1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlığı geliştirme ilk olarak endüstrileşmiş ülkelerde uygulanmış, daha sonra Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "Herkes için Sağlık" hedefine ulaşmak amacı ile ülkelere sağlık politikalarında bu anlayışı kullanma çağrısı yapılmıştır (Piyal, 2006). Yaklaşık otuz yıl önce 1978'de başlayan bu değişim ile günümüzde sağlık anlayışı tedaviden, sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme ile sağlık merkezli bakım anlayışına dönüşmüştür (Pender et al, 1992). Bu anlayış içinde çok önemli ve farklı olarak bireyin kendi iyilik halini koruma, sürdürme ve geliştirme davranışlarını kendi gizil gücünü kullanarak kazanma, kendi sorumluluğunu üslenme ve bu doğrultuda motive olarak/edilerek kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar alması beklenmektedir (Ayaz ve diğerleri, 2005). Bu anlayış beraberinde "sağlıklı yaşam biçimi", "sağlıklı yaşam davranışları" özbakım gibi yeni ve önemli kavramları da gündeme getirmiştir.

DSÖ'de gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin yaşam biçimine bağlı hastalıklardan olduğunu öngörmekle bu anlayışın önemini vurgulamıştır (http://www.who.int/healthinfo...). Bu öngörüde ölümlerde birinci sırada kronik hastalıkların yer alması sunulacak sağlık hizmetlerinin bu doğrultuda sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme yönünde olması gerektiğini daha da pekiştirmiştir (Karakoç, 2006).

Avrupa'daki hastalık yükünün %60.0'ını oluşturan ilk yedi risk etmeninin yüksek kan basıncı (%12.8), tütün kullanımı (%12.3), alkol kullanımı (%10.0), kolesterol yüksekliği (%8.7), kilo fazlalığı (%7.8), yetersiz meyve-sebze tüketimi (%4.4) ve fiziksel hareketsizlik (%3.5) olduğuna bakılırsa Avrupa'da da yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan sağlık sorunlarının önemli olduğu görülmektedir. DSÖ'ne göre, Avrupa bölgesindeki 52 ülkenin 37'sinde ölüme en çok yol açan risk etmeni yüksek kan basıncı iken, 31 ülkede hastalık yükünden sorumlu en önemli risk etmeninin sigara olduğu belirlenmiştir (Koçoğlu, 2006; Stanhope and Lancaster, 2000).

DSÖ Avrupa Bölgesi verilerine benzer bir biçimde Türkiye'de ölüm ve hastalık yükünün başında kan basıncı yüksekliği (%20.7), tütün kullanımı ve

maruziyeti (%11.8), yüksek beden kitle indeksi (%11.6), kolesterol yüksekliği (%10.5), yetersiz meyve-sebze tüketimi (%6.7), fiziksel hareketsizlik, (%6.2) ve alkol (%4.3) gelmektedir. Görüldüğü gibi Türkiye'de Avrupa'ya benzer bir biçimde ölüm ve hastalık yükü nedenlerinin hemen hemen hepsi doğru sağlık davranışı geliştirme ile önlenebilir niteliktedirler (Güler ve Demir, 2006).

Dünyada 2002 yılında erkeklerde 5.801.839 kadınlarda 5.060.657 toplamda 10.862.496 kanser olgusu saptanmıştır. En sık rastlanan kanserler, akciğer (%12.4), meme (%10.6), kolorektal (%9.4), mide (%8.6), prostat (%6.2) olarak sıralanmaktadır (Parkin et al 2002) Avrupa'da erkeklerde en sık görülen kanserler akciğer (%22), kolorektal (%12), prostat (%11), mide (%9), mesane % 7.0 kanseridir (Boyle and Levin, 2008; Jemal et al, 2005).

Türkiye geneli için bu verilere bakılacak olursa, 2005 kayıtlarına göre ilk 10 sırada görülen kanser türü sırası ile, akciğer ve bronş (yüz binde 30.13), prostat (yüz binde 24.33), deri (yüz binde 18.91), meme (yüz binde 17.96), mide (yüz binde 9.92), mesane (yüz binde 9.59), kolon (yüz binde 7.51), kemik iliği (yüz binde 6.63), over ve endimetrium (yüz binde 5.38) kanserleridir. Erkeklerde görülen ilk 10 sıradaki kanser türleri ise ülke geneline benzerlik göstererek sırası ile; akciğer ve bronş, prostat, deri, mesane, mide, kolon, kemik iliği, larenks, beyin ve rektum kanseridir (Tuncer, 2009).

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) Sağlık Bakanlığı 2007–2008 istatistiklerine göre erkeklerde görülen kanserler sırası ile akciğer ve kolorektal (yüz binde 10.0), cilt (yüz binde 6.0) ve prostat kanseridir (yüz binde 3.0) (www.kktc.saglikbakanligi.gov.tr).

Buraya kadar sözü edilen hastalık risk etmenleri ve görülen kanser türleri için ortak noktanın, sağlık sorunlarının bireyin yaşam biçimi ile yakından ilgili olduğu, büyük ölçüde önlenebildikleri, erken tanı koyulabildikleri ve tedavi edilebildikleridir. Konuyla ilgili olarak;bireylerin yaşam biçimindeki (beslenme biçimi, kafein, tuz, sigara ve alkol tüketimi) alışkanlıklarının; ultrovıyole ışınlarına maruz kalma birikiminin (cilt kanseri riski); ağız hijyeni uygulamalarının (protez kullanma) ve

ailesinden getirdiği genetik yatkınlıklarının (koroner kalp hastalıkları, diyabet, hipertansiyon) yol açtığı sorunlara örnek olarak gösterilebilir.

Diğer taraftan birey yaşamı boyunca biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sipiritüel özelliklerine yönelik gelişme ve değişme süreci de yaşanmaktadır. Bu sürecin yavaş meydana gelmesi ile yaşanan gelişme ve değişme çoğu kez birey tarafından fark edilmez, önemsenmez, belki yaşa bağlanarak yaşlanmanın bir özelliği olarak algılanır. Örneğin; orta erişkin döneminde (45-65 yaş) "orta yaş krizi" ve emeklilik gibi sosyal ve psikolojik değişiklikler yanında fiziksel değişiklikler ve işlev kayıplarının yaşanması gibi. Özellikle fiziksel değişiklikler daha önceki yaşlarda yavaş başlayarak bu dönemde vücut sistemlerinde belirginleşir. Yalnız fiziksel değişikliklere bağlı olarak da yağ depolanması artar, yeme alışkanlıklarının değişmemesine ve hareketsiz yaşama bağlı kilo alımı artar. Damar elastikiyetinin bozulmasına bağlı olarak, koroner arter hastalıkları, hipertansiyon, miyokart enfarktüsü ve inme riski artar. Kemik dansite ve kütlesindeki azalmaya bağlı boy kısalmaya başlar, osteoporoz riski artar; eklemlerdeki kullanım ve aşınmaya bağlı dejeneratif eklem hastalıkları ortaya çıkar. Gastrointestinal sistemde enzim yapımının azalması ile bağırsak tonusu azalır ve sindirim sorunları, konstupasyon görülür, bireyin diyet alışkanlığına bağlı olarak kolorektal kanser riski artar. Nefron sayısının azalması ve dejeneratif değişikliklere bağlı olarak glomeruler filtrasyon hızı düşer; gözlerde yakını görme (presbiyopi), periferik görme ve karanlıkta görme azalır, katarakt ve glokom gelişmeye başla. İşitme azalır (presbikus); tat almada kayıplar yaşanır (Edelman and Mandle, 1986; Edelman and Mandle 2000).

Burada sözü edilen bu fiziksel değişiklikler kadın ve erkek her iki cinsiyette de beklendik değişikliklerdir. Ancak bunlara ek olarak erkeklerde prostattaki değişikliklere bağlı prostatta büyüme, idrar yapmada zorluk, prostat kanseri riskinde artma, testislerde dejeneratif değişikliklere bağlı cinsel enerjide azalma ve testis kanseri riskinde artma, bu yaş grubunu cinsiyete bağlı olarak da riskli hale getirmektedir (Nalbant, 2008; Özgül, 2000). Bu noktada bireylerin yaşadıkları bu gelişme ve değişiklikleri çoğu kez bilmedikleri, fark etmedikleri, önemsemedikleri görülmektedir. Belki yaşlarının ilerlemesine bağlı bir özellik olarak algıladıklarına tekrar vurgu yapılacak olursa altta yatan patolojilerin ortaya çıkmasının engellenmesi

hatta özellikle kanserlerde erken tanı ve tedavinin gecikebilmesine yol açabilmektedir.

Bu anlayışın içinde hiç bir yaş grubunun diğerine göre daha çok ya da az önemli olması söz konusu olmadan, sağlık hizmetleri gelişmiş olan ülkeler, 2010 ulusal sağlık hedefleri içinde, yaş gruplarına göre sağlık davranışı geliştirmenin önemi üzerinde durmaya başlamışlardır. Bu gereksinimlere yönelik olarak sunulacak sağlık hizmetlerinin de bu doğrultuda bireye, kendi sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmeyi öğretme yönünde olması gerektiği açıkça ortaya koymaktadır (Karakoç 2006).

KKTC'de bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarına ilişkin bir araştırma bulunmadığı gibi özellikle de erkeklerde yaşlara göre sağlık davranışlarını inceleyen bir araştırmaya da rastlanmamıştır. Bu nedenle bu araştırmada 45-65 yaş sağlıklı (işyerinde çalışan, hastanede yatmayan ya da raporlu olmayan) erkeklerin ele alınması ve daha sonraki çalışmalar için taban veri oluşturulması yönünden uygun görülmüştür.

1.2. Araştırmanın Amacı;

Bu araştırma, İçişleri Bakanlığı'nda çalışan 45-65 yaşında erkeklerin fiziksel sağlıklarını geliştirme davranışlarını Pender'ın Sağlığı Geliştirme Modelinden esinlenerek açıklamak amacı ile ilişki arayıcı, çapraz kesitsel desende planlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları;

Araştırmada aşağıdaki 3 soruya yanıt aranmıştır.

1. Çalışan erkeklerin fiziksel sağlığı geliştirme davranışı sergilemelerinde yaş bir etken midir?
2. Çalışan erkekler fiziksel sağlığı geliştirme davranışı sergilerken Pender'ın sağlığın önemini ve bugünkü sağlık durumunu algılanma faktörlerinden hangisi etkin olmaktadır?
3. Çalışan erkekler sağlığı geliştirme davranışını en sık hangi fiziksel sağlık özelliklerine yönelik sergilemektedir?

2. GENEL BİLGİLER

Bir dönemler yalnız toplumda beklendik yaşam süresinin giderek uzaması (1980'li yıllarına göre %6.5 artması) (Erci ve diğerleri 2009; Deeks et al, 2009), ve buna bağlı yaşanacak sağlıklı yılların süre ve kalitesinin nasıl arttırılabileceği ve tıpta hastalık ve hastalıklara yol açan biyolojik etmenlerin tedavisine yoğunlaşılmıştır. Ancak günümüzde bireylerin hastalanmadan önce yaşam biçimleri ile ilgili yapabilecekleri etkinliklerin desteklenmesi koruyucu sağlık anlayışının önem kazanması (http://www.who.int/about/en/) ve (1980'lerin ortalarında) erkek sağlığının gündeme gelmesi (McKinlay, 2005) ile sağlık anlayış, yaklaşım ve uygulamalarında önemli değişiklikler meydana gelmiştir.

Yapılan araştırmalarda kadınların sağlık bilinci ve sağlıklı olmaya yönelik motivasyonlarının erkeklerden daha fazla (Tuğrul ve diğerleri, 2002), sağlık sorumluluklarının daha yüksek (Yalçınkaya ve diğerleri, 2007) ve sağlık hizmetlerini kullanmada daha istekli oldukları (Erci ve diğerleri, 2009) belirlenmiştir. Yine aynı çalışmalarda erkeklerin sağlık gereksinimlerini daha kolay karşılayabildikleri halde sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları (Tuğrul ve diğerleri, 2002; Yalçınkaya ve diğerleri, 2007), ciddi sağlık sorunlarında da tıbbi yardımdan kaçındıkları ve tanı koyulmadan ya da hastalığın ilerlemiş bir aşamasında sağlık hizmeti aldıklarını belirlemişlerdir (Erci ve diğerleri, 2009).

Türkiye'de yapılan bu çalışmalara paralel bulgular McKinlay'nin 2005 çalışmasında da elde edilmiştir. McKinlay, erkeklerin kadınlara göre sağlık bakım sistemini en alt düzeyde kullandıklarını ve daha az oranda hekime gittiklerini belirlemiştir. McKinlay (2005) A.B.D. verilerine göre acil sağlık birimlerinin %66'sının erkek hastalara bakım verdiklerini belirtmiş ve erkeklerin belki de desteğe gereksinimleri olduğunu sosyal ve psikolojik nedenlerle kabul etmek istemeyip, sağlık bakım sistemi ile daha az bağlantı kurdukları ve sonuçta erkeklerin sağlık bakım profesyonellerine daha kolay ulaşabilmelerine karşın rutin temel fiziksel muayeneler için bile sağlık bakım sistemlerine daha az başvurdukları yorumunu yapmıştır (McKinlay, 2005).

Bu araştırma bulgularından sonra erkek sağlığına bir tanım getirilecek olursa; erkek sağlığı cinsellik ve cinsiyetle ilgili bir hastalık ya da sorun olduğunda değil (McKinlay, 2005), erkeklere özgü, daha çok erkeklerde yaygın, risk etmenlerinin erken belirlenmesidir. Ancak bunlara dikkat çekmenin ötesinde bütüncül bir anlayışın geliştirilmesi demektir diyebiliriz. (Deeks et al, 2009; Erci ve diğerleri, 2009; McKinlay, 2005).

2.1. Sağlık Kavramı

Sağlığın, evrensel bir kavram olmasına karşın, herkesin kabul ettiği ortak bir tanımı yoktur. Kavram değişik otoriteler tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır. Biyolojik bilimler açısından sağlık; bedenin her bir hücresinin en üst düzeyde işlev gördüğü ve hücreler arası uyumun var olduğu bir durum olarak kabul edilmekte, davranış bilimlerine göre sağlık; kişinin çevresiyle uyumu ve beklemediği bir olay karşısındaki savunma gizil gücü olarak görülmekte ve sosyal bilimlerde ise; bireyin sosyal rollerini yerine getirmedeki yeterliliği olarak tanımlanmaktadır (Akça, 2008; Öz, 2004). Aslında sağlığın bu farklı tanımlarının hepsini içeren bir bütün olduğunu söyleyebiliriz.

Geçmiş yıllarda sağlık; “hastalık ya da sakatlığın olmayışı” olarak, bireyi etkileyen sosyal ve ruhsal etmenler dikkate alınmadan, dar bir çerçevede tanımlanmıştır. Oysa sağlık; kültürel, ekonomik, sosyal, fiziksel ve biyolojik etmenlerden etkilenen bir durumdur. D.S.Ö. sağlığı; “yalnız hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Tanımda sözü edilen iyi olma durumu; kişinin etkinliklerden aldığı doyum, dengeli bir beslenme düzeyinin varlığı, kişilerle olumlu ilişkiler kurabilmesi, stresle başa çıkabilmesi ve yaşamında bir amacının olması ile açıklanmaktadır (Batlas, 2007; Pender et al, 1992; Potter and Perry, 1995; Öz 2004).

2.2. Sağlığı Geliştirme

Sağlık tanımından sonra sağlığı geliştirme, insanların sağlıkları üzerinde kontrol gücüne sahip olmaları ve sağlık düzeylerini geliştirme süreci olarak tanımlanmıştır (Eser, 2006; Güler ve Akın, 2006). Diğer bir deyişle sağlığı geliştirme, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda kendi iyi olma durumunu

sağlayabilmesi için, ne istediğinin farkında olması, çevresini değiştirebilmesi ve çevresiyle uyum içinde olması gibi kişisel seçim ve sosyal sorumlulukların yer aldığı bir süreçtir (Arnold and Underman, 2002; Yardım ve diğerleri, 2009). Ancak sağlığı geliştirme kavramı önceleri, sağlıklı insanların uyguladığı korunma uygulamaları olarak tanımlanmış ve 1920'lere kadar korunmaya yönelik girişimlere ve bulaşıcı hastalıklara yogunlaşılmıştır. Yirminci yüzyılın ilk yarısında, aşılama hizmetlerinin başarısı ile bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara odaklanan bir korunma biçimine dönüşmüştür. Bu etkinlikler, bugünün sağlığı geliştirme etkinliklerinin temelini oluşturarak çerçevesini birey ve toplumu da içine alacak biçimde genişlemiştir (Türkeri, 2006).

Birey için bir dinamiklik gerektiren bu anlayış, D.S.Ö. tarafından 1977 yılında "Herkes İçin Sağlık" ilkesi ile sosyal hedef olarak kabul edilmiş ve sağlığın dünya genelinde toplumsal bir hedef ve temel bir insan hakkı olduğu vurgulanmıştır (Özkan ve diğerleri, 2008). Bu bağlamda sağlığın korunması ve geliştirilmesi için ortak görüş ve hedeflere ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu anlayışın takipçisi olan D.S.Ö. 47. Avrupa Bölge Toplantısı'nda, ülkelerin "21. Yüzyılda Herkese Sağlık" hedeflerine ulaşabilmesi için, sağlığı geliştirme etkinliklerinin "insan odaklı" olması gerektiğine vurgu yapılmıştır (Aktan ve Işık, 2002;http://www.thasak.org/evrenselsagl; Tokgöz, 2002). Daha sonraları sırası ile benimsenen Ottowa Şartı, İngiltere Sağlığı Geliştirme Şartı ve Jakarta Bildirgesi'nde ekonomik ve sosyal etmenlere odaklanılmıştır (Aktan ve Işık, 2002; http://www.t-hasak.org/evrenselsaglikjakarta).

D.S.Ö.'nün 1997 yılında, 21. yüzyılda sağlığı geliştirmenin sürdürülmesi ile ilgili yayınladığı Jakarta Bildirgesi'nde, sağlık için toplumsal sorumlulukların geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (http://www.un.org.tr/who/Who, 2005). Bu amaçla, sağlığın iyileştirilmesi, ortaklıkların kurulması, toplum kapasitesinin arttırılması, bireyin güçlendirilmesi, için gerekli altyapının oluşturulması önerilmiştir (http://www.who.int.jakarta…).

Jakarta Konferansı'nda kararlaştırılan öncelikler şunlardır (http://www.t-hasak.org/evrenselsaglikbildirgeleri.pdf);

• Sağlığın değişen belirleyicileri konusunda farkındalığın arttırılması,

• Sağlığın geliştirilmesi için ortaklıklar kurulması,

• Sağlığın geliştirilmesi için kaynakların harekete geçirilmesi,

• En iyi uygulama ile ilgili bilgilere ulaşılması,

• Öğrenmenin paylaşılması,

• Sağlığı geliştirmek için toplum katılımının güçlendirilmesi, olmuştur.

Buradan da anlaşılacağı üzere, sağlığı geliştirme, toplum sağlığını iyileştirmek için eğitim, sosyal, ekonomik ve politik çabaların buluştuğu geniş bir yaklaşım olma özelliği taşımaktadır (Arnold and Underman, 2002). Bu yaklaşımı bir strateji olarak tanımlanırsa; sağlığı geliştirme, sağlık eğitimi aracılığıyla kısa dönemde risk etmenlerinin azaltılmasını; orta dönemde koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımının arttırılmasını; sağlık davranışının geliştirilmesini; yaşam biçiminin düzenlenmesini; kişinin kendi sağlığına sahip çıkması sonucu kendine güveninin arttırılmasını; uzun dönemde hastalık sıklıklarının azaltılmasını, yaşam süresinin uzatılmasını; yasam kalitesinin ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasını sağlamayı hedefler (Özvarış, 2001).

2.3. Sağlık Davranışı

Sağlık ve sağlığı geliştirme anlayışına yönelik olarak D.S.Ö. ve ülke stratejilerinin asıl hedefi bireyin kendi sağlığı ve sağlığını geliştirmek için sunulan bu hizmetlerden yararlanmasıdır. Türk kültüründeki “ağaç yaşken eğilir” ya da “bir insan yedisinde ne ise yetmişinde de odur” gibi ata sözlerinden yola çıkarak konuya yaklaşılacak olursa, olumlu sağlık davranışları ve alışkanlıklarının yaşamın ilk yıllarında oluşmaya başladığını ve bireyin yaşamı boyunca sürdüğünü düşünülebiliriz. Ancak çocukluk yıllarında kazandırılan/kazandırılamayan davranışların sonradan karşılaşılan durumlara göre yaşamın her döneminde değişebilir olması sağlık davranışlarını dinamik kılmaktadır.

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili olarak yapılan araştırmalarda, sağlık davranışlarının benimsenmesi, geliştirilmesi, değiştirilmesi ve uygulanmasında belirleyici olarak bireyin yaşam biçimi, sosyal, ekonomik ve kültürel özellikleri, (Özvarış, 2007) içinde yaşadığı koşullar, fiziksel, psikolojik,

çevresel özellikler ve motivasyon (Esin, 1999), bireysel özellikler, yaş, cinsiyet, ırk (Tabak, 2000), eğitim ve medeni durumu gibi birçok öğe ile yakından ilişkili olduğuna değinilmiştir (Gatewood et al, 2008; Özvarış, 2007; Tabak, 2000).

Sağlığı etkileyici bu öğeler içsel ve dışsal etmenler olarak gruplanırsa, bunların bireyi hem olumlu hem de olumsuz yönde etkiledikleri görülebilir. Örneğin; Bu öğelerin etkisi ile bireyin, olumsuz etkinliklerden kaçınması beklenirken birey sigara içme, alkol ve madde kullanımı, sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam (Aydın, 2006), şiddet içeren davranışları, kontrolsüz vücut ağırlığı, aile içi iletişim sorunları ve stres yönetimi gibi alanlarda riskli davranışlar sergileyebilir ve sağlığını hatta yaşamını tehlikeye sokabilir (Yalçınkaya ve diğerleri, 2007). Diğer taraftan aynı öğelerle bir başka birey sağlığını korumak ve sürdürmek amacı ile yaptığı girişimlerle hastalık oluşumunu azaltabilir, kronik hastalıkları yönetebilir ve ölüm riskini azaltabilir. (Wang et al, 2009; Yardım ve diğerleri, 2009).

Sağlığı geliştirme; bireyin fiziksel ve ruhsal yönden yüksek sağlık düzeyine ve sosyal çevreye erişebilmesi için davranışlarını değiştirmesini sağlayan yolları ve değişim sürecini etkileyen etmenleri içeren bir süreçtir (Pender et al, 2002; Zaybak ve Fadıloğlu 2004). Dolayısı ile bireyin sağlığını en üst düzeye çıkarması ve sürdürebilmesi için sağlığı geliştiren ve koruyan davranışlara sahip olması önemli olmaktadır (http://sagepubFactors affecting; Tullock, 2005; Zeybek ve Fadıloğlu 2004).

Sağlığı Geliştirme Davranışları (Viner and Macfarlane, 2005);

* Sağlıklı yaşam biçimine sahip olmak

* Sağlık ve çevreyi etkileyen risk etmenlerini kontrol altına almak

* Sağlık bakım sisteminin sağlığı koruma stratejileri açısından yapılandırılmasını sağlamak olarak tanımlanmaktadır

2.4. Orta Yaş Erişkinlik Dönemi (45-65 yaş) Erkeklerde Fiziksel Özellikler

Orta yaş 35-40 yaşlarından, 65 yaşına kadar geçen dönemi kapsamaktadır. Bu yıllar ayrıca yetişkinlerin sosyal, psikolojik ve biyolojik değişimler yaşadığı olgunluk dönemidir.

2.4.1. Orta Yaş Erişkinlik Dönemi ve Fiziksel Değişiklikler

Orta yaş (45-65) erişkinlik döneminde, döneme özgü ortaya çıkan biyolojik değişiklikler yavaş geliştiği için bazen fark edilemezler ya da ancak zaman içinde fark edilebilirler. Örneğin; saç ve diğer tüyler zayıflamaya ve beyazlaşmaya başlar, derideki nem oranı azalır, kırışıklıklar artar. Güneşe daha çok maruz kaldıkça bu kırışıklıklar ve nem kaybı daha da göze çarpar hale gelir (Atakan, 2004; Edelman and Mandle, 2000).

Gastrointestinal sistemde tüm organ işlevlerinde azalma gibi önemli değişiklikler olur, metabolizma daha yavaşlar. Yağ depolanma artar ve buna bağlı kilo artışı görülür (Edelman and Mandle, 2000; Özgül, 2000).

Yine kardiyo-vasküler sistemdeki önemli değişikliklerle, damar elastikiyetini kaybeder ve kalınlaşır, bunun görme işlevine yansıması olarak kişi yakınını iyi görememeye başlar (presbiyopi). Sekiz kişiden 7'si ortalama 45 yaşında yakın gözlüğü (okuma gözlüğü) kullanmak zorunda kalır (Edelman and Mandle, 2000; Özgül, 2000).

Bu dönemde işitme işlevinde de kayıplar ortaya çıkmaya başlar. Kişi alçak sesleri iyi duyamama gibi bir sorun yaşar (presbikus). Bu durum her iki erkekten birinde; kadınlarda ise 3 kadından birinde görülerek, erkekler aleyhine bir seyir gösterir (Clark, 1999; Edelman and Mandle, 2000).

2.4.2. Orta Yaş Erişkinlik Dönemi ve Diğer Riskler

Yaşa özgü olmaları nedeni ile bireyin kaçınılmaz olarak yaşadığı bu fiziksel değişikliklerin yanında, getirdiği aile öyküsü, seçtiği yaşam biçimi, alışkanlıkları, yaşadığı çevre özellikleri, sosyo-ekonomik düzeyi ve eğitim durumu, sürdürdüğü sosyal ilişkileri ve cinsiyeti gibi etmenlere bağlı olarak yaşadığı ya da yaşayabileceği fiziksel riskler de gündeme gelmektedir (Emmelin et al, 2007; Ochieng, 2006).

Bağırsak kanserinin %95'inin, 45 yaş üstünde görülmesi ve riskin, aile öyküsü ve beslenme biçimi olarak kırmızı etin fazla ve sebzenin az tüketilmesinde daha da artması gibi (Edelman and Mandle, 2000).

2.4.2.1.Aile Öyküsü

Orta erişkinlik döneminde genetik ve ailesel özelliklerle ilgili olarakdiyabet, hipertansiyon, arteriskleroz, gut, obesite ve kalp hastalıkları gibi sorunların ortaya çıkma riski yüksektir.

Diyabet, hipertansiyon, obezite ve yetersiz fiziksel aktivite prevelansı dünyada hızla artmaktadır. Bu artışın nedeni çevresel olduğu kadar bireyin sahip olduğu genetik özelliğine bağlıdır (Papazafiropoulou et al, 2009). Ailesinde diyabet, hipertansiyon ve yüksek yağ oranı olan bireylerde ilgili hastalıkların ortaya çıkma riski artmaktadır. Örneğin, aile öyküsü bulunan vakalarda diyabet görülme sıklığı %27.7, hipertansiyon görülme sıklığı %57.1 ve yüksek kolestrol görülme sıklığının %39.9 arttığı belirtilmiştir (http://www.nlm.nih.gov/medline...; http://www.livestrong.hereditary...; Özyurt, 2010; Papazafiropoulou et al, 2009; Yalçın ve Yalçın, 2004).

