



**T.C.**

**MARDİN ARTUKLU ÜNİVERSİTESİ**

**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR ANABİLİM DALI**

**Yüksek Lisans Tezi**

**AİLE HEKİMLERİNİN SPORA YÖNELİK TUTUMLARI VE  
EGZERSİZ SAĞLIK İNANÇLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Fidan KILIÇ**

**Danışman**

**Doç. Dr. C. Gülbin ESKİYECEK**

**Mardin-2022**

**T.C.**  
**MARDİN ARTUKLU ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR ANABİLİM DALI**

**Yüksek Lisans Tezi**

**AİLE HEKİMLERİNİN SPORA YÖNELİK TUTUMLARI VE  
EGZERSİZ SAĞLIK İNANÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Fidan KILIÇ**

**Danışman**

**Doç. Dr. C. Gülbin ESKİYECEK**

**Mardin-2022**

## TEZ ONAYI

Enstitümüz Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı 19900019 numaralı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Fidan KILIÇ'ın hazırladığı ‘**Aile Hekimlerinin Spora Yönelik Tutumları Ve Egzersiz Sağlık İnançlarının Değerlendirilmesi**’ başlıklı Yüksek Lisans tezi ile ilgili Tez Savunma Sınavı, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği uyarınca 26.07.2022 Salı günü saat 13:00’da yapılmış, tezin onayına oy çokluğu/oybirliğiyle karar verilmiştir.

Doç. Dr. Canan Gülbin ESKİYECEK (Danışman)	İmza
Prof. Dr. Yüksel SAVUCU (Üye)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Kemal Gazanfer GÜL(Üye)	İmza

ONAY:

Bu tezin kabulü, Enstitü Yönetim Kurulu’nun ...../...../20.... Tarih ve ...../..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../..../20...

Enstitü Müdürü

## ETİK BEYAN

Mardin Artuklu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içindeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tez çalışmasının hazırlık, bilgi, belge, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarda bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun davrandığımı,
- Tez çalışmada kullanılan tüm eserlere eksiksiz atıf yaptığımı ve kullanılan tüm eserlere kaynaklar/kaynakçada yer verdiğimi,
- Tez çalışmasının özgün olduğunu,
- Tez çalışmasının Mardin Artuklu Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programı” ile tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan eder, aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabullendiğimi bildiririm.

**İmza**

**Fidan KILIÇ**

**Tarih (30/06/2022 )**

# ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

## AİLE HEKİMLERİNİN SPORA YÖNELİK TUTUMLARI VE EGZERSİZ SAĞLIK İNANÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Fidan KILIÇ

Mardin Artuklu Üniversitesi  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü  
Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı  
2022: 119 Sayfa

Bu araştırma, Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan aile hekimlerinin, spora yönelik tutum düzeyleri ile egzersiz sağlık inanç düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma, Mardin il merkezi ve ilçelerinde bulunan ortalama 80 Aile Sağlığı Merkezinde görev yapan 250 Aile Hekimi ile gerçekleştirilmiştir. Gönüllülük esaslı olarak gerçekleştirilen bu çalışmada, veri toplama aracı olarak katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulmuş “Kişisel Bilgi Formu” ile “Spora Yönelik Tutum Ölçeği” ve “Egzersiz Sağlık İnanç Modeli” olmak üzere iki farklı ölçek kullanılmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için 16/05/2021 tarihli ve 12977 sayılı (MAÜ EK) ile Etik Kurul Onayı alınmıştır. Egzersiz Sağlık İnanç Modeli ile Spora Yönelik Tutumlarının bağımsız değişkenleri açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini anlamak için ikili bağımsız gruplar için t-testi; en az üçlü kategorik değişkenlerde ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi kullanılmıştır. ANOVA testinden elde edilen anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için Post-Hoc testlerine başvurulmuştur. Ölçekler arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını anlamak için ise Pearson Korelasyon Analiz testi yapılmıştır. Araştırma bulgularına göre; Spora Yönelik Tutumları ölçeğinin yaş, görev yeri, günlük ortalama bakılan hasta sayısı ve düzenli egzersiz yapma değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ( $p < .05$ ;  $p < .001$ ). Araştırmada Egzersiz Sağlık İnanç Modeli ölçeği alt faktörler düzeyinde analiz edilmiş ve katılımcıların bu faktörlerin bazılarında elde ettikleri puanlarda gelir durumu, görev yeri, hasta sayısı, günlük bakılan ortalama hasta sayısı, düzenli egzersiz yapma, egzersiz sıklığı ve algılanan sağlık durumu değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ( $p < .05$ ;  $p < .001$ ). Sonuç olarak, iş ortamındaki mevcut yoğunluğun azaltılması, maddi olanakların iyileştirilmesi ve sosyal imkânların genişletilmesi sayesinde aile hekimlerinin spora yönelik olumlu tutumlarının daha da artacağı ve bu düzenlemelerin egzersiz sağlık inançları üzerinde de olumlu yönde katkı sağlayacağı söylenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Aile Hekimi, Egzersiz, İnanç, Sağlık, Tutum.

# ABSTRACT

Master Thesis

## EVALUATING FAMILY DOCTORS' ATTITUDES TOWARD SPORTS AND THEIR BELIEFS ON EXERCISE HEALTH

Fidan KILIÇ

Mardin Artuklu University  
The Institute for Graduate Educational Studies  
Department of Physical Education and Sport  
2022: 119 Pages

This study was conducted to review the attitude levels of family doctors who work in Family Health Centers toward sports and their level of beliefs on exercise health. The study was performed with 250 Family Doctors working in an average of 80 Family Health Centers in Mardin City center and its districts. "Personal Information Form" and two different scales "Attitude Scale Towards Sports" and "Exercise Health Belief Model" consisting of 25 items that were established as data collection tools to determine the demographic characteristics of the participants were utilized in this research with a voluntary basis. 16/05/2021 dated and 12977 numbered (MAÜ EK) Ethics Committee Approval was obtained. A t-test was used for pairwise independent groups while One-Way Analysis of Variance (ANOVA) was utilized for at least three categorical variables to understand whether there is a significant difference in the independent variables of Exercise Health Belief Model and Attitudes Toward Sports. Post-Hoc tests were used to understand between which groups the significant differences obtained from the ANOVA test were. Pearson Correlation Analysis test was applied to see whether there is a significant relationship between scales. According to findings, there are statistically significant differences in the variables of age, place of duty, the daily average number of patients, and regular exercise of the Attitude Scale Towards Sports ( $p < .05$ ;  $p < .001$ ). The Exercise Health Belief Model scale was analyzed at the level of sub-factors in this paper, and, for findings, there are statistically significant differences in the participants' scores regarding variables of income status, place of duty, number of patients, the average number of patients cared for daily, regular exercise, exercise frequency and perceived health status ( $p < .05$ ;  $p < .001$ ). In conclusion, we can say that family doctors' positive attitudes toward sports will improve and these regulations will have a positive effect on their exercise health beliefs thanks to the reduction of the intensity in the business environment, the improvement of financial opportunities, and the expansion of social opportunities.

**Keywords:** Family Doctor, Exercise, Belief, Health, Attitude.

## ÖN SÖZ/TEŞEKKÜR

Bireylerin yaşamları boyunca kendilerinden ve çevrelerinden kaynaklı karşı karşıya kaldıkları sorunlardan biri sağlıktır. Sağlık yalnızca hastalık ve hastalıkların var olmaması durumu değil bununla beraber ruhsal ve toplumsal açıdan iyi olma halini de ifade etmektedir. Bu iyi halin sağlanabilmesi ve uzun süre korunabilmesi için, sporun yaşam biçimi olarak benimsenmesi ve sürekliliğinin korunması gerekmektedir. Bu durumda sağlık sisteminin temel yapı taşı olan aile hekimlerine büyük sorumluluk düşmektedir. Hastaların reçetelendirilmesinde spora yer vermeleri ve en önemlisi kendi yaşamlarına uygulayabilen bir tutum içerisinde olmaları gerekmektedir. Karşılaşılan sağlık sorunlarında egzersizin gerek destekleyici gerekse tedavi ediciliğine olan inanç başta bireysel sağlığa ardından toplum sağlığına katkısı bulunacaktır. Bu noktada bireylerin inançları ve tutumları arasındaki ilişkiyi yola çıkarak sağlığı korumaya yönelik davranışlar üzerinde motivasyon yaratılmasını öngören egzersiz sağlık inanç modeli devreye girmektedir. Sağlıklı yaşamın gereği olmasının yanı sıra ve hastalıklardan korunmada en az beslenme, düzenli uyku faktörleri kadar büyük öneme sahip olan egzersizin faydaları evrensel olarak da kabul görülen bilgiler arasındadır. Hekimler bu bilgiler doğrultusunda yoğun çalışma hayatının neden olduğu stres, fiziksel ve mental yorgunluğun olumsuz etkilerini egzersizle azaltma eğilimi içerisindeyler. Dolayısıyla bu çalışma çerçevesinde hekimlerin; yaşamlarında egzersize ne kadar yer verdikleri, düzenli egzersiz ile olumlu geri dönüş alan hekimlerin genel sağlıklarına etkisinin ne derece olduğunun anlaşılması adına yapılacak benzer çalışmalara katkı sunacağı düşünülmektedir.

Tezimin her aşamasında beni yönlendiren, ışık tutan hiçbir fedakârlıktan kaçınmayarak her türlü desteğini esirgemeyen değerli hocam Tez Danışmanım Doç. Dr. Canan Gülbin ESKİYECEK'e en içten teşekkürlerimi ve minnettarlığımı sunarım. Bu sürecin her aşamasında destek veren aileme, sevgili eşim Nurettin KILIÇ, kızlarım Defne ve İpek KILIÇ'a ve değerli arkadaşım Avukat Müzeyyen DOĞANTEKİN'e ve diğer arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

**Fidan KILIÇ**  
**Mardin - 2022**

## İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
ÖN SÖZ/TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	xi
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. KAYNAK ARAŞTIRMASI.....	9
2.1. Sağlık Kavramı.....	9
2.2. Sağlık Hizmetleri.....	10
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Amacı ve Önemi.....	11
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	13
2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	15
2.2.4. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	15
2.2.5. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	16
2.2.6. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	16
2.2.7. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmeti.....	17
2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi.....	17
2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilme Dönemi.....	21
2.5. Sağlık Hizmeti Sunumunda Basamaklandırma.....	22
2.5.1. Basamaklandırılmış Sağlık Sistemi.....	22
2.5.1.1. Birinci Basamak Sağlık Sistemi.....	23
2.5.2. Birinci Basamak Sistem Özellikleri.....	24
2.5.3. Birinci Basamak Uygulama Özellikleri.....	24
2.5.4. Birinci Basamak Sağlık Bakımının Hedefleri.....	24
2.5.5. Birinci Basamak Yöntemi.....	25
2.5.5.1. Kişi Merkezli Bakım.....	25

2.5.5.2. Özgün Problem Çözme Becerileri .....	25
2.5.5.3. Kapsamlı Yaklaşım .....	26
2.5.5.4. Toplum Yönelimli Olma .....	26
2.5.5.5. Bütüncül Yaklaşım.....	266
2.5.6. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları.....	27
2.6. Sağlık Ocakları ve Sağlık Evleri.....	27
2.7. Aile Hekimleri ve Görevleri.....	27
2.7.1. Aile Hekimliğinin Gelişimsel Süreci.....	28
2.7.2. Aile Hekimlerinin Çalışma Alanları .....	31
2.7.3. Aile Hekimliğinin Olumlu Yönleri .....	31
2.7.4. Aile Hekimliğinin Olumsuz Yönleri.....	32
2.7.5. Aile hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri <b>32</b>	
2.7.6. Aile hekimliği Disiplin Özellikleri .....	33
2.7.7. Dünya’da Aile Hekimliği’nin Gelişimi ve Özellikleri.....	34
2.8. Avrupa’da Uzman Aile Hekimliğinin Eğitim Yapısı ve Süresi.....	35
2.9. Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminin Yapısı ve Uygulaması.....	37
2.10. Egzersiz Kavramı.....	38
2.11. Egzersiz ve Sağlık İlişkisi.....	41
2.12. Egzersizin Psikolojik Boyutu.....	45
2.13. Sağlık İnanç Modeli (SİM).....	46
2.13.1. Sağlık İnanç Modelinin Temel Bileşenleri .....	50
2.13.1.1. Duyarlılık/Hassasiyet Algısı .....	51
2.13.1.2. Ciddiyet/Önemseme Algısı .....	52
2.13.1.3. Yarar Algısı.....	52
2.13.1.4. Engel Algısı.....	52
<b>3. MATERYAL VE YÖNTEM.....</b>	<b>53</b>
3.1. Araştırma Modeli .....	53
3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme .....	53
3.3. Veri Toplama Araçları .....	53
3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi .....	55

<b>4. ARAŞTIRMA BULGULARI ve TARTIŞMA.....</b>	<b>57</b>
4.1. Aile Hekimlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular .....	57
4.2. Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum Bulguları.....	58
4.3. Yaş Değişkeni Açısından Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum Bulguları.....	59
4.4. Cinsiyet Değişkeni Açısından Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum Bulguları.....	60
4.5. Gelir Durumu Değişkeni Açısından Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum Bulguları.....	61
4.7. Görev Yeri Değişkeni Açısından Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum Bulguları.....	63
4.8. Günlük Bakılan Ortalama Hasta Sayısı Değişkeni Açısından Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum Bulguları.....	64
4.10. Düzenli Egzersiz Yapma Değişkeni Açısından Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum Bulguları.....	67
4.11. Egzersiz Sıklığı Değişkeni Açısından Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum Bulguları.....	68
4.13. Algılanan Sağlık Durumu Değişkeni Açısından Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum Bulguları.....	70
4.14. Kronik Hastalık Durumu Değişkeni Açısından Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum Bulguları.....	72
4.15. Koronavirüs Enfeksiyonu Geçirme Durumu Değişkeni Açısından Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum Bulguları.....	73
4.16. Egzersiz Sağlık İnançları ile Spora Yönelik Tutum Değişkeni Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular.....	744
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>76</b>
5.1. Spora Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	76
5.2. Egzersiz Sağlık İnanç Modelinin Değerlendirilmesi.....	79
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>84</b>
Öneriler.....	85
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>86</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>98</b>
Ek 1. Etik Kurul Onay Belgesi.....	98

Ek 2. Egzersiz Sağlık İnanç Modeli ve Spora Yönelik Tutum Ölçeği.....	99
Ek 3. Mardin İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi.....	104
Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu .....	105
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>106</b>



## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa No

Tablo 3.1. Ölçeklere Ait Ölçüm Güvenirliği Katsayıları.....	53
Tablo 3.2. Çarpıklık ve Basıklık Değerleri .....	555
Tablo 4.1. Aile Hekimlerinin Demografik Özelliklerine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları .....	57
Tablo 4.2. Egzersiz Sağlık İnançlarına ve Spora Yönelik Tutuma İlişkin Betimsel İstatistik Sonuçları.....	58
Tablo 4.3. Yaş Değişkenine İlişkin Tek Yönlü Varyans Analiz (ANOVA) Sonuçları .....	59
Tablo 4.4. Cinsiyet Değişkenine İlişkin Bağımsız Gruplar için t-Testi Sonuçları ....	60
Tablo 4.5. Gelir Durumu Değişkenine İlişkin Tek Yönlü Varyans Analiz (ANOVA) Sonuçları .....	61
Tablo 4.6. Gelir Durumu Değişkeni Açısından Betimsel İstatistik ve Post-Hoc Testi Sonuçları .....	62
Tablo 4.7. Görev Yeri Değişkenine İlişkin Bağımsız Gruplar için t-Testi Sonuçları	63
Tablo 4.8. Günlük Bakılan Ortalama Hasta Sayısı Değişkenine İlişkin Tek Yönlü Varyans Analiz (ANOVA) Sonuçları .....	65
Tablo 4.9. Günlük Bakılan Ortalama Hasta Sayısı Değişkeni Açısından Betimsel İstatistik ve Post-Hoc Testi Sonuçları .....	66
Tablo 4.10. Düzenli Egzersiz Yapma Değişkenine İlişkin Bağımsız Gruplar için t-Testi Sonuçları .....	67
Tablo 4.11. Egzersiz Sıklığı Değişkenine İlişkin Tek Yönlü Varyans Analiz (ANOVA) Sonuçları .....	68
Tablo 4.12. Egzersiz Sıklığı Değişkeni Açısından Betimsel İstatistik ve Post-Hoc Testi Sonuçları .....	69
Tablo 4.13. Algılanan Sağlık Durumu Değişkenine İlişkin Bağımsız Gruplar için t-Testi Sonuçları .....	71
Tablo 4.14. Kronik Hastalık Durumu Değişkenine İlişkin Bağımsız Gruplar için t-Testi Sonuçları .....	72
Tablo 4.15. Koronavirüs Enfeksiyonu Geçirme Durumu Değişkenine İlişkin Bağımsız Gruplar için t-Testi Sonuçları .....	73
Tablo 4.16. Egzersiz Sağlık İnançları ile Spora Yönelik Tutum Değişkenine İlişkin Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları.....	75

## SİMGELER ve KISALTMALAR

Bu tez çalışmasında kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda belirtilmiştir.

<b>Kısaltmalar</b>	<b>Açıklamalar</b>
<b>AIDS</b>	Acquired Immune Deficiency Syndrome
<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>AH/ GP</b>	Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik
<b>BB</b>	Birinci Basamak
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>ESİM</b>	Egzersiz Sağlık İnançları Modeli
<b>EURACT</b>	European Academy of Teachers in General Practise
<b>GSS</b>	Genel Sağlık Sigortası
<b>OECD</b>	İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı
<b>PSM</b>	Periyodik Sağlık Muayeneler
<b>PWG</b>	Genç Doktorlar Grubu
<b>SİM</b>	Sağlık İnanç Modeli
<b>SSK</b>	Sosyal Sigorta Kurumu
<b>TBMM</b>	Türkiye Büyük Millet Meclisi
<b>TUS</b>	Tıpta Uzmanlık Sınavı
<b>TÜSİAD</b>	Türk Sanayicileri ve İş İnsanları Derneği
<b>UEMO</b>	Avrupa Genel Hekimler Birliği
<b>UFAA</b>	Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi
<b>YÖK</b>	Yükseköğretim Kurumu

**WHO**

World Health Organization

**WONCA**

World Organization of National Colleges



## 1. GİRİŞ

Bireylerin sıhhatli bir şekilde yaşamlarını sürdürebilmeleri için çalışmaları gerekmektedir. Bu çalışma hayatı bireylere kişisel ve toplumsal açıdan yarar sağlıyor olsa da birtakım olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir (Aytaç, 2005). Bu olumsuzluklar ilk olarak bireysel sağlık sorunları olarak ortaya çıksa da beraberinde kitlesel olarak toplum sağlığının bozulması şeklinde ülke sağlığını sekteye uğratarak ortaya çıkmaktadır. Geçmişteki yaşam şeklinin zorunlu kıldığı aktif hareketlilik, günümüzün pasif yaşam şeklinin zorunlu kıldığı sonuçlar bakımından aynı kulvarda yer almaktadır. Geçmişteki ilkel yaşamın getirdiği hareketlilik, günümüz teknolojik yaşamın tabii tuttuğu hareketsizlikle eşdeğer olduğu gibi. Fakat toplumların eğitim seviyesinin artması ve bireylerin pasif yaşam şeklinin yaratacağı sağlık sorunları konusunda bilinçlendirilmeye çalışılarak bu sorunlar spor, egzersiz ve fiziksel aktivite ile nötrleştirilmeye çalışılmaktadır. Genel olarak spor, egzersiz ve fiziksel aktivite sözcükleri anlamdaş olarak kabul edilse de farklı anlamlar taşımaktadırlar. Bu sözcüklerin gereklilikleri yerine getirilerek pasif yaşam etkileri azaltılmaya çalışılmaktadır. Bu durumda spor; gruplar halinde ya da bireysel olarak yapılan ve kuralları daha önceden belirlenen kriterlerle yönetilen, bireyin kendi kendisini veya karşı takım oyuncularının mağup olmasını hedefleyen fiziksel aktivitelerdir. Sporun; korku, öfke kontrolü gibi duygusal durumların gelişimine pozitif yönde katkısı olurken bireyi yorgun düşüren duygusal durumlar, spor ve hareket ile giderilebilmekte ve bu tür duygusal durumlarda bireyleri normal duruma getirilebildiği ifade edilmektedir (Edgar, 1988).

Egzersiz; düzenli ve sistematik olarak yapılan ve gün içerisinde gerçekleştirilen fiziksel aktivitelerin tümü olarak kabul edilmektedir (Ardıç, 2014). Yaşam şekli olarak benimsenen ve düzenli yapılan egzersizlerin depresyon, streste azalma, pozitif düşünme ve öz güven gibi konularda olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir. Bu olumlu sonuçlar görülürken birde görülememesinde etkili olan faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler bireylerin yönelmek istediği faaliyetlerde; motivasyon, sosyal etki, tatmin, sosyal etki, ekonomi ve çevre gibi birden çok nedenin söz konusu

olduğu durumlardır. Bunlar içerisinde bireyin tatmin ve motive olamaması egzersizden yararlanamamasının önündeki en büyük etkenlerdendir. Bu etkenlerin ortadan kaldırılmasında bireyi motive edebilecek en güçlü silah sağlık algısıdır. Bu algının etkisinde, bireyin iç ve dış isteklendirme kaynaklarının olmamasının yanı sıra bireyin elde edeceği tatminlik düşüncesi ve tatminlik derecesi gibi faktörler de motivasyon kaynağının oluşturulamamasında etkilidir.

Fiziksel aktivite ise; iskelet ve kas sisteminin kullanılması ve kasılması neticesinde üretilen, farklı şiddet ve yoğunluktaki bütün bedensel hareketler olarak ifade edilmektedir (Ardıç, 2014). Günlük yapılan ev işleri, dans, yürüme, spor, serbest zamanlı eylemler fiziksel aktivite olarak değerlendirilmektedir (Can vd., 2019). Bu aktiviteler, yaşam kalitesinin artırılmasında ve sağlığın korunmasında etkin bir rol üstlenirken, ivedilikle gelişen teknolojik gelişmeler gerek günlük işlerde gerekse de iş yerlerinde hareketlilik düzeyinin düşmesine sebep olmaktadır. Dolayısıyla bireylerin fiziksel hareketlilik düzeyini arttırmak ve bu hareketliliğe ilişkin tavsiyelerde bulunabilmek için öncelikli olarak, fiziksel hareketlilik düzeylerinin belirlenmesi gerekmektedir. Bunun için ise, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA) geliştirilerek bireylerin rutin yaşamlarındaki fiziksel aktivite seviyelerini belirlemek amaçlanmıştır (Craig vd., 2003).

İçinde bulunulan çağın getirdiği avantajlarla egzersiz ve fiziksel aktivitenin sağlık konusunda faydaları bilinmesine rağmen, dünyadaki teknolojik gelişmeler ve sanayi devrimi ile beraber gerçekleşen makineleşmeden ötürü insanların günlük gerçekleştirdikleri fiziksel hareketlilik seviyeleri günden güne azalmaktadır. Bu azalım seyri başta insan sağlığına verdiği zarar açısından sessiz bir düşmanken, geçen zamanla beraber günümüze ulaşan insan sağlığı irdelendiğinde bu durumunun vahimliği açık bir şekilde görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2017 yılındaki iki ayrı verisine göre diyabet hastalıklarının %27'si, kolon ve göğüs kanserlerinin %5'i, kalp-damar rahatsızlıklarının %21-25'inin ana nedeni fiziksel hareket yetersizliği olduğu ve bu yetersizliğinin dünyadaki ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer aldığı belirtilmektedir (WHO, 2017). DSÖ'nün 2018 yılı verilerine göre ise, her dört kişiden biri (1.4 milyar kişi) fiziksel hareketlilik için

yapılan tavsiyelere uymadıkları belirtilmektedir (Guthold vd., 2018). Ayrıca daha önce yapılan çalışmalar egzersizin sağlık üzerindeki yararlarını araştırırken, günümüzdeki çalışmalar kişi bazında fiziksel hareketlilik seviyesinin neden arttırılmadığına dair çalışmaları kapsamaktadır (Koçak, 2013). Bu durum birçok gelişmiş ülkenin halk sağlığı düşüncesiyle, bireysel temelli fiziksel hareketliliği başlatarak topluma benimsetmeye ve halk sağlığını iyileştirmeye yönelik politikaları izlemelerine neden olmaktadır (Cengiz vd., 2010). DSÖ bu politikaları desteklemekle beraber, her türlü hareketliliğinin hastalıkları önleyeceğini belirtirken, halk sağlığının iyileştirilmesinde olumlu yönde katkısının olacağına vurgu yapmaktadır (WHO, 2009). Halk sağlığı adına gerekli olan yaşam boyu spor anlayışı, günümüz itibariyle daha sağlıklı ve kaliteli yaşam düşüncesiyle nispeten de olsa yaşama geçirilmiş durumdadır. Bunda en önemli kısas toplum sağlığı zihniyetinin diğer kuşaklara aktarılmasını sağlamaktır. Bunun için, ilk öğreticiler olarak kabul edilen ebeveynlere büyük görev düşmektedir. Rol model görevini üstlenen ebeveynler, aktif fiziksel hareketliliği çocuklarına benimsetmek adına çocuklarıyla beraber yürüyüş alanlarında yürüyüş yaparak, bisiklete binerek, yüzerek, koşarak veya halka açık alanlarda spor aletleriyle egzersiz yaparak bu alışkanlığı çocuklara benimsetmeleri mümkün olabilmektedir. Bu şekilde kazandırılmaya çalışılan fiziksel hareketlilik, her bireyin çocukluk döneminden yaşlılığa kadar sağlıklı bir şekilde yaşam sürmelerine katkıda bulunarak, toplumun tüm kuşaklarına yaşam boyu spor zihniyetinin kazandırılmış olması şeklinde pozitif anlamda sonuçlanmış olacaktır. Dolayısıyla her yaştan bireyin en sağlıklı şekilde hayatını sürdürebilmesi için gerekli olan egzersiz ve egzersiz programlarının sağladığı yararlar, öncelikle çocukların ve özellikle de gençlerin kas ve kemik gelişimini hızlandırdığı, vücudun immün sistemini güçlendirdiği kabul edilmektedir (Nowosielski vd., 2016). Ayrıca obezite, diyabet, kalp-damar rahatsızlıkları, patolojik rahatsızlıklar ve nörojeniz gibi sağlık sorunlarının azaltılmasında da büyük rolünün olduğu kabul edilmektedir (Archer, 2014). Yapılan bir diğer araştırma sonucunda, düzenli olarak yapılan spor ve fiziksel aktivitenin bireylere sosyal, fiziksel ve zihinsel faydalarının olduğunu belirtilmektedir. Düzenli fiziksel aktivitenin gelişimsel faydaları, yaşlılara sağladığı

yararlar açısından da önemini korumaktadır. Yetişkin ve yaşlılarda kireçlenme, hipertansiyon, inme gibi durumlara iyi gelirken, kardiyovasküler hastalıklarla beraber kanser ve Alzheimer hastalıkları risklerini de azalttığı belirtilmektedir (Piercy vd., 2018). Aynı zamanda, sağlıklı yaşam için gerekli olan madde bağımlılıklarının (alkol, sigara vb.) bırakılması gibi psikolojik konularda da yarar sağlamaktadır. Bu yararlılığın sürdürülebilmesi için en önemli kural, egzersizlerin düzenli olarak yapılması ve yaşam biçimi olarak benimsenmesidir.

Fiziksel aktivite konusundaki en büyük bireysel ve toplumsal yanılgı, düzenli yapılmadığında da yarar sağladığı düşüncesidir. Fakat tam tersi olan bu durum, cinsiyetler açısından değerlendirildiğinde ise cinsiyet farklılığının ve kişisel düşüncelerin yarattığı birtakım nedenlerin söz konusu olduğu durumlardır. Bu nedenler; bayanlar açısından ev ve iş hayatını beraber idare etme sorumluluğundan kaynaklanan zaman kısıtlılığı, yorgunluk gibi durumlarken, erkekler açısından mesai saatlerinin uzunluğu, stres, yaralanma korkusu, spor geçmişinin olmadığı gibi düşüncelerin yarattığı durumlar olarak kabul edilmektedir. Bu engeller sebebiyle düzenli yapılamayan fiziksel aktiviteyi tolere etmek adına birkaç hafta ya da birkaç ay gibi hızlandırılarak yapılan aktivitelerin fayda sağlamasını beklemek oldukça zordur. Yalnızca düzenli fiziksel aktivite yapan bireyler sağlıklarına olumlu yönde katkıda bulunurken, daha mutlu, enerjik ve kendilerini daha dinç hissetme gibi duygu durumlarına sahip olabilirler. Fakat düzenli fiziksel aktivite yapan bireyler açısından gündeme gelen bir diğer konu ise bu eylemin yaşam tarzı olarak benimsenip benimsenmediğidir. Bu konu üzerinde yapılan çalışmalarda çocukluk ve gençlik dönemi ele alınmış ve düzenli fiziksel aktivitenin alışkanlığa dönüşmediği sonuçlarına varılmıştır. Nedenler araştırıldığında ise; çocukluk dönemindeki aktivitelerin eğitsel oyunlar şeklinde eğlendirici olmaması, aktivite süresinin gereğinden uzun tutulması gibi etkenlerin aktiviteye yönelimi engellediği, gençlik dönemindeki nedenler arasında ise üniversite sınavlarına hazırlık, gelecek kaygısı gibi depresif durumların oluşturduğu etkenlerin söz konusu olduğu belirtilmektedir. Ancak çocukluk dönemindeki bu duruma çözüm olarak, aktivitelerin ilgi çekici, keyif verici, adapte edici özelliklerinin bulunması gerektiği belirtilmektedir (Bek,

2008). Özendirilerek, keyif verici hale getirilen fiziksel aktivitelerin, 3-17 yaş aralığı ile ergenlik dönemlerinde yapılan araştırmalarda kas ve kemik gelişimine yararlı olduğu, ruhsal sorunların azalmasına ve bireylerin sosyalleşmesine katkıda bulunduğu, vücut ağırlığında ise düzenleyici rol oynadığı ifade edilmektedir. Bu durum, düzenli fiziksel aktivitenin gelişimsel faydalarının yalnızca çocuk ve gençler bazında kalmayarak yaşlılara sağladığı yararlar açısından önemini korumaktadır (Piercy vd., 2018).

Fiziksel inaktivite ise; düzenli yapılan fiziksel aktivitenin önerilen seviyenin altında olması veya beden hareketlerinin olabilecek en minimum seviyede olması durumudur (Petee vd., 2009). Diğer bir ifade ile sedanter yaşam tarzı olarak da ifade edilen fiziksel inaktivite; fiziksel aktivitenin olmayışı veya düzensiz olan fiziksel aktivite şeklindeki yaşam tarzıdır. En fazla gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Neden olarak her ne kadar sanayileşme, makineleşme görölse de bireylerin bilinçsizce televizyon ve bilgisayar başında vakit geçirmesi, ev, gıda gibi temel ihtiyaçlarını internet aracılığı ile gidermesi, merdiven çıkmak yerine asansörleri tercih etmesi ana nedenler arasında ilk sıralarda yer alırken beraberinde fiziksel inaktivitenin doğuracağı sağlık sorunlarını tetiklemektedir. Bu durum, çağımızın en büyük sağlık problemlerinden olan başta obeziteyi tetiklemekte ve gençlerde depresif içe kapanıklılık, sosyalleşememe gibi birtakım ruhsal sorunların görülmesine neden olmaktadır (Özer ve Baltacı, 2008). Her açıdan olumsuz sonuçlar doğuran fiziksel inaktivite durumu, ülkelere ve cinsiyetlere göre farklılık gösterirken, bazı ülkeler üzerinde yapılan araştırmalara da ise řu sonuçlara ulaşılmıştır: Belçika’da en düşük fiziksel aktivitenin %11’lik oranla erkeklerde olduğu, en yüksek oranın ise %4 ile Portekiz ve Güney Afrika’daki erkeklerde görüldüğu, kadınlarda ise en düşük %15 ile ABD’de, en yüksek oran ise %65 ile Portekizli kadınlarında görüldüğu belirtilmiştir. ABD’de bulunan üniversite öğrencileri üzerinde yapılan araştırmalarda ise, öğrencilerin %50’sinin fiziksel aktivite önerisine uymadığı, Kore’li üniversite öğrencileri üzerinde yapılan araştırmalarda ise %79.2’sinin orta düzeyde dahi fiziksel aktivite yapmadığı belirtilmektedir (Kim vd., 2010).

Günümüzde her alanda görülen gelişim ve değişim, sağlık açısından bireylerin yaşam kalitelerini olumlu ve olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan araştırmalar, yaşanan psikolojik sıkıntılar ve stresli ortamların, bireylerin sağlığını tehdit eden en büyük unsurlardan biri olduğunu ifade etmektedir. Fakat bireylerin spor ile sağlıklarını kazanabilmeleri ve koruyabilmeleri için yerine getirmeleri gereken eylemler içerisinde bulunmaları ve bu eylemler sonucunda sağlıklarını kazanmaları bireylerin en büyük motivasyon kaynağı olmaktadır. Dolayısıyla bu durum bireylerin sağlıkları için yapmaları gereken tutum ve davranışlarını sergilemelerine olan inançlarını güçlendirmektedir (Zorba, 2020). Bu inanç, bireylerin sağlıkları konusunda doğru bildikleri bilgilerle genel sağlıklarını korumaları gerekirken, dolaylı yoldan etkilenme (arkadaş tavsiyesi vb.) ve geçmişten günümüze kadar gelen yanlış tedavilere olan inançlarının olması sebebiyle gösterilmesi gereken en doğru sağlık inanç tutumlarını arkaya plana atmakta ve sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. Tam bu noktada sağlık inancı, bireyin göstermesi gereken doğru tutum ve davranışlara yön vermesi hususunda önem kazanmaktadır (Ünsal, 2017). Bu sebeple, sağlık inancı bireylerin sağlıklarını korumak ve geliştirmek adına yapmaları gerekenler konusundaki inançları, tedavi süresinde yapmaları gerekenler ile rutin günlük yaşantılarında sağlıkları adına sergileyecekleri en doğru sağlık davranışlarını ve tutumlarını ele almaktadır.

Birçok sağlık çalışanının; nöbetleşe çalışma, yoğun iş yükü, iş problemleri, konforsuz yaşam koşulları, beraberinde iş hayatının getirdiği pasif yaşam şekli vb. yükümlülükler bireylerde psikolojik (anksiyete, depresyon, uykusuzluk) ve fizyolojik sağlık problemlerine sebep olmaktadır (Hacıoğlu, 2011; Belek, 2004). Hekimler ve tıp fakültesi öğrencileri üzerinde ruh sağlığı sorunları açısından yapılan çalışmalar incelendiğinde, özellikle anksiyete ve depresyonun ilk sıralarda yer aldığı belirtilmektedir (Demir ve Ay, 2007). Dolayısıyla tüm sağlık personelleri, çalışma şartlarının yarattığı elverişsiz durumlardan ötürü fiziksel aktivite ve düzenli egzersizler için gerekli zamanı, gücü ve enerjiyi bulamamaktadırlar (Özer ve Baltacı, 2008).

1950'li yılların başında Hochbaum ve arkadaşları; Rosentock, Leventhal, Hochbaum ve Kegeles tarafından geliştirilen Sağlık İnanç Modeli (SİM), bir kesim bireylerin sıhhatli olan sağlık durumlarını korumak için dikkat ettikleri, diğer kesim bireylerin ise, sağlıkları için neden girişimlerde bulunmak istemediklerini ve neden yapılan sağlık taramalarına katılmadıklarına dair açıklamalar getirmek amacıyla geliştirilmiş sağlık modelidir. Model bireylerin, sağlık konusundaki tutumlarına etki eden faktörler ile davranış ve belirti yöntemlerini anlamada kullanılan en eski modeldir (Rohleder, 2012). Lewin ve Becker'in sosyo-psikolojik kavramından yararlanarak, hastalık durumundan korunmak ve hastalık durumunda davranışların nasıl etkilendiğini ve şekillendiğini açıklamak üzere geliştirilmesinin yanı sıra birden çok programda kullanılarak, halk sağlığını koruma gayesiyle de oluşturulmuştur. Bu programlar; Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), meme kanseri ve tüberküloz gibi sık görülen hastalıklardan korunma adına hazırlanmış ve bireyi, kendisini eksik hissettiği noktalarda destekleyerek, en doğru tutum davranışını yaşama geçirerek uygulanmasını sağlamaktır (Taylor vd., 1997). Başka bir ifadeyle değer- beklenti modelidir. Değer ve beklenti çerçevesinde değerlendirildiğinde ise; bireyin hastalıktan kurtulma isteği ve iyi olma hali değer olarak ifade edilirken, bireyin hastalığı önleyeceğine dair olan inancı beklentiye ifade etmektedir. Bunların yanı sıra son güncel kaynaklarda SİM için sekiz bileşen belirtilmiştir. Ancak ilk olarak Sağlık İnanç Modeli "Algılanan Duyarlılık, Algılanan Ciddiyet, Algılanan Engeller, Algılanan Yarar" olmak üzere dört temel kavramdan oluşmaktadır. Daha sonra aşırı yemek yeme ve sigara kullanımı gibi sağlığı kötü etkileyen davranışları değiştirebilmek için öz-yeterlilik kavramı 1988 yılları içerisinde eklenen son kavramdır (Champion ve Skinner, 2008). Sağlık inanç modeli ilk olarak tüberküloz hastalarının taramalarında kullanılmış olsa da, ilerleyen yaş ile beraber görülme riski artan kanser çeşitlerinde, özellikle de fiziksel aktivite eksikliğinden kaynaklanan sağlık sorunlarında başarılı neticeler verdiği belirtilmektedir (Hochbaum, 1958; Doymaz, 2013; Gristwood, 2011). Dolayısıyla beklentiler üzerinden şekil alan Sağlık İnanç Modeli, hasta bireylerin hastalığın ciddiyetinin farkında olmaması, duyarsız oluşu ve sağlıkçılar tarafından uygulanan modern tıbbi tedavinin sağlayacağı

yararlara yeteri kadar inanmamaları gibi konularda bireye en faydalı olacak şekilde yeniden düzenlenmiş inanç modelidir (Jeihoni vd., 2016).

Bireylerin egzersize olan inançlarının pozitif olması durumu egzersiz davranışlarını olumlu etkilemekte olup tıbbi tedavilerle beraber bireyleri rehabilite eden ve onların yaşam standardını artıran bir etkiye sahiptir. Bu sebeple tedavi gören bireylerin sağlıklarını korumaları son derece önemli olduğu için egzersiz sağlık inançlarının ölçülmesi gerektiği vurgulanmıştır (Ertüzün ve Karaküçük, 2014; Bulduk vd., 2015; Sevinç, 2016). Bunun yanı sıra bireylerin sağlıklarına ilişkin tutumları ile sağlıklarına gösterdikleri önem, hastalıkların sonuçlarına ilişkin inançlarından da etkilenmektedir (Gözüm ve Çapık, 2014).

Fiziksel aktiviteye olan inancın; olumlu beden imajı, özgüven ve depresyon gibi konularda pozitif yönde etkileri olduğu kabul edilmektedir (Doymaz, 2013). Dolayısıyla fiziksel aktivitenin, kitlesel olarak birden çok faktör üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu görülmektedir. Bu bağlamda yapılan bu araştırmada, aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimlerinin hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarını olumlu ve olumsuz yönde etkileyebilecek olan spora yönelik tutumlarının ve insan sağlığına yönelik davranış olarak ifade edilen sağlık inançlarının egzersiz boyutuyla değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## 2. KAYNAK ARAŞTIRMASI

### 2.1. Sağlık Kavramı

Yakın bir zamana kadar yalnızca tıp alanı olarak ele alınan sağlık kavramı, bireylerinin ruhsal ve sosyal faktörleri önemsenmeden yalnızca “hastalığın ve sakatlığın olmayışı”, hastalık durumunda “sağlıklı olamama” gibi dar tanımlarla ifade edilmiştir. Oysaki bu faktörler; fiziki ve biyolojik olmakla beraber sosyal, ekonomik ve kültürel olarak gruplandırılmaktadır (U.S. Department of Health and Human Service, 1998). DSÖ ise, sağlık kavramını “tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumu veya halsizlik durumunun olmaması” şeklinde tanımlanmaktadır (DSÖ, 2016). Detaylı olarak ifade edilecek olursa; fiziksel sağlık; uyku, hareket, beslenme ve dolaşım sistemlerinin kombine olarak bütüncül çerçevede yerine getirilebilmesi olarak tanımlanmaktadır. Sosyal sağlık ise; bireylerin iş durumu, aile düzeni olarak tanımlanmaktadır. Ruhsal sağlık; bireylerin çevresi ile olan iletişim ve etkileşimi, yerine getirmesi gereken sorumlulukları ve çevre ile uyumu olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Bireysel ve toplumsal olarak da insanlık tarihinde önemli yeri olan sağlık kavramı tarihsel olarak irdelendiğinde ise; tarihin ilk anayasası olma niteliğini taşıyan ve M.Ö. 2000’li yıllarda Babil kralı Hammurabi tarafından oluşturulan Hammurabi kanunlarında da değinilmiş olup, hekimlerin verecekleri hizmet karşılığında mükâfatlandırılacakları belirtilmiştir (Ersoy, 2004). Türk toplumunda ise bu kavram; Asya Türkçesinden Anadolu Türkçesine Sümerce’de “zağ”, Arapçadan “sahh” sözcükleri ile aynı kökenden geldiği kabul edilmektedir. Günümüzde spor açısından sağlık kavramı ise; öznel, biyolojik, işlevsel ve sosyal olarak tanımlanmaktadır. Burada en temel bileşenlerden olan öznel ifadesi; kişinin kendini iyi hissediyor olmasını, biyolojik olarak kişinin hasta olmamasını, ifade etmektedir (Eyüboğlu, 2004).

Evrensel olarak bireylerin en temel haklarından olan sağlıklı yaşam hakkı Türkiye’de yasal açıdan, ilk olarak 1961 Anayasasının 49.cu maddesinde yer

almaktadır. Bu madde gereğince, “Devlet, tüm yurttaşlarının bedensel ve ruhsal sağlıklarının korunması için gereken tüm tıbbi bakım ihtiyaçlarını karşılamakla yükümlüdür” ibaresi yer almaktadır. 1982 Anayasasının 56. Maddesinde ise “Herkes, dengeli ve sağlıklı yaşam şartlarında yaşama hakkına sahiptir” ibaresi yer almaktadır (Somunoğlu, 1999).

## 2.2. Sağlık Hizmetleri

Hizmet kavramı; başlı başına kendi içerisinde özgün özelliklerini barındırırken, sağlık hizmeti ise; hastalıkla karşı karşıya kalan bireylerin hastalıklardan korunması, hastalık durumunda gerekli tedavinin uygulanması ve tamamlanan tedavi sonrası aynı hastalık durumu ile tekrardan karşı karşıya kalınmaması için yerine getirilmesi gereken faaliyetlerin bütününü kapsamaktadır. Diğer bir ifadeyle; hastaların genel sağlık durumlarının iyileştirilmesi için ihtiyaç durumunda gerekli olan materyallerin kullanılması ve hastaların iyileştirilmesi esasına dayalı çalışmalardır (Aksoy ve Subaşı, 2015). Bütün bu tanımlamalarla birlikte 1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunda yer alan sağlık hizmetleri kavramı, insan sağlığı adına zararlı her türlü faktörlerin ortadan kaldırılması, toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması ve hasta olan bireylerin tedavilerinin yapılması için uygulanacak olan tıbbi faaliyetlerin bütünü şeklinde tanımlanmıştır.

Küresel anlamda sağlık hizmeti tanımlaması DSÖ’ce yapılmış olup bu kavram, belirli sağlık kuruluşlarında toplumun sağlık alanındaki gereksinim ve istekleri doğrultusunda farklılaşan amaçları gerçekleştirebilmek için her türlü tedavi edici ve koruyucu etkinlikleri sağlama kaidesi ile kişilerin ve toplumun sağlık bakımını ülke çapında örgütlemiş sağlık hizmet sistemi olarak ifade etmektedir (Sağlık Politikaları, Erişim Tarihi: 11.05.2021). Aynı zamanda DSÖ tarafından kamusal görev olarak kabul edilen sağlık hizmetlerinin oluşturulmasına yönelik ihtiyacın duyulmasının nedeni olarak, tüm toplumun sağlık haklarını güvence altına alma ve toplum sağlığını koruma düşüncesinin var olmasıdır. Bu noktada topluma sunulacak sağlık hizmetleri, ticari amaçla kurulan yani kar amaı güden ile kar amaı gütmeyen kurumlar olarak ayrılmaktadır (Tekin, 1987). Kendi bünyesinde, bireylerin sağlık durumlarında

olumsuzluğa yol açan etkenlerin ortadan kaldırılması, bireylerin bedensel ve zihinsel becerilerinde gerileme, tedavi süreçleri vb. konularda gerekli tüm teknolojik ve tıbbi desteğin sağlanmasına yönelik eylemler bu hizmetler kapsamındadır. Bu eylemler hastalık durumunda tıbbi teknolojik gelişmeler takip edilerek bu teknolojilerin kullanılması, erken tanının konulması, dengeli beslenme, içme suyunun temizliği gibi kısıtları da içine alan geniş yelpazeli sağlık hizmetlerini ifade etmektedir. Kısacası, sağlık alanında iyileştirme, tedavi merkezli ve geliştirme hedefli olan tüm hizmetleri “Kapsamlı Sağlık Hizmetleri” başlığı adı altında toplamak mümkündür (Boztok vd., 2001). Sözü edilen bu hizmetler yalnızca kamu tarafından verilen hizmetlerle sınırlı kalmayarak, özel şahıslar tarafından da verilmesi mümkün hizmetlerdir. Ancak bu noktada gerçek olan şudur ki, sağlığın söz konusu olduğu durumlarda sağlık hizmetinin kimler tarafından verildiğinin bir öneminin olmamasıdır. Önemli olan hizmet aracılığı ile tüm bireylerin, sağlık ihtiyaçlarının karşılanması ki buda sağlık hizmetlerinin ana amaçlarındadır.

### **2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Amacı ve Önemi**

Tüm topluma eşit sunulması ve sağlık alanında koordinasyonun sağlanması için geliştirilen sağlık hizmetlerinin en temel amacı, bireysel sağlık düzeyinin mümkün oldukça maksimum seviyeye ulaşmasının sağlanması ve mümkün mertebede tüm bireylerin hastalıklardan korunmasının sağlanmasıdır. Ancak gerçek olan şudur ki, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi ne denli optimum seviyede olursa olsun tüm bireylerin hastalıklardan korunması mümkün olmamaktadır. Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve beraberinde yaşanan aksaklıklar vb. bir takım etkenler bu durum için söz konusu olabilmektedir. Nitekim yaşanan ölümler ile sakatlıklar bu durumu destekler niteliktedir. Ölümler dışında yaşanan sakatlık durumlarında bireylerin olabildiğince, başkalarına bağlı olmadan gereksinimlerini karşılayabilecek seviyede rehabilite edilme olanağının sağlanması da sağlık hizmetlerinin bir diğer hedeflerindedir. Bu tür hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için iyi organize edilmiş, kademe kademe işleyen sağlık hizmetlerinin varlığı büyük önem taşımaktadır. Dolayısıyla ülkeler tarafından vatandaşlara sunulan sağlık hizmetlerinin kalite

bazında değerlendirilmesi de, uygulanan aşı takip sistemleri veya sağlık kurumlarına başvuran bireylerin tedavi edilmesi ile yeterli olamamaktadır. Çünkü bu durumlarla beraber, bireylerin sağlık konusunda bilinçlendirilmesi, çevresel faktörlerin sağlığa duyarlı hale getirilmesi, beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi, eksiksiz sağlık hizmetlerinin sunulması ve aşı takip programları ile etkin bir şekilde uygulanması şeklindeki beş ayrı faktör etkili olmaktadır (Soyluoğlu, 2003).

Sağlık hizmetleri, birinci derecede zorunlu hizmetler çerçevesinde değerlendirildiğinden, birinci sırada yer alan bu hizmetlerin, satın alabilme gücüne sahip belirli bir sosyal çevreye verilmemesiyle beraber, toplumdaki tüm vatandaşlara sosyal devlet anlayışı gereği ayırım gözetmeden, toplumdaki herkese eşit bir şekilde verilmesi gerekmektedir. Söz konusu durumun en büyük destekleyicisi ise 23420 sayılı yönetmelikte yer alan “Herkesin yaşama maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını haiz olduğu ve hiçbir mercii veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulur” ibaresidir (Sağlık Politikaları, Erişim Tarihi: 11.05.2021).

Sağlık hizmetlerinin, insan sağlığı konusunda en önemli bir diğer maddelerinden biri “sağlığın sosyal boyutunun” olmasıdır. Bu boyut, gerek birey gerekse toplum sağlığının yalnızca sağlık sektörü ile yürütülemeyeceği, yürütülebilmesi için birden çok disiplin alanı ile kombine yürütülmesi gerekliliğini savunan, sosyal boyutlu sağlık hizmetleridir. Bu kombinasyon ile eğitim, temiz su, ilaç ve gıda alanlarında yapılacak olan işbirliği sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini ve verimliliğini arttıracaktır. DSÖ'nün sağlığı ruhsal, sosyal ve bedensel açıdan tam bir iyi olma şeklinde ifade etmesi bu görüşü destekler niteliktedir (Sağlık Politikaları, Erişim Tarihi: 11.05.2021). Bu durumda sağlık hizmetlerinin en temel amaçlarına bakıldığında;

- Halk sağlığı kalitesini arttırmak,
- Bireylerin hastalanmaması için gerekli olan önlemleri almak,
- Hastalanan bireylerin en minimum sürede sağlıklarına kavuşması için gerekenlerin yerine getirilmesini sağlamak,

- Sakat ve hasta olan bireylerin iyileşme sürecini tamamladıktan sonra bu duruma uyumlarının gerçekleşmesini sağlamak, sağlık hizmetlerinin temel amaçlarındandır (Sağlık Politikaları, Erişim Tarihi: 11.05.2021).

### 2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Evrensel olarak tüm toplumlarda bireylerin yaşamlarındaki en önemli unsur sağlıktır. Bu durumda ortaya çıkan sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin kullanımı, toplumdaki tüm bireylerin gerek tedavi, gerek koruyucu, gerekse de rahatlatıcı olan sağlık hizmetlerinden yararlanmaları demektir (Clark, 1983). Belirli birtakım kurallar çerçevesinde gerçekleştirilen bu yararlanmaların başlıcaları:

**Sağlık hizmetlerinde tüketim rastlantısaldır;** sağlık hizmetlerinden “ne” yararlanılacağını belirleyen hekimdir ve verilen hizmette talebin ne zaman ortaya çıkacağını bilinmemesi rastlantısaldır. Hiçbir sağlık problemi bulunmayan bireyin trafik kazası geçirmesi sonucu felç olması ve sağlığını kaybetmesi rastlantısal özelliğe örnektir.

**Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur;** diğer hizmet alanlarında yerine konulabilecek yani ikame edilebilecek alternatifler mümkünken sağlık hizmeti alanında bu durum söz konusu olmamaktadır. Bu da sağlık hizmetlerini diğer alanlardan farklı kılan özelliklerdendir.

**Sağlık hizmetleri ertelenemez;** birçok sektörde erteleme durumu tolere edilebilirken, sağlık sektöründe sunulan hizmetlerde bu durum söz konusu olamamaktadır. Nedenleri arasında birden çok faktör mevcutken, bireylere acı veren durumlarda ertelememenin olmaması veya erken teşhis durumunda ertelenme yapıldığı takdirde hastalık ve sakatlık durumlarına neden olması ertelenemez oluşunu destekler niteliktedir.

**Sağlık hizmetinde, hizmeti sunan belirler;** sağlık hizmetlerinden yararlanacak olan bireylerin, hangi kurum ve hekime başvurmaları gerektiği, hastalıkları konusunda hangi tedavi yöntemlerini ve hangi tetkikleri yaptırmaları gerektiği konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarından ötürü, bu konuda uzman olan bilirkişilerin bilgilerine

güvenmek zorundadırlar. Bunun nedeni ise sağlık hizmetlerinden yararlanacak olan bireylerin yeterli bilgi donanımına sahip olmamalarıdır.

***Sağlık hizmetlerinde tüketici davranışları irrasyoneldir;*** rasyonel davranış, bireyin hangi alanda olursa olsun harcayacağı para ile sağlanan faydanın en yüksek olma durumunu ifade etmektedir. Buda sağlık alanında sunulan hizmetin kalitesinin ölçülmesi ile mümkün olabilmektedir. Fakat sağlık hizmeti alan bireyin bu konuda yeterli bilgiye sahip olmamaları, hizmet kalitesinin ölçülmesi ve ekonomik boyutuyla değerlendirilmesi durumunu ortadan kaldırmaktadır.

***Kamu malı özelliği taşımaktadır;*** koruyucu sağlık hizmetlerinin tümü kamu malı özelliği taşımaktadır. Bu hizmetler yerine getirilirken toplumun her bireyi hizmetlerin olumlu sonuçlarından yararlanabilirken, aynı zamanda maliyet açısından da bu hizmetlere katılmaktadırlar. Dolayısıyla bu tür sunulan hizmetler kamu malı olma niteliğini taşımaktadır.

***Sağlık hizmetlerinin çıktısı paraya çevrilemez;*** sosyal amaçlı olan ve parasal ölçütlerin dışında tutulması gereken sağlık hizmeti bu özelliği ile diğer hizmet alanlarından ayrılmaktadır. Dolayısıyla kar, yarar, maliyet gibi kavramlar, bu hizmette farklı anlamlar kazanmaktadır.

***Sağlık hizmetlerinde devlet müdahalesi mecburidir;*** sağlık sektöründe devlet müdahalesini mecburi kılan unsur bu alandaki hizmetlerin kamu özelliği taşıyor olmasıdır. Hizmet dağılımı kanunlarla belirlenmiş olsa da, sağlık hizmetinde yer alan diğer planlama, denetim, yatırım ve kontrol uygulamaları devlet müdahaleleri ile gerçekleştirilmektedir.

***Sağlık hizmetlerinde dışsallık özelliği mevcuttur;*** daha çok pozitif dışsallık yayan sağlık hizmetleri, pozitif ve negatif dışsallık olmak üzere iki alt başlık halinde ayrılmaktadır. Burada dışsallık ifadesi, tüketim durumundaki bir malın, tüketenlerin dışında da var olanların etkilenmesi durumudur.

***Pozitif dışsallık;*** tüm toplumu ilgilendiren ve fayda-zarar ilişkisinin söz konusu olduğu durumlarda verem, sıtma gibi hastalıklarla mücadele pozitif dışsallığa örnektir.

**Negatif dışsallık;** bireylerin aktiviteleri sonucu zararlı etkilerin ortaya çıkması ve bu etkilerden üçüncü kişilerin etkilenmesidir. Örneğin; bireylerin sağlığını etkileyen çevre kirliliğinin, insanlarla beraber hayvan ve bitkilere de zarar vermesi negatif dışsallıktır (Sağlık Politikaları, Erişim Tarihi: 11.05.2021).

### **2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Toplum sağlığının iyi bir seviyeye erişebilmesi, öncelikli olarak bireysel sağlığı gündeme getirmektedir. Bireysel sağlığın iyi olması toplum sağlığının da iyi olduğu anlamını taşıması ve bunun birlikte gerçekleşebilmesi için sağlık hizmetlerinin en doğru şekilde yürütülmesi gerekmektedir. Topluma en doğru ve kaliteli şekilde sunulması gereken sağlık hizmetleri ise, toplumların gelişmişlik düzeyi ile ilişkili bir durumdur. Gelişmişlik düzey ne derece yüksek ise sağlık hizmetlerinin kalitesi de o denli yüksektir kanaatine varmak olasıdır. Bunlarla beraber, toplumsal olarak hastalık konusunda ortak kabul edilebilecek genel bakış açısı, sosyal yaşam farklılıkları ve kültürel algının meydana getirdiği farklılıklardır. Bu farklılıklar, sağlık hizmetlerinin kapsam olarak çeşitlilik göstermesine neden olurken, diğer yandan sağlık hizmetlerini uygulama sistemi konusunda da dört ayrı başlık altında toplanmasına sebebiyet vermektedir. Bu başlıklar; rehabilitasyon hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi hizmeti, koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri olarak dört ana başlık altında toplanmaktadır (Ertaş, 2021).

### **2.2.4. Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Toplumunu genel olarak ilgilendiren, devlet tarafından ücretsiz gerçekleştirilen sağlık hizmetleridir. Hastalıkların oluşmasından önce alınacak önlem ve mücadele metotlarını içermektedir. İnsan sağlığı adına zararlı olabilecek unsurların ortadan kaldırılması, sağlık için gerekli koşulların iyileştirilmesi gibi hizmetler, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında kabul edilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin asıl söz konusu olduğu durum ise koruyucu önlemlerdir. Bu önlemler bazında ele alındığında üç farklı düzey söz konusu olmaktadır (Avcı ve Teyyare, 2012). Bu düzeyler:

**Primer Korunma;** bireysel sağlık başta olmak üzere toplumsal sağlık adına gerekli sağlık standartlarının uygulanabilmesine yönelik duyulan ihtiyaç kapsamındaki tedbirlerdir. Bunlar; evresel koşullar, beslenme düzeni, duygusal sağlık ve fiziksel sağlık konularını kapsayan tedbirler olarak kabul edilmektedir.

**Sekonder Korunma;** Sağlık açısından meydana gelebilecek herhangi bir aksaklığın, alınacak tedavi önlemleri ile erken tanılması olarak kabul edilmektedir. Kısacası hastalıkları zamanında yakalama ve erken tanı hizmetleri olarak bilinir. Kan basınca ölçümleri, tüberkülin testi, serviksten (rahim ağzı) sürüntü alınması sekonder korunmaya örnektir.

**Tersiyer Korunma;** Sekonder ve primer korunmadan yararlanamamış, erken tanıda geç kalınmış hastalar için uygulanması gereken en iyi tedavi ve rehabilitasyon olanaklarının kullanılmasını içeren üçüncül korunmadır (Avcı ve Teyyare, 2012).

#### **2.2.5. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Bireylerin hastalıklarla karşılaşması durumunda öncelikli olarak gerekli tetkiklerin yapılması, ardından da en uygun tedavinin uygulanmasına yönelik hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetlerine nazaran daha maliyetli bir hizmet sunumudur. Bu sunumda çevresel koşullara ve deneyimli personellere ihtiyaç duyulmasının yanı sıra ciddi finansman ihtiyaı da söz konusu olmaktadır (Altay, 2007).

#### **2.2.6. Rehabilitasyon Hizmetleri**

Bireylerde kaza ve hastalıklı olma durumunda meydana gelen kalıcı fiziksel bozukluklar ve sakatlıkların, günlük yaşamdaki etkisinin azaltılmasıyla bireylerin başkalarına bağlı olmadan yaşamlarını idame ettirebilmeleri için sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetlerin sunuluş şekli ise iki şekilde gerçekleşmektedir.

**Tıbbi Rehabilitasyon;** postür (duruş) bozuklukları, ekstremiteye takılan protezlerin kullanılması, nörolojik hastalıklar, kronik ağrılar gibi rahatsızlıkların etkilerinin en aza indirgenmesi için sağlık alanlarında sunulan hizmetlerin bütünüdür.

**Sosyal Rehabilitasyon;** bedensel özrü olan bireylerin başkalarına bağılı olmadan yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yapılan uyum sağlama ve yeni iş bulma gibi çalışmaları kapsayan hizmetlerdir.

### **2.2.7. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmeti**

Sağlığın geliştirilmesi hizmeti, sağlıklı bireylerin sağlık durumlarının optimum seviyeye yükseltilmesi için verilen hizmetlerdir. Burada asıl sorumluluk bireye aittir. Sağlığın geliştirilmesi zihinsel ve bedensel sağlık durumu ile yaşam süresi ile yaşam kalitesinin yükseltilmesini amaçlanmaktadır (<http://www.nenedir.com.tr>. Erişim Tarihi: 29.04.2021).

### **2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi**

Bireylerin ruhsal, fiziksel sağlık durumlarının ve yaşam kalitelerinin optimum seviyeye çıkarılabilmesi amacıyla sunulan hizmetlerdir (Bahar ve Açıl, 2014). Ülkemizde sağlık hizmetlerinin gelişimi, Cumhuriyet Öncesi ve Cumhuriyet Sonrası olarak ele alınmaktadır. Cumhuriyet öncesi sağlık hizmetleri Türklerin Anadolu’ya yerleşmesi ve Anadolu’ya St. John ve St. Basil tarafından ilk hastanelerin yapılması ile başlamıştır. Türkler tarafından Anadolu’ya ilk hastanenin yapılması ise 11.yy’da Selçuklu hükümdarı Alparslan tarafından Kars ilinde yaptırılmıştır. Selçuklular zamanında sunulan sağlık hizmetlerinde; tıp merkezleri ve hastanelerin bir arada bulunmasıyla hizmet verilmiş bununla beraber tıbbi eğitimler medreselerde verilerek sağlık hizmeti sunulmaya çalışılmış ve buralarda kalp muayenesi, idrar tahlili, ateş ve nabız kontrolü gibi sağlık işlemleri yapılmıştır. Aynı dönemde farklı illerde birçok hastane yaptırılmıştır. Bunlar arasında en bilinenleri ise; Çankırı, Mardin, Sivas, Kayseri ve Konya illerindeki hastaneler olarak kayıtlara geçmiştir. Sağlık hizmetlerinde ele alınacak bir diğer dönem olan Osmanlı Dönemi’nin ilk hastanesi ise, Bursa’da bizzat Yıldırım Beyazıt’ın kendisi tarafından yaptırılan Bursa Yıldırım Darüşşifasıdır. Bu dönemden başlayarak 2.Mahmut dönemine kadar Anadolu’da yaptırılan hastanelerin en önemlileri sıralanacak olursa bunlar; 1470 yılında yapılan Fatih Darüşşifası, 1451 Edirne 2.Mahmut Cüzzam Hastanesi, 1486 Edirne

Darüşşifası, 1530 Hafsa Sultan Darüşşifası, 1550 Haseki Hastanesi, 1514 Cüzzam Hastanesi olmuş ve 2.Mahmut döneminde Osmanlının ilk modern tıp eğitim aşaması başlamıştır. Osmanlı dönemindeki diğer gelişmeler ise 15. ve 19.yy'lerde gerçekleşen ve günümüz Sağlık Bakanlığı'nın da yetkilerini içinde barındıran Hekimbaşılık kurumunun kurulması olmuştur. Hekimbaşılar; sağlık personellerinin ataması, işten çıkarılması, yeni hastanelerin açılması, salgın ile mücadele ve hekimlerin sınavları gibi sağlık alanındaki çalışmalardan sorumludurlar (Çavmak ve Çavmak, 2017). Ancak 19.yy itibarı ile Hekimbaşılarının sorumluluklarının sınırlandırılması ve tıp alanında birtakım yeniliklerin yapılması ile 1827'de Osmanlı da ilk modern tıp eğitimi ve askeri tıp okulu'nun açılması ile tıp alanında eğitim vermeye başlanmıştır. İlk sivil tıp fakültesi ise 1867 yılında açılmıştır. Hekimbaşılığın günümüzdeki karşılığı olan Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM)'nin açılmasıyla beraber 1920 yılında 3 sayılı Kanunun yürürlüğe girmesi ile kurulmuştur. Bu kurum ile beraber taşra teşkilatı ve merkezi örgütler yeniden yapılandırılarak; sağlık alanındaki kazanımların yükseltilmesi, sağlık hizmetlerinin öncelikli kısımlarının ve sağlık alanındaki kaynakların dağılımlarının belirlenmesi, belirlenirken en uygun kriterlere göre hayata geçirilmesi asıl amaç olarak kabul edilmiştir. Bu amaçlar doğrultusunda, koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için sağlık müdürlüğü ve tabipler birliği kurularak, tedavi hizmetlerinin özel idareler ve belediyeler tarafından yürütülmesi planlanmış ve maddi olarak tedavi hizmetlerinden yararlanmakta güçlük çekecek vatandaşların tedavilerinin hükümet tabipleri ve diğer kuruluşlarca hiçbir maddi kazanç beklentisi içinde olmadan ücretsiz olarak karşılanması öngörülmüştür (Akdur, 1923). Cumhuriyetin ilanı ile zamanın Sağlık Bakanı olan Dr. Refik SAYDAM, sağlık hizmetlerinin gelişmesine büyük katkılarda bulunarak, tedavi edici sağlık hizmetlerini hükümet görevi olarak değil de mahalli idarelere kılavuzluk edebilecek nitelikte olması gerektiğini öne sürmüştü ve öncelikli olarak koruyucu sağlık hizmetlerini ön planda tutmuştur. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı'na bağlı Ankara, İstanbul, Erzurum, Diyarbakır, Sivas ve Kayseri'de Numune Hastaneleri kurulmuştur. Halende yürürlükte olan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı

İcrasına Dair Kanun” ile gerçekleştirilmesi planlanan sağlık politikalarının ilkeleri belirlenmiştir. Bu ilkeler; tıp fakültelerinin kurulması, frengi, verem ve sıtma gibi bulaşıcı hastalıklar ile mücadele edilmesi, tedavi edici sağlık hizmetleri ile koruyucu hekimliğin birbirinden ayrışması gibi ilkeleri içermektedir (Akdur, 1999).

Cumhuriyet döneminin ikinci Sağlık Bakanı olan Dr. Behçet UZ ise, Birinci On Yıllık Sağlık Planı'nı hazırlayarak, bu plan doğrultusunda sağlık hizmetlerini tüm yurda yaymayı ve sağlık planlarının entegrasyonunu sağlamayı amaçlamıştır. Behçet UZ'un planına göre ülke içerisinde toplam yedi sağlık bölgesi oluşturularak, bölgelerdeki her 4 köy için 10'ar yataklı sağlık merkezleri ve her merkezde bir sağlık memuru, ziyaretçi hemşiresi, iki hekim ve bir ebe bulunacaktır. Tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte sunulacağı sağlık merkezlerinin tamamlanması durumunda o bölgeye bir tane tıp fakültesinin kurulması planlanmıştır. Ancak, uygulama alanı bulamayan Behçet UZ'un planı, daha sonra her ilçeye bir sağlık merkezinin açılması şeklinde dönüştürülmüştür. Bu merkezler yüksek maliyetli küçük hastanecik olarak faaliyet göstermeye çalıştıklarından ötürü bu merkezlerden başarılı sonuçlar alınamamıştır. Dolayısıyla bu durum merkezlerin yüksek maliyetli olan hastanecikler düzeyinde kalmasına neden olmuştur. Bununla beraber, hükümet tarafından doktorlara uygulanan yüksek maaş politikasının kesilmesiyle beraber muayenehanedeki hizmetlerle geçimini sağlayan doktorların koruyucu hizmet vermekten uzaklaştıkları görülmüştür. Bu sorunlara ek olarak hekim ve hemşire kaybıyla karşı karşıya kalan sağlık merkezleri, 1978 yılında çıkarılan “Tam Gün Yasası” ile birlikte tekrar işler hale getirilmiş olsa da yasaya son verilme sebebiyle sağlık merkezleri tekrardan hekimsiz kalmıştır (Aydın, 2002).

1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanununda; sağlık hizmetlerinin vatandaşların ihtiyaçları yaygın, daimi ve entegre olacak şekilde sunulması amaçlanmış ve bu amaç çerçevesinde il, ilçe hastaneleri, sağlık ocakları ve sağlık evleri açılarak kademeli ve il içerisinde bütünleşmiş bir yapı gerçekleştirilmiştir (Aksakoğlu, 2008). Ardından 1963 yılında birinci beş yıllık kalkınma planlaması açıklanarak sektöre dair hedeflere yer verilmiştir (TÜSİAD, 2004). Bu hedefler doğrultusunda; koruyucu sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı

aracılığı ile sunulması, geliştirilerek yaygınlaştırılması, döner sermaye sisteminin devlet hastanelerinde uygulanması, sağlık personellerinin dengeli ve düzenli bir şekilde dağıtılması, özel hastanelerin açılması ve desteklenmesi olarak belirlenmiştir. Birden çok reformun gerçekleştirilmesi hedeflenen sağlık alanındaki girişimlerden biri de, Genel Sağlık Sigortası ve Yeşil Kart sistemlerinin gündeme getirilmesi olmuştur. 1969 yılında Genel Sağlık Sigortası (GSS), TBMM'ye sunulmuş fakat kabul edilmemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2007). 2008 yılında tekrar Kanun Taslağı olarak hazırlanmış ancak bu taslak da Bakanlar Kurulu'na sunulmamıştır. Bunlarla beraber sağlık hizmetlerinden her vatandaşın yararlanabilmesi için, özellikle dar geliri olan ve sağlık hizmetlerini karşılayacak gücü olmayan vatandaşlar için “Yeşil Kart” sistemi getirilerek uygulamaya konulmuştur. Tüm bu gelişmelerin ardından, genel olarak sağlık alanındaki reform çalışmalarına bakıldığında; Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması düşüncesi ile planlama ve denetim görevlerinin etkin bir şekilde yürütülmesi, hastanelere özerklik verilmesi, Aile Hekimliği kapsamının geliştirilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi gibi reform konularını içermektedir (Sülkü, 2011). Yapılması planlanan bu reformlar ile 2002 yılında “Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlık alanındaki temel ilkeler ve uygulamaya geçilecek tarih belirlenmiştir (58. Hükümet Acil Eylem Planı, 2003).

16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan “Herkesin Sağlık” adı altında sağlık alanında yapılması öngörülen hedefler;

- Aile Hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Hastanelerin gerek mali gerekse idari özerkliğine kavuşturulması,
- Sağlık alanındaki kurumların tek çatı altında bütünleştirilmesi,
- Tüm vatandaşların ayırım gözetmeksizin genel sağlık sigortasının kapsamına alınması öncelikli kabul edilen bölgelerde yaşanabilecek personel eksikliğinin giderilmesi özel sektörün sağlık konusunda yatırım yapmasının özendirilmesidir (Sağlık Bakanlığı, Erişim Tarihi: 11.05.2021).

2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurularak bu program çerçevesinde; gelecekteki sağlık sisteminin tasarlanması ve bu sisteme geçiş için gereken değişimlerin yapılması planlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2008). OECD'ye göre bu program; Türkiye'nin sağlık sektöründe karşılaştığı sorunların ele alınması ve çözümü için tasarlanmıştır (OECD, 2008). Dolayısıyla sağlık sektörünün tüm yönlerinin ele alınması için bileşen ve alt bileşenlerin birbirleriyle ilişkili olması gibi üç temel sağlık prensibi üzerinde kurgulanmıştır. Bunların ilki Bağ-Kur, ikincisi Emekli Sandığı ve üçüncüsü Sosyal Sigorta Kurumu (SSK) olmuştur (OECD ve World Bank, 2008). Tüm bu gelişmelerin dışında Türk sağlık sisteminde en çok dikkati çeken 2003 yılında Dünya Bankası tarafından da önerilen Aile Hekimliği modeli olmuştur. Nitekim uygulanmaya konulan bu modelde; birinci basamak sağlık sistemi kendi içerisinde kişiye ve topluma yönelik sağlık hizmetleri olarak ayrılmıştır. Kişiye yönelik sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından sunulurken, koruyucu hizmetlerin toplum sağlığı merkezleri tarafından verilmesi öngörülmüştür (Altay, 2007). Ayrıca modelin en önemli özelliği, sevk zincirinde zorunlu basamak oluşudur. Aile hekimlerinin diğer hekimlerden bir farkı ücretlerini piyasa durumuna göre kazanan girişimci pozisyonunda olmalarıdır. Tıbbi hizmetler dışındaki ihtiyaçlarını taşeron firmalarla sağlayabilirken aynı zamanda elemanlarını da kendileri seçebilmektedirler (Erol ve Özdemir, 2014).

Günümüz sağlık sistemine bakıldığında ise, özellikle kamu-özel ortaklığı ile kombine yürütülen şehir hastaneleri projesi sağlık sistemimizde yer edinmeye başlamıştır. Çok maliyetli yatırımlar olarak kabul edilse de, sağlık hizmeti engel ve gerekçeleri kabul görmeyen bir alandır. Aynı zamanda Türk Sağlık Sistemi'nin sürdürülebilirliği için dünyada meydana gelen sağlık alanındaki değişme ve gelişmelerden uzak kalmaması gerekmektedir

#### **2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilme Dönemi**

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri, Cumhuriyet döneminden itibaren, her biri birbirinden farklı olan birden çok sunum modelleri ile gündeme gelerek

kullanılmıştır. Günümüz itibarı ile sağlık hizmetleri yapısal olarak incelendiğinde aşağıdaki gibi olduğu görülmektedir;

- Sağlık Bakanlığı, Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Ocağı ve Sağlık Evi,
- Hizmetin, nüfus esasına dayalı olması,
- Her sağlık ocağı nüfusunun 5-10 bin kişilik olması,
- Her sağlık evi nüfusunun 2500- 3000 bin kişilik olması gerektiği şeklindedir.

Ekip hizmeti verilen sağlık ocaklarında, hekimler ile beraber halk sağlığı hemşireleri, sağlık memurları ve ebeler görev almaktadır. Verilen hizmetlerin, hem koruyucu sağlık hizmeti hem de tedavi edici sağlık hizmeti olarak sunulmasıyla beraber kişiye ve çevreye yönelik hizmet sunumu olarak da toplum sağlığına hizmette bulunmaktadır. Hasta sağlığını, düzenli kayıt altında tutarak henüz tanısı konulamayan ve tedavisi yapılamayan durumlarda hastanın bir üst sağlık kuruluşuna sevkini yapıldığı yerdir (<http://ww.saglik.gov.tr>. Erişim Tarihi: 01.05.2020).

## **2.5. Sağlık Hizmeti Sunumunda Basamaklandırma**

Sunulan sağlık sisteminin, genel olarak iki ana amacı bulunmaktadır Bu amaçlardan ilki; “Sağlık alanındaki en güncel tıbbi bilgileri ve gelişmeleri kullanılarak, üst düzey sağlık hizmeti sunmak”, ikincisi ise “Eşitlik ilkesi çerçevesinde toplumun tüm kesimleri için gerekli sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve optimum sağlık durumunun oluşturulması” durumda karşılaşılabilecek tüm engellerin minimuma indirgenmesidir (Duane vd., 2002).

### **2.5.1. Basamaklandırılmış Sağlık Sistemi**

İlk olarak, Dawson'un 1920 yılında yayınlanan raporunda yer alan basamaklandırılmış sağlık sistemi üç ayrı temel seviyede açıklanmıştır. Bunlar, birinci basamak sağlık merkezleri, ikinci basamak sağlık merkezleri ve eğitim hastaneleridir. Bu sistem sağlık hizmetlerinde bölgeselleştirme kavramının temelini oluşturarak, toplumun farklı düzeydeki vatandaşlarının sağlık bakım ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde düzenlenmesiyle olmuştur. Aynı zamanda sağlık bakımını

basite indirgeyerek, karmaşıklığını ve farklı seviyedeki düzeylerini (yoğun bakım, acil servis vb.) daha iyi ifade etmektedir (Starfield vd., 2003). Dolayısıyla kendi içerisinde iki önemli amacı da barındıran basamaklandırılmış sağlık sisteminin ilk amacı; bireylerin hastalıkları konusunda ihtiyaç duydukları sağlık bakımlarının, alanında eğitim almış kişilerce karşılanmasını sağlamak, ikincisi ise eğitilmiş kişilerin daha az eğitilmiş kişilerce verilebilecek hizmetin kullanılmasını önlemektir (Olesen ve Fleming, 1998).

### **2.5.1.1. Birinci Basamak Sağlık Sistemi**

Birinci basamak sağlık bakımı; ”Bir topluluğun bireysel sağlık ihtiyaçlarının birçoğunu karşılayan, hastaları ile zaman olarak daimi bir ortaklık ilişkisi çerçevesinde gelişen, aile- toplum açısından sağlığı koruyucu, geliştirici sağlık bakım hizmeti sağlayan ve sağlık çalışanları ile kombine yapılan, ulaşılabilir ve kapsayıcı olan sağlık hizmet sunumu” olarak ifade edilmektedir. Bu sistemin özellikleri;

- Ortaya çıkabilecek bütün yeni problemler ve gereksinimler için sisteme giriş imkânı sağlamak,
- Zaman içinde kişi temelli bakım sunmak,
- Nadir görülen sağlık durumları dışında tüm rahatsızlık ve sağlık problemleri için sağlık bakımı sağlar ve başka sağlık çalışanları ile sağlık bakımını koordine etmektedir.

Birinci basamak sisteminin başında bulunan aile hekimleri ise, sağlık merkezleri, ev veya okul gibi çoklu ortamlarda karşılaşılan ancak iyi şekilde tanımlanamamış sorunlarla ilgilenir. Bu bakımdan hekimler, sağlık hizmeti açısından hastalar için örgütlenmiş bir sağlık bakım görevi görür. Dolayısıyla hekimler bu noktada “Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik” görevi yaparlar. Bu durumda bireylere en iyi sağlık hizmetini sunmak ve hasta memnuniyetini sağlamak temelli olan birinci basamak sağlık sistemlerinin amacı; beş sistem ