.
26. Bouchard C, Shephard RJ, Stevens T. Physical activity, Fitness and Health: Consensus Statement. *Off J Am Coll Sport Med*. 1993.


27. Heywood A, Firman D, Sanson-Fisher R, Mudge P, Ring I. Correlates of physician counseling associated with obesity and smoking. *Prev Med (Baltim)*. 1996;25(3):268–276.
28. Rabaglietti E, Emma LM, Silvia C. Physical and psychological condition of senior people in a residential care facility. The effects of an aerobic training. *Health (Irvine Calif)*. 2010;02(07):773–780.
29. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, vd. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med*. 2004;116(10):682–692.
30. Jamtvedt G, Dahm KT, Christie A, vd. Physical Therapy Interventions for Patients With Osteoarthritis of the Knee: An Overview of Systematic Reviews. *Phys Ther*. 2007;88(1):123–136.
31. Shephard ROYJ. Absolute versus relative intensity of physical activity in a dose-response context. *Med Sci Sport Exerc*. 2001;33:400–418.
32. Bleich, H.L., and Verrier R. Physical Activity, All-cause Mortality, and Longevity of College Alumni. *N Engl J Med*. 1976;294(21):1165–1170.
33. Paffenbarger RS, Hyde RT, Wing AL. Physical Activity, Other Personal Behaviors, Cardiovascular Disease, and Longevity. *Atherog Aging*. 2011:185–197.
34. LEE I-M, SKERRETT PJ. Physical activity and all-cause mortality: what is the dose-response relation? *Med Sci Sports Exerc*. 2003;33(Supplement):S459–S471.
35. Esik O. *MitteUng der Ungarischen Gesellschaft f^a Radioonkologie. Strahlentherapie und Onkol*. 1997;173(2):1997.
36. Warburton DER, Crystal Whitney Nicol. Health benefits of physical activity: the evidence. *Can Med Assoc J*. 2006;8(3):1110–1115.
37. Hambrecht R, Niebauer J, Marburger C, vd. Various intensities of leisure time physical activity in patients with coronary artery disease: Effects on cardiorespiratory fitness and progression of coronary atherosclerotic lesions. *J Am Coll Cardiol*. 1993;22(2):468–477.
38. BA F, DP S, RJ S. New insights in the prescription of exercise for coronary patients. *J Cardiovasc Nurs*. 2003;18(2):116–123.
39. Kriska AM, Saremi A, Hanson RL, vd. Physical activity, obesity, and the incidence of type 2 diabetes in a high-risk population. *Am J Epidemiol*. 2003;158(7):669–675.
40. Gregg EW, Gerzoff RB, Caspersen CJ, Williamson DF, Narayan KMV. Relationship of walking to mortality among U.S. adults with diabetes. *Arch Intern Med*. 2003;163:1440–1447.

41. Dunstan DW, Daly RM, Owen N, vd. Home-based resistance training is not sufficient to maintain improved glycemic control following supervised training in older individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2005;28(1):3–9.
42. Lee IM. Physical Activity and Cancer Prevention - Data from Epidemiologic Studies. *Med Sci Sports Exerc*. 2003;35(11):1823–1827.
43. Holmes MD, Chen WY, Feskanich D, Kroenke CH, Colditz GA. After Breast Cancer Diagnosis. *J Am Med Assoc*. 2005;293(20):2479–2486.
44. Haydon AMM, MacInnis RJ, English DR, Giles GG. Effect of physical activity and body size on survival after diagnosis with colorectal cancer. *Gut*. 2006;55(1):62–67.
45. Williams PT. Physical fitness and activity as separate heart disease risk factors: a meta-analysis. *Med Sci Sport Exerc*. 2010;33(5):1–18.
46. Rejeski WJ, Ambrosius WT, Brubaker PH, vd. Older adults with chronic disease: Benefits of group-mediated counseling in the promotion of physically active lifestyles. *Heal Psychol*. 2003;22(4):414–423. doi:10.1037/0278-6133.22.4.414
47. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine - Evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sport*. 2015;25:1–72.
48. Windt J, Windt A, Davis J, Petrella R, Khan K. Can a 3-hour educational workshop and the provision of practical tools encourage family physicians to prescribe physical activity as medicine? A pre-post study. *BMJ Open*. 2015;5(7):1–9.
49. Guiney H, Machado L. Benefits of regular aerobic exercise for executive functioning in healthy populations. *Psychon Bull Rev*. 2013;20(1):73–86.
50. Gnanendran A, Pyne DB, Fallon KE, Fricker PA. Attitudes of medical students, clinicians and sports scientists towards exercise counseling. *J Sport Sci Med*. 2011;10(3):426–431.
51. Lawlor DA, Keen S, Neal RD. Increasing population levels of physical activity through primary care: GPs' knowledge, attitudes and self-reported practice. *Fam Pract*. 1999;16(3):250–254.
52. Diehl K, Gansefort D, Herr RM, vd. Physician gender and lifestyle counselling to prevent cardiovascular disease: a nationwide representative study. *J Public Health Res*. 2015;4(2).
53. R.J. P, C.N. L, T.J. O. Physical activity counseling and prescription among Canadian primary care physicians. *Arch Intern Med*. 2007;167(16):1774–1781.