Kalp ve damar hastalıkları için bilinen temel risk etmenlerinin tütün kullanımı, yüksek kan basıncı ve kolesterol düzeyi, ailesel yatkınlık, yaşam biçimi, düşük fiziksel aktivite düzeyi ve yeme alışkanlıkları olduğundan, (http.www.WHO.cardiovascla.disaesa..;http://www.who.int/mediacentre/factsheets.. http://www.livestrong.hereditar.disease/) kalp ve damar hastalıklarının önlenebilir hastalıklar olduğu inancı güçlüdür. Buna bağlı olarak da D.S.Ö., kan basıncı, obezite, kolesterol ve tütün kullanımının kontrol altına alınmasının kalp ve damar hastalığı görülme sıklığını yarıdan fazla azaltılabileceğini öngörmektedir (http.www.WHO.cardiovascla.disaesa..)

2.4.2.2. Görme Sağlığı

Orta yaş erişkinlerde sık görülen görme sorunu presbiyopi ya da yakını görememe sorunudur. Presbiyopi daha önce hiç bir görme sorunu olmayan erişkinlerde de ortaya çıkabilen bir sorundur. Çocukluktan başlayarak lensin elastikiyetini kaybetmesi ve gözün yakın objelere tam odaklanamaması ile ortaya çıkar. Gözün uyum sağlamadaki bu sorunu 40 yaşlarında fark edilmeye başlar (Bickley and Hoekelman, 1999). Gözlükle düzeltilebilen bu sorun, okuma ve yakın çalışılması gereken bir iş sırasında gözlük kullanmaya gereksinim gösterir. Gözlük kullanma ile düzeltilemeyecek olan periferik görmede ve karanlıkta görmede azalma gibi yine bu yaşa özgü görülebilen sorunlar da vardır (Clark, 1999; Edelman and Mandle, 2000).

Korunmasız olarak güneş ışınlarına maruz kalma, ışınların birikme etkisi ile, retinadaki duyusal hücrelerin hasarına neden olabilir. Retinada ağrısız ve kalıcı görme kayıplarına yol açabilen bu durum katarakt oluşmasını da hızlandırır. Tüm oluşabilecek bu sorunlar nedeniyle erken tanı ve izlem için 40 yaşına kadar her 3-5 yılda bir, 40 yaşından sonra yılda bir kez göz muayenesi önerilmektedir (Edelman and Mandle, 2000).

KKTC için bu yaşa özgü rutin görme muayenesi planı bulunmamaktadır

2.4.2.3. İşitme Sağlığı

Orta yaş erişkinlerde sık görülen işitme sorunu presbikus ya da işitme kaybıdır. Presbikusta ilk kaybedilen sesler yüksek frekanslı sesler olup (tiz sesler) kayıp daha sonra yavaş yavaş orta ve alçak seslere yayılır. Kelimeler bozuk bir biçimde duyulur ve özellikle gürültülü ortamda zor anlaşılır hale gelir. Bu kaybın süreci de yavaştır genelde 50 yaşından sonra belirginleşir (Bickley and Hoekelman, 1999). Bu kayıp yaşa bağlı olabildiği gibi, bireyin orta yaşına dek geçirdiği iç kulak enfeksiyonları, travma, kalıtım ve yüksek gürültüye maruz kalma gibi nedenlerle de ortaya çıkabilir (Bickley and Szilagyi, 2007). Ancak çalışma ortamı ve sosyal etkileşimde bireyi etkilemesi önemli olduğundan, rutin fizik muayene sırasında işitme testlerinin yapılması önemlidir (Edelman and Mandle, 2000).

Doktor Balkan'dan alınan bilgiye göre 50 yaşın üstünde yaşa bağlı işitme kaybının yaşandığı durumlarda yılda bir kez kulak muayenesi ve işitme testi önerilmektedir. KKTC 'de Doktor Baydar'dan alınan bilgiye göre 50 yaş sonrasına rutinde yılda bir kez uygulanan işitme muayenesi yapılmamaktadır.

2.4.2.4. Diş Sağlığı

Erişkinlikteki ağız sağlığı çocukluktaki alışkanlıkların bir yansımasıdır. Özellikle çocukluktan gelen düzenli diş fırçalama alışkanlığı erişkinlikteki diş sorunlarında önemli bir önleyici etmen olduğu bilinmektedir. Erişkin yaş grubundaki bireylerin %2.6'sının, ağızlarında diş bulunmadığı saptanmıştır. Türkiye'de bireyler diş sağlığı hizmetlerinden sınırlı şekilde yararlanabildiklerinden diş sorunları çoğunlukla tedavisiz kalmakta ve ağrı nedeniyle son aşamada çekilmeleri gerekmektedir.Yapılan bir araştırmada da erişkinlerin diş doktoruna yalnız ağrı, diş çürüğü ve diş çekimi için gittikleri belirlenmiştir (Gökalp ve diğerleri, 2007).

Bu nedenle de yetişkin ve yaşlılarda dişsizlik hala büyük bir sorun olmakta ve yaşam kalitesinde azalmaları beraberinde getirmektedir (Gökalp ve diğerleri 2007). Aslında ağız hijyeni ile ağız sağlığının birbirini bütünleyen iki öğe olması yanında bireyin konuya ilişkin sorumluluğu kendi çocuklarına da yansıyabileceğinden erişkinlerin ağız sağlığı uygulamaları daha da önemli olmaktadır.

Edelman and Mandle, (2000) belirttiğine göre; ABD'de nüfusun yarıdan azı ancak düzenli bir ağız sağlığı hizmeti almaktadır. Düşük gelir düzeyinde olmak, bireyi bu konuya ilişkin daha riskli duruma getirmektedir. Bu nedenle orta erişkinlik yaş döneminde ağız ve diş sağlığı ve kontrolleri önem kazanmaktadır. Özer ve diğerlerinin, (2007) de yaptıkları çalışmada erkeklerin %6.0'sı düzenli olarak dişhekimine gittiğini belirtirken, %71.0'i bir yakınması olduğu zaman, %23'ü ise çok uzun aralıklarla gittiklerini bilirlemişlerdir. Bu sonuçlar Türkiye'de halkın düzenli diş doktoruna gitmediğini ve toplumda ağız ve diş sağlığına yeterince önem vermediği ve Türkiye'de düzenli dişhekimi kontrolüne gidilmesi ile ilgili bir sistemin henüz yerleşmediğini vurgulamışlardır.

Erken tanı ve izlem için 40 yaşına kadar her 3-5 yılda bir, 40 yaşından sonra yılda bir diş ve ağız muayenesi önerilmektedir (Edelman, and Mandle, 2000).

KKTC için ağız ve diş muayenesine ilişkin bir izlem planına ulaşılamamıştır.

2.4.2.5. Güneşten Korunma

Yeterli zaman ve sürede güneşten yararlanma, vitamin D sentezi ile osteoporozdan korunmak için özellikle erişkinlik yaşlarında önemlidir. Ancak bununla birlikte güneşe en fazla maruz kalan alan, baş, boyun ve ellerde cilt kanseri riski artmaktadır (Anber 2009; Aydın 2006; Bickley and Hoekelman, 1999; Guile and Nicholson, 2004). KKTC Sağlık Bakanlığı 2007-2008 verilerine göre erkeklerde görülen kanserlerde akciğer ve kolorektal kanserlerinden sonra cilt kanserleri yer aldığından, cilt kanserinin KKTC'de de önemli bir sorun olduğu görülmektedir. (www.kktc.saglikbakanligi.gov.tr).

Her yıl tüm dünyada yaklaşık 2-3 milyon arasında iyi huylu cilt kanserlerine ve 130.000'in üzerinde de kötü huylu cilt kanselerine rastlanmaktadır. Melanomaların yaklaşık %65-90'ının nedeni ultraviyole ışınlarıdır. Ancak günümüzde ozon tabakasındaki incelme ve delinmelerle ultraviyole ışınlarının daha zararları hale geldiği de bir gerçektir. Melanoma erken dönemde belirlendiğinde tedavi edilebildiği geç dönemde belirlendiğinde vücuda yayılarak tüm cilt kanseri ölümlerinin ¾ ünden fazlasına neden olduğu için güneş ışınlarından korunmanın önemi daha da artmaktadır (http://www.cdc.gov.com; Kerry and Nicholson, 2004).

Uysal ve diğerlerinin, (2004) çalışmalarında bireylerin %25'inin açık ortamlarda geniş kenarlı şapka takmadıkları, yaklaşık yarısının (%44.6) koruyucu gözlük kullanmadıklarını belirlemiştir. Oysa şapka ve güneş gözlüğü kullanımı, hem güneşin göz çevresindeki ciltte oluşturacağı zararları, hem retina yanıklarını hem de katarakt oluşum riskini azaltması nedeniyle literatürde önemli koruyucu önlemler olarak yer almaktadır. Ayrıca çalışmada yer alan bireylerin yarısından fazlasının da açık ortamlarda ya da denizde/plajda en az 15 faktörlü koruyucu krem kullanmadıklarını da saptanmıştır.

Bireylerin ultraviyole ışınlarından korunmak için almaları önerilen önlemler şöyledir (Evci 2003);

- Gölge yerlerde durmaya özen gösterme ya da şemsiye kullanma

- Rahat, açık renkli giysiler giyme
- Siperlikli şapka takma
- Güneş gözlüğü kullanma (ultraviyole kırıcı gözlük)
- Cilde uygun dereceli güneş kremi kullanma (en düşük SPF-15)

2.4.2.6. Prostatta Meydana Gelen Değişiklikler

Prostat bezi çocukluk döneminde küçük bir bezken, puberte ve 20 yaşlarında büyüklüğü beş katına çıkar. Elli yaşlarında büyümesi artar ve bez hiperplazik hal alır (Bickley and Hoekelman, 1999). Belirti olarak bireyde; mesanenin tam boşaltılamaması, sık ve sıkışarak idrar yapma, zayıf ya da kesik idrar yapma ya da mesaneyi boşaltmak için ıkınma, hematüri, gece sık idrara kalkma görülür (Bickley and Szilagyi, 2007).

Prostat bezinin 50 yaşlarında fark edilen büyümesi her zaman kanser geliştiğinin göstergesi değildir. Prostat bezinin bu büyümesi benign prostat hiperplazisi olarak değerlendirilir ve aralıklı kontrellarla malignite gelişimi yönünden izlenir (Özgül, 2000).

Prostat kanseri, dünyada giderek büyüyen bir sağlık sorunu haline gelmekte ve prevelansı yaşla birlikte artmaktadır. Dünyada yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak gelecek yıllarda prostat kanserinin dünyadaki insidansının da artacağı öngörülmektedir (Deveci ve diğerleri 2008).

Prostat kanseri Türkiye'de ve erkeklerde görülen kanserler arasında, akciğer ve bronş kanserinden (yüz binde 52.73) sonra ikinci sırada (yüz binde 24.33) gelmektedir (Tuncer, 2009). Türk toplumunda erkek üroloji alanına giren kanserlerin yerleşimleri ve görülme sıklıklarına göre prostat (5.97), mesane (5.93), böbrek (1.49), testis (1.34), üreter (0.4) ve böbrek pelvisi (0.3) şeklindedir (Tuncer, 2009). Amerikan kanser istatistiklerine göre erkeklerde ürolojik kanser yerleşimleri sıklık sırasına göre prostat (135.6), mesane (31.8), böbrek ve böbrek pelvisi (17.2), testis (5.3), penis (0.8) ve üreter (0.7)'dir. Oldukça düşük oranda görülen penis kanseri

dikkate alınmazsa kanser sıklığı sırasının iki ülkede tamamen aynı olduğu dikkati çekmektedir (Boyle and Levin, 2008).

KKTC Sağlık Bakanlığı 2007-2008 verilerine göre prostat kanserleri ilk sırada yer alan akciğer ve kolorektal (yüz binde 10.0), üçüncü sırada yer alan cilt kanserlerinden (yüz binde 6.0) sonra, dördüncü sırada (yüz binde 3.0) yer almaktadır (www.kktc.saglikbakanligi.gov.tr).

Prostat kanseri yönünden erken tanı ve izlem için 40 yaşına kadar her 3-5 yılda bir, 40 yaşından sonra yılda bir prostat muayenesi önerilmektedir (Edelma and Mandle, 2000).

KKTC'de M. Çağlar'dan alınan bilgiye göre erkeklere rutin olarak 40 yaşından sonra yılda bir kez PSA testi (Prostate Sensitive Antigen) ile prostat muayenesi yapılan erken tanı merkezi kurulmuştur. Erkeklerin merkezden yararlanabilmeleri için telefonla başvurmaları ve kayıt olmaları gerekmektedir.

2.4.2.7. Testislerde Meydana Gelen Değişiklikler

Testis tümörü erkek cinsiyetindeki malign tümörlerin %0.01'ini oluşturmasıyla göreceli olarak nadir görülen ve nedeni belli olmayan bir kanserdir. Ancak 25-34 yaş arası erkeklerde en yaygın birinci kanser türüdür (15-19 yaş arası erkeklerde üçüncü en yaygın, 35-39 yaş arası erkeklerde ikinci en yaygın kanser türü). Tümör herhangi bir yaşta da görülebileceği gibi yıllar içinde riski artmaktadır (Erci ve diğerleri, 2009).

Testis kanseri için belirtiler; skrotumda ağırlık hissi, testislerin birinde ya da her ikisinde ağrısız kitle ya da şişlik olarak sıralanabilir (Altın, 2006).

Türk toplumunda görülen ürolojik kanserler arasında 4. sırada yer alan testis kanserleri (sıklık sırasına göre prostat (yüz binde 135.6), mesane (yüz binde 31.8), böbrek ve böbrek pelvisi (yüz binde 17.2), testis (yüz binde 5.3) erken tanı koyulabilecek kanser türlerinden biridir. Bu nedenle erkeklerin kendi kendine testis muayenesini (K.K.T.M.) alışkanlık haline getirilmeleri aynı kadınlardaki kendi kendine meme muayenesi (K.K.T.M.) gibi çok önemlidir (Edelman and Mandle,

2000). Bu nedenlede halk sağlığında çalışan sağlık personeli tarafında KKTM'nin rutin öğretilmesine çalışılmaktadır (Brenner et al, 2003).

Altın (2006) göre farklı yıl ve ülkelerde yapılan testis muayenesine ilişkin araştırma sonuçlarında farklılıklar belirlenmiştir. A.B.D.'de lisans üstü çalışma yapan 1999 öğrencinin %32.0'inin K.K.T.M. konusunda bilgi sahibi olduğu, ancak %22.0'sinin uyguladığı belirlenmiştir. Yine A.B.D. 2002'de yapılan bir çalışmada erkeklerin %64.0 K.K.T.M. nadiren/hiç yapmadığını görmüşlerdir. İsveç'te 2005'de adolesanlarla yapılan çalışmada ise çoğu öğrencinin K.K.T.M.'sini daha önce hiç duymadıkları, testis kanseri semptomlarını bilmedikleri ve K.K.T.M.'sini hiç uygulamadıkları belirlenmiştir.

Erken tanı ve izlem için 40 yaşına kadar her 3-5 yılda bir, 40 yaşından sonra yılda bir kez testis muayenesi önerilmektedir (Edelman and Mandle, 2000; Edelman and Mandle, 2002).

K.K.T.C. için yaşa özgü testis muayene planına ulaşılamamıştır.

2.4.2.8. Bağırsak Boşaltım Değişiklikleri

Yaşla beraber görülme sıklığında artış olan sorunlardan biri de bağırsak ve boşaltımla ilgilidir. Genel nüfusta 40 yaşından sonra görülme sıklığının arttığı ve kolorektal kanserlerin yaklaşık %70.0'inin 50 yaş ve üzerinde ortaya çıktığı gösterilmiştir (Bresalier et al. 2002; Gürsoy, 2003). Yaş, ırk ve aile öyküsü kolorektal kanserlerde bireyin kontrol edemediği bir risk oluştururken, tütün kullanımı, liften fakir diyet, yetersiz fiziksel aktivite ve orta düzeyde alkol kullanmak riski arttırıcıdır (Bazensky et al, 2007).

A.B.D.'de 2006 raporuna göre erkeklerde prostat ve akciğer kanserinden sonra üçüncü sırada kolon-rektum kanserleri yer alırken tüm kanser vakalarının %56.0'sından fazlasını oluşturmaktadırlar (Jemal et al, 2006).

T.C Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı'nın 2005 istatistiklerine göre Türkiye'de kolorektal kanserler, görülen tüm kanserler içinde 7., erkeklerde görülen kanserler içinde de 6. sırada yer almaktadır (Tuncer, 2009).

KKTC 2008 kanser istatistiklerine göre kolon kanseri,erkeklerde %0.01 ile ikinci sırada yer almaktadır (http://www.k.k.t.c.saglik) Ayrıca İzbul ve Müderiszade, (2003)'nin yılında yaptıkları araştırmada KKTC nüfusunda kolorektal kanser görülme insidansı yıllık %0.01 olarak belirlenmiştir. Erkeklerde insidans %0,079, kadınlarda ise %0,059 olarak saptandığından, ülkede cinsiyetler arasında erkeklerde kadınlara oranla kolorektal kanser görülme riskinin daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Bresalier et al, (2002) kolorektal kanserlerde hastaların yakınmaları rektal kanama (%39), karın ağrısı (%38), kabızlık ve ishal (%9), kilo kaybı (%6), karında şişlik (%1) olarak kabul edilir. Epidemiyolojik çalışmalara göre 2. sıklıkta karşılaşılan kolorektal kanserlerde erken tanı, tedavi ve sağkalım süresi açısından çok önemlidir. Hastaların yaşadıkları kabızlık, ishal, karın ağrısı gibi ilk yakınmalardan sonra, hastaneye baş vurmaları için parlak kırmızı rektal kanama gibi objektif semptomun ortaya çıkmasını bekledikleri görülmüştür. Bu aşamada başvurma hastaların erken tanı alma şanslarını kaybettikleri bir aşama olmaktadır. İzbul ve Müderiszade (2003)'nin KKTC'de yaptığı araştırmada benzer sonuç ile bireylerin %58.2 rektal kanama ile doktora baş vurdukları belirlemiştir.

Kolorektal kanser taraması için Amerikan Kanser Birliği önerisi: Aile'de kanser öyküsü olmayan ve 40 yaşındaki bireylere yılda 1 kez rektal muayene, 50 yaşındaki bireylere, yılda 1 kez rektal muayene ve gaitada gizli kan testi ve 5 yılda bir kolonoskopi yapılması şeklindedir (Bickley and Hoekelman, 1999; David and Michea, 2000; Edelman and Mandle, 2000). Türkiye'de ise erken tanı ve izlem için 50-70 yaş arasında yılda bir gaitada gizli kan bakılması ve her 10 yılda bir kolonoskopi/sigmoidoskopi yapılması önerilmektedir (Tuncer, 2009).

KKTC'de Çağlar M.'den alınan bilgiye göre 40 yaş üstü erkeklere yılda bir kez gaitada gizli kan testi yapılmasını önermektedir. Başvuran 40 yaş üstü erkeklere bu test Erken Tanı ve Tarma Merkezi'nde yapılmaktadır.

Orta yaş erişkinler için bu araştırmanın odaklandığı fiziksel özellikler ağırılıklı olarak ve diğer özelliklerin özeti aşağıda verilmektedir (verilerde kaynak olarak bulunabildiği yerde sırası ile KKTC, Türkiye ve yurtdışı verileri kullanılmıştır).

Orta Yaş Erişkinleri için Sağlığı Koruma ve Geliştirme Davranış Örnekleri

Sağlığı Koruyan Davranışlar	**Sağlığı Geliştiren Davranışlar**
Düzenli Yapılması Gereken Uygulamalar 1. Göz değişiklikleri için, 40 yaşına kadar 3-5 yılda bir, 40 yaşından sonra yılda bir göz muayenesi (Edelman and Mandle) 2. İşitmede değişiklikler için, 50 yaşın üstünde yılda bir kez kulak muayenesi ve işitme testi (Balkan, 2010). 3. Diş sağlığı için, 40 yaşına kadar 3-5 yılda bir, 40 yaşından sonra yılda bir diş ve ağız muayenesi (Edelman and Mandle, 2000). 4. Prostat değişiklikleri için, 40 yaşından sonra yılda bir P.S.A. testi ve prostat muayenesi (Çağlar, 2010). 5. Testis değişiklikleri için, 40 yaşına kadar 3-5 yılda bir, 40 yaşından sonra yılda bir testis muayenesi (Edelman and Mandle, 2000). 6. Bağırsak değişiklikleri için, 40 yaşından sonra yılda bir kez gaitada gizli kan testi (Çağlar, 2010) . 7. Yaşa uygun aşılanma 8. Tıbbi tedavi ile ilgili yakınmaları değerlendirme	**Kişinin Kendi Kendini Gerçekleştirmesi** 1. Büyüme değişikliklerini izleme 2. Uzun vadeli hedefler geliştirme 3. Gerçekci hedefler belirleme 4. Yaşam için amaç belirleme 5. Mutlu ve hoşnut olmayı yaşama/ hissetme 6. Kuvvetli ve zayıf yönlerinin farkında olma
Zararlı Alışkanlıklara Yönelik Uygulamalar 1. Sigara içmeme 2. Alkol kullanmama ya da ölçülü kullanma 3. Kolestrol ve yağ alımını azaltma 4. Lifli diyet alımını arttırma 5. Diyette düşük ya da orta oranda tuz tüketme 6. Kafein almama ya da ölçülü alma	**Sağlık sorumlulukları** 1. Yakınmalarını sağlık sorumlularına iletme 2. Sağlıkla ilgili tartışmalara katılma 3. Sağlıkla ilgili yayın okuma 4.Çevre sağlığı programlarına katılma

Egzersize Yönelik Uygulamalar 1. Dengeli diyet ile haftada üç kez 20 dakkika egzersiz yapma 2. Gecede 6-8 saat uyku uyuma 3. Bos zamanlarında eğlenceli etkinlikler yapma **Diğer Uygulamalar** 1. Emniyet kemeri kullanma 2. Güneş ışınlarından korunma 3. Günlük hijyen uygulamalarını uygulama 4. Olumlu kişilerarası ilişkiler kurma.	**Egzersiz** 1. Nabız kontrolü ile egzersiz yapma 2. Haftada üç kez etkili ve düzenli egzersiz yapma 3. Yapılacak yeni etkinlikler keşfetme **Beslenme** 1. Gıda katkı maddesi içeren besin maddelerinden uzak durma 2. Günde üç öğün dört besin grubunu ketme 3. Vücut işlevlerini destekleyen/ koruyan yiyecekler tüketme 4. Besin sanitasyonuna dikkat etme, **Kişilerarası Destek** 1. Sorunlarını başkaları ile konuşabilme 2. Sevgiyi ifade edebilme **Stres Yönetimi** 1. Günlük gevşeme egzersizleri yapma, 2. Stres kaynaklarının farkında olma 3. Dengeli uyku uyuma ve egzersiz yapma 4. Stres kontrol yöntemlerini kullanma 5. Duygularını ifade etme.

(Edelman and Mandle 2002, Özel görüşmeler 2010, Pender et al, 1992,).

Bireylerin sağlık davranışlarını nasıl geliştireceklerini açıklamak üzere çeşitli modeller geliştirilmiştir. Bu modellerin ortak özelliği, sağlığı biyolojik ve psikososyal bir yaklaşımla ele almalarıdır. Bu yaklaşımda, birçok hastalığın biyolojik ve genetik temelleri; inanç, tutum ve davranış gibi öğelerin hastalıkların gelişmesindeki rolü; sosyal, ekonomik ve kültürel yapının, sağlık üzerindeki etkisi benimsenmiştir (Tabak, 2000; http://pom.sagepub.com.; Gatewood et al, 2008). Ancak bireyin kendi sağlık sorumluluğunu alabilmesinde karşılaşılan zorluk ya da engelleri açıklayan model bir hemşire olan Nola Pender tarafından geliştirilmiştir.

2.5. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Pender konuya ilişkin çalışmalarına 1980'de başlamıştır. Hemşirelik ve davranış bilimleri yaklaşımlarını birleştirerek ilk kez 1987'de geliştirdiği Sağlığı Geliştirme Modeli'ni 1996'da güncellemiştir. Model sağlığa bütüncül bakarak sağlığı geliştirmek için olumlu sağlık davranışlarının ortaya çıkartılmasında bireysel, duygulanım ve bilişsel etmenlere yer vermektedir (http://nursingtheories.blogspot.com/).

Pender'in sağlığı geliştirme modelinin temelinde iki kuram yer alır. Bunlardan biri Bandura'nın sosyal öğrenme kuramı, diğeri Fishbein'in akılcı eylem kuramıdır. Bu iki kurama göre de davranış değiştirmede bilişsel bir süreç vardır (Bandura) ve davranışlar bireysel tutum ve sosyal normlarının bir yansıması olarak ortaya çıkarlar (Fishbein) (Kıchbusch, 1991).

Pender'ın sağlığı geliştirme modeli üç öğeden oluşmaktadır (Alış ve diğerleri, 2008; Tomey and Alligood, 1998) (Şekil 1). Bunlar;

1. Bireysel özellikler ve deneyimler
2. Bireyin özel bilişsel ve duygulanım içeren davranışları/tepkileri
3. Sağlığı geliştirme eylemi / sonuç davranış

1. Deneyimler ve bireysel özellikler

Bireyin kontrole gitme/önlem alma ile ilgili önceki deneyim ve bireysel özellikleridir. Daha önce kontrole gitmiş kişiler kontrola gitmenin yararını görmüştür, bu davranış bireyin kendisini etkin algılamasını sağlamıştır. Böylece birey yeni bir durumda da kontrole gitmeyi düşünebilecektir (Kıchbusch, 1991).

Bireysel özellikler; bireyin biyolojik (yaş, kilo, boy, cinsiyet); psikolojik (benlik saygısı, öz motivasyonu ve kişisel yetenekler) ve sosyo-kültüre özelliklerini (etnik grup, ırk, eğitim, gelir, bulunduğu yer, statü, görev) içerir. Deneyim ve kişisel özellikler, sağlığı geliştirme davranışını (kontrole gitme/önlem alma) kazandırmayı etkileyen, ancak hemşirelik uygulamaları ile değiştirilemeyen bir boyuttur (Şekil 1), (Tomey and Alligood, 1998).

2. Bireyin özel bilişsel ve duygulanım içeren davranışları/tepkileri (http://nursingtheories.blogspot.com/; Tomey and Alligood, 1998;):

Modelin bu ikinci aşamasında sağlığı geliştirme davranışının ortaya çıkmasında etkili olan bireyin algılamaları yer alır. Bu bölümde yer alan özlliklerin en önemli yönü hemşirelik uygulamaları ile değiştirilebilir olmalarıdır.

- *Algılanan yararlar;* bir davranışın olumlu algılanması, o davranışın kazandırmasını hızlandırıcı bi etki gösterir. Örneğin, eğer birey kontrole gitmeyi kendi sağlığı için olumlu bir davranış olarak algılıyorsa, kontrole gitmeye ilişkin özetkililik algısı da olumlu etkilenerek bireyin kontrole gitmesi gerçekleşir.

- *Algılanan engeller;* davranış ile ilgili olumsuz duygular, davranış geliştirmeyi de olumsuz yönde etkiler. Örneğin, sağlık güvencesinin olmaması, zaman bulamama, maddi olanaksızlıklar, ulaşım sorunları, gibi durumlar algılanan engellerdir. Bu engeller objektif ya da subjektif olabilirler. Bu gibi engeller, bireyin kontrola gitme öz-etkililik algısını da olumsuz etkileyerek kontrole gitmeyi engelleyicidir.

- *Algılanan öz-etkililik;* kontrole gitmede bireyin kendisinin etkili ve yetkin olduğunu algılamasıdır. Davranışın başarı ile gerçekleşmesini sağlayan bir algıdır.

- *Etkinliğe ilişkin duygular (kontrole gitmeye ilişkin duygular);* davranış öncesi, sırası ve sonrasında oluşan duygulardır. Bu duygular, bireyin öz etkililik algısını ve kontrole gitme davranışını gerektiğinde sürdürmesini sağlayan duygulardır.

- *Kişilerarası etkileşim;* çevredeki bireylerin (aile, akran, sağlık personeli) kişiye verdiği destektir.

Tokat ve Okumuş'a göre destek sistemleri üç grupta toplanır. Bunlar;

1. Bilgilendirici destek; bilgi aktarma, öneride bulunma, rehber olma, v.b.

2. Duygusal destek; sevgi, empati kurma, vb
3. Somut destek; zaman ayırma, maddi destek olma, vb

- *Durumsal tercihler;* algılanan tercihler, estetik düşünceler, istek durumu gibi etmenler, davranışı gerçekleştirmede etkili olurlar. Örneğin; var olan başka seçeneklerin algılanması, sağlığı geliştirme davranışının yer alacağı ortamın algılanması gibi.

Sağlığın tanımı, sağlığın önemi ve algılanan sağlık durumu Pender'ın sağlığı geliştirme modelinin 1987 sürümünden alınarak 1996 modeline eklenmiştir. Pender 1996 modelinde bu üç algılamaya yer vermemiştir. Bunlar;

1. Sağlığın tanımı;.Birey sağlığı, hastalığın olmamasından, en üst iyilik haline kadar geniş bir yelpazede tanımlayabilir. Bu tanım bireyin sağlık davanışını etkiler.
2. Sağlığın önemi*;* birey sağlığa verdiği değere göre sağlık için çaba gösterir.
3. Algılanan sağlık durumu; birey, kendisini sağlıklı ya da hasta hissetmesine göre sağlığı geliştirme davranışını başlatır.

Aslında "davranışa özgü algılar" bireyin eyleme geçmesini sağlayacak ya da vazgeçirecek motivasyonu içerir (Stanhope and Lancaster, 2000).

Motive olmuş bireyin sağlığı geliştirme davranışı göstermesi için önce bireyin "niyet oluşturması ya da davranışı gerçekleştirme kararlılığı göstermesi gerekmektedir. Bu aşamada, bireyin eyleme geçerek sağlık davranışı geliştirmesi için itici güce gereksinim vardır. Bu itici güç, konuya bağlılık, bir dış uyaran (kitle iletişim araçları ya da başka kişilerin önerileri gibi) ya da bir iç uyaranın (farkındalık oluşması gibi) etkisi ile bireyin ikilem yaşamasına neden olur ve sonuçta davranış değişikliğini başlatır ya da vazgeçer (Stanhope and Lancaster, 2000).

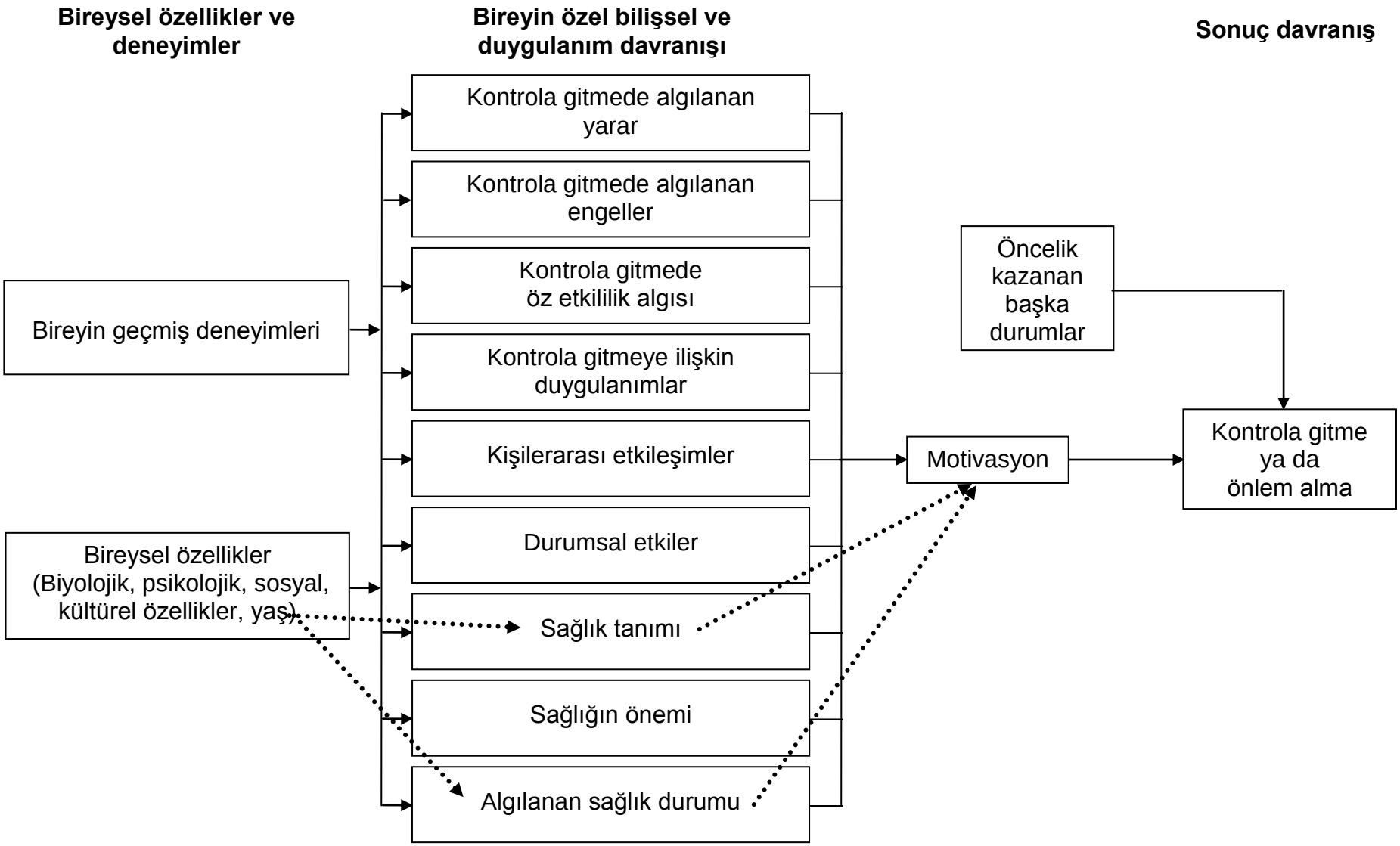
Bireyin istendik davranışı sergilemesinden önce ortaya çıkabilecek diğer bir durum da bireyin tam davranışı sergileyeceği sırada başka önceliklerin/durumların ortaya çıkmasıdır. Bu etkenler genellikle bireyin az kontrol edebildiği durumlardır. Örneğin; birey kontrole gitmeye niyet oluşturduğu sırada eşinin ya da çocuğunun

hastalanması durumunda, bireyin kontrole gitmekten vazgeçmesi eş ya da çocuğuna öncelik vermesi gibi (http://nursingtheories.blogspot.com/).

3. Sağlığı geliştirme eylemi/davranışı/sonuç davranış

Bireyin istendik davranışı göstermesi bu sürecin son aşamasıdır. İstendik davranışın gösterilmesi ile sağlık geliştirilmiş, işlevsel yetenek geliştirilmiş ve daha iyi bir yaşam kalitesi sağlanmış olur (http://nursingtheories.blogspot.com/) .

Şekil 1 Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (1987 ve 1996 Sürüm Modellerden uyarlanmıştır) (Tomey andAllıgood, 1998)



2.6. Sağlığı Geliştirmede Hemşirenin Rolü

Türkiye'de toplum sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinden öncelikle, birinci basamak sağlık hizmetlerindeki sağlık personeli sorumludur. "Herkese Sağlık" anlayışından bu yana DSÖ ve pek çok sağlık kuruluşu, sağlığın korunması ve geliştirilmesi etkinliklerinde insan gücü açısından sağlık çalışanlarının özellikle hemşirelerin özel bir konumda olduğunu vurgulamaktadır (Özkan, 2008).

Aslında hemşirenin sağlığı geliştirmedeki rolü, tıbbi bir hizmet olmayıp bir sağlık etkinliğidir. Hemşirenin bu rolü karmaşıktır. Bu rol literatürde savunucu, bakım yöneticisi, konsülte edici, hizmeti paylaştırıcı, eğitici, araştırıcı olarak belirtilmektedir (Edelman and Mandle, 2002).

Modelde yer alan "bireyin özellikleri ve deneyimleri"ne yönelik bir girişim yapılamayacağından, hemşirelik girişimleri, "davranışa özgü algılar" ve özellikle "kişilerarası etkileşim" boyutunda, bilgilendirerek ve duygusal destek sağlayarak bireyin kontrole gitme davranışı kazanmasına yardımcı olur.

Buna göre hemşirelik girişimleri;

1. Bireyin sağlığı geliştirme davranışı ile sağlayacağı yararı
2. Bireyin sağlığı geliştirme davranışı ile ilgili algıladığı objektif/subjektif engelleri
3. Bireyin sağlığı geliştirme davranışına yönelik öz etkililiği
4. Bireyin sağlığı geliştirme davranışına yönelik duygulanımları
5. Bireyin sağlığı geliştirme davranışına yönelik aile, akran, toplum normlarından ve rol modellerinden etkilenmesi
6. Bireyin sağlığı geliştirme davranışına yönelik çevresinde bulunan başka seçenekleri seçme olasılığının ele alınması
7. Bireyin sağlığı nasıl tanımladığı
8. Birey için sağlığın önemi
9. Bireyin sağlığını nasıl algıladığı gibi boyutları içermektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma ilişki arayıcı-betimleyici çapraz kesitsel desende planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Terminolojisi

Bu araştırmada kullanılan terimler aşağıdaki gibi tanımlanmıştır,

Sağlığı geliştirme davranışı:

Sağlıklıyken, fiziksel sağlık kriterlerine göre, kontrole gitme ya da önlem alma davranışı.

Fiziksel sağlık kriterleri:

- Görme sağlığı için kontrole gitme ve önlem alma
- İşitme sağlığı için kontrole gitme
- Diş sağlığı için kontrole gitme
- Güneşten korunmak için önlem alma
- Prostattaki değişiklikler için kontrole gitme
- Testis sorunu için kontrole gitme
- Bağırsak boşaltım değişiklikleri için kontrole gitme

Erkekler:

Orta yaş erişkin (45-65 yaş) çalışan (raporlu olmayan) erkekler.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma, K.K.T.C.'nin başkenti Lefkoşa İl merkezinde bulunan İçişleri Bakanlığı'nda yapılmıştır. İçişleri Bakanlığı'nda toplam 780 personel (256 kadın, 524 erkek) çalışmaktadır. Bunlardan 257'si (82 kadın, 175 erkek) 45-65 yaş grubunda bulunmaktadır.

Bakanlığın çalışma saatleri 08:00 ve 17:00 arasında olup memurlar masa başı işi yapmaktadırlar. Memurların Devlet sağlık güvencesi bulunmaktadır. Bakanlığın içinde sağlık dairesi ya da revir bulunmamaktadır. Sağlık hizmeti gerektiği durumda, bölgede hizmet veren Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Kentsel Sağlık Merkezi, özel klinik ve özel hastaneler kullanılmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini İçişleri Bakanlığı'nda çalışan 45-65 yaş arası 175 erkek memur oluşturmuştur.

3.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmaya Bakanlıkta çalışan 45-65 yaş arası 175 erkeğin tamamının alınması planlanmıştır. Ancak verilerin toplanması sırasında KKTC Cumhurbaşkanlığı seçimleri nedeni ile çalışanların seçimde görevli olmaları, sık sık yapılan kamu oyu yoklamalarından dolayı başka bir anket doldurmaya istekli olmamaları nedenleri ile 55 çalışana ulaşılamamıştır. Dolayısı ile anket doldurmayı kabul eden 120 çalışandan araştırmanın örneklemi oluşturulmuştur. Böylece evrenin %69.0'una ulaşılabilmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Araştırma verilerinin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından konuya ilişkin literatür taraması (Tuğrul ve ark. 2002; Lim ve ark. 2008; Yeşil 2010), doğrultusunda bir soru formu geliştirilmiştir (Ek 1). Geliştirilen soru formu iki bölümden ve toplam 55 sorudan oluşmuştur.

Birinci bölümde yer alan ilk 12 soru, çoktan seçmeli ve açık uçlu olup, erkeklerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yöneliktir. Bu bölümde araştırmaya katılan erkeklerin yaş, eğitim durumu, eşin çalışma ve eğitim durumu, çocuk sayısı, ekonomik durumu, sağlık durumu, bakanlıktaki konumu, aile tipi vb. gibi sosyo-demografik özellikleri ele alınmıştır.

İkinci bölümde bulunan 43 soru (13-55 arası) erkeklerin ailede olan hastalıklar ve fiziksel sağlığı (görme sağlığı, işitme sağlığı, diş sağlığı, güneşten korunma, idrar yaparken yaşanan sorun (prostat büyümesi), testis sorunu, bağırsak boşaltım sorunu) ve ilgili konulara yönelik sorular yer almıştır. Bu bölümdeki sorular açık uçlu ve çoktan seçmelidir.

Soru formunun kapsam geçerliliği Prof. Dr. Kafiye Eroğlu ve Yrd. Doç. Dr. Belkıs Karataş tarafından yapılmıştır.

3.6.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Veri toplama formunun işlerliğini ve doldurmak için gerekli süreyi belirlemek amacıyla araştırma grubuna benzer özelliklere sahip farklı bir bölgede 17 erkek memur ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonunda, veri toplama formunda gerekli düzenlemeler yapılarak form son halini almıştır.

3.6.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Araştırmacı tarafından çalışmanın amacı Bakanlıkta çalışanlara açıklanmıştır. Katılmayı kabul edenlere onam formundaki açıklamalar sözlü olarak anlatılmış ve yazılı onamları alınmıştır. Daha sonra anket formu dağıtılmış ve yanıtlamaları beklenmiştir. Bu süre yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Veri toplama formlarının doldurulması sırasında sorulan sorular yanıtlanmıştır.

Verilerin toplanmasında araştırmacıdan başka iki yüksek lisans öğrencisi anketör olarak kullanılmıştır. Anketörler araştırmacı tarafından konuya ilişkin bilgilendirilmişlerdir.

Verilerin toplanması 12-16 Nisan 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için K.K.T.C. İçişleri Bakanlığı'ndan yazılı izin (Ek 3) alınmıştır. Veri toplamadan önce her bir bakanlık çalışanına, araştırmacı tarafından araştırmanın amacına yönelik sözel açıklama yapılmış ve yazılı bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır (Ek 2).

3.8. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları

Araştırma yalnız İçişleri Bakanlığı'nda çalışan 45-65 yaşındaki erkeklerle yapılmış ve yalnız belirli fiziksel sağlık ölçütleri ile planlanmış olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

.

3.9. Verilerin Toplama Sırasında Karşılaşılan Zorluklar

Araştırma verilerinin toplanması ile Ülke'de hazırlıkları süren Cumhurbaşkanlığı seçimi eş zamana geldiğinden sık yapılan kamu oyu yoklamalarından yakınan bakanlık çalışanlarının bu araştırmaya katılmalarını sağlamak zaman zaman zor olmuştur. Güçlük yaşanmıştır ve örneklemin %69.0'ına ulaşılmıştır.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri toplama formundaki açık uçlu sorular araştırmacı ve danışman tarafından gruplanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler, Statistical Package For The Social Sciences (SPSS) for Windows 16.0 paket programında tanımlayıcı istatistikler ve non-parametrik veriler için Pearsn ki kare, Fisher ki-kare önemlilik testleri ile değerlendirilmiş ve tablo ve grafiklerle sunulmuştur.

3.11. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın değişkenleri aşağıdaki gibi tanımlanmıştır;

Bağımlı değişkenler: Çalışan erkeklerin 45-65 yaş arası fiziksel sağlığı geliştirmeye yönelik kontrole gitme ya da önlem alma davranışları.

Bağımsız değişkenler: Sağlığın önemini belirtmek için verilen örnek özelliği, sağlık durumunun algılaması ve yaş (sabit tutularak).

4. BULGULAR

Çalışan 45-65 yaş erkeklerin sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlarını belirlemek için elde edilen bulgular iki bölümde verilmiştir. İlk bölümde bireylerin bireysel özellikleri ve genel sağlık özellikleri, ikinci bölümde ise yaşa özgü fiziksel özellikler ve bu özelliklerin bağımsız değişkenler ile (yaş, sağlığın önemi için verilen örnek özelliği ve kendi sağlığını algılaması) ilişkileri yer almaktadır.

4.1. Erkeklerin Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmada yer alan erkeklerin sosyo-demografik özellikleri ve genel fiziksel sağlıklarına ilişkin özellikler sunulmuştur.

İçişleri Bakanlığı'nın sağlıklı (raporlu olmayan) çalışanları olarak araştırmaya katılan erkeklerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1.1'de yer almaktadır.

Tablo 4.1.1. Erkeklerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	**SAYI**	**%**
Yaş	**n=120**	
45-49	55	45.8
50-54	26	21.7
55-59	30	25.0
60 ve üzeri	9	7.5
Eğitim Düzeyi	**n=120**	
Okur yazar olan-olmayan	5	4.2
İlkokul	20	16.7
Ortaokul	21	17.5
Lise	45	37.4
Üniversite ve üzeri	29	24.2
Uyruk	**n=120**	
K.K.T.C.	92	76.6
K.K.T.C.-T.C.	24	20.0
T.C.	2	1.7
Diğer	2	1.7
K.K.T.C.'de Yaşama Süresi	n=441	
11-22 yıl	2	4.5
23-34 yıl	9	20.5
35-46 yıl	21	47.7
47 ve üzeri	12	27.3

Tablo 4.1.1. (devamı) Erkeklerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Medeni Durum	n=120	
Evli	112	93.4
Bekar	8	6.6
Eşin Eğitim Durumu	n=1121	
Okur yazar/değil	6	5.4
İlkokul	24	21.4
Ortaokul	14	12.5
Lise	52	46.4
Üniversite ve üzeri	16	14.3
Eşin Mesleği	n=1121	
Ev hanımı	53	47.3
Memur	27	24.1
Serbest çalışıyor	25	22.3
Emekli	7	6.3
Yaşayan Çocuk Sayısı	n=1141	
1 çocuk	21	18.4
2 çocuk	55	49.1
3 çocuk ve ↑	38	33.3
Birlikte Yaşadığı Kişiler	n=120	
Çekirdek aile	110	91.7
Yalnız yaşıyor	6	5.0
Geniş aile	4	3.3
Gelir Gider Durumu	n=120	
Çok iyi	6	5.0
İyi	46	38.3
Orta	56	46.7
Düşük	12	10.0
Bakanlıktaki Konumu	n=120	
Memur	52	43.3
İşçi	47	39.2
Yönetici	19	15.8
Şoför	2	1.7

[1] Bu soruya yanıt verenlerin sayısıdır.Yüzdeler n sayısına göre alınmıştır.
[2] Bireylerin kendi ifadesi

Tablo 4.1.1'de erkeklerin sosyo-demografik özelliklerine göre, araştırmanın yapıldığı grup erkekler daha çok (%45.8), 45-49 yaş grubunda, lise ve üzeri eğitimli (%60.7), KKTC uyruklu (%76.6), 35-46 yıl gibi yaklaşık tüm yaşamlarını KKTC'de geçirmiş (%47.7), Bakanlıkta daha çok memur (%43.3) ve işçi (%39.2) statüsünde çalışan ve kendi ifadesi ile gelir durumunu "orta" (%46.7) olarak değerlendirme gibi özelliklere sahiptir. Bu erkeklerin kendileri gibi lise ve üzeri bir eğitim düzeyinde (%60.7), halen çalışan ya da emekli olmuş olarak "ev dışı" üretime katkıda bulunan"

eşlerle evli olup (% 52.7), çekirdek aile tipinde yaşadıkları (% 91.7) ve iki çocuk sahibi (%49.1) oldukları saptanmıştır.

Erkeklerin genel fiziksel sağlık özellikleri ve sağlığa ilişkin görüşleri Tablo 4.1.2 ve 4.1.3'te yer almaktadır.

Tablo 4.1. 2. Erkeklerin Genel Fiziksel Sağlık Özelliklerinin Dağılımı

GENEL FİZİKSEL SAĞLIK ÖZELLİKLERİ	**SAYI**	**%**
Ailede Hastalık Durumu	**n=120**	
Yok	66	55.0
Var	54	45.0
Ailede Var Olan Hastalıklar	**n=54[1]**	
Hipertansiyon	29	53.7
Diyabet	18	33.3
Kalp hastalığı	16	29.6
Astım	4	7.4
Kanser	4	7.4
Diğer[2]	4	7.4
Malformasyon	2	3.7
Tanı Koyulmuş bir Hastalığı Olma Durumu	n=120	%
Yok	79	65.8
Var	40	33.3
Yanıtsız	1	0.9
Kendisine Tanı Koyulan Hastalık	n=401	
Hipertansiyon	23	57.5
Diyabet	12	30.0
Kalp hastalığı	6	15.0
Herni	4	10.0
Gastrit	2	5.0
Böbrek taşı	1	2.5
Yüksek kolesterol	1	2.5
Psikiyatrik hastalık	1	2.5
Karaciğer yağlanması	1	2.5
Prostat	1	2.5

Tablo 4.1. 2. (devamı) Erkeklerin Genel Fiziksel Sağlık Özelliklerinin Dağılımı

Sürekli İlaç Kullanma Durumu	n=120	
Yok	84	70.0
Var	36	30.0
Sürekli Kullandığı İlaç	n=361	
Hipertansiyon ilacı	25	69.4
Diyabet ilacı	9	25.0
Kalp ilacı	6	16.6
Kolesterol ilacı	2	5.6
GİS ilacı	2	5.6
Prostat	1	2.8
Eklem ilacı	1	2.8
Sağlık Kuruluşuna Gitme Durumu	n=136	
Sorunu olduğu zaman	113	83.0
İlaç yazdırmak için	13	9.6
Yolu düşerse	5	3.7
Hiç bir zaman	2	1.5
Doktorun belirlediği kontrollerde	2	1.5
Tahlil yaptırmak için	1	0.7

[1] Yüzdeler n sayısına göre alınmıştır.
[2] Demans, karaciğer yetmezliği, böbrek hastalığı ve şizofreni (1 er kişi).

Çalışmada yer alan erkeklerin aile (%55.0) ve kendilerinin çoğu (%64.1) bir sağlık sorunu, tanı koyulan bir hastalığı (%65.8), dolayısı ile sürekli kullandıkları bir ilaçlarının olmadığı (%70.0) görülmüştür.

Erkeklerin yaklaşık %45.0'inin ailelerinde bir sağlık sorunu olduğu, 1/3'inin (%33.3) kendisinin tanı koyulmuş bir sağlık sorunun bulunduğu görülmüştür. Ailede var olan sağlık sorunlarının ilk üç sırasında yer alan hipertansiyon (%53.7), diyabet (%33.3) ve kalp hastalığı (%29.6), aynı sırada (hipertansiyon %57.5, diyabet %30.0 ve kalp hastalığı %15.0) araştırmaya katılan erkekler tarafından kendilerinde de olduğu belirtilmiştir. Bu bulgu ile uyumlu olarak %30.0 sürekli ilaç kullanan bir grubun olduğu ve yine bu bulgu ile uyumlu olarak kullanılan ilaçların sıklık sırasına göre hipertansiyon (%69.4), diyabet (%25.0) ve kalp ilaçları (%16.6) olduğu belirlenmiştir.

Hipertansiyon tanısı koyulan erkeklerin tuz ve kafein tüketimlerine bakıldığında; 23 hipertansiyon hastasının 12'sinin (%52.0) "normal tuzlu", 10'unun (%43.5) "tuzsuz" ve birinin de "tuzlu" yedikleri belirlenmiştir. Bu grubun kafein tüketim miktarlarına bakıldığında, çoğunun günde 1-2 bardak çay ve 1-4 bardak kahve tükettikleri saptanmıştır.

Hipertansiyon tanısı koyulan erkeklerin sigara içme durumlarına bakıldığında; 23 hastanın 10'u (%43.5) sigarayı bırakmış, 9'u hiç içmemiş ve 4'ü halen içtiklerini belirtmişlerdir.

Diyabet tanısı koyulan erkeklerin sigara ve alkol kullanmalarına bakıldığında; 12 diyabet hastasının 7'si (%58.3) sigarayı bırakmış, 3'ü hiç içmemiş ve 2'si halen içtiklerini belirtmişlerdir. Aynı 12 diyabet tanısının 6'sı (%50.0) alkol kullanmadığını, 5'i kullandığını ve bir kişi de bıraktığını belirtmişlerdir.

Tanı koyulmuş bir hastalıklarının olmasına karşın (%33.3 n=40) erkeklerin çoğu (%83.0) ancak bir sorunları olduğu zaman sağlık kuruluşuna gittiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.1.2'de kronik hastalığı olan erkeklerin ailelerinde de bir kronik hastalığın olma durumuna Tablo 4.1.3'te daha ayrıntılı bakılmıştır.

Tablo 4.1.3. Erkeklerin Kronik Hastalığı Olma Durumunun Ailesinde Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre Dağılımı

ERKEKLERDE KRONİK HASTALIK DURUMU	AİLEDE KRONİK HASTALIK DURUMU						ÖNEMLİLİK TESTİ
	VAR		YOK		TOPLAM		
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
VAR	28	70.0	12	30.0	40	100.0	Fisher Test X^2=15.81 p=0.00
YOK	25	31.6	54	68.4	79	100.0	
TOPLAM	53	44.5	66	55.5	119	100.0	

Kronik hastalığı olan erkeklerin %70.0'inin ailesinde de kronik bir hastalık bulunurken, olmayanların (%68.4) ailelerinde de kronik bir hastalık bulunmamaktadır. Erkeklerin kronik hastalığı olma durumu ile ailesinde kronik

hastalık olma durumu yönünden gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli ($p<0.05$) bulunmuştur.

Tablo 4.1.4'te araştırmaya katılan 45-65 yaş erkeklerin sağlığa ilişkin görüşleri, sağlığı tanımlamaları, sağlığın kendileri için önemli olduğunu belirten örnekleri ve sağlıklarını nasıl algıladıklarına ilişkin veriler yer almaktadır.

Tablo 4.1.4. Erkeklerin Sağlığa İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

SAĞLIĞA İLİŞKİN GÖRÜŞLER	**SAYI**	**%**
Sağlığın Önemli Olma Durumu	**n=120**	
Önemli	115	95.8
Önemli değil	5	4.2
Sağlığın Önemli Olduğunu Belirten Örnek Özelliği	**n=101[1]**	
Eylem içerikli	63	62.0
Amaç/hedef içerikli	38	38.0
Sağlığın Tanımı	n=120	
Sağlık her şeydir, en önemli şeydir	46	38.3
Hastalık olmaması, sağlıklı olmak	34	28.3
Kendini iyi hissetmek-özgür olmak	22	18.3
Yanıtsız	13	10.9
Dengeli beslenme-spor-kontroller	4	3.3
Hiç doktora gitmemek	1	0.9
Bugünkü Sağlık Durumu Algılaması	n=120	
Çok iyi	22	18.3
İyi	90	75.0
Kötü	8	6.7
Bugünkü Sağlık Durumunu Yaşıtlarına Göre Algılaması	n=120	
Çok iyi	29	24.2
İyi	82	68.3
Kötü	9	7.5

[1]Yüzdeler n sayısına göre alınmıştır.

Erkeklerin yaklaşık tamamı (%95.8) sağlığın önemli olduğunu belirtmişlerdir. Gruptan, sağlıklarının önemli olduğunu belirten bir örnek vermeleri istendiğinde, örnek veren 101 erkeğin yanıtları iki grupta toplanmıştır.

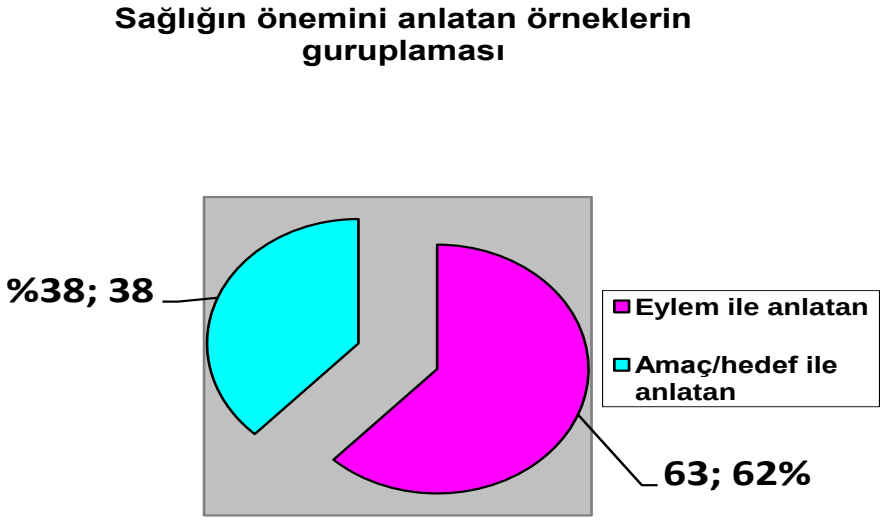
Bunlardan ilk grup, sağlığın önemi için bir eylem içeren örnekler olduklarından "eylem içerikli" grubunda toplanmıştır. Örneğin: Kendime iyi bakıyorum, sağlıklı ve düzenli beslenmeye dikkat ederim, doktor kontrolune giderim,

sigara içmem, yürüyüş yaparım, beslenme ve temizliğe önem veririm, düzenli kahvaltı yapmak, düzenli yaşam, dengeli beslenme spor yapma ve düzenli cinsel ilişki gibi.

Diğer grup bir amaç/hedef içeren örnekler olarak "amaç/hedef içerikli" grubunda toplanmıştır. Örneğin: Huzur ve mutlu olmak için, çocuklara bakabilmek için, sorunsuz hayat için, torunlar ile oynamak için, yapmak istediğim şeyleri yapmak için, zinde kalmak için, her şeyden tat alabilmek için, uzun ömürlü olabilmek, ölümden korkuyorum, ağrısız bir yaşam iyi olma durumu, iyi bir aile düzenine sahip olmak, kendimi seviyorum, beslenmemden kısıtlama olmaması, günlük ihtiyaçları tek başına giderme, hayat doluyum, sağlık her şeydir, sağlık her zaman bulunmaz, yaşamak güzel, vucütta ki tüm organların sağlıklı olması, sağlığı varlığa tercih ederim gibi.

Buna göre verdikleri örnekte sağlık için bir eylem belirtenler %62.0 ve sağlığı yaşamlarındaki bir hedef ile bağdaştıranlar %38.0 dir. Bu bulgular Grafik 1'de verilmektedir.

Grafik 1 Erkeklerin Sağlıklarının Önemli Olduğunu Anlatan Örneklerin Dağılımı



Erkeklerin “sağlık” tanımına verdikleri yanıtlar incelendiğinde (Tablo 4.1.4); ilk sırada (%38.3) “sağlık her şeydir en önemli şeydir” gibi çok genel bir ifade kullanırlarken, %28.3’ü “hastalık olmaması, sağlıklı olmak” gibi daha somut bir ifade kullanmışlardır. Tanı koyulmuş bir hastalıklarının olmasına karşın grubun çoğunluğu (%75.0) sağlık durumunu “iyi” olarak ve hatta yaşıtlarına göre de “daha iyi” olarak (%68.3) algıladıkları belirlenmiştir**.**

Erkeklerin sağlıklarını koruma konusunda kitle iletişim araçlarından yararlanma durumu Tablo 4.1.5’te verilmektedir.

Tablo 4.1.5. Erkeklerin Sağlıklarını Koruma Konusunda Yazılı ve Görsel Kitle İletişim Araçlarından Yararlanma Durumlarının Dağılımı

KİTLE İLETİŞİM ARAÇLARINDAN YARARLANMA	**SAYI**	**%**
Sağlıkla İlgili Kitap, Dergi, Gazete Okuma	**n=120**	
Çoğu zaman	26	21.7
Bazen	47	39.2
Çok nadir	32	26.6
Okumuyor	14	11.6
Yanıtsız	1	0.9
Sağlık Konusunda Kitle İletişim Araçlarını Takip Etme	n=120	
Çoğu zaman	26	21.7
Bazen	47	39.2
Çok nadir	32	26.7
Takip etmiyor	14	11.6
Yanıtsız	1	0.9

Tablo 4.1.5’deki veriler “çoğu zaman” ve “bazen” yanıtları birleştirilerek değerlendirildiğinde erkeklerin %60.9’unun hem kitle iletişim araçlarını takip ettikleri hem de sağlıkla ilgili kitle iletişim araçlarını okudukları belirlenmiştir.

4.2. Erkeklerin Yaşa Özgü Fiziksel Değişikliklere Yönelik Sağlığı Geliştirme Davranışlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmada yer alan erkeklerin yaşlarına özgü yaşadıkları fiziksel değişikliklere yönelik sağlığı geliştirme davranışlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Araştırmaya katılan erkeklerin yaşa özgü fiziksel deşikliklerden görme ve göz sağlığını geliştirmeye ilişkin bulgular ve bağımsız değişkenlerle ilişkisi Tablo 4.2.1 ve 4.2.4'de verilmiştir.

Tablo 4.2.1. Erkeklerin Görme ile İlgili Sağlık Durumu ve Göz Sağlığını Geliştirme Davranışlarının Dağılımı

GÖRME SAĞLIĞI ÖZELLİKLERİ	**SAYI**	**%**
Görme Sorunu	**n=120**	
Yok	61	50.8
Var	58	48.3
Yanıtsız	1	0.9
Var olan Görme Sorunu	**n=58[1]**	
Kolay okuyamama	42	65.8
Net görememe	21	32.9
Göz yaşarması	1	1.6
Gözlük Kullanma Durumu	**n=120**	
Kullanıyor	81	67.5
Kullanmıyor	38	31.6
Yanıtsız	1	0.9
Kullanılan Gözlük Türü	**n=81[1]**	
Yakın gözlüğü	53	50.9
Güneş gözlüğü	35	33.7
Uzak gözlüğü	16	15.4
Yakın Gözlüğü Kontrol Sıklığı	**n=53**	
Her yıl	19	35.8
Hiç kontrole gitmiyor	14	26.4
6 ayda bir	8	15.0
2 yılda bir	4	7.5
Sorun olursa	5	9.5
Ara sıra- kontrol zamanı	3	5.8

Tablo 4.2.1. (devamı) Erkeklerin Görme ile İlgili Sağlık Durumu ve Göz Sağlığını Geliştirme Davranışlarının Dağılımı

Uzak Gözlüğü Kontrol Sıklığı	n=16	
Her yıl	7	43.7
Hiç kontrole gitmiyor	3	18.8
6 ayda bir	2	12.5
Sorun olursa	2	12.5
Diğer[2]	2	12.5
Güneş Gözlüğü Kullanma Nedeni	n=35	
Güneş etkisinden korunmak	27	77.1
Araba kullanmak	5	14.3
Diğer 3	2	5.7
Yanıtsız	1	2.9

[1] Birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdeler n sayısına göre alınmıştır.
[2] Üç yılda bir ve ara sıra ifadeleri diğer seçeneği içinde yer almaktadır.
[3] Katarakt ve gözün rahatlaması gibi yanıtlar diğer seçeneği içinde yer almaktadır.

Tablo 4.2.1.'de erkeklerin yaklaşık yarısının (%50.8, n=61) bir görme sorunları olmadığını belirtmişlerdir. Göz ve görme sağlıklarını güneş gözlüğü kullanarak koruyanlar %33.7'dir (35 kişi). Erkeklerden güneş gözlüğü kullanan 35 kişinin 27'si (%77.1) gözlüğü güneşin etkisinden korunmak için kullandıklarını ifade etmişlerdir.

Erkeklerin %48.3'ünde (58 kişi) bir görme sorunu bulunmaktadır. Görme sorunları içinde en fazla %65.8 (n=42) ile "kolay okuyamama" sorunu dile getirilmiştir. Kolay okuyamama sorunu yaşayan bu 42 kişiden daha fazla kişi %50.9 (n=53) yakın gözlüğü kullandıklarını belirtmişlerdir. Aradaki bu 11 kişinin bir yakın görme sorunu tanımlamadığı halde, yakın gözlüğü kullandığı dikkat çekmektedir. Erkeklerden yakın gözlüğü kullanan 53 kişinin ancak 19'unun (%35.8) istendik bir davranışta (her yıl) göz kontrolune gittiği, 34 kişinin (%64.2) (diğer yanıtlar birleştirilerek bakılmıştır) istenmedik bir davranışta göz kontrolune gittiği saptanmıştır. Yakın gözlüğü kullanan 14 kişinin (%26.4) hiç kontrole gitmedikleri dikkat çekmiştir (Tablo 4.2.1).

Diğer taraftan net görememe gibi bir sorunları olduğunu belirten 21 kişinin (%32.9) 16'sının (%15.4) uzak gözlüğü kullandığı belirlenmiştir. Uzak gözlüğü kullanan bu grubun yarıya yakınının (%43.7) her yıl düzenli kontrole gittiği ve %18.8'inin hiç kontrole gitmediği görülmüştür.

Erkeklerin kendi aralarında yaşlarına göre görme sorunlarında bir fark olup olmadığına Tablo 4.2.2.'de bakılmıştır.

Tablo 4.2.2. Erkeklerin Yaş Gruplarına Göre Görme Sorunu Olma Durumunun Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	GÖRME SORUNU OLMA DURUMU						ÖNEMLİLİK TESTİ
	VAR		YOK		TOPLAM		
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
45-49	17	31.5	37	68.5	54	100.0	X^2=11.79 p=0.0006
50 ve üzeri	41	63.1	24	36.9	65	100.0	
TOPLAM	58	48.7	61	51.3	119	100.0	

Araştırmanın yapıldığı 45-65 yaş grubu erkeklerin kendi aralarında yaşa bağlı olarak görme sorununda bir fark olup olmadığına bakıldığında 45-49 yaş grubundaki erkeklerin 17'si (%31.5), 50 yaş üzerindeki erkeklerin 41'i (%63.1) görme sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yaş gruplarına göre görme sorunu olma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak önemli ($p<0.05$) bulunmuştur.

Erkeklerin görme sorunu yaşadıklarında yaşlarına göre kontrole gitme davranışlarına Tablo 4.2.3'de bakılmıştır.

Tablo 4.2.3 Erkeklerin Yaş Gruplarına Göre Görme Sorunu Olduğunda Kontrole Gitme Durumunun Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	YAKIN GÖRME SORUNU İÇİN KONTROLE GİTME DURUMU						ÖNEMLİLİK TESTİ
	KONTROLE GİDEN		KONTROLE GİTMEYEN		TOPLAM		
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
45-49	3	25.0	9	75.0	12	100.0	LHR*=4.61 p=0. 71
50 ve üzeri	17	41.5	24	58.5	41	100.0	
TOPLAM	20	51.3	33	48.7	63	100.0	

* Beklenen 5'den küçük değer fazla olduğundan Likelihood Ratio değeri alınmıştır.

Erkeklerin yakını görme sorunu yaşadıklarında yaşlarına göre kontrole gitme davranışlarında bir fark olup olmadığına bakıldığında, yaş grupları arasındaki sayısal bir fark görülse de bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0.05$).

Erkeklerin sağlığın önemine ilişkin verdikleri örnekte sağlığı bir eylem ya da hayattaki bir amaç ile bağdaştırdıklarına göre yakın gözlüğü için kontrellere gitmeleri arasındaki ilişkiye Tablo 4.2.4'de bakılmıştır.

Tablo 4.2.4. Erkeklerin Sağlığın Önemini Belirtmek İçin Verdiği Örnek Özelliğine Göre Yakın Gözlüğü Kullananların Kontrole Gitme Durumlarının Dağılımı

SAĞLIĞIN ÖNEMİNE İLİŞKİN ÖRNEK ÖZELLİĞİ	YAKIN GÖRME İÇİN KONTROLE GİTME DURUMU						ÖNEMLİLİK TESTİ
	KONTROLE GİDEN		KONTROLE GİTMEYEN		TOPLAM		
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
EYLEM İÇERİKLİ	15	41.6	21	58.4	36	100.0	X^2=3.54 p=0.83
AMAÇ İÇERİKLİ	3	33.4	6	66.6	9	100.0	
TOPLAM	18	40.0	27	60.0	45*	100.0	

* 19 kişi sağlığın önemine ilişkin örnek vermemiştir.

Erkeklerin sağlığın önemine ilişkin verdikleri örnekte sağlıklarını "eylem" içerikli anlatan 15 kişi (%41.6), "amaç" içerikli anlatan 3 kişi (%33.4) yakın gözlükleri için kontrole gitmekte "istendik" bir davranış (yılda bir kez) sergilemişlerdir. İki grup arasında sayısal bir fark görülse de bu fark istatistiksel olarak önemli ($p>0.05$) bulunmamıştır.

Erkeklerin sağlıklarını algılamalarına göre yakın gözlüğü kullananların kontrola gitme durumlarının dağılımı Tablo 4.2.5'e yer almaktadır.

Tablo 4.2.5. Erkeklerin Kendi Sağlıklarını Algılamalarına Göre Yakın Gözlüğü Kullananların Kontrole Gitme Durumlarının Dağılımı

SAĞLIĞINI ALGILAMA	YAKIN GÖRME İÇİN KONTROLE GİTME DURUMU						ÖNEMLİLİK TESTİ
	KONTROLE GİDEN		KONTROLE GİTMEYEN		TOPLAM		
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
ÇOK İYİ	2	40.0	3	60.0	5	100.0	$X^{2*}=5.13$ $p=0.98$
İYİ	16	41.6	28	63.6	44	100.0	
KÖTÜ	1	33.4	2	66.7	3	100.0	
TOPLAM	19	36.5	33	63.5	52	100.0	

*Pearson X^2 testi sonucudur.

Sağlıklarını "çok iyi" algılayan 2 kişi (%40.0), "iyi" algılayan 16 kişi (%36.4), ve "kötü" algılayan 1 kişi (%33.0) yakın gözlükleri için kontrole gitmekte "istendik" bir davranış (yılda bir kez) sergilemişlerdir. Üç grup arasında sayısal bir fark görülse de bu fark istatistiksel olarak önemli ($p>0.05$) bulunmamıştır.

Erkeklerin yaşa özgü fiziksel deşikliklerden işitme sağlığı ve geliştirilmesine ilişkin bulgular Tablo 4.2.6 ve 4.2.7'da yer almaktadır.

Tablo 4.2.6. Erkeklerin İşitme ile İlgili Sağlık Durumuna Göre İşitme Sağlığını Geliştirme Davranışlarının Dağılımı

İŞİTME SAĞLIĞI ÖZELLİKLERİ	**SAYI**	**%**
İşitme Sorunu Olma Durumu	**n=120**	
Yok	101	84.2
Var	19	15.8
Var Olan İşitme Sorunu	**n=19**	
İşitmede azalma	15	79.0
Otitis Media ve Kulak Çınlaması	2	10.5
Yanıtsız	2	10.5
İşitme Aleti Kullanma Durumu	n=120	
Kullanmıyor	110	91.6
Kullanıyor	5	4.2
Yanıtsız	5	4.2
İşitme Aleti Kontrol Sıklığı	n=5	
Alet bozulduğu zaman	3	60.0
Hiç kontrole gitmiyor	2	40.0

Tablo 4.2.6'de erkeklerin çoğunun (%84.2) işitme sorunu tanımlamadıkları ve dolayısı ile işitme aleti kullanmadıkları (%91.6) belirlenmiştir. Bunun yanında işitme sorunu olduğunu belirten 19 kişiden 15'i (%15.8), işitmelerinde azalma olduğunu fark ettiklerini belirtmişlerdir. İşitmede azalma sorunu tanımlayan bu kişilerin ancak 5'inin işitme aleti kullanma aşamasında olduğu ve bu 5 kişiden hiç kimsenin işitme sorunları için kontrole gitmekte "istendik" bir davranış (yılda bir kez) sergilemedikleri görülmektedir.

Tablo 4.2.7'da erkeklerin yaşa özgü fiziksel deşikliklerden işitme sağlığı ve geliştirilmesine ilişkin bulguların yaş gruplarına göre önemlilik testi yer almaktadır.

Tablo 4.2.7. Erkeklerin Yaş Gruplarına Göre İşitme Sorunu Olma Durumunun Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	İŞİTME SORUNU OLMA DURUMU						ÖNEMLİLİK TESTİ
	VAR		YOK		TOPLAM		
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
45-49	6	10.7	50	89.3	56	100.0	X^2=2.065 p=0.1507
50 ve üzeri	13	20.3	51	79.7	64	100.0	
TOPLAM	19	15.8	101	84.2	120	100.0	

Erkeklerin yaşları ilerledikçe işitme kaybı olma durumlarında da bir artışın olduğu (%10.7 ve %20.3) görülmektedir. Yaş grupları ile işitme sorunu olma durumu arasında sayısal bir fark görülse de, fark istatistiksel olarak önemli ($p>0.05$) bulunmamıştır.

İşitme aleti kullanan 5 kişiden hiç biri kontrole gitmediğinden, sağlığın önemine ilişkin verilen örnek özelliği ve sağlığın algılanması değişkenleri ile karşılaştırmaları yapılmamıştır.

Tablo 4.2.8 ve 4.2.9'de erkeklerin ağız ile ilgili sağlık durumu ve ağız sağlığını geliştirme davranışlarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.2.8. Erkeklerin Ağız ile İlgili Sağlık Durumu ve Ağız Sağlığını Geliştirme Davranışlarının Dağılımı

AĞIZ SAĞLIĞI ÖZELLİKLERİ	SAYI	%
Ağız Sorunu Olma Durumu	**n=120**	
Yok Var	92 28	76.7 23.3
Var Olan Ağız Sorunu	**n=28**	
Diş Çürüğü	10	35.7
Kanama	6	21.4
Eksik diş	3	10.7
Diş tedavisine ilişkin sorunlar	3	10.7
Diş eti çekilmesi	2	7.1
Ağız kokusu	1	3.6
Dilde beyazlaşma	1	3.6
Çene kayması	1	3.6
Yanıtsız	1	3.6
Diş Fırçalarken Diş Eti Kanaması	**n=120**	
Kanamıyor	56	46.7
Bazen kanıyor	52	43.3
Sık kanıyor	9	7.5
Yanıtsız	3	2.5
Takma Diş Kullanma Durumu	**n=120**	
Kullanmıyor	78	65.0
Kullanıyor	41	34.2
Yanıtsız	1	0.8
Takma Diş Kontrolüne Gitme Durumu	**n=41**	
Bir sorun olduğu zaman	29	70.7
Yanıtsız	5	12.1
Hiç kontrole gitmiyor	4	9.8
Genel kontrol zamanında	3	7.3
Diş Hekimine Gitme Durumu	**n=120**	
Bir sorun olduğu zaman	106	88.4
Kontrol için belirlenen tarihte	11	9.2
Parası olduğu zaman	1	0.8
Yanıtsız	2	1.6

Erkeklerin çoğunun (%76.7) bir ağız sorunu olmadığı belirlenmiştir. Diğer taraftan yine grubun çoğu (88.4) diş hekimine “bir sorun olduğu zaman” gittiklerini belirtmişlerdir.

Ancak gruptaki erkeklerin yaklaşık 1/4’i (%23.3) diş sağlığı sorunları yaşamaktadır. Yaşanan sorunların ilk iki sırasında diş çürüğü (%35.7) ve diş eti

kanaması (% 21.4) yer almaktadır. Grupta 41 kişinin (%34.2), (yaklaşık her 3 kişiden 1'inin) takma diş kullandığı ve bunların %68.3'ünün (28 kişi) "herhangi bir sorun olduğu zaman " takma dişleri için kontrolüne gittiği saptanmıştır.

Araştırmaya katılan erkeklerin ağız sağlığı ve geliştirilmesine ilişkin bulgularının yaş gruplarına göre önemlilik testi Tablo 4.2.9'de verilmiştir.

Tablo 4.2.9. Erkeklerin Yaş Gruplarına Göre Ağız Sağlığı Sorunu Olma Durumunun Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	AĞIZ SORUNU OLMA DURUMU						ÖNEMLİLİK TESTİ
	VAR		YOK		TOPLAM		
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
45-49	10	18.2	45	81.8	55	100.0	X^{2*}=9.45 p=0.37
50-54	8	30.8	18	69.2	26	100.0	
55-59	9	30.0	21	70.0	30	100.0	
60 ve üzeri	1	20.3	8	88.9	9	100.0	
TOPLAM	28	23.3	92	76.7	120	100.0	

*Pearson X^2 testi sonucudur.

Erkeklerde yaşları arttıkça ağız sorunlarının arttığı, 55 ve üzerinde ise sorunların azaldığı dikkati çekmektedir. Erkeklerin yaş grupları ile ağız sorunu olma durumu yönünden gruplar arasındaki bu sayısal farkın, istatistiksel olarak önemli ($p>0.05$) bulunmamıştır. Erkeklerin %89.2'si, takma dişi olanların %87.8'i istendik düzende kontrole gitmediklerinden ağız sağlığı konusunda "kontrole gitme" değişkeni ilişkisine istatistiksel olarak bakılmamıştır.

Erkeklerin sağlıklarını korumak ve geliştirmek için güneşten korunmaya yönelik yaptıkları uygulamalar Tablo 4.2.10 ve 4.2.11'de sunulmaktadır.

Erkeklerin sağlıklarını korumak ve geliştirmek için güneşten korunmaya yönelik yaptıkları uygulamaların dağılımı Tablo 4.2.10'da yer almaktadır.

Tablo 4.2.10. Erkeklerin Güneşten Korunmaya Yönelik Uygulamalarının Dağılımı

GÜNEŞTEN KORUNMA UYGULAMALARI	SAYI	%
Uygulama Yapma Durumu	**n=120**	
Yapan	69	57.5
Yapmayan	51	42.5
Yapılan Uygulamalar	**n=69[1]**	
Siperli şapka	47	68.1
Güneş gözlüğü	42	60.8
Koruyucu krem	12	17.4

[1] Birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdeler n sayısına göre alınmıştır.

Tablo 4.2.10 verilerine göre erkeklerin %42.5'i (51 kişi) güneşten korunmak için herhangi bir uygulama yapmadıklarını belirtmişlerdir. Diğer taraftan yarıdan fazlası (%57.5) korunmada en az bir uygulama yaptıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan uygulamalar arasında ilk iki sırada siperlikli şapka (%68.1) takma ve güneş gözlüğü kullanma (%60.8) yer almaktadır.

Tablo 4.2.11'da erkeklerin yaş gruplarına göre güneşten korunma uygulamalarının dağılımı verilmektedir.

Tablo 4.2.11. Yaş Guruplarına Göre Güneşten Korunma Uygulamalarının Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	GÜNEŞTEN KORUNMAK İÇİN UYGULAMA						ÖNEMLİLİK TESTİ
	YAPAN		YAPMAYAN		TOPLAM		
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
45-49	34	61.8	21	38.2	55	100.0	X^{2*}=1.26 p=0.73
50-54	15	57.7	11	42.3	26	100.0	
55-59	16	53.3	14	46.7	30	100.0	
60 ve üzeri	4	44.4	5	55.6	9	100.0	
TOPLAM	69	57.5	51	42.5	120	100.0	

*Pearson X^2 testi sonucudur.

Erkeklerin 45-49 yaş grubu güneşten korunmak için en fazla çaba gösterirken (%61.8), 60 yaş ve üzeri grubunun en az çaba gösterenler olduğu (%44.4)

saptanmıştır. Erkeklerin yaş guruplarına göre güneşten korunma uygulamaları sayısal bir fark göstermekteyse de (60 yaş ve üstü grubu hariç), fark istatistiksel olarak önemli (p>0.05) bulunmamıştır.

Tablo 4.2.12. Erkeklerin Sağlığın Önemini Belirtmek İçin Verdiği Örnek Özelliğine Göre Güneşten Korunmak İçin Aldıkları Önlemlerin Dağılımı

SAĞLIĞIN ÖNEMİNE İLİŞKİN ÖRNEK ÖZELLİĞİ	GÜNEŞTEN KORUNMAK İÇİN UYGULAMA						ÖNEMLİLİK TESTİ
	YAPAN		YAPMAYAN		TOPLAM		
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
EYLEM İÇERİKLİ	44	65.7	23	34.3	67	100.0	X^2=0.622 p=0.4304
AMAÇ İÇERİKLİ	19	57.6	14	42.4	33	100.0	
TOPLAM	63	63.0	37	37.0	100	100.0	

Görüldüğü gibi, erkeklerin sağlığın önemine verdikleri örnekte eylem içerenlerin %65.7'si, amaç içerenlerin %57.6'sı güneşten korunmak için bir uygulama yaptıkları görülmüştür. Erkeklerin sağlığın önemine ilişkin verdikleri örneğin içeriği yönünden gruplar arasındaki bu sayısal fark, istatistiksel olarak önemli (p>0.05) bulunmamıştır.

Erkeklerin sağlıklarını algılamaları ile güneşten korunma uygulamalarının dağılımı Tablo 4.2.13'de yer almaktadır.

Tablo 4.2.13. Erkeklerin Kendi Sağlıklarını Algılamalarına Göre Güneşten Korunma Uygulamalarının Dağılımı

SAĞLIĞINI ALGILAMA	GÜNEŞTEN KORUNMAK İÇİN UYGULAMA						ÖNEMLİLİK TESTİ
	YAPAN		YAPMAYAN		TOPLAM		
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
ÇOK İYİ	16	72.7	6	27.3	22	100.0	LHR*=3.04 p=0. 21
İYİ	50	54.9	41	45.1	91	100.0	
KÖTÜ	3	42.9	4	57.1	7	100.0	
TOPLAM	69	57.5	51	42.5	120	100.0	

* Beklenen 5'den küçük değer fazla olduğundan Likelihood Ratio değeri alınmıştır.

Erkeklerin sağlıklarını "çok iyi" olarak algılamaktan (%72.7), "kötü" olarak algılanmaya gidildikçe güneşten korunmak için alınan önlemlerde de azalma (%42.9) belirlenmiştir. Erkeklerin sağlıklarını algılamaları ile güneşten korunma uygulamaları yönünden gruplar arasında görülen bu sayısal fark istatistiksel olarak önemli ($p>0.05$) bulunmamıştır.

Orta yaş erkeklerin yaşa özgü yaşayabilecekleri değişikliklerden bir başkası da üriner boşaltımla ilgilidir. Üriner boşaltımla ilgili sağlık durumu ve ilgili sağlığı geliştirme davranışları Tablolar 4.2.14-4.2.18'de verilmektedir.

Tablo 4.2.14. Erkeklerin Üriner Boşaltım ile İlgili Sağlık Durumu ve Üriner Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Dağılımı

ÜRİNER BOŞALTIM SAĞLIĞI ÖZELLİKLERİ	SAYI	%
İdrar Yaparken Değişiklik Olma Durumu	**n=120**	
Olmadı	99	82.5
Oldu	21	17.5
İdrar Yaparken Yaşanan Değişiklikler	**n=21[1]**	
Kesik kesik idrar yapma	9	42.9
Gece sık tuvalete kalkma	9	42.9
Ağrılı idrar yapma	8	38.1
Uzun süre idrar yapma	3	14.3
İdrar Yaparken Yaşanan Değişiklikler İçin Yapılanlar	**n=21**	
Doktora giden	12	57.1
Bir şey yapmayan	5	23.8
Yaş icabı deyip bir şey yapmayan	3	14.3
Yanıtsız	1	4.8

[1] Bir'den fazla yanıt verilmiştir. Yüzdeler n sayısına göre alınmıştır.

Erkeklerin çoğunluğu (%82.5) idrar yaparken bir değişiklik yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Değişiklik yaşayan erkeklerin (21 kişi) en sıklıkla yaşadıkları sorunların "kesik kesik idrar yapma" (9 kişi), "gece sık tuvalete kalkma" (9 kişi) ve "uzun sürede idrar yapma" (3 kişi) gibi belirtiler tanımlamışlardır. Bunun yanında, bu sorunları yaşayan 21 erkekten 12'si (%57.1)'i doktora gittiği, 8'inin ise (%38.1) hiç bir şey yapmadığı saptanmıştır. Üç kişinin kendisinde fark ettiği bu değişiklikleri "yaş icabı" olarak düşündüğü dikkat çekmiştir.

Erkeklerin idrar yaparken fark ettikleri değişikliklerin yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4.2.15'da yer almaktadır.

Tablo 4.2.15. Erkeklerin Yaş Gruplarına Göre İdrar Yaparken Değişiklik Olma Durumunun Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	İDRAR YAPARKEN DEĞİŞİKLİK OLMA DURUMU						ÖNEMLİLİK TESTİ
	OLDU		OLMADI		TOPLAM		
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
45-49	4	7.3	51	92.7	55	100.0	LHR*=9.45 p=0.02
50-54	8	30.8	18	69.2	26	100.0	
55-59	8	26.7	22	73.3	30	100.0	
60 ve üzeri	1	11.1	8	88.9	9	100.0	
TOPLAM	21	17.5	99	82.5	120	100.0	

* Beklenen 5'den küçük değer fazla olduğundan Likelihood Ratio değeri alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan erkeklerin, 45-54 yaş grubu aralığında idrar yaparken fark ettikleri değişikliklerin yaş ilerledikçe arttığı, 55 yaş ve üzerinde ise değişikliğin azaldığı dikkati çekmektedir. Erkeklerin yaş grupları ile idrar yaparken değişiklik olma durumu yönünden gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da önemli ($p<0.05$) bulunmuştur.

Tablo 4.2.16. Erkeklerin Yaş Gruplarına Göre İdrar Yaparken Fark Ettikleri Değişiklikler İçin Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	İDRAR YAPARKEN DEĞİŞİKLİK İÇİN UYGULAMA						ÖNEMLİLİK TESTİ
	KONTROLE GİDEN		BİR ŞEY YAPMAYAN		TOPLAM		
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
45-49	3	60.0	2	40.0	5	100.0	LHR*=5.22 p=0.51
50-54	4	57.1	3	42.9	7	100.0	
55-59	5	62.5	3	37.5	7	100.0	
60 ve üzeri	1	100.0	0	0.0	1	100.0	
TOPLAM	13	61.9	8	38.1	21	100.0	

* Beklenen 5'den küçük değer fazla olduğundan Likelihood Ratio değeri alınmıştır.

Görüldüğü gibi erkekler en yüksek (%62.5) 55-59 yaş gurubunda bir sorun olduğunda doktora başvurmaktadırlar. Erkeklerin yaş guruplarına göre idrar yaparken fark ettikleri değişikliklere yönelik yaptıkları uygulamaları istatistiksel olarak önemli ($p>0.05$) bulunmamıştır.

Tablo 4.2.17. Erkeklerin Sağlığın Önemini Belirtmek İçin Verdiği Örnek Özelliğine Göre İdrar Yaparken Yaşanan Değişiklikler İçin Yapılanların Dağılımı

SAĞLIĞIN ÖNEMİNE İLİŞKİN ÖRNEK ÖZELLİĞİ	İDRAR YAPARKEN DEĞİŞİKLİKLER İÇİN YAPILANLAR						ÖNEMLİLİK TESTİ
	KONTROLE GİDEN		KONTROLE GİTMEYEN		TOPLAM		
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
EYLEM İÇERİKLİ	8	65.7	4	34.3	12	100.0	LHR[1]=3.49 p=0.34
AMAÇ İÇERİKLİ	2	57.6	2	42.4	4	100.0	
TOPLAM	10	62.5	6	37.5	16[2]	100.0	

[1] Beklenen 5'den küçük değer fazla olduğundan Likelihood Ratio değeri alınmıştır.
[2] Sağlığın algılanmasına 19 kişi yanıt vermemiştir.

Sağlığın önemine ilişkin verdikleri örnekte eylem içeren erkekler, idrar yaparken yaşadıkları değişiklikler için %65.7 doktora giderken, örneklerinde amaç içeren erkeklerin %57.6'sinin doktora gitmedikleri belirlenmiştir. Erkeklerin eylem/amaç içeren yanıtları ile idrar yaparken fark ettikleri değişikliklerde doktora gitme (istendik uygulama) uygulamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli (p>0.05) bulunmamıştır.

Erkeklerin sağlıklarını algılama ile idrar yaparken fark ettikleri değişikliklerde uygulamalarının dağılımı Tablo 4.2.18'de yer almaktadır.

Tablo 4.2.18. Erkeklerin Sağlıklarını Algılamalarına Göre İdrar Yaparken Yaşanan Değişiklikler İçin Yapılanların Dağılımı

SAĞLIĞINI ALGILAMA	İDRAR YAPARKEN DEĞİŞİKLİKLER İÇİN YAPILANLAR						ÖNEMLİLİK TESTİ
	KONTROLE GİDEN		KONTROLE GİTMEYEN		TOPLAM		
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
ÇOK İYİ	1	50.0	1	50.0	2	100.0	LHR*=3.04 p=0. 21
İYİ	11	61.1	7	38.9	18	100.0	
KÖTÜ	1	100.0	0	0.0	1	100.0	
TOPLAM	13	61.9	8	38.1	21	100.0	

* Beklenen 5'den küçük değer fazla olduğundan Likelihood Ratio değeri alınmıştır.

Erkeklerin sağlıklarını "iyi" algılayanların %61.1'i idrar yaparken bir değişiklik fark ettiğinde doktora giderken, %38.9 (istendik davranış), "yaş icabı" ya da gerek görmedikleri için bir şey yapmamayı yeğlemişlerdir. Erkeklerin sağlıklarını algılamaları ile idrar yaparken fark ettikleri değişikliklerde uygulamaları yönünden gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli (p>0.05) bulunmamıştır.

Orta yaş erkekler için sağlığı geliştirmeye yönelik diğer bir konu da testis muayenesi ya da kendi kendine testis muayenesinin (K.K.T.M.) yapılmasıdır. Konuya ilişkin bulguları Tablolar 4.2.19 - 4.2.23'de verilmektedir.

Tablo 4.2.19. Erkeklerin Testis Sağlık Durumu ve Testis Sağlığını Geliştirme Davranışlarının Dağılımı

TESTİS SAĞLIĞI ÖZELLİKLERİ	SAYI	%
Testiste sorun olma durumu	**n=120**	
Olmadı	112	93.3
Oldu	8	6.7
Testislerde Olan Değişiklikler	n=8	
Büyüme	5	62.5
Sertlik	3	37.5
Testis Sorunu için Yapılanlar	n=8	%
Doktora giden	3	37.5
Yaş icabı deyip bir şey yapmayan	3	37.5
Bir şey yapmayan	2	25.0
Testis Muayenesi Yapma Durumu	n=120	
Yapmıyor	94	78.3
Yapıyor	24	20.0
Yanıtsız	2	1.7
Testis Muayenesi Yapma Şekli	n=24	
El ile Muayene	13	54.2
Yanıtsız	8	33.3
Boyutlarının eşitliğine bakan	3	12.5

Erkeklerin %93.3'ü testisleri ile ilgili bir sorunlarının olmadığını belirtmişlerdir. Her 5 erkekten birinin (%20.0) kendi kendine testis muayenesi yaptıkları (%78.3'ü yapmamaktadır) görülmüştür. Diğer taraftan testislerinde bir sorun ya da değişiklik olduğunu söyleyen 8 kişinin (%6.7) fark ettikleri sorunlar sırası ile testiste büyüme (5 kişi) ve serlik (3 kişi) şeklindedir. Testislerinde büyüme ya da sertlik tanımlayan 8 erkeğin 3'ü doktora giderken 5'inin bir şey yapmadıkları saptanmıştır. Bir şey yapmayanların 3'ü fark ettikleri bu değişiklikleri "yaş icabı" olarak düşünerek doktora gitmedikleri belirlenmiştir.

KKTM yapan 24 erkeğin 13'ü (54.2) kontrolü palpasyon yöntemi ile yaptıkları saptanmıştır.

Erkeklerin yaş gruplarına göre testis sorunu olma durumunun dağılımı Tablo 4.2.20'de yer almaktadır.

Tablo 4.2.20. Erkeklerin Yaş Gruplarına Göre Testis Sorunu Olma Durumunun Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	TESTİS SORUNU OLMA DURUMU						ÖNEMLİLİK TESTİ
	OLDU		OLMADI		TOPLAM		
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
45-49	1	1.8	54	98.2	55	100.0	LHR*=8.02 p=0.04
50 ve üzeri	6	9.5	57	90.5	63	100.0	
TOPLAM	7	5.9	111	94.1	118	100.0	

* Beklenen 5'den küçük değer fazla olduğundan Likelihood Ratio değeri alınmıştır.

Tabloda en fazla %9.5 ile 50 ve üzeri yaş grubundaki erkeklerin testis sorununun olduğu dikkat çekmektedir. Erkeklerin yaş grupları ile testis sorunu olma durumu yönünden gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli ($p>0.05$) bulunmamıştır.

Erkeklerin yaş gruplarına göre testislerinde bir sorun fark ettiklerinde kontrole gitme davranışlarına Tablo 4.2.21'da yer verilmektedir.

Tablo 4.2.21 Erkeklerin Yaş Gruplarına Göre Testis Sorunları İçin Yaptıkları Uygulamanın Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	TESTİS SORUNU İÇİN UYGULAMA						ÖNEMLİLİK TESTİ
	KONTROLE GİDEN		BİR ŞEY YAPMAYAN		TOPLAM		
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
45-49	0	0.0	1	100.0	1	100.0	LHR*=1.53 p=0.46
50 ve üzeri	3	42.0	4	47.2	7	100.0	
TOPLAM	3	5.9	111	94.1	118	100.0	

* Beklenen 5'den küçük değer fazla olduğundan Likelihood Ratio değeri alınmıştır.

Tablo 4.2.21'da erkeklerin testislerinde farklılık saptadıkları durumda yaşa göre istendik sağlık davranışı sergileme durumlarına bakıldığında, yaş grupları ile testis sorunu için kontrola gitme arasında fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.2.22'de erkeklerin sağlığın önemini belirtmek için verdikleri örneğin özelliğine ve Tablo 4.2.23'de erkeklerin kendi sağlıklarını algılamalarına göre testis sorunu olma durumunda yaptıklarına ilişkin veriler yer almaktadır

Tablo 4.2.22. Erkeklerin Sağlığın Önemini Belirtmek İçin Verdiği Örnek Özelliğine Göre Testis Sorunu Olma Durumunda Yaptıklarının Dağılımı

SAĞLIĞIN ÖNEMİNE İLİŞKİN ÖRNEK ÖZELLİĞİ	TESTİS SORUNU İÇİN UYGULAMA						ÖNEMLİLİK TESTİ
	KONTROLE GİDEN		BİR ŞEY YAPMAYAN		TOPLAM		
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
EYLEM İÇERİKLİ	1	20.0	4	80.0	5	100.0	LHR[1]=1.08 P= 0.58
AMAÇ İÇERİKLİ	1	50.0	1	50.0	2	100.0	
TOPLAM	2	28.6	5	71.4	7[2]	100.0	

[1] Beklenen 5'den küçük değer fazla olduğundan Likelihood Ratio değeri alınmıştır.
[2] Sağlığın algılanmasına 19 kişi yanıt vermemiştir.

Erkeklerin sağlığın önemine ilişkin verdikleri örneğin eylem ya da amaç içerikli olmasının göre testislerinde bir sorun saptadıkları durumda doktora gidenler ile bir şey yapmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli (p>0.05) bulunmamıştır.

Tablo 4.2.23. Erkeklerin Kendi Sağlıklarını Algılamalarına Göre Testis Sorunu Olduğunda Kontrola Gitme Durumunun Dağılımı

SAĞLIĞINI ALGILAMA	TESTİS SORUNU İÇİN UYGULAMA						ÖNEMLİLİK TESTİ **
	KONTROLE GİDEN		BİR ŞEY YAPMAYAN		TOPLAM		
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
ÇOK İYİ	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
İYİ	3	37.5	5	62.5	8	100.0	
KÖTÜ	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
TOPLAM	3	61.9	5	38.1	8	100.0	

* Beklenen 5'den küçük değer fazla olduğundan Likelihood Ratio değeri alınmıştır.

** Önemlilik testi yapılamamıştır

Tablo 4.2.23'de erkeklerin kendi sağlıklarını algılamalarına göre testis sorunu için kontrole gidenlerin dağılımı yer almaktadır. Tablo'da erkeklerden sağlık algılamalarına " iyi" diyenlerin %37.5'i testis sorunu için kontrole gitmiştir. Erkeklerin sağlıklarını algılamaları ile testis sorunları olma durumu yönünden istatistiksel bir değerlendirme yapılamamıştır.

Orta erişkinlik döneminde 50 yaşından sonra kolon ve rektumda da erken tanı yönünden önemli değişikliklerin yaşanabilmesi ile bağırsak boşaltım sağlığına ilişkin uygulamalara bakılmıştır. Orta yaş erkek grubunda yaşa paralel bağırsakta beklendik bazı fiziksel değişikliklerin birey tarafından fark edilmesi ve/veya önlem alınmasına ilişkin veriler Tablo 4.2.24'de yer almaktadır.

Tablo 4.2.24. Erkeklerin Bağırsak Boşaltımı ile İlgili Sağlık Durumu ve Bağırsak Sağlığını Geliştirme Davranışlarının Dağılımı

BAĞIRSAK BOŞALTIM SAĞLIĞI ÖZELLİKLERİ	SAYI	%
Bağırsak Sorunu Olma Durumu	**n=120**	
Olmadı	97	80.8
Oldu	23	19.2
Olan Bağırsak Sorunu	**n=23**	
Kabızlık	12	52.2
Kanama	10	43.5
Her türlü sorun	1	4.3
Bağırsak Sorunu İçin Yapılan	**n=23**	
Doktora giden	17	73.9
Hiçbir şey yapmayan	4	17.5
Diğer [1]	2	8.6

[1] Bol su içen (1) ve yemesine dikkat eden (1).

Erkeklerin %80.8'i bir bağırsak sorunlarının olmadığını belirtmişlerdir. Bir sorun olduğunu belirten 23 kişinin (grubun 1/5'i), kabızlık ve kanama gibi sorunlar yaşadıkları görülmüştür. Bağırsak sorunu yaşayanların 17'sinin (%73.9) bu sorunları nedeni ile doktora gittikleri belirlenmiştir.

Tablo 4.2.25'de erkeklerin yaş gruplarına göre bağırsak sorunu olma durumunun dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.2.25. Erkeklerin Yaş Gruplarına Göre Bağırsak Sorunu Olma Durumunun Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	BAĞIRSAK SORUNU OLMA DURUMU						ÖNEMLİLİK TESTİ
	OLDU		OLMADI		TOPLAM		
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
45-49	10	18.2	45	81.8	55	100.0	LHR*=4.42 p=0.21
50-54	6	23.1	20	76.9	26	100.0	
55-59	7	23.3	23	76.7	30	100.0	
60 ve üzeri	0	0.0	9	100.0	9	100.0	
TOPLAM	23	19.2	97	80.8	120	100.0	

* Beklenen 5'den küçük değer fazla olduğundan Likelihood Ratio değeri alınmıştır.

Tablo 4.2.25'de erkeklerin yaşları ilerledikçe bağırsak sorunu olma durumlarında da bir artma belirlenmiştir. Erkeklerin yaş gruplarına göre bağırsak sorunu bulunma durumunda sayısal bir fark görülse de bu fark istatistiksel olarak önemli (p>0.05) bulunmamıştır.

Erkeklerin yaş gruplarına göre bağırsak sorunu yaşadıklarında kontrole gitme durumlarına Tablo 4.2.26'de yer verilmektedir.

Tablo 4.2.26. Erkeklerin Yaş Gruplarına Göre Bağırsak Sorunu Yaşadıklarında Kontrole Gitme Durumlarının Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	BAĞIRSAK SORUNU İÇİN UYGULAMA						ÖNEMLİLİK TESTİ
	KONTROLE GİDEN		BİR ŞEY YAPMAYAN		TOPLAM		
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
45-49	10	100.0	0	0.0	10	100.0	LHR*=8.45 p=0.037
50 ve üzeri	7	53.8	6	46.2	13	100.0	
TOPLAM	17	73.9	6	26.1	23	100.0	

* Beklenen 5'den küçük değer fazla olduğundan Likelihood Ratio değeri alınmıştır.

Bağırsak sorunu ile karşılaşan 45-49 yaş gurubu erkeklerin hepsi (10 kişi, %100.0) bu sorunları için doktora giderken, 50 yaş ve üstü grupta yaklaşık (7 kişi, %53.8) yarısının doktora gittikleri belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli (p<0.05) bulunmuştur.

Erkeklerin sağlığın önemine ilişkin verdikleri örnek özelliğine göre bağırsak sorunu yaşadıklarında kontrole gitme durumları Tablo 4.2.27'de yer almaktadır.

Tablo 4.2.27 Erkeklerin Sağlığın Önemini Belirtmek İçin Verdiği Örnek Özelliğine Göre Bağırsak Sorunu Yaşadıklarında Kontrole Gitme Durumlarının Dağılımı

SAĞLIĞIN ÖNEMİNE İLİŞKİN ÖRNEK ÖZELLİĞİ	BAĞIRSAK SORUNU İÇİN UYGULAMA						ÖNEMLİLİK TESTİ
	KONTROLEGİ DEN		BİR ŞEY YAPMAYAN		TOPLAM		
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
EYLEM İÇERİKLİ	9	60.0	6	40.0	15	100.0	LHR*=6.21 P=0.10
AMAÇ İÇERİKLİ	8	100.0	0	0.0	8	100.0	
TOPLAM	17	73.9	6	26.1	23	100.0	

* Beklenen 5'den küçük değer fazla olduğundan Likelihood Ratio değeri alınmıştır.

Tablo 4.2.27'e göre sağlığı eylem içerikli örneklendirenlerin %60.0'ı bağırsak sorunu yaşadıklarında doktora giderken, amaç içerikli örneklendirenlerin tamamının (%100.0) doktora gittiği belirlenmiştir. Erkeklerin verdikleri örnek özelliklerine göre bağırsak sorunu yaşama durumunda sayısal bir fark görülse de gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli ($p>0.05$) bulunmamıştır.

Erkeklerin sağlıklarını algılamalarına göre bağırsak sorunu yaşadıklarında kontrola gitme durumlarına Tablo 4.2.28'da yer verilmektedir.

Tablo 4.2.28. Erkeklerin Sağlıklarını Algılamalarına Göre Bağırsak Sorunu Yaşadıklarında Kontrole Gitme Durumlarının Dağılımı

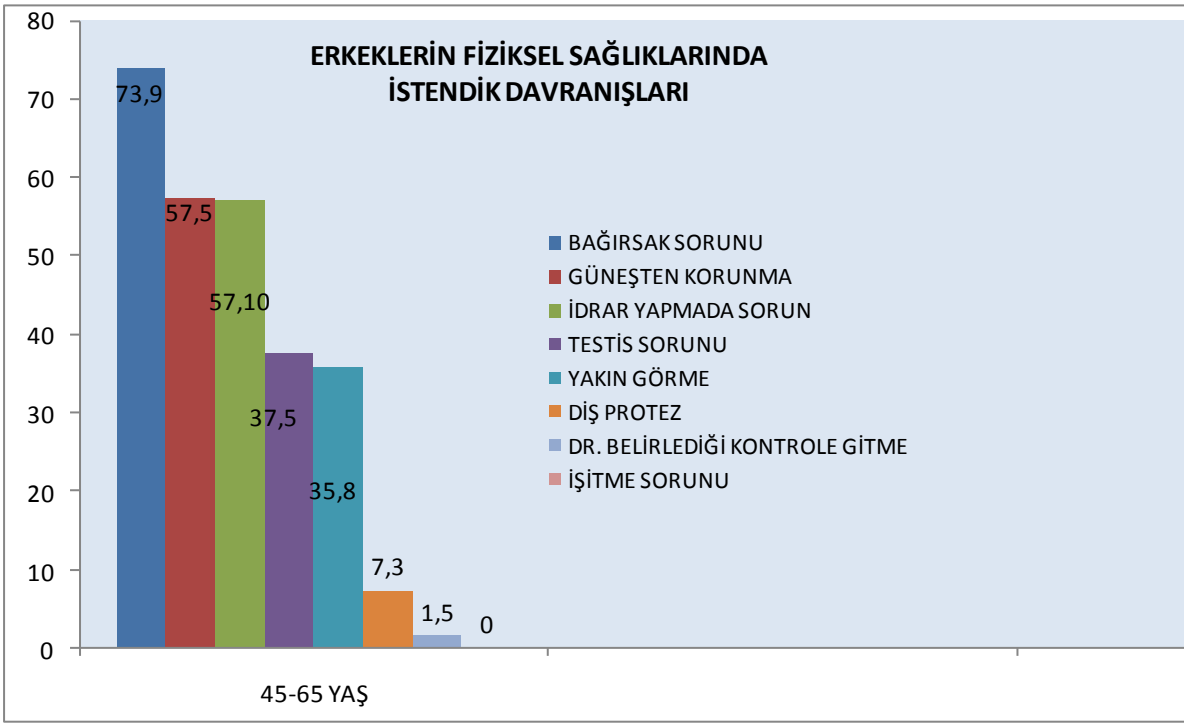
SAĞLIĞINI ALGILAMA	BAĞIRSAK SORUNU İÇİN UYGULAMA						ÖNEMLİLİK TESTİ
	KONTROLE GİDEN		BİR ŞEY YAPMAYAN		TOPLAM		
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
ÇOK İYİ	3	100.0	0	0.0	3	100.0	LHR*=3.29 p=0.77
İYİ	13	68.4	6	31.6	19	100.0	
KÖTÜ	1	100.0	0	0.0	1	100.0	
TOPLAM	17	73.9	6	26.1	23	100.0	

* Beklenen 5'den küçük değer fazla olduğundan Likelihood Ratio değeri alınmıştır.

Erkeklerin sağlıklarını algılamalarına göre bağırsak sorunu yaşadıklarında özellikle sağlıklarını "iyi" olarak algılayanlar daha fazla kontrole gittikleri dikkat çekmiştir. Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli (p>0.05) bulunmamıştır.

Bu çalışmada erkeklerin sağlıklıyken ve/veya kendilerinde bir fiziksel değişiklik fark ettiklerinde kontrole gitme davranışlarına, belirlenen fiziksel sağlık kriterlerine göre (görme, işitme, diş, güneşten korunma, prostat, testis ve bağırsak değişiklikleri) bakılmıştır. Elde edilen bulgular Grafik 2'de özetlenmektedir.

Grafik 2 Sağlıklıyken ve/veya Kendilerinde Bir Fiziksel Değişiklik Fark Ettiklerinde Kontrole Gitme Davranışlarının Dağılımı



Belirlenen 7 fiziksel sağlık kriterlerine göre (görme, işitme, diş, güneşten korunma, prostat, testis ve bağırsak değişiklikleri) erkeklerin sağlıklıyken ve/veya kendilerinde bir fiziksel değişiklik fark ettiklerinde kontrole gitme/önlem alma davranışlarının özetinde sıra ile (en yüksekten en küçüğe kadar), bağırsak boşaltım

değişiklikleri, güneşten korunma, prostatta fark edilen değişiklikler, testislerde fark edilen değişiklikler, yakın görme gözlüğü kullanırken kontrole gitme, diş protezi için kontrol gitme ve işitme sorunu için işitme aleti kullananların hiç kontrole gitmeme yer almıştır.

5. TARTIŞMA

Tartışma, bulgularda olduğu gibi iki bölümde verilmiştir. İlk bölümde bireysel özelliklere ilişkin, ikinci bölümde fiziksel sağlık ile bağımsız değişkenlerin ilişkisine yönelik tartışmalar yer almaktadır.

5.1. Erkeklerin Bireysel Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan erkekler İçişleri Bakanlığı'nın KKTC vatandaşı olarak çalışanları, lise ve üzeri eğitim düzeyli (%61.6) ve yaşamlarının yaklaşık tamamını (35-46 yıl) bu ülkede geçirmiş sosyal güvenceleri bulunan, ülke sağlık sistemini tanıyan bir grup oldukları görülmüştür. Bu özelliklerin grup için sağlık konusunda olumlu bir alt yapı oluşturduğu söylenebilir (Tablo 4.1.1).

KKTC İçişleri Bakanlığı 45-65 yaş erkek çalışanlarının çoğunun, ailesinde bir hastalığın (%55.0) kendisinin de tanı koyulmuş bir sağlık sorunu olmadığı (%65.8) sevindirici bulunmuştur. Ancak bu grubun %83.0'ünün bir sorun olduğu zaman sağlık kuruluşuna gitme gibi bir anlayış içinde olmaları düşündürücüdür (Tablo 4.1.2). Bu bulgulara göre de erkeklerin sağlık güvenceleri olduğu halde ve çalışanlar olarak sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilir oldukları halde bu olanaklarını kullanmadıkları söylenebilir. Bu bulgular Erci ve diğerlerinin (2009), Tuğrul ve diğerleri, (2002), ve Yalçınkaya ve diğerleri, (2007)) çalışma sonuçları ile örtüşmektedir. Bu durumun sağlıklıyken sağlık hizmeti alma ya da koruyucu amaçla sağlık hizmetlerini kullanma anlayısı ile örtüşmemekte hatta ters düşmektedir.

Bu çalışmada erkeklerin yaklaşık %45.0'inin ailelerinde bir sağlık sorunu olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında erkeklerin %33.3'ünün kendilerinde de tanı koyulmuş bir sağlık sorununun bulunduğu görülmüştür (Tablo 4.1.2). Toplumda bireylerin "en az bir sağlık sorunun olması" bir sağlık statü göstergesi olduğuna göre (Chevalier, et al. 1995) araştırmaya katılan her üç erkekten birinin bir sağlık sorunu olduğu bulgusu, bu ve benzeri grubun daha özen ile izlenmesi gerektiğini göstermektedir.

Ailede sağlık sorunu bulunması ile araştırmada yer alan erkeklerin kendilerinde de tanı koyulmuş bir sağlık sorunun bulunmasının rastlantısal bir durum

olup olmadığına bakıldığında (Tablo 4.1.3) bu durumun rastlantıya bağlı olmadığı, aralarında önemli bir ilişki olduğu, yani ailesel yatkınlık nedeni ile araştırmadaki erkeklerde de hastalıkların görüldüğü sonucuna varılmıştır. Bu ilişkiyi destekler bulgular Yalçın ve Yalçın, (2004); Papazafiropoulou et al, (2009) ve Özyurt'un, (2010) gerek yurtiçi gerekse yurtdışı çalışmalarında da elde edilmiştir. Bu bulgular ailede var olan hastalıkların bir sonraki nesilde görülme olasılıklarının bir öngörü değil bir beklenti olduğunu göstermekte ve sağlık personeli olarak koruyucu ağırlıklı çalışmayı zorunlu hale getirmektedir.

Çalışmada ailede ilk üç sırada yer alan hastalıkların hipertansiyon (%53.7), diyabet (%33.3) ve kalp hastalığı (%29.6), olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.2). Çalışmadaki erkeklerin kendilerinde de tanı koyulmuş sağlık sorunlarının ilk üç sırasında, hipertansiyon (%57.5), diyabet (%30.0) ve kalp hastalığının (%15.0) yer aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.2).

Dereli ile Baybek'ın (2009) ve Kaplan'ın (2004) yaptıkları araştırmalarda kendilerine hipertansiyon tanısı koyulan bireylerin %60.0'ının; Besler'in (2006) araştırmasında %71.4'ünün ve Özyurt'un (2010) çalışmasında %18.7'inin ailelerinde de hipertansiyon olduğunu saptamışlardır.

Besler (2006) araştırmasında ailelerinde diyabet hastalığı olanların %71.4'ünün; Özyurt (2010) çalışmasında da %2.6'sının ailelerinde de diyabet hastalığının olduğunu saptamışlardır. Besler'in (2006) araştırmasında ailelerinde kalp hastalığı olanların %28.6 kendilerinde de ortaya çıktığını gözlemişlerdir.

Erkeklerin büyük bir çoğunluğunun (%83.0) doktora yalnız bir sorun olduğu zaman gittikleri de dikkate alınırsa (Tablo 4.1.2) grubun sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmadıklarını ve ailesel yatkınlık nedeni ile hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalıkları olan erkeklerin düzenli kontrollere gitme ya da izlenme gibi bir tutum sergilemelerinin de zor olacağı düşünülmüştür. Bu bulguların, kronik hastalıklar yönünden ailesel risk taşıyan erkeklerin belirlenerek, riskleri konusunda bilinçlendirilmeleri, ile hastalığın oluşumunun geciktirilmesi ya da engellenmesinin önemi görülmektedir. Eğer hastalık ortaya çıkmışsa bireylerin düzenli olarak izlenmeleri gerekli bir hizmet olarak görülmektedir.

Çalışmada erkeklerin üç kronik hastalıkları (hipertansiyon, diyabet ve kalp) nedeniyle yaklaşık tamamının ilaç kullandıkları saptanmıştır (Tablo 4.1.2). Sürekli kullanmayı hatta ömür boyu kullanmayı gerektiren bu ilaçların kullanım düzenleri ve sürekliliği konusunda bireylerin gereksinimleri olabileceği düşünülebilir.

Hipertansiyon tanısı koyulan bireylerde tuzun kardiyo-vasküler risk etmenlerini arttırma etkisinden dolayı (Ayaz, 2008) bu çalışmada da tuz tüketimine bakıldığında, 23 kişinin 12'sinin (%52.0) "normal tuzlu", 10'unun (%43.5) "tuzsuz" yedikleri belirlenmiştir . Bu bulgu erkeklerin bu yönden kendilerine özen gösterdiklerini biçiminde yorumlanırsa tuz tüketimin azaltılmasının öneminin vurgulanmasına gerek duyulabilir.

Kafein alımının artmasına bağlı kardiyo-vasküler risk etmenlerinin de artması nedeni ile (Ayaz, 2008; Hacıalioğlu ve diğerleri, 1999) özellikle hipertansiyon ve kalp hastalığı tanıları olan erkeklerin kafein tüketimine bakılmıştır. Erkeklerin çoğunun günde 1-2 bardak çay ve 1-4 bardak kahve tükettikleri saptanmıştır. Bu miktarlardan çay tüketiminin önerilebilir miktarda olması erkeklerin sağlıkları yönünden olumlu bir davranış sergiledikleri söylenebilirken, günde 1-4 bardak kahve tüketiminin azaltılmayı gerektiren bir miktarı olduğu düşünülmüştür.

Sigara hipertansiyona neden olabildiği gibi, dolaşan oksijen miktarını azaltarak kalp krizi geçirme riskini iki katına çıkartmaktadır (Ayaz, 2008). Farklı yıllarda yapılan araştırmalarda hipertansiyon hastası olan erkeklerin %13.2'sinin sigarayı bırakmış olduğu, %13.0'ünün kullanmayı sürdürdüklerini saptanmıştır (Çöl ve diğerleri 2006, Hacıhalıoğlu ve diğerleri, 1999). Göçen ve Özdemir'in (2005) yaptığı çalışmada da hipertansiyonu olan 19 erkeğin %15.0'ı geçmişte içmiş ve bırakmış, %8.0'in kullanmayı sürdürdüğü belirlemişlerdir.

Sigaranın bu etkisi nedeni ile bu çalışmada erkeklerin sigara içme alışkanlıklarına bakılmıştır. Hipertansiyon tanısı koyulan 23 erkeğin 10'u (%43.5) sigarayı bıraktıklarını, 9'u hiç içmediğini ve 4'ü (%17.4) kullanmayı sürdürdüğünü belirtmişlerdir (Bu bulgular tablo olarak verilmemiştir). Sigaranın hipertansiyonu olumsuz etkilediği düşünüldüğünde araştırmaya katılan erkeklerin yarıdan fazlasının

(%60.9) sigarayı bırakmış ve hiç içmemiş olması sevindiricidir. Bu bulguya ek olarak diğer bir sevindirici yön de, daha önce yapılan çalışmalarda sigarayı bırakma %13-15 sıralarında dururken, bu çalışmada bu miktarın %43.5'e kadar yükselmiş olmasında "sigara bırakma kampanyalarının etkili olduğu düşünülmektedir.

Sigaranın vazokonstrüksiyona, alkolün de ek kalori alımına neden olduğundan diyabet tanısı koyulmuş olan erkeklerin sigara ve alkol kullanmalarına bakıldığında, 12 diyabet tanısı olan erkeğin 7'sinin (%58.3) sigarayı bırakmış, 3'ünün hiç içmemiş ve 2'sinin içmeyi sürdürdüğü belirtmişlerdir. Aynı gruptan bir kişinin alkolü bıraktığı, 6'sının (%50.0) alkol kullanmadığı ve 5'inin kullanmayı sürdürdüğü belirtmiştir. Bu bulgulara göre diyabet tanısı olan erkekler arasında sigara ve alkol tüketiminin düşük olması olumlu bir bulgu olarak değerlendirilmiştir. Ancak alkol tüketimini sürdüren erkeklerin tam olarak ne miktarda alkol tükettikleri konusunda daha ayrıntılı veri toplanarak, konuya ilişkin bilgilendirmenin yapılmasına gerek olduğu düşünülmüştür.

Erkeklerin yaklaşık tamamı (%95.8) sağlığın önemli olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.1.4). Emmelin ve diğerlerinin (2007) çalışmasında da erkeklerin %83.0'ü sağlığın önemli olduğunu söylemişlerdir. Bu çalışmada erkeklere sağlıklarının önemli olduğunu örneklendirmeleri istendiğinde yanıtlar "eylem içeren" (%62.0) ve "hedef içeren" (%38.0) olarak iki grupta toplanmışlardır (Tablo 4.1.4).

Sağlık personeli dışı sıradan bireylerin sağlık tanımlarının, sağlık personeli tarafından benimsenen sağlık tanımına benzememesi beklendik bir durumdur (Badura and Kickbusch, 1991). Badura ve Kickbusch'a göre Pierret'in Fransa'da yaptığı bir çalışmada; çiftçilerin iyi sağlıklı olma durumunu "iyi kader" ile bağdaştırıp, sağlık için ellerinden bir şey gelmediğini düşündüklerini belirlemiştir. Aynı araştırmada bir beceri gerektirmeyen, güvensiz işlerde çalışanların da sağlığı, bir işi ve toplumda bir statülerinin olması ile bağdaştırdıkları saptanmıştır. Her iki grup da beden gücü ile üretime katıldıklarından bakış açıları orta sınıfın yaptığı bilgi ve yetiştirilmeyi gerektiren işlerde çalışanlardan farklı yerde durmuştur.

Orta sınıfın, bilgi ve yetiştirilmeyi gerektiren işlerinde çalışanların dünya görüşlerinin amirlerinden etkilendiği ileri sürülmektedir. Kamu sektöründe

çalışanların sağlık anlayışlarının, tamamen kendi sorunları olduğu, bunu çevreleri, sağlık olanakları ve sağlıkla ilişkilendirdikleri görülür. Özel sektörde çalışanların ise sağlığı bir hedefe ulaşmak için kendilerinin çabaları olarak düşündükleri ileri sürülmüştür (Badura and Kickbusch, 1991). Bu çalışmada da KKTC İçişleri Bakanlığı'nda çalışan erkeklerin sağlığın önemini "eylem" belirterek örneklendirenlerin (%62.0), Fransa'da yapılan çalışmada kamu sektörü çalışanları ile benzerlik gösterdiği, "amaç" belirterek örneklendirenlerin ise daha çok özel sektör çalışanları ile benzerlik gösterdiği söylenebilir. Buna göre de sağlıklarının önemini bir amaç/hedef içerikli belirtenlerin yönlendirildikleri takdirde sağlıkların daha çok sahiplenebilecekleri düşünülmektedir (Grafik 1).

Bu çalışmada tanı koyulmuş bir hastalıklarının olmasına karşın, erkeklerin çoğu (%75.0) bugünkü sağlık durumunu "iyi" olarak ve hatta sağlıklarını yaşıtlarına göre "daha iyi" olarak (%68.3) algıladıkları belirlenmiştir (Tablo 4.1.4). Bu çalışmaya benzer sonuçlar, Işıklı ve diğerleri, (2007) çalışmasında da gözlenmiştir. Buna göre araştırmaya katılanların %30,0'u uzun süre ilaç kullanmayı gerektiren durumları bulunmasına karşın, sağlık durumlarını "iyi" olarak değerlendirdikleri belirlenmişlerdir. Emmelin ve diğerlerinin (2007) yaptığı çalışmada, erkeklerin kendi sağlıklarını %68.0 "iyi" olarak algıladıklarını bulmuştur. Başka bir çalışma bulgularına bakıldığında; Anber (2009) yaptığı araştırmada erkeklerin % 54,5'i genel sağlık durumlarının "iyi" olarak algıladıklarını bulmuşlardır.

Sağlığın farklı durum ve koşullarda hep "iyi" olarak algılanması olumlu ve yapıcı bir yaklaşım olarak değerlendirilirse de olumsuz yansımalarının olabileceği de dikkate alınmalıdır. Örneğin; kronik bir hastalığı olduğu halde kendini "iyi" hisseden bir bireyin, ancak "bir sorunu olduğu zaman sağlık kuruluşuna gitme" tutumları da anımsanırsa (Tablo 4.1.2), bu erkeklerin sağlıklıyken, kontrol ya da koruma amaçlı doktora gitmelerinin daha zor ya da daha az olacağı dolayısı ile sağlığı geliştirme anlayışını daha zor benimsetilebileceği önemli bir yön olarak ortaya çıkmaktadır.

Erkeklerin %60.9'unun (çoğu zaman ve bazen ifadeleri bir arada değerlendirilmiştir) hem kitle iletişim araçlarını takip ettikleri hem de sağlıkla ilgili kitle iletişim araçlarını okudukları belirlenmiştir (Tablo 4.1.5). Uzundikme'nin (2007) çalışmasında ise gazete, dergi ve televizyonda sağlık ve beslenme konularını

bazen takip edenlerin yüzdesi 35.2 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada elde edilen bu bulgunun olumlu bir yön olarak sağlık konusunda bilinçlendirmeyi sağlamada kitle iletişim araçlarının çok etkili bir biçimde kullanılması gerektiğini göstermektedir.

5.2. Erkeklerin Yaşa Özgü Fiziksel Değişikliklere Yönelik Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Değerlendirilmesi

Bu bölümde araştırmada yer alan erkeklerin yaşlarına özgü yaşadıkları fiziksel değişikliklere yönelik sağlığı geliştirme davranışlarına ilişkin tartışmalar yer almaktadır

Erkeklerin 42'si (%35.0) kolay okuyamama gibi yakın görme sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.2.1). Bu görme sorununa yaş gruplarına göre bakıldığında, 45-49 yaş grubu erkeklerde belirlenen (%31.5) görme sorununun 50 ve üzeri yaş grubunda arttığı (%63.1) saptanmıştır. Bu bulgu, erkeklerin yaş grupları ile yakını görme sorunu, arasında sayısal bir farkın olduğunu göstermekle beraber, bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı ($p<0.05$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.2). Bu bulgu, yakını görme konusunun, bu yaş grubu erkeklerin genel sağlık eğitimlerinde işlenecek konulardan biri olması gerektiğini ortaya çıkartmaktadır

Yaşa özgü göz ve görmede meydana gelen değişiklikler için bireyin kontrole gitmesinde bağımsız değişkenlerin etkisine bakılmıştır. Burada bağımsız değişkenlerden sağlığın önemine ilişkin verilen örnek özelliği ile sağlığın algılanmasının erkeklerin kontrole gitmelerinde bir etken olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.2.4 ve 4.2.5).

Yakın gözlüğü kullanan 53 kişiden (%44.2) ancak 19'u (%35.8), yılda bir kez kontrole gitme gibi "istendik davranış" sergileyebilmiştir (Tablo 4.2.1). Bu bulguya dayanarak, bu yaş grubu erkeklere göz kontrollerinin öneminin vurgulanmasına gereksinim duyulmaktadır.

KKTC gibi güneş ışınlarının bol olduğu bir ülkede tüm erkeklerin gözlerini güneşin zararlı etkisinden korumak için (retina yanığını önlemek ve katarakt oluşmasını ertelemek) güneş gözlüğü kullanmaları beklenirken, ancak %33.7 gibi az bir kısmının bu önlemi alması grubun bu konuda bilinçlendirilmesi gerektiğini

göstermektedir (Tablo 4.2.1). Ancak gözün güneş gözlüğü kullanılarak güneş ışınlarından korunma önlemi benzer bir biçimde başka araştırmalarda da istendik düzeyde uygulanmadığı görülmüştür. Örneğin; Uslu ve diğerlerinin (2006) yaptığı çalışmada hekimlerin güneş gözlüğü kullanmasını %45.9 olarak belirlemişlerdir.

Konuya ilişkin daha farklı sonuçlara ulaşılmış olan araştırmalar da yapılmıştır. Bunlardan Uysal ve diğerlerinin (2004) yaptığı araştırmada %44.6 gözlük kullanılmadığı, yani %55.4 kullanıldığı gibi yüksek bir uygulama belirlenmiştir.

Araştırmada kullanıldığından söz edilen güneş gözlüklerinin genelde renkli camlı gözlükler oldukları öngörüldüğünde, bu camların ultraviyole ışınlarını kırma/süzme özellikleri olmayan gözlükler oldukları varsayılabilir. Gerçek güneş gözlüğü (ultraviyole ışınlarını kıran/süzen camlı) kullanılma sıklığını belirlemek üzere Kerry ve Nicholson'un (2004) yaptıkları araştırmada Amerika'da bu tür koruyucu gözlük kullanmanın %30.0 olduğu saptamışlardır.

Araştırmaya katılan 45-65 yaş grubu erkeklerin yakını görme sorunları olduğunda üç bağımsız değişken ile ilişkilerine bakıldığında, bu değişkenlerden hiç birinin bireyi önlem almada yönlendirici olmadığı belirlenmiştir. Diğer bir deyişle, ne yaş ilerlemesi ile ne sağlığın önemine ilişkin verilen örnek özelliğine göre, ne de erkeklerin sağlıklarını algılamaları ile gözlerini güneşten korunma önlemi almaları arasında bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.2.2 - 4.2.5).

Fizyolojik değişikliklere bağlı olarak, işlev değişikliklerinin yaşandığı bir organ da kulaktır. Yaşla yavaş ilerleyen bir sorun olması nedeni ile işitmedeki değişiklikler çoğu zaman birey tarafından fark edilemeyen fizyolojik değişiklikler olarak bilinirler. Bu araştırmada işitme kaybı olduğunu belirten erkekler bulunmuşsa da yaş grupları ile işitme kaybı olma durumu arasında istatistiksel bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.2.6 ve Tablo 4.2.7).

Bu araştırmaya katılan erkeklerin 15'inin (%12.5) yani her 8 erkekten birinin, işitmesinde azalma tanımladıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2.6.). Bu bulgu benzer yaş gruplarında yapılan çalışmalarda elde edilen yüzdeden sevindirici olarak daha düşüktür. Çakıl ve diğerleri (2006) ve Dudak ve diğerleri (2006) çalışmalarında işitme kaybını %38.8, olarak belirlemişlerdir.

İşitmelerinde azalma olduğunu belirten 15 kişiden 5'inin işitme aleti kullanma aşamasında olduğu ve bu 5 kişiden hiç birinin işitme sorunları için kontrole gitmedikleri ve dolayısı ile bu sorunlarında "istendik" bir davranış sergilemedikleri görülmüştür (Tablo 4.2.6). Oysa, 50 yaşın üstünde işitme kaybının yaşandığı durumlarda yılda bir kez kontrol önerilmektedir.

Bu bulgulardan yola çıkarak, çalışanların yaşa göre belirli aralıklarla görme ve işitme testleri ile değerlendirilerek erken tanı koyulması, var olan ve yeni saptanan sorunların izlenmesi yönünden önemli bir hizmet olacağı düşünülmektedir.

Araştırmada yer alan her dört erkekten birinin (%23.3) bir ağız sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Yaşanan ağız sorunlarının başında diş çürüklerinin geldiği görülmüştür (Tablo 4.2.8).

Her üç erkekten birinin (%34.2) ağzında takma dişi olduğu belirlendiğine göre, çürük dişlere ek olarak, bireylerde eksik dişlerin de bulunduğu düşünülmektedir. Bu bulgulara araştırmada yer alan erkeklerin çoğunun (%88.4) ve takma dişi olanların da çoğunun (%70.7) "sorun olduğu zaman" diş hekimine gittikleri de saptanınca, ağız ile ilgili bu sağlık sorunlarının düzenli olarak kontrollere gitme, ağız hijyenine dikkat etme gibi sağlık uygulamalarının özenle ele alınmasının gerekliliği görülmüştür (Tablo 4.2.8).

Bu araştırmada elde edilen bulguların konuya ilişkin yapılan diğer çalışma bulgularına göre daha olumlu ya da daha sağlıklı olduğu da görülmüştür. Örneğin; bu araştırmada %23.3 olarak belirlenen ağız sorunu, Uzundikme (2006)'nın araştırmasında % 47.2 olarak belirlenmiştir.

Bu araştırmada takma diş kullananlar %34.2 olarak belirlenirken, Şanlıer ve Yaman (2002) çalışmalarında bireylerin %39.5 eksik dişlerinin olduğunu, Uzundikme (2006) çalışmasında protez kullananları %43.5 olarak belirlemiştir.

Yine bu araştırmada "sorun olduğu zaman" diş hekimine gitme %70.7 bulunurken (Tablo 4.2.8), benzer bir sonuçla Gökalp ve diğerlerinin (2004) araştırmasında %88.2, Özer ve diğerleri (2007) çalışmalarında %71.0 "yakınma olduğu zaman" diş kontrolüne gidildiğini saptamışlardır. Bu bulgu KKTC'de erkeklerin düzenli diş kontrolerine gitmediğini ve önem verilmediğini ortaya

koymaktadır. Düzenli bir ağız sağlığı hizmeti alamama daha çok düşük gelirli grubunda beklendik bir durum olduğundan (Edelman and Mandle 2000) bu araştırmada elde edilen bu bulgu kendi beyanlarına göre "orta" gelirli olduklarını belirten bu araştırma grubu erkeklerin kontrole gitmeme davranışlarını açıklayamamaktadır.

Bu araştırmada erkeklerin %89.2'si, ("bir sorun olduğu zaman" ve "param olduğu zaman" yanıtları birleştirilmiştir), takma dişi olanların da %80.5'i "koşullu olarak" ("bir sorun olduğu zaman" ve "hiç kontrole gitmem") kontrole gittiğini belirttiğinden, ağız sağlığı konusunda "kontrole gitme" değişkeni ilişkisine istatistiksel olarak bakılmamıştır (Tablo olarak verilmemiştir).

Erkeklerin ancak %57.5'inin (69 kişi) KKTC gibi bir ülkede güneşten korunmak için en az bir uygulama yaptığı ve bu uygulamaların ilk iki sırasında siperli şapka (%68.1) takma ve güneş gözlüğü kullanma (%60.8) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.10). Önlem alanların bu sayısı için "yetersiz" denilirse, önlem almayanların da (%42.5, n=51 kişi) doğal olarak "fazla" oldukları söylenebilir (Tablo 4.2.10).

Elde edilen bu bulgunun, benzer bir çalışma bulgusuna göre daha olumsuz ya da istendikten uzak olduğu da görülmüştür. Örneğin; bu araştırmada %42.5 olarak belirlenen önlem almayanlar, Uysal ve diğerlerinin (2004) araştırmasında %25.0 olarak belirlenmiştir.

Güneşten korunmaya ilişkin önlem almada sevindirici bir yön ise, bu araştırmada siperli şapka kullananlar (%68.1) ve güneş gözlüğü kullananlar %60.8 olarak belirlenirken, Uslu'nun (2006) çalışmasında doktorların güneşten korunmak için %31.6'sının şapka takdığının, %45.9'nun gözlük kullandığının belirlenmesine göre daha istendik uygulamalar sergilemiş olmasıdır (Tablo 4.2.10).

Konuya ilişkin yurt dışında Mackie'nin (2004) çalışmasında şapka takma %52.0, güneş gözlüğü kullanma %54.5 olarak bulunmuştur. Hay et al, (2009) çalışmasında da şapka takma %31.0, güneş gözlüğü korunma %41.0 olarak saptamışlardır. Bizim araştırmamızda elde edilen bulguların bu her iki yurt dışı çalışmasında elde edilenlere göre daha istendik bir düzeyde olduğu görülmüştür. Bu

bulgu KKTC'de yer alan halen ki uygulamanın daha da arttırılması konusunda bir alt yapının bulunduğunu ancak bunun daha da yaygınlaştırılması gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmada güneşten korunma uygulamaları içinde en az kullanılanların koruyucu krem (%17.4) olduğu belirlenirken (Tablo 4.2.10) (Mackie (2004) çalışmasında bireylerin 3/4'ünün koruyucu ürün kullandığı ya da nadiren kullandığı saptanmıştır. Argyriadou et al, (2005) çalışmasında Yunanistan'da tatil yapan turistlerde güneşten koruyucu ürün kullanmanın %90.0 olduğu belirlediğine bakılırsa, KKTC'de koruyucu krem kullanmanın çok yetersiz olduğu görülmektedir.

Ultraviyole ışınlarının kanserin gelişmesinde risk taşıdığı bilinirken araştıma da elde edilen yetersiz korunma uygulamaların KKTC'de günümüzde üçüncü sırada yer alan cilt kanseri (www.kktc.saglikbakanligi.gov.tr) riskini daha da arttıracağını akıl'a getirmektedir.

Araştırmaya katılan 45-65 yaş grubu erkeklerin güneşten korunmak için önlem almalarının üç bağımsız değişken ile ilişkilerine bakıldığında, bu değişkenlerden hiç birinin bireyi önlem almada yönlendirici olmadığı belirlenmiştir. Diğer bir deyişle, ne yaş ilerlemesi ile ne sağlığın önemine ilişkin verilen örnek özelliğine göre, ne de erkeklerin sağlıklarını algılamaları ile güneşten korunma önlemleri almaları arasında bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.2.11 – Tablo 4.2.13).

Araştırmaya katılan erkeklerin yaklaşık 1/6'inin (%17.5, 21 kişi) idrar yaparken en sıklıkla "kesik kesik idrar yapma" (%42.9), "gece sık tuvalete kalkma" (%42.9) ve "uzun sürede idrar yapma" (%14.3), gibi prostat büyümesi ile uyumlu özellikler tanımladıkları görülmüştür (Tablo 4.2.14).

Prostat büyümesi için aynı belirtilere bakan Süntür ve diğerlerinin (2007) çalışmasında kesik kesik idrar yapma %50.8 (bizim bulgumuzdan fazla), gece sık tuvalete kalma %71.7 (bizim bulgumuzdan çok daha fazla), uzun sürede idrar yapmayı %44.3 (bizim bulgumuzdan çok daha fazla) belirlemişlerdir (Tablo 4.2.14).

Nural ve Akdemir'in (2000) farklı bir nedenle dahiliye servisinde yatan erkek hastaların %19.9'unun idrar yaparken zorluk çektiklerini, Kolutek ve Karataş'ın (2007) toplumdaki 45 yaş üstü erkekler üzerinde yaptıkları araştırmalarında

erkeklerin %21.0'inin idrar yaparken zorluk çektiklerini saptayarak, bizim çalışmamızdan farklı belirtiler tanımlanmışlarsa da, erkeklerin prostat büyümesi sorunları yaşadıklarını belirlemişlerdir. Ayrıca, Nural ile Akdemir erkeklerin % 21.8'inin idrar yapmaya başlarken zorluk çektiğini de tanımlamışlardır.

Araştırmaya katılan erkeklerin, idrar yaparken fark ettikleri değişikliklerin yaşları ilerledikçe arttığı ve yaş grupları ile idrar yaparken değişiklik olma durumu yönünden gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.2.15). Bu bulgu prostat ile ilgili sorunların yaşa paralel arttığını destekler bir bulgu olduğu görülmektedir.

Bu yaş dönemi, prostat sorunlarının başlaması yönünden kritik bir dönem olduğundan değişiklikler fark edildiğinde hatta fark edilmeden kontrole gidilmesi önemli olmaktadır. Bu çalışmada idrar yaparken değişiklikli fark eden 21 erkeğin ancak 12'sinin (%57.1) doktora gittiği, kalanların (%23.8) hiç bir şey yapmadığı dikkati çekmektedir (Tablo 4.2.14).

Araştırmaya katılan 45-65 yaş grubu erkeklerin idrar yaparken yaşadıkları değişiklikler nedeni ile üç bağımsız değişkenden hangileri ile ilişkili olarak kontrole gittiklerine bakıldığında, bu değişkenlerden hiç birinin bireyi önlem almada yönlendirici olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Diğer bir deyişle, ne yaş ilerlemesi ile ne sağlığın önemine ilişkin verilen örnek özelliğine göre, ne de erkeklerin sağlıklarını algılamaları ile idrar yaparken yaşanan değişikliklere yönelik kontrole gitmeleri arasında bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.2.15 - 4.2.18).

Bu bulgudan yola çıkarak erkeklerdeki prostat değişikliklerinin yaşa bağlı olduklarının ancak izlenmeleri gerektiği konusunda bireylerin bilinçlendirilip KKTC'de Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Kanser Savaş Birimi Erken Tanı Merkezi'ne kontrole gitmeye yönlendirilmelerinin gerektiği düşünülmektedir.

Bu çalışmaya katılan erkeklerden 8'i (%6.7) testislerinde bir sorun ya da değişiklik fark ettiklerini belirtmişlerdir. Fark edilen değişiklikler testiste büyüme (5 kişi) ve sertlik (3 kişi) şeklinde önemli olabilecek değişikliklerdir. Testislerinde büyüme ya da sertlik tanımlayan (8 kişi) erkeklerin 3'ü istendik bir davranış olarak doktora giderken, 5'inin bir şey yapmadıkları belirlenmiştir. Bir şey yapmayanlardan

3 kişi fark ettikleri bu değişikliği "yaş icabı" olarak değerlendirerek doktora gitmedikleri görülmüştür (Tablo 4.2.19).

Erkeklerin prostatlarında fark ettikleri değişiklikleri yaşa bağlamamaları ancak testislerindeki değişiklikleri yaşa bağlamaları dikkat çeken bir yön olmuştur. Bu anlayış eksikliğinin toplumda, konuya ilişkin düzeltilmesi gereken bir görüş ya da yargı olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada olumlu bir yön olarak yaş gruplarına göre testis sorunu yaşama arasında önemli bir ilişki saptanamamıştır (Tablo 4.2.20).

Araştırmaya katılan 45-65 yaş grubu erkeklerin testislerinde yaşadıkları değişiklikler nedeni ile kontrole gitmelerinin iki bağımsız değişken ile ilişkilerine bakıldığında, erkeklerin testis kontrolüne gitmelerinin ne yaşın ilerlemesi ile ne sağlığın önemine ilişkin verilen örnek özelliği ile bir ilişkisi bulunamamıştır (Tablo 4.2.21 ve 4.2.22). Erkeklerin sağlıklarını algılamaları ile testis sorunları olma durumu yönünden istatistiksel bir değerlendirme ise yapılamamıştır (Tablo 4.2.23).

Bu bulgulara dayanarak, erkeklerin bu yaş döneminde oluşabilecek testis sorunları kunusunda eğitilmeye gereksinimleri olduğu düşünülmüştür.

Olumsuz bir yön olarak %78.3 gibi büyük bir kısmının K.K.T.M. yapmadığı, %20.0 gibi küçük bir kısmının yaptığı ve bunların yarıdan fazlasının (%54.2) kontrolü palpasyon yöntemi ile uyguladıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2.19). Bu konudaki verilerde K.K.T.M.'nin ne sıklıkta yapılması gerektiği bilgisi toplanmadığından K.K.T.M.'nin tam olarak doğru yapıldığı konusu kısıtlı irdelenebilmiştir.

Yılmaz ve diğerlerinin (2007) yaptıkları çalışmada bireylerin %19.1'i K.K.T.M.'ni yaptığını, ifade edenlerin %42.9'u her ay düzenli olarak palpasyon yöntemi ile kontrol ettiklerini söylemişlerdir. Literatürdeki bu bilgi ile bizim çalışmamızdaki bulgu benzerlik göstermektedir.

K.K.T.M.'sini bilme ile uygulanması konusunda Oyur ve diğerleri (2009) tarafından yapılan çalışmada K.K.T.M. konusunda bilgi alanların kontrolleri daha düzenli yaptıkları belirlenmiştir. Bu bulguya dayanarak da erkeklerin K.K.T.M.

konusunda eğitilmeleri ile erken tanı konusuna önemli katkı sağlanabileceği ve buna gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Erkeklerden 23'ü (gruptaki her 5 kişiden biri) en çok kabızlık (12 kişi, %52.2) ve kanama (10 kişi, %43.5) gibi bağırsak sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.2.24). Gallagher ve Ark. da (2009) çalışmalarında bireylerin %30.0'unun kabızlık sorunu yaşadığını saptamalarına dayanarak, bu çalışmada belirlenen yüzdenin (%52.2) daha yüksek olması nedeni ile kabızlık sorununun ele alınması için girişim gerektiğini belirtmektedir (Tablo 4.2.24).

Nur ve diğerleri (2007) yaptıkları çalışmalarında, kanama yakınması olan %38.0 erkeğin bulunduğunu belirlemiştir. Bu yüzde, bizim çalışmamızda belirlenen %43.5'den daha düşük olması yönünden dikkat çekmekteyse de, iki araştırmadaki yaş gruplarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Nur ve diğerleri 30-40 yaş erkekleri ile çalışmışlardır.

Erkeklerde görülen kabızlık ve kanama sorunlarının benzer diğer çalışmalardan yüksek olması, bu konunun önemi, nedenleri gibi yönleri ile grubun biliçlendirilmesi gerektiği görülmüştür.

Yaş ilerledikçe bağırsak sorunlarında da bir artma görülebileceği gerçeğinden yola çıkarak bu ilişkiye bu çalışmada bakıldığında, bağırsak sorunu ile karşılaşan 45-49 yaş ile 50 ve üzeri yaş erkeklerin arasında fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (Tablo 4.2.25).

Araştırmaya katılan 45-65 yaş grubu erkeklerin bağırsak sorunu yaşamaları ile kontrole gitmelerinin üç bağımsız değişken ile ilişkilerine bakıldığında, bu değişkenlerden, yalnız yaşın bireyi kontrole gitmekte (%73.9, 17 kişi) yönlendirici olduğu belirlenmiştir ($P<0.05$, Tablo 4.2.26). Burada erkeklerin yaşadıkları kanamanın anlamı ile kabızlığın getirdiği rahatsızlık onları kontrole yönlendirmede somut ve önemli bir etken oldukları düşünülmüştür. İzbul ve Müderiszade (2003) KKTC'de yaptığı araştırmada benzer sonuç ile bireylerin %58.2 rektal kanama ile doktora baş vurduklarını saptamışlardır.

Bu bulgu bağırsak sorunu yaşayan 23 erkekten 17'sinin kontrola gittiğini (%73.9 ya da yaklaşık ¾'ünün) belirtirken, diğer ¼'ünün gitmediği düşünülürse,

KKTC'de kolorektal kanserlerde erken tanı ve eğitim merkezi olarak işlev görmek üzere kurulmuş olan Dr. Burhan Nalbantoğlu Hastanesi, Kanser Savaş Birimi Erken Tanı Merkezi'ne yönlendirilmesi gerekli görülmektedir.

Erkeklerin sağlığın önemine ilişkin verdikleri örnek özellikleri ve sağlığı algılamalarının önlem almada yönlendirici olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Diğer bir deyişle, ne sağlığın önemine ilişkin verilen örnek özelliğine göre, ne de erkeklerin sağlıklarını algılamaları ile bağırsak değişiklikleri yaşadıklarında kontrole gitme konusunda yönlendirici olmamaktadır (Tablo 4.2.27ve 4.2.28).

Bu araştırmanın temellendirildiği Pender'ın Sağlığı Geliştirme Modeli'nden "bireysel özellikler ve denyimler faktörlerinden", yaş ve Pender'in 1987 model sürümünden, "bireyin özel bilişsel ve duygulanım davranış faktörleri"'ndan sağlığın önemi ve sağlığın algılanması faktörleri değerlendirilecek olursa; sağlığın önemi ve sağlığın algılanması faktörlerinin erkekleri fiziksel sağlıkları konusunda kontrole gitmede bir uyaran olmadıkları görülmüştür. Yaş faktörünün ise bir tek bağırsak boşaltımında meydana gelen değişikliklerde kontrole gitmede itici bir rol oynadığı belirlenmiştir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

KKTC'de İçişleri Bakanlığı'nda çalışan 45-65 yaş erkeklerin fiziksel sağlıklarını geliştirme davranışlarına yönelik yapılan bu araştırmada Pender'ın sağlığı geliştirme modelinden bireyin yaşı, sağlık tanımı ve sağlığı algılaması, üç faktör ele alınmıştır. Araştırma sonuçları aşağıda verilmektedir.

Araştırmanın yapıldığı grup erkeklerin sosyo-demografik özelliklerine göre, daha çok (%45.8), 45-49 yaş grubunda, lise ve üzeri eğitimli (%60.7), K.K.T.C. uyruklu (%76.6), 35-46 yıl gibi yaklaşık tüm yaşamlarını K.K.T.C.'de geçirmiş (%47.7), Bakanlık çalışanı olarak sosyal güvencesi bulunan, ülke sağlık sistemini tanıyan bir grup oldukları görülmüştür. Grup bu özellikleri ile sağlık konusunda olumlu bir alt yapıya sahip olarak değerlendirilmiştir (Tablo 4.1).

Araştırma sonuçları, araştırmada yanıt aranan 3 soru doğrultusunda verilmektedir.

Araştırma sorusu 1. Yaş çalışan erkeklerin fiziksel sağlığı geliştirme davranışı sergilemelerinde bir etken midir?

1. Ailedeki kronik bir hastalığın erkeğin kendisinde de görülmesi:

Ailelerinde kronik bir hastalık olan erkeklerin bu yaş grubunda kendilerinde de aynı kronik hastalıkların (hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı) görüldüğü belirlendiğinden, yaş önemli bir etken olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) Tablo 4.1.3.

2. Görme sağlığı için kontrole gitme ve güneşten korunmak için önlem alma:

Erkeklerin yakını görme sorunu yaşadıklarında yaşın kontrole gitmelerinde bir etken olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) Tablo 4.2.3. Erkeklerin güneş gözlüğü kullanarak retina ve lenslerini koruma davranışı sergilemeleri ancak %29.0 olarak belirlenmiştir Tablo 4.2.1.

3. İşitme sağlığı için kontrole gitme:

Erkeklerin işitme kaybına bağlı işitme aleti kullanmaları durumunda bile kontole gitmediklerinden yaşın kontrole gitmelerinde bir etken olmadığı söylenebilir ($p>0.05$) Tablo 4.2.6.

4. Diş sağlığı için kontrole gitme:

Erkeklerin diş sağlığı sorunu yaşadıklarında ancak %9.2'si (11 kişi) kontrole gittiklerinden (önemlilik testi yapılmamıştır) yaşın kontrole gitmelerinde bir etken olmadığı söylenebilir Tablo 4.2.8.

5. Güneşten korunmak için önlem alma:

Erkeklerin güneşten korunmak için önlem almalarında yaşın bir etken olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) Tablo 4.2.11.

6. Prostat değişiklikleri için kontrole gitme:

Erkeklerin idrar yaparken yaşadıkları değişikliklerde yaşın kontrole gitmelerinde bir etken olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) Tablo 4.2.16.

7. Testis değişiklikleri için kontrole gitme:

Erkeklerin testis sorunu yaşadıklarında yaşın kontrole gitmelerinde bir etken olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) Tablo 4.2.21.

8. Bağırsak değişiklikleri için kontrole gitme:

Erkeklerin bağırsak sorunu yaşadıklarında yaşın kontrole gitmelerinde bir etken olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) Tablo 4.2.26.

Araştırma sorusu 2. Çalışan erkekler fiziksel sağlığı geliştirme davranışı sergilerken, Pender'ın Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre, sağlığın önemi (sağlığın önemini belirtmek için verilen örnek özelliği) ve bugünkü sağlık durumunun algılanması faktörlerinden hangisi etkili olmaktadır?

1. Görme sağlığı için kontrole gitme ve önlem alma:

Erkeklerin yakını görme sorunu yaşadıklarında, sağlığın önemi ve bugünkü sağlık durumunu algılanmalarının kontrole gitmelerinde bir etken olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) Tablo 4.2.4.ve Tablo 4.2.5.

2. İşitme sağlığı için kontrole gitme:

Erkeklerin işitme kaybına bağlı işitme aleti kullanma durumunda bile kontrole gitmediklerinden sağlığın önemi ve bugünkü sağlık durumunu algılamalarının kontrole gitmelerine yönelik önemlilik testleri yapılamamıştır. Buna göre de bu iki faktörün kontole gitmede etken olmadığı söylenebilir Tablo 4.2.6.

3. Diş sağlığı için kontrole gitme:

Erkeklerin diş sağlığı sorunu yaşadıklarında ancak %9.2'si (11 kişi) kontrole gittiklerinden sağlığın önemi ve bugünkü sağlık durumunu algılanmalarının kontrole gitmelerine yönelik önemlilik testleri yapılamamıştır. Buna göre de bu iki faktörün kontole gitmede etken olmadığı söylenebilir Tablo 4.2.8.

4. Güneşten korunmak için önlem alma:

Erkeklerin güneşten korunmak için önlem almalarında sağlığın önemi ve bugünkü sağlık durumunu algılanmalarının kontrole gitmelerine bir etken olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) Tablo 4.2.12 ve Tablo 4.2.13.

5. Prostat değişiklikleri için kontrole gitme:

Erkeklerin idrar yaparken yaşadıkları değişikliklerde sağlığın önemi ve bugünkü sağlık durumunu algılanmalarının kontrole gitmelerinde bir etken olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) Tablo 4.2.17 ve Tablo 4.2.18.

6. Testis değişiklikleri için kontrole gitme:

Erkeklerin testis sorunu yaşadıklarında sağlığın öneminin kontrole gitmede bir etken olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) Tablo 4.2.22. Erkeklerin testis ile ilgili sorun yaşadıklarında, bugünkü sağlık durumunu algılanmalarının kontrole gitmelerinde bir etken olup olmadığına sayıların küçük olması nedeni ile önemlilik testi

yapılamamıştır. Buna göre de bu faktörün kontrole gitmede etken olmadığı söylenebilir Tablo 4.2.23.

7. Bağırsak değişiklikleri için kontrole gitme:

Erkeklerin bağırsak sorunu yaşadıklarında sağlığın önemi ve bugünkü sağlık durumunu algılanmalarının kontrole gitmelerinde bir etken olmadığı belirlenmiştir (p>0.05) Tablo 4.2.27 ve 4.2.28.

Araştırma sorusu 3. Çalışan erkekler fiziksel sağlığı geliştirme davranışlarını en sık hangi fiziksel sağlık özelliğine göre sergilemektedirler?

Çalışan erkekler sırası ile;

1. Bağırsak değişiklikleri sorunu yaşadıkları için kontrole giden

%73.9, (23 kişiden 17 kişi) sağlığı geliştirme davranışı sergilemiştir Tablo 4.2.24.

2. Erkeklerin %57.5'si (69 kişi) güneşten korunmak için önlem alarak sağlığı geliştirme davranışı sergilemiştir Tablo 4.2.10.

3. Üriner boşaltım sorunu yaşadıkları için kontrole giden %57.1, (21

kişiden 12 kişi) sağlığı geliştirme davranışı sergilemiştir Tablo 4.2.14.

4. Testislerinde sorun yaşadıkları için kontrole giden %37.5, (8 kişiden 3 kişi) sağlığı geliştirme davranışı sergilemiştir Tablo 4.2.19.

5. Yakın gözlüğü kullandıkları için yılda bir kez kontrole giden %35.8, (53 kişiden 19 kişi) sağlığı geliştirme davranışı sergilemiştir Tablo 4.2.1.

6. Diş protezleri olduğu için kontrole giden %7.3, (41 kişiden 3 kişi) sağlığı geliştirme davranışı sergilemiştir Tablo 4.2.8.

7. İşitme sorunu yaşadığı için işitme aleti kullananların (5 kişi) hiç biri istendik düzende kontrole gitmediğinden (%0.0) bu konuda sağlığı geliştirme davranışı sergilenmemiştir Tablo 4.2.6.

6.2. ÖNERİLER

Araştırma verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir;

Ailede kronik hastalığı olan erkeklere yönelik olarak:

1. Bakanlıkta çalışan kronik hastalıklar yönünden ailesel risk taşıyan erkeklerin belirlenmesi, durumları konusunda bilinçlendirilmesi ve izlenmesi (kısa ve orta dönem sağlığı geliştirme stratejisi).

2. Toplumun kitle iletişim araçları ve sektörler arası işbirliği ile ailesel kronik hastalıklar konusunda bilinçlendirilmesi (uzun dönem sağlığı geliştirme stratejisi).

Erkeklerin çoğunun bir sorun olduğu zaman sağlık kuruluşuna gitme gibi bir anlayış içinde olmaları;

3. Erkeklerin yalnız bir sorunları olduğu zaman sağlık kuruluşuna gitme anlayışının artık değiştiği, özellikle orta yaş döneminde yaşanan değişiklikler örneklendirilerek, çevredeki sağlık olanaklarının tanıtılması ve bireysel sorumlulukların, toplumun kitle iletişim araçları ve sektörler arası işbirliği ile bilinçlendirilmesi (uzun dönem sağlığı geliştirme stratejisi).

Erkeklerin kronik hastalık nedeniyle sürekli kullandıkları ilaçlarının olması;

4. Erkeklerin sürekli/ömür boyu kullanmaları gereken ilaçlarının olması nedeni ile düzenli kullanma yönünden izlenmeleri (kısa dönem sağlığı geliştirme stratejisi).

Hipertansiyon ve kalp hastalığı olan erkeklerin tuz kullanımı:

5. Erkeklerin hipertansiyon ve kalp hastalıklarının ortaya çıkmasına bağlı olarak orta yaşta beslenme alışkanlıklarda (tuz ve kafein gibi) değişiklik yapması gereken durumların bireylerle ele alınması (kısa dönem sağlığı geliştirme stratejisi).

Erkeklerin orta yaş dönemi fizyolojik ve fiziksel değişiklikler konusunda bilgi eksiklikleri:

6. Orta yaş dönemi özelliklerinin bu yaş grubu erkeklerle grup halinde tartışılması ile akran etkileşiminin ya da yatay iletişimin sağlanması.

K.K.T.C.'de verilmekte olan hizmetlerin tanıtılması ve bu hizmetlerin kullanımının yaygınlaştırılması:

7. Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Kanser Savaş Birimi Erken Tanı Merkezi'nde verilen prostat ve kolorektal kanserlere yönelik hizmetin tanıtılması ve başvurularının yaygınlaştırılması için duyuruların yapılması (orta dönem sağlığı geliştirme stratejisi).

Ultraviyole ışınlarından korunma;

8. Özellikle cilt kanseri ve retina yanıklarının güneş ışınları ile ilişkisi kitle iletişim araçları ve sektörler arası işbirliği ile topluma anlatılması (uzun dönem sağlığı geliştirme stratejisi).

KAYNAKLAR

Akça, AF., (2008). Temel Hemşirelik. Kavramlar, ilkeler, Uygulamalar. 2.Baskı. Medikal Yayıncılık: 35–37. İstanbul.

Aktan, CC., Işık, K., (2002). Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık bildirgelerine Toplu Bir Bakış. Erişim Tarihi; 02 Mart 2010. http://www.thasak.org/evrenselsaglikbildirgeleri.pdf.

Altın, R., (2006). ***Üniversite Öğrencilerinin Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayenesi Konusunda Bilgi ve Uygulama Durumu***. Başkent Üniversitesi Sağlık bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü. Yayınlanmamış Dönem Projesi. Ankara.

Alış, A., Tokat, M., Okumuş, H., (2008). Basarılı Emzirme için Kuram ve Modele Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Nasıl Geliştirilir. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi: Sayı* 3, s. 51-58.

Anber, N.,(2009). ***Adana ili İlçelerinde Yaşayan Bireylerin Davranışsal Risk Faktörlerinin Belirlenmesi.*** T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Adana.

Argyriadou, S., Makridis, D., Lygidakis, H., Apazidis, G., Gagalis, G., (2005). Knowledge and Behaviour of Tourists Towards the Sun, as Studied in a Region of Northern Greece. *Rural Remote Health* 2005;5:367.

Arnold E., Boggs, K., (2002). İnterpersonal Relationships. Communication Skills For Nurses. 3. Edition. USA: Saunders Company, p:41-79

Atakan, N., (2004). Yaşlılarda Deri Sağlığı ve Bakımı, Sağlıklı ve Başarılı Yaşlanma. *Gebam,* Ankara.

Ayaz, A., (2008). Tuz Tüketimi ve Sağlık. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 727 ISBN : 978-975-590-243-2. Ankara.

Ayaz, S., Tezcan S., Akıncı F., (2005). Hemşirelik Yüksek Okulu Öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları; *Cumhuriyet Ünversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 9(2) 26-34.

Aydın, D.,(2006). Toplum ve Birey İçin Sağlıklı Yaşlanma :Yaşam Biçiminin Rolü. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*: 2006:13(4)/ 43-48.

Aydın, S.,(2007).Türkiye'de Üriner Sistem Kanserlerinin Görülme Sıklığı. *Türk Üroloji Dergisi:* 33 (4): 392-397, 2007. İstanbul.

Badura, B., Kickbusch, I., E., (1991). Health Promotion Research, WHO Regional Publications. European Series: No. 37, p. 190-194.

Baltaş, Z. (2007). Sağlık Psikolojisi. Remzi Kitabevi: 56-58. İstanbul.

Bazensky, I., Shoobridge-Moran, C., Yoder, L.,(2007). Colorectal Cancer: An Overview of the epidemiology, Risk Factors, Symptoms and Screening Guidelines. *Medsurg Nursing,* Vol. 16, No. 1, P. 46-51.

Besler, D., (2006). ***Prediyabetik Bireylerde Diyabet Gelişiminin Engellenmesi İçin Verilen Yaşam Tarzı Değişikliklerine Hasta Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Saptanması.*** Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. İzmir.

Bresalie, RS. Feldman, M, Friedman, LS, Sleisenger, MH (2002). Malignant neoplasms of the large intestine. In: Gastrointestinal and liver disease, pathophysiology, diagnosis, management. Section ten. Small and large intestine.7th ed. Philadelphia. *Saunders* 2002; 2215-62

Bickley, L., Hoekelman, R. (1999). Physical Examination and History Taking (7th Ed.). Lippincott, Philadelphia.

Bickley, L., Szilagyi, P., (2007). Pocket Guide to Physical Examination and History Taking (5th Ed.), Lippıncott Williams and Wilkins, Philadelphia.

Boyle, O., Levin, B., (2008). Cancer İncidence And Mortality İn Europe, 2004. World Cancer Report 2008. Annals Of Oncology 2005;16;4818 . Erişim Tarihi: 2 Kasım 2009. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104.pdf

Brenner, JS , Roeder Herge, AC., Kozinetz, CA, Kelder, SH., (2003). Teaching Testicular Self-Examination: Education and Practices in Pediatric Residents. *Pediatrics [Pediatrics*] 2003 Mar; Vol. 111 (3), pp. e239-44.

Chevaliar, S., Choiniere, N., Ferland, M., Pageau, M., Sauvgeau, Y., (1995). Working Gurup on Comunity Health İnformation Systems direct pns de la Santa Publque. Quebec Cominity Health İndicators. Definitions and İnterpetations, Ottowa, Ontarios Canadion İnstitute for Health İnformation.

Clark, W.R., (1999). A Means to an End, The Biological Basis of Ageing and Death. Oxford Uni. Pres, New York.

Çakıl, E., Aykut, M., Çetinkaya, F., Günay, O., Öztürk, Y., (2006). Kayserideki Yaşlıların Mediko_Sosyal Sorunları ve Yaşam Memuniyetlerini Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006; 9 (4): 202-212

Çöl, C., (2003). Malign melanom epidemiyolojisi ve birinci basamak sağlık kurumlarının rolü. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi:* Ağustos 2003, 12:298**.**

Deeks, A., Lombard, K., Michelmore, J., Teede, H., (2009). The Effects of Gender and Age On Health Related Behaviors. *BMC Public Health* : 2009, 9:213

Dereli, F., Baybek, H., (2009). Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesindeki Bireylerin Arteriyal Kan Basıncı Durumlarının Belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull* 2009; 8 (1):53-58

Deveci, K., Çomaklı, T., Üstüne, F., Şentürk, B., Söğüt, E., (2008). Prostat Kanseri Tanısında Total Prostat Spesifik Antijen Kompleks Prostat Spesifik Antijen ve Bunların Volüm İlişkili Formlarının Değeri. *Türk Üroloji Dergisi:* 34 (4): 407-412, 2008.

David, R.R., Micheal, J.Z. (2000). Colorectal Cancer. American Family Physician. Finch University of Health Sciences/Chicago. *Medical School*, North Chicago, Illinois.

Dudak, AH., Çakıl, E., Aykut., Çetinkaya F., Günay., Öztürk Y., (2006). Kayseri ili Merkezindeki Yaşlıların Mediko-Sosyal Sorunları ve Yaşam Memuniyetlerini etkileyen Faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006; 9 (4): 202-212

Edelman, C., Mandle, CL., (1986). Health Promotion Throughout the Lifespan. C.V. Mosby Comp. St.Louis; p. 518- 536.

Edelman, C., Mandle, CL. (2000). Health Promotion Throughout the Lifespa. Mosby, p.; 609-632. 4th Ed.

Edelman, C.L., Mandle, C.L. (2002). Health Promotion Throughouth The Lifespan, USA. Mosby, 13-25.

Emmelin, E., Weinehall, R. Stenlund, H., Wall, S., Dahlgren, L., (2007). To be Seen, Confirmed and İnvolved - a Ten Year Follow-up of Perceived Health and Cardiovascular Risk Factors in a Swedish Community İntervention Programme. *BMC Public Health* : 2007- 7:190

Erci, B., Avcı, İA., Hacıalioğlu, N., Kılıç D., Tanrıverdi, G., (2009). Halk Sağlığı Hemşireliği. Göktuğ Yayımcılık, Ankara.

Eser, E. ,(2006). Temel Sağlık Hizmetleri ve Sağlığın Geliştirilmesi. 1. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi: Kasım 2006 Marmaris, Muğla.

Esin, M. ,(1999). Sağlıklı Yasam Biçimi Davranısları Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. *Hemsirelik bülteni.*7(45), 86-96.

European Heart Health Charter, Erişim Tarihi: 2 Kasım 2010 http://www.heartcharter.eu/download/Turkish.pdf.

Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış. Erişim Tarihi: 5 Şubat 2010. http://www.t-hasak.org/evrenselsaglıkbildirgelri/pdf./org.

Eyre, HJ., Smith, RA., Mettlin., CJ., (2001). Cancer Screening and Early Detection. Cancer Medicine 27:362-383,20012 – National Cancer Institute: Cancer progres report 2001. National Institutes of Health, *NIH Publications* No. 02-5045. Erişim Tarihi: 14 Mart 2010. http:// progresspe port.cancer.gov.tr.

Evci, A., Vaizoğlu, S., Tekbaş,. F., Güller Ç.(2003). Halka Açık Bir Plajda UV Işınlarına Etkilenim Düzeyleri ve Burada Güneşlenenlerin Güneş Işınlarının Etkileri ile Korunmaya İlişkin Bilgi Düzeylerinin Saptanması . *Ç.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi :* Cilt 28 Yıl 2003.

Factors affecting choice of a healthy lifestyle: implications for nurses. Erişim Tarihi: 05 Mart 2010. http://pom.sagepub.com/cgi/content/abstract/37/1/47.

Familial and hereditary risks. Erişim Tarihi: 2 Kasım 2010. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.

Familial combined hyperlipidemia. Erişim Tarihi: 3 Kasım 2010, http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000396.htt.

Gallagher, P., Fellow, R., O'Mahony, D., (2009). Gastroenterology Constipation in Old Age. Consultant Geriatrician and Senior Lecturer in Medicine. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology:* 23 (2009) 875–887

Gatewood , J., Litchfield, R. E., Ryan, S., Geadelmann, J. M., Pendergast, J. F., Ullom K. K., (2008). Perceived Barriers to Community-based Health Promotion Program Participation, Am J Health Behav.. 2008:32(3):260-271.

Gögen S., Özdemir, Y., (2005). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Hipertansif Hastaların Takibi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,* 2005: 4 (1)

Gökalp, S., Güçizdoğan, B., Tekçiçek, M., Berberoğlu, A., Ünlüer, Ş., (2007). Erişkin ve Yaşlılarda Ağız-Diş Sağlığı Profili Türkiye-2004. *Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Dergisi* Cilt: 31, Sayı: 4, Sayfa*:* 11-18, 2007.

Guile, K., Nicholson, S., (2004). Does Knowledge Influence Melanoma-Prone Behavior? Awareness, Exposure, and Sun Protection Among Five Social Groups. *Oncology Nursing Forum*-Vol 31, No, 2004

Hacıalioğlu, N., Güraksın, A., İnandık, T., (1999). Gümüşhane İli Torul Merkez Ocağı Bölgesi 30 Yaş Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevelansı ve İlgili Etmenler. *T.Klinik Tıp Bilimleri:* 1999, 19:200-208

Hereditary Heart Disease?. Erişim Tarihi: 2 Kasım 2010. http://www.livestrong.com/article/17466-hereditary-heart-disease/ **.**

Güler, Ç., Akın, L., (2006). Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Ünüversitesi Yayınları. Ankara.

Güler, İ., Demir, F.,(2006). "Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi". *Atatürk Ünversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi;* Sayı 3, 2006.

Gürsoy, Ş., Er Ö., Canöz, Ö., Gücen, M., Başkol, M., Güven K., (2003). Kayseri ve yöresinde Kolon Kanserlerinin Özellikleri. *Akademik Gastroenteroloji Derğisi:* 2003; 2 (2): 60-63.

*Health statistics and health information systems, Erişim Tarihi: 6 Şubat 2010, http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html***.**

Işıklı,B., Kalyoncu, C., Arslantaş.,(2007). Mahmudiye'de 35 Yaş ve Üzeri Kişilerde Yaşam Kalitesi. *Toplum Hekim Bülten*: Cilt 26, Sayı 3, Eylül-Aralık 2007. Eskişehir.

İzbul, T., Müderriszade, M., (2003). KKTC'de Kolorektal Kanserli Olguların Retrospektif İrdelenmesi. *Akademik Gastroentoroloji Dergisi:* 2003; 2 (1): 7.

*Jakarta Deklarasyonu, Kopenhag Bildirisi, Alma Ata Bildirisi. Erişim Tarihi; 3 Şubat 2010. http://www.unep.org/pdf/SolarğIndexğGuide.pdf***.**

Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century (1997). Erişim Tarihi: 7 Kasım 2010. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf.

Jemal, A., Murray, T., Ward, E., Samuels, A.,(2005). Tiwari RC, Ghafoor A, et al. Cancer statistics . CA Cancer J Clin 2005;55(1):10-30.

Jemal, A, Siegel, R, Ward, E., (2006). *Cancer Statistics. Cancer J Clin*. 2006: 56 (2);106-30

Karakoç, A., (2006). ***Sınıf Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Bazı Faktörlerin belirlenmesi***. T.C. Cumhuriyet Ünüversitesi, Sağlık Bilimleri Ensitüsü Hemşirelik Programı. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Kaplan, NM., (2004).The current epidemic of primary aldosteronism: causes and consequences. J Hypertens.: 2004; 22 :863–869.

Kerry, G., Nicholson, S., (2004); Does Knowledge Influence Melanoma-Prone Behavior? Awareness, Exposure, and Sun Protection Among Five Social Groups. *Oncology Nursıng Forum-Vol 31,No 3, 2004.*

KKTC Sağlık Bakanlığı, Kanser İstatistikleri. Erişim Tarihi: 9 Eylül 2009. http://www.kktcsaglikbakanligi.kanser ***istatistikleri2008.***

Koçoğlu, D., (2006). ***Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler.*** Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ensütüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Bilimdalı, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Kolutek, R., Karataş, N., (2007).Nevşehir İli Uçhisar Kasabası'nda Yaşayan Bireylerde Kanser Risk Faktörleri ve Erken Tanı Belirtilerinin Saptanması. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 16(1) 28-39, 2007

Lim, LY., Seubsman, S., Sleigh A., (2008), Thai SF-36 Health Survey: Tests of Data Quality, Scaling Assumptions, Reliability and Validity in Healthy Men and Women. *Health and Quality of Life Outcomes:* 2008, 6 :52.

MacKie, RM., (2004). Awareness, Knowledge and Attitudes to Basal Cell Carcinoma and Actinic Keratoses Among the General Public Within Europe. J Eur Acad. Dermatol Venereol : 2004;18:552-555.

McKinlay, E.,(2005). Men and Health: A Literature Review. Department of General Practice Wellington School of Medicine and Health Sciences. Otago University January 2005.

Nalbant, S., (2008). Yaşlılıkta Fizyolojik Değişiklikler. Nobel Medicus Onlain Dergi. Erişim Tarihi: 10 Temmuz 2010. http://www.nobelmedicus.com/contents/200842/04-11.htm

National survey of colorectal cancer screening practices in health care organizations. National Cancer Institute . Erişim Tarihi: 14 Mart 2010. ***http:// health services.cancer. gov/ phsician/ practices.html.***

Nur, N., Yılmaz, A., Yıldız, G., (2007). Gastrointestinal Sistem Kanamalı Hastaların Özellikleri Endoskopi ve Biyopsi Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 29 (2): 42-46, 2007

Nural, N, Akdemi,r N. (2000). Dahiliye servislerinde yatan hastalarda kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerinin saptanması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi:* 2000, 4(2):1,2

*Nursing theorist and their work. Erişim Tarihi. 8 Ocak 2010. http://nursingtheories.blogspot.com/***.**

Ochieng, B., (2006). Factors Affecting Choice of a Healthy Lifestyle: İmplications for Nurses. British Journal of Community Nursing. Health Sciences. University of Bradford: 11 (2) :78-81. England.

Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion Ottawa, WHO. Erişim Tarihi: 1 Kasım 2010. http://www.paho.org/English/AD/SDE/HS/OttawaCharterEng.pdf

Öz, F., (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara. İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş.: 11-33. 9

Özer, M., Türkoğlu ,O., Köse, T., Atilla, G., (2007). Periodontal Tedavi Görmüş Hastaların Ağız Bakımı Alışkanlıklarında Meydana Gelen Değişiklikler. Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim AD: *İzmir EÜ Dişhek Fak Dergisi*: 2007; 28: 193-199

Özgül, A., (2000). Geriatrik Patolojinin Esasları, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon; Ed: Beyazova M., Kutsal, Y. Güneş Kitapevi, Ankara.

Özkan, S., Yılmaz, E. (2008). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi:* 3(7), 90.

Özyurt, B.C., (2010). Manisa'da Kırsal Bir Bölgede Yaşayan 45 Yaş ve Üzeri Erkeklerde Kardiovasküler Hastalık Riski. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Dergisi:* 2010: 24 (2): 101 – 107.

Özvarış, S.B (2001). Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Geliştirme Vakfı.

Özvarış, Ş.B., (2007). Temel Sağlığı Geliştirme. Halk Sağlığı Özel Konular. HÜTF Yayını, No: 4. Ankara.

Papazafiropoulou, A., Sotiropoulos, A., Skliros, E., Kardara, M., Kokolaki, A., Apostolou, O., Pappas, S., (2009). Familial History of Diabetes and Clinical Characteristics in Greek Subjects With Type 2 Diabetes. 3rd Department of Internal Medicine and Center of Diabetes, General Hospital of Nikaia "Ag Panteleimon", Piraeus, Greece BMC Endocrine Disorders Volume 9 *BMC Endocrine Disorders* 2009, 9: 12 doi:10.1186/1472-6823-9-12

Parkin, DM., Bray, F., Ferlay, J., Pisani, P.,(2005). Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005;55(2):74-108.

Pender, N.J., Barkauskas, V.H., Hayman, L., Rice, V.H., Anderson, E.T., (1992). Health Promotion and Disease Prevention; Toward Excellence in Nursing Practice and Education. *Nursing Outlook,* 40(3), 106-112.

*Pende,r NJ, Murdaug, Cl, Parsons, MA., (2002). Health promotion in nursing practice.Erişim Tarihi 30 Ekim 2010. http://www.umich.edu/faculty/chart.gif. 2002***.**

Piyal, B., (2006). "Ottowa Şartnamesi", 1.Ulusal Sağlığı Gelistirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Kitabı; 9-12 Kasım 2006, Marmaris.

Poter, P.A., Perry A.G., (1995). Basic Nursing. USA. Mosby: Thirt Edition.26-40.

Preventing Skin Cancer: Sun Protection Options. Erişim tarihi: 10 Ocak 2010. ***http://www.cdc.gov/chooseyourcover .***

Stanhope, M., Lancaster, J., (2000). Community Health Nursing, Process and Practice for Promoting Health, Mosby Year Book, USA; ss. 578-
591.

Şanlıer, N., Arlı, M., Demirel, H., (2003). Yaşlılarda Stres ve Beslenme İlişkisi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Derneği.* 2(1)29-40.

Tabak ,RS., (2000). Sağlık, Sağlık Davranışı ile İlgili Modeller. Sağlık Eğitimi. Somgür Yayıncılık: 2000. 1-12. Ankara.

Tokgöz, E., (2002). ***Kadın Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi***. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Tomey, A., Alligood, M., (1998). Nursing Theorists and their Work. 4th Ed. Mosby, St. Louis, p. 529-539.

Tuğrul, Ö., Doğan F., Mandıracıoğlu A., Lüleci E., (2002). Sağlığı Geliştirici Davranışların Değerlendirilmesi Amacıyla çok Boyutlu Sağlık Anketi'nin Bausel Ölçeği ile Birlikte Uygulanması. *Ege Tıp Dergisi* 41 (2): 91 - 95, 2002.

Tullock, A., (2005). What Do Mean By Health?. British Journal of General Practic:. 320-323.

Tuncer, M., (2009). Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015. TC Kanser Savaş Daire Başkanlığı. Bakanlık Yayın No. 760.

Türkeri F., (2006). ***Yetişkin Eğitimi, Sağlık Davranış Modelleri ve Sağlığı Geliştirme Kavramları Arasındaki İlişkilerin Tanımlanması***. Türkiye Cumhuriyeti Ankara Ünüversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Ulusal Kalp Sağlığı 2009-2015. Erişim Tarihi. 26 Mart 2010. ***http://www.tkdonline.org/UKSP/TKD_UlusalKalpSagligiPolitikasi_Taslak.pdf.***

Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015. Erişim Tarihi: 21 Ocak 2010. http://www.tkdonline.org/UKSP/TKD_UlusalKanserkontrol.programı_Taslak.pdf.

Uslu, M., Karaman, G., Şavk, E., Şendur, N.,(2006). Adnan Menderes Üniversitesinin Hekimlerinin Deri Kanseri ve Güneş Etkileri Konusundaki Bilgi Düzeyleri ile Güneşten Korunma Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi, Dermatoloji.* 2006.Cilt 7.Sayı 1.

Uysal, A., Özsoy, SA., Ergül A., (2004). Öğrencilerin Risk Kanser Risklerinin ve Güneş Işınlarından Korunmaya Yönelik Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi* 43(2) : 95 - 99, 2004, İzmir.

Uzundikme, F., Çakıroğlu, FP., (2007). Yaşlılıkta Sebze ve Meyve Tüketimi. ISBN: 978 - 975 - 01761 – 0 .Ankara.

Wang, D., Quan OU, C., Chen, M., Duan, N., (2009). Health-Promoting Lifestyles of University Students in Mainland China. *BMC Public Health*. 2009, 9:379doi:10.1186/1471-2458-9-379.

World Health Organization. Erişim Tarihi: 12 Şubat 2010. ***http://www.who.health.int/about/en/pdf .***

Viner, R., Macfarlane, A., (2005). ABC of Adolescece Health Promotion. *British of Medical journal*: 330:527-529.

Yalçınkaya, M., Özer, FG., Karamanoğlu, AY., (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*: 6(6), 409-420.

Yalçın, M., Yalçın, E., (2004). Esansiyel Hipertansiyonda Genetik Etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Derğisi* 2004 • cilt 13 • sayı 1 • 9. Edirne

Yardım, N., Gögen, S., Mollahaliloğlu ,S., (2009). Sağlığın Geliştirilmesi: Dünyade ve Türkiye'de Mevcut Durum. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi:* 2009, Cilt 72, Sayı 1, Sayfa(lar) 029-035.

21. Yüzyıda Herkes İçin Sağlık 21 Hedef, Türkiye'de Ulusal Sağlık Politikasının Gelişimi. Erişim Tarihi: 02 Bisan 2010. http://www.un.org.tr/who/Who.html.

Yeşil, A., (2010). Çalisanlar Için Yasam Kalitesi Ölçegi Türkçe Uyarlamasi Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. Publication: Noro-Osikyatri Arsivi. Erişim Tarihi:01 Şubat 2010. http://www.faqs.org/periodicals/201004/2069554911.html#ixzz144CDi5En

Yılmaz, E., Kocakutlu, A., Çeçen, D., (2007). Saglık Yüksekokulu Ögrencilerinin Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayenesi ile ilgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Fırat Saglık Hizmetleri Dergisi, Cilt* 4, Sayı:10 (2009).

Zaybak, A., Fadıloğlu, Ç., (2004). Ünüversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Ege Ünüversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*: 20(1):77-95.

EKLER

Ek 1

VERİ TOPLAMA FORMU

A. Sosyo-demografik özellikler

1. Kaç yaşındasınız?
   1. 45-49 ___
   2. 50-54___
   3. 55-59___
   4. 60-↑___

2. Eğitim düzeyiniz nedir?
   1. Okur yazar değil____ 4. Ortaokul ____
   2. Okur yazar_____ 5. Lise____
   3. İlkokul_____ 6. Üniversite _____

3. Uyruğunuz nedir?
   1. KKTC___(5. soruya geçiniz) 2. TC____ 3.Diğer (açıklayınız)……..

4. Kaç yıldır burada yaşıyorsunuz (belirtiniz) ?_____

5. Bildiğiniz bir sağlık sorununuz var mı?
   1. Var_____(belirtiniz) _____2.Yok ___

6. Medeni durumunuz nedir?
   1. Evli____ 2. Bekar____(8.soruya geçiniz) 3.Diğer___(8.Soruya geçiniz)

7. Eşinizin öğretim düzeyi nedir?
   1. Okur yazar değil ____ 4.Ortaokul____
   2. Okur yaza _____ 5.Lise____
   3. İlkokul_____ 6.Üniversite _____

8. Eşinizin mesleği nedir?
   1. Ev hanımı
   2. Memur
   3. İş kadını
   4. Serbest çalışıyor
   5. Diğer (belirtiniz) _____

9. Yaşayan kaç çocuğunuz var?
   1. 0)__ 2.)1__ 3.) 2__ 4.) 3__ 5.) 4 ve üzeri___

10. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?
   1. Yalnız yaşıyor
   2. Eş ve kendisi
   3. Eş ve çocuk/çocuklar
   4. Aile büyükleri ile beraber

5. Diğer

11. Gelirinize göre giderlerinizi karşılaştırdığınızda ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1. Çok İyi___ 2. İyi___ 3. Orta___ 4. Düşük ____

12. Bakanlıktaki konumunuz nedir?

1. Memur ___ 2. Şef___ 3. Müdür___ 4.işçi 5.Diğer_____

B. Fiziksel Sağlık, Fiziksel Sağlığı Geliştirme Davranışları

13. Sağlığınız sizin için önemli mi?

1. Önemli___ 2. Önemli değil____(Soru 15'e geçiniz)

14. Sağlığınız sizin için önemli olduğunu bana anlatacak bir örnek verebilir misiniz?

15. Kendi kelimelerinizle sağlığı tanımlar mısınız?

16. Günde kaç bardak çay ve kahve içersiniz (Belirtiniz)?

17. Yemeklerinizde tuz kullanımını nasıl değerlendirirsiniz?

1. Normal
2. Tuzsuz
3. Tuzlu

18. Ailenizde herhangi bir hastalık var mı?

1. Yok (Soru 20'e geçiniz)
2. Var

19. Ailenizde var olan hastalık nedir?

1. Yüksek tansiyon
2. Kalp hastalığı
3. Şeker hastalığı
4. Astım
5. Bunama
6. Diğer (belirtiniz)

20. Uzman bir hekim tarafından tanı koyulmuş sürekli bir hastalığınız var mı?

1. Yok
2. Var (belirtiniz)

21. Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı?

1. Yok
2. Var (belirtiniz)

22. Halen ki sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz ?

1. Çok iyi__ 2. İyi__ 3. Kötü__ 4. Çok kötü__

23. Halen ki sağlık durumunuzu yaşıtlarınıza göre nasıl değerlendirirsiniz ?

1. Çok iyi__ 2. İyi__ 3. Kötü__ 4. Çok kötü__

24. Sigara içiyor musunuz?
    1. Hiç içmedim (Soru 25'e geçin)
    2. Bıraktım
        2a. Ne kadar süre içtiniz _____
        2b. Günde kaç sigara içtiniz
            1. Bir kaç tane/ günde
            2.Yarım paket/ günde
            3.Bir paket/günde
            4.Bir paketten fazla/günde

        2c. Ne zaman bıraktınız?
            1. Bir kaç ay önce
            2. Yıllar önce (belirtiniz) _____
    3. İçiyorum
        3a. Ne süredir içiyorsunuz? (belirtiniz) _____
        3b. Günde kaç sigara içiyorsunuz?
            1. Bir paketten az
            2. Bir paketten fazla
25. Alkol kullanıyor musunuz?
    1. Kullanmıyorum (soru 26'a geçiniz)
    2. Bıraktım
        2a. . Ne zaman bıraktınız?
            1. Bir kaç ay önce
            2. Yıllar önce (belirtiniz
    3. Kullanıyorum
        1. Düzenli her gün
        2. Ara ara

26. Gözünüz ve/veya görmeniz ile ilgili fark ettiğiniz herhangi bir değişiklik var mı?
    1. Yok ____(soru 28'e geçiniz)
    2. Var (Belirtiniz)_____

27. Gözünüz ve/veya görmeniz ile ilgili ne tür bir değişiklik fark ettiğiniz?
    1. Net göremiyorum
    2. Kolay okuyamıyorum
    3. Bulanık görüyorum
    4. Gözümde şimşekler çakıyor
    5. Diğer (Belirtiniz)_____

28. Herhangi bir gözlük kullanıyor musunuz?
    1. Kullanmıyorum (Soru 32'e geçiniz)
    2. Kullanıyorum
        1a. Yakın gözlüğü____ (soru 29'a geçiniz)
        1b. Uzak gözlüğü_____ (soru 30'a geçiniz)

1c. Güneş gözlüğü _____ (soru 31'e geçiniz)

29. Yakın gözlüğünüz için ne sıklıkta kontrole gidersiniz? (Belirtiniz) _____

30. Uzak gözlüğünüz için ne sıklıkta kontrole gidersiniz? (Belirtiniz) _____

31. Güneş gözlüğünüzü neden kullanıyorsunuz? (Belirtiniz) _____

32. İşitmeniz ile ilgili fark ettiğiniz herhangi bir sorununuz var mı?
1. Yok _____
2. Var (Belirtiniz)_____

33. İşitme aleti kullanıyor musunuz?
1. Kullanmıyorum _____(Soru 35'e geçiniz)
2. Kullanıyorum_____

34. İşitme aletiniz için ne sıklıkta kontrole gidersiniz? (Belirtiniz)
1. Kontrola gitmiyorum_____
2. Alet bozulursa____
3. Firmanın belirttiği sürede_____
4. Diğer_____

35. Ağızınız ile ilgili fark ettiğiniz herhangi bir sorununuz var mı?
1. Yok ____
2. Var (Belirtiniz)_____

36. Dişlerinizi fırçalarken diş etleriniz kanar mı?
1. Kanamaz
2. Bazen kanar
3. Sık kanar

37. Ağzınızda takma dişiniz var mı?
1. Yok (Soru 39'a geçiniz)
2. Var

38. Takma dişleriniz ile ilgili olarak diş hekimine hangi durumlarda gidersiniz? (Belirtiniz)

39. Hangi durumlarda diş hekimine gidersiniz?
1. Ağrım olduğu zaman
2. Bir sorun olduğu zaman
3. Belirlenen tarihte kontrol için
4. Diğer (Belirtiniz)

40. Güneşten korunmak için yaptığınız herhangi bir uygulama var mı?
1. Yok ___(Soru 42'e geçiniz)

2. Var ____

41. Güneşten korunmak için yaptığınız uygulamalar nelerdir?
1. Siperlikli şapka takarım
2. Koruyucu krem sürerim
3. Güneş gözlüğü takarım
4. Diğer (Belirtiniz)

42. İdrarınızı yaparken fark ettiğiniz herhangi bir değişiklik oldu mu?
1.Olmadı___ (Soru 45'e geçiniz)
2.Oldu ____

43. Nasıl bir değişiklik fark ettiğiniz?
1. Kesik kesik idrar yapma
2. Uzun süre idrar yapma,
3. Gece sık tuvalete kalkma
4. Diğer (Belirtiniz)

44. Değişiklik fark edince ne yaptınız?
1. Doktora gittim
2. Yaş icabıdır deyip bir şey yapmamış
3. Bir şey yapmamış
4. Diğer (Belirtiniz)

45. Erkeklik organlarından hayaların içindeki yumurtalarla ilgili düzenli kontrol yaparmısınız?
1. Evet __
2. Hayır ___(soru 47'e geç)

46. Erkeklik organlarından hayaların içindeki yumurtalarla ilgili nasıl bir kontrol yaparsınız belirtiniz?

47. Erkeklik organlarından hayaların içindeki yumurtalarla ilgili fark ettiğiniz herhangi bir değişiklik oldu mu?
1. Olmadı___ (Soru 50'e geçiniz)
2. Oldu ____

48. Nasıl bir değişiklik fark ettiğiniz?
1. Erkeklik organlarından hayaların içindeki yumurtalarda büyüme
2. Erkeklik organlarından hayaların içindeki yumurtaların içinde sertlik

49. Değişiklik fark edince ne yaptınız?

1. Doktora gittim
2. Yaş icabıdır deyip bir şey yapmamış

3. Bir şey yapmamış
4. Diğer (Belirtiniz)

50. Barsak boşaltımınızla ilgili fark ettiğiniz herhangi bir değişiklik oldu mu?
1. Olmadı____ (Soru 53'e geçiniz)
2. Oldu____

51. Barsak boşaltımınızda ne gibi değişiklikler oldu?
1. Kabızlık
2. Kanama
3. Diğer (Belirtiniz)

52. Bu değişiklikleri fark edince ne yaptınız? (Belirtiniz)

53. Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi, gazete okur musunuz?
1. Çoğu zaman_____
2. Bazen_____
3. Çok nadir_____
4. Okumam, takip etmem _____

54. Kitle iletişim araçlarında tv., radyo, bilgisayar v.b. sağlık konularını takip eder misiniz?
1. Çoğu zaman_____
2. Bazen_____
3. Çok nadir_____
4. Okumam, takip etmem_____

55. Hangi durumlarda bir sağlık kuruluşuna gidersiniz ? (Belirtiniz)
1. Bir sorunum olduğu zaman
2. Yolum düşerse
3. İlaç yazdırmam gerektiği zaman
4. Hiç bir zaman
5. Diğer (Belirtiniz) _____

EK 2

AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, Lefkoşa Merkezde bulunan İçişleri Bakanlığında çalışan 45-65 yaş arası erkeklerin fiziksel sağlıklarını geliştirme davranışlarının saptanması için çalışan 45-65 Yaş Arasındaki erkekleri Bilgilendirme Ve Onay Alma Formu.

Araştırmanın açıklaması

Bu araştırma, Lefkoşa merkezde bulunan İçişleri Bakanlığında çalışan 45-65 yaş arası erkeklerin fiziksel sağlıklarını geliştirme davranışlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır. Anket sorularının yanıtlanması yaklaşık 15-20 dakikalık sürmektedir. Sorular araştırmacı tarafından sorulup doldurulacaktır. Bu yüzden soruları içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir.

Erkeklerin fiziksel sağlığı geliştirme davranışları ve uygulamaları yeterli düzeyde olduğunda sağlıklı yaşam davranışları düzeyi yükselmekte, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve erken tanı ile erken tedavi olmasına ve yaşam şansının artmasına neden olmaktadır bu da bireyin daha sağlıklı bir yaşam sürmesini sağlayacaktır.

Bu araştırma, KKTC'de verilecek sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi yönünden son derece önemlidir. Sağlığı geliştirme davranışı ve uygulamalarının önemini ortaya koyması beklenmektedir.

Sizinde bu çalışmaya katılmanızı öneriyoruz. Karar vermeden önce, araştırmanın neden yapıldığı ve neyi içereceğini anlamanız sizin için önemlidir. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılıp katılmama sizin vereceğiniz bir karardır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Katılmaya karar verdiğinizde bir neden göstermeksizin istediğiniz zaman araştırmadan ayrılmakta serbestsiniz.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki öğrencilerin eğitiminde ya da bilimsel yayınlarda kullanılabilecektir. Bu amaçların dışında bu veriler, kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma kesinlikle size zarar vermeyecektir.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası size verilecektir. Araştırmaya katılmaya karar verdiğinizde sizin hakkınızda kısa tanıtıcı bilgiler ve konu ile ilgili sorular araştırmacı tarafından sorulacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkilemeyeceği için objektif olmanızı ve soruların tümünü cevaplamanızı rica ederiz.

Araştırma Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim üyesi **Prof. Dr. Nurgün Platin** tarafından koordine edilmektedir.

Okuduğunuz için teşekkür ederim.

Adres: Yakın Doğu Üniversitesi Zeynep Ünalan

Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Lefkoşa/KKTC

Katılımcının Beyanı:

Sayın araştırma sorumlusu Zeynep Ünalan tarafından, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik'de Yüksek Lisans Bölümü'nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı Zeynep Ünalan'ı hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılan açıklamaları anladım. Kendi başıma belli bir düşünce süresi sonunda adı geçen bu araştırma katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı :

Adı, Soyadı :

Adres :

Tel :

İmza :

Görüşme Tanığı :

Adı, soyadı :

Adres :

Tel :

İmza :

Katılımcı ile görüşen Araştırmacı :

Adı, Soyadı :

Adres :

İmza :

EK 3

İZİN FORMU

KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ

İÇİŞLERİ VE YEREL YÖNETİMLER BAKANLIĞI

18 Ekim, 2010

Yakın Doğu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programında öğrenci olan Zeynep Ünalan'ın "İçişleri ve Yerel Yönetimler Bakanlığı'nda çalışan "45-65 yaş arası erkek personelin fiziksel sağlığı geliştirme davranışları başlığı" altında bilim uzmanlığı tez çalışması yapması konusunda kendisine izin verilmiştir.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Adnan ALTAN
Bakanlık Müdürü