54. K. S, U. P, J. M, vd. Physical activity of Estonian family doctors and their counselling for a healthy lifestyle: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2010;11:48.
55. Walsh JME, Swangard DM, Davis T, McPhee SJ. Exercise counseling by primary care physicians in the era of managed care. *Am J Prev Med.* 1999;16(4):307–313.
56. T.C. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı. KÜRESEL YETİŞKİN TÜTÜN ARAŞTIRMASI,2012.; 2012.
57. Abdullah AS, Qiming F, Pun V, Stillman FA, Samet JM. A review of tobacco smoking and smoking cessation practices among physicians in China: 1987-2010. *Tob Control.* 2013;22(1):9–14.
58. Dr Kenneth R Fox. The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutr.* 1999;2:411–418.
59. Howe M, Leidel A, Krishnan SM, Weber A, Rubenfire M, Jackson EA. Patient-related diet and exercise counseling: do providers' own lifestyle habits matter? *Prev Cardiol.* 2010;13(4):180–185.
60. Sherman SE, Hershman WY. Exercise counseling. *J Gen Intern Med.* 2007;8(5):243–248.
61. Pfeiffer BA, Clay SW, Conatser RR. A Green Prescription Study. *J Aging Health.* 2007;13(4):527–538.
62. Pérez CA. Prescribing Exercise in Tobacco Smoking Cessation Therapy. *Arch Bronconeumol ((English Ed.* 2011;45(11):556–560.
63. Liaw SY, Scherpbier A, Rethans JJ, Klainin-Yobas P. Assessment for simulation learning outcomes: A comparison of knowledge and self-reported confidence with observed clinical performance. *Nurse Educ Today.* 2012;32(6):e35--e39.
64. Clanton J, Gardner A, Cheung M, Mellert L, Evancho-Chapman M, George RL. The relationship between confidence and competence in the development of surgical skills. *J Surg Educ.* 2014;71(3):405–412.
65. Elzubeir MA, Rizk DEE. Assessing confidence and competence of senior medical students in an obstetrics and gynaecology clerkship using an OSCE. *Educ Heal.* 2001;14(3):373–382.

8.EKLER

8.1. Araştırma İzni



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BURSA HALK
SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
02.07.2019 18.00 - 51824161 - 619 - E.6619
00096384321

Sayı : 51824161-619
Konu : Araştırma İzin Talebi (Prof. Dr.
Yeşim UNCU/ Dr. M. Özgür KAYA)

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

Üniversitenizin Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Yeşim UNCU'nun sorumluluğunda, Aile Hekimliği Anabilim Dalında araştırma görevlisi Dr. Mustafa Özgür KAYA'nın "Bursa İli Birinci Basamak Hekimlerinde Egzersiz Reçete Etme ve Sağlıklı Yaşam Danışmanlığı Değerlendirmesi" konulu anket çalışmasını Bursa ilinde aile sağlığı merkezlerimizde çalışan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hekimlere anket uygulamak için izin istemektedir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma izin talepleri Başvuru ve Değerlendirme kriterlerinin 3. Maddesinde "Birinci basamak sağlık hizmetlerini değerlendirmeye yönelik, aile hekimliği uygulamasının performansını, sağlık çalışanlarının ve hastaların uygulamaya yönelik memnuniyetini, aile sağlığı merkezi çalışanlarının iş doyumunu ve tükenmişlik durumlarını belirlemeyi amaçlayan araştırmalar Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonunca değerlendirilecektir." denilmektedir. Buna göre, söz konusu araştırma, Halk Sağlığı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonunca değerlendirilmek üzere Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Daire Başkanlığına gönderilmiştir.

İlgili Başkanlıktan gelen cevabi yazı ekte olup iş ve işlemlerin ekteki yazı doğrultusunda gerçekleştirilmesi ve yapılan çalışmanın sonuç raporunun bir nüshasının Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne iletilmek üzere iki nüsha olarak Başkanlığımıza gönderilmesi hususunda çalışmacıya bilgi verilerek tebliğ edilmesi hakkında;

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Özcan AKAN
İl Sağlık Müdürü

EKLER:
1- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Araştırma İzin Talebi Görüş Yazısı.
2- Araştırma İzin Talebi Prof. Dr. Yeşim UNCU)

Ahmet paşa Mah.Fevzi Çakmak Cad.no:53 Osmangazi/BURSA
Telefon: 0224 224 00 00
E-Posta: zeynep.kusat@sağlik.gov.tr
Bu belge 3070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
e-Posta: zeynep.kusat@sağlik.gov.tr İnternet Adresi: Z.KUŞAT

Bilgi için: Zeynep KUŞAT
HİZMİTİRE
Telefon No: (0 224) 808 30 22



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HSGM TOPLUM
SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE EĞİTİM DAİRESİ BAŞKANLIĞI
24.06.2019 10.53 - 49654233 - 604.02 - E.817



Sayı : 49654233-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi Prof. Dr.
Yeşim UNCÜ)
Yeşim UNCÜ)



BURSA VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi : 31/05/2019 tarihli ve 51824161-604.02-5719 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Yeşim UNCÜ sorumluluğunda Araştırma Görevlisi Dr. Mustafa Özgür KAYA tarafından yapılmak istenen "Bursa İli Birinci Basamak Hekimlerinde Egzersiz Reçete Etme ve Sağlıkla Yaşam Danışmanlığı Değerlendirilmesi Anketi" konulu araştırma için Genel Müdürlüğümüzün görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin Genel Müdürlüğümüzce yapılan değerlendirilmesi neticesinde;

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz" öte yandan 07.04.2016 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanmış olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılacağı hükmü yer almaktadır.

Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, aile hekimlerinin onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan, bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca, aile hekimlerinin iletişim bilgilerinin verilemeyeceği, kişilerin kimlik bilgilerini ortaya çıkarabilecek sorulardan kaçınılması gerektiği ve araştırmacının kendi imkanları ile katılımcılara ulaşması durumunda araştırmanın yapılabileceği kararına varılmıştır.

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 Çankaya / Ankara 03125655892
Telefon: 312 565 5854 Faks No:
e-Posta:zeynep.koseoglu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Z.KÖSEOĞLU 0312 565 58 92

Bilgi için:ZEYNEP KÖSEOĞLU
TIBBİ TEKNOLOG
Telefon No:312 565 5892

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 00055621-7337-4081-0185-0142302a-604.02-5719 sayılı şekilde ulaşabilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Genel Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Muhammet ME
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 ankaya / Ankara 03125655892
Telefon: 312 565 5854 Faks No:

e-Posta:zeynep.koseoglu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Z.KöSEOğLU 0312 565 58 92

Bilgi için:ZEYNEP KöSEOğLU
TIBBİ TEKNOLOG

Telefon No:312 565 5892

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 09055028-7337-4088-9285-547302616344 bddlde erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

8.2. Etik Kurul Onayı



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 2011-KAEK-26/ 38
Konu : Etik Kurul kararı

31/04/2019

Sayın Prof.Dr.Yeşim UNCU
Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği AD Öğretim Üyesi

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız ve sorumlu araştırmacısı olduğunuz "*Bursa ili birinci basamak hekimlerinde egzersiz reçete etme ve sağlıklı yaşam danışmanlığı değerlendirilmesi anketi*" başlıklı araştırmanıza ilişkin Kurulumuzun 15.01.2019 tarih ve 2019-1/41 nolu kararı ekte gönderilmektedir.

Gereği için bilgilerinize sunulur.

Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU
Kurul Başkanı

EKLER:
1-Karar (1 adet)
2-BGO formu (1 adet)
3-Anket (1 adet)

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası, Görükle Kampüsü 16059 Nilüfer/BURSA
Tel: 0-224-2950020 Fax: 0-224-2950029
e-posta: ukack@uludag.edu.tr Elektronik Ađ: www.tip.uludag.edu.tr

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bursa İli Birinci Basamak Hekimlerinde Egzersiz Reçete Etme ve Sağlık Yaşam Danışmanlığı Değerlendirilmesi Anketi
------------------------------	--

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2011-KAEK-26
	AÇIK ADRESİ	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası Kat.1 Görükle Kampüsü Nilüfer/ Bursa
	TELEFON	0.224. 295 00 20
	FAKS	0.224. 295 00 29
	E-POSTA	uukaek@uludag.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Yejim Uncu		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD		
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI	Araş.Gör.Dr.Özgür Kaya		
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışması		
	ARAŞTIRMANIN YAPILŞ AMACI	Uzmanlık tez çalışması		
	ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA TARİHİ/ SÜRESİ	21.01.2019 / 5 ay		
	GÖNÜLLÜ/DOSYA SAYISI	200		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Dili
	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	14.01.2019	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	14.01.2019	Türkçe
	ANKET FORMU	-	Türkçe

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 14.01.2019
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 14.01.2019
	PROSPEKTİF ÖZELLİKLİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA TAAHHÜTNAMESİ	<input type="checkbox"/>
	İKÜ klavuzunun okunduğuna dair taahhütname	<input type="checkbox"/>
	SONUÇ ÖZET RAPORU	<input type="checkbox"/>
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/> Araştırma ilk başvuru ön yazısı (14.01.2019), sorumlu araştırmacı özgeçmiş, araştırmacılar tarafından imzalanmış Dörya Tıp Birliği Etik Bildirgesi, İnternet	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI Bursa İli Birinci Basamak Hekimlerinde Egzersiz Reçete Etme ve Sağlıkli Yaşam Danışmanlığı Değerlendirilmesi Anketi

Karar No: 2019-1/41

Tarih: 15 Ocak 2019

KARAR BİLGİLERİ

Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildi.
 1- Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna,
 2- Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışmada sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına,
 3- Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine,
 4- Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine oybirliği ile karar verildi.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI Prof.Dr. Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet				Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
			E	K	F	H	E	H			
Prof.Dr. Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E	<input checked="" type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	H	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. EDEBAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	E	<input type="checkbox"/>	K	<input checked="" type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	H	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Mehmet CANSEV Üye	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD	E	<input checked="" type="checkbox"/>	K	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	H	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Alparslan TÜRKKAN Üye	Hişk Sağlığı	U.Ü.T.F. Hişk Sağlığı AD	E	<input checked="" type="checkbox"/>	K	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	H	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Pinar VURAL Üye	Pediyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ref. Sağlığı ve Hastalıkları AD	E	<input type="checkbox"/>	K	<input checked="" type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	H	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. HİMET ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E	<input type="checkbox"/>	K	<input checked="" type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	H	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hüseyin ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E	<input checked="" type="checkbox"/>	K	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	H	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Kağan HUYSAK Üye	Bişykimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Bişykimya	E	<input checked="" type="checkbox"/>	K	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	H	<input checked="" type="checkbox"/>	Başka bir toplantıda
Doktor Öğretim Üyesi Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hibak	U.Ü. Hibak Fakültesi	E	<input type="checkbox"/>	K	<input checked="" type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	H	<input checked="" type="checkbox"/>	Katılmak
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAĞDİLEK Üye	Bişyofizik	U.Ü.T.F. Bişyofizik AD	E	<input checked="" type="checkbox"/>	K	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	H	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Sezai ERER KAYA Üye	Tip Tarih ve Etik	U.Ü.T.F. Tip Tarih ve Etik AD	E	<input type="checkbox"/>	K	<input checked="" type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	H	<input checked="" type="checkbox"/>	
Selma MÖZAL Üye	Sağlık mesleği mensube olmayan üye	Serbest Meslek	E	<input type="checkbox"/>	K	<input checked="" type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	H	<input checked="" type="checkbox"/>	

* Toplantıda Bulunma


8.3. Anket Formu

	ÜTİP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)		
	Dok.Kodu : FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010	Sayfa : 1 / 2
Rev. No : 02	Rev.Tarihi : 26 Şubat 2014		

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen **"BURSA İLİ BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLERİNDE EGZERSİZ REÇETE ETME VE SAĞLIKLI YAŞAM DANIŞMANLIĞI DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ"** başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.


Araştırma Sorumlusu
(Adı,Soyadı-Ünvanı-İmzası)
Yeşim UNCU-Prof.Dr

Araştırmanın Amacı:

Bu çalışmayla Bursa'da görev yapan birinci basamak hekimlerinin fizik aktivite önerme ve sağlıklı yaşam danışmanlığı yapma tutumunun değerlendirilmesini ve hekimlerde bu konuda farkındalık oluşturmaya amaçlıyoruz.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Anketimiz 26 sorudan oluşmaktadır ve yaklaşık 15 dk sürmektedir. Anket araştırmacı ile birlikte doldurulmaktadır.

Araştırmanın Süresi:5 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:200

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):Bursa İli

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:

Prof. Dr. Yeşim UNCU

Dr.M. Özgür KAYA

Çalışmanın adı:
Tarih: 14.01.2015

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 15.01.2015
Kontrol No : 2015-1/41

ANKET FORMU

- 1)Görev Yeri:
- 2) Kadın Erkek
- 3)Yaş: ≤34 35-54 ≥55
- 4)Kaç yıldır hekimlik yapıyorsunuz?
 ≤5 6-10 11-14 15-19 ≥20
- 5) Pratisyen olarak çalışmaktayım
 Uzman olarak çalışmaktayım (Belirtiniz:.....)
 Uzmanlık Eğitimi almaktayım
- 6)Alışkanlıklar: Sigara Alkol Sigara+Alkol Hiçbiri
- 7)Spor yapıyor musunuz?
 Evet Hayır
- 8)Evet ise belirtiniz
 Bisiklet Koşu Fitness Yüzme Diğerleri(Belirtiniz:.....)
- 9)Ne sıklıkta spor yapıyorsunuz?
 Düzenli olarak yapmam Haftada 1 kez yaparım Diğer(Belirtiniz:.....)
 Haftada 2-3 kez günde yarım saat yaparım Haftada 150 dk mümkünse günün spor yaparım
- 11)Hobiniz var mı? Evet (Belirtiniz:.....) Hayır
- 12)Kronik bir hastalığınız var mı ?
 Evet Hayır
- 13)Kronik hastalığınız var ise nedir?
 DM HT Koroner arter hastalığı Diğer(Belirtiniz:.....)
- 14)Ailenizde kronik hastalığı olan var mı?
 DM HT Koroner arter hastalığı Diğer(Belirtiniz:.....)
- 15)Hastalarınıza aşağıdakilerden hangisini/hangilerini öneriyorsunuz?
 Kanser taraması TA kontrolü Sigara bıraktırma Aşı Diğer(Belirtiniz:.....)
- 16)Hastalarınıza fizik egzersiz öneriyor musunuz?
 Evet öneririm Hayır önermem Gerektiğinde
- 17)Önerilerde bulunuyorsanız;
 sözel olarak önerilerde bulunurum
 Yazılı olarak hastama önerilerde bulunurum

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 15.01.2019
Karar No : 2019-1/41 F

18) Hastalarınıza ne sıklıkta egzersiz ve yaşam tarzı değişikliği öneriyorsunuz?

Genellikle önermem

Sadece egzersiz ve yaşam tarzı değişikliğini gerekli gördüğüm hastalarımı öneririm

Tüm hastalarımı egzersiz ve yaşam tarzı değişikliği açısından değerlendirir, danışmanlık ederim

19) Hastalarınıza her görüşmede kaç dk ayırırsınız?

≤5dk 6-9dk ≥10dk

20) Egzersiz önerdiğiniz hastanızı ne sıklıkta kontrole çağırırsınız?

Ayda bir kez 3 ayda bir kez 6 ayda bir kez Yılda bir kez

21) Dünya sağlık örgütünün sağlıklı yaşam için önerdiği egzersizin kriterlere göre doğru yanlış olarak işaretleyiniz;

En az haftada 130dk hafif derecede egzersiz yapmalı Doğru Yanlış

En az haftada 100dk yoğun egzersiz yapmalı Doğru Yanlış

En az haftada 150dk orta derecede egzersiz yapmalı Doğru Yanlış

22) Egzersiz önerirken hasta ile ilgili dikkat ettiğiniz kriterler nelerdir?

Yaşı Spor geçmişi Beslenmesi Hepsi

Cinsiyeti Egzersizden beklentileri Fiziksel performansı Diğer(.....)

Yaşam tarzı Medikal özgeçmişi Sigara öyküsü

23) Egzersizin sizce faydaları aşağıdaki seçenekleri doğru yanlış olarak işaretleyiniz

Kan basıncını düşürür Doğru Yanlış Osteoporozdan korur Doğru Yanlış

LDL kolesterolü yükseltir Doğru Yanlış Kognitif fonksiyonların korunmasını sağlar Doğru Yanlış

HDL kolesterolü düşürür Doğru Yanlış Kemik kanseri görülme sıklığını azaltır Doğru Yanlış

Kan şekeri düzenler Doğru Yanlış Kolon Kanseri görülme sıklığını azaltır Doğru Yanlış

Fazla kiloyu azaltır Doğru Yanlış Uykuyu düzenler Doğru Yanlış

24) Egzersizin mutlak kontraendikasyonu olanlarda (1)'i olmayanlarda (0)'ı işaretleyiniz ?

Eski geçirilmiş MI 0 1 Akut konjestif kalp yetmezliği 0 1

Unstable angina 0 1 Aort anevrizması 0 1

Akut pulmoner emboli 0 1 Hipertansiyon 0 1

Kronik bel ağrısı 0 1 Akut sistemik enfeksiyon 0 1

Dizde artrit 0 1 Konjestif kalp yetmezliği öyküsü 0 1

25) Egzersiz reçete etme eğitimi aldınız mı? Evet Hayır

26) Egzersiz reçete etme konusunda kendinizi ne kadar yeterli görüyorsunuz? Kendinize 1-10 arası puan vermenizi istese kaç verirsiniz?(1: Yetersiz hissediyorum,10:Oldukça yeterli hissediyorum)Puanım:.....

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 15.01.2019
Karar No : 2019-1/41

9.TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca, mesleki bilgi ve deneyimlerini paylaşmasının yanı sıra, manevi desteklerini benden esirgemeyen saygıdeğer hocalarım Prof.Dr. Yeşim UNCU, Prof.Dr. Alis ÖZÇAKIR, Prof.Dr. Züleyha ALPER'e teşekkürü borç bilirim,

Alçakgönüllü kişiliği ve çalışma prensipleriyle her zaman kendisini örnek aldığı tez çalışmam süresince yanımda olan ve her konuda benden yardımını esirgemeyen tez danışman hocam Prof.Dr. Yeşim UNCU 'ya,

Uzmanlık eğitimi boyunca bilgisini ve deneyimini benden esirgemen Uz. Dr. Gaye ÇELİKCAN'a,

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm çalışma arkadaşlarıma

Beni bugünlere getiren ve her zaman desteklerini arkamda hissettiğim anneme, babama, ananeme ve kardeşlerime sevgi, ilgi ve anlayışları için teşekkür ederim.

10.ÖZGEÇMİŞ

27.11.1990 tarihinde Van'da doğdum. İlköğretim eğitimimi Kocaeli'nde, lise eğitimimi Bursa'da tamamladıktan sonra 2009 senesinde Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başladığım tıp eğitimimi 2015 senesinde tamamladım. Sungurlu Devlet Hastanesi Acil Servisinde başladığım mecburi hizmet görevimi yaklaşık 3 ay sürdürdükten sonra 2016'da Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalında asistan hekimlik görevime başladım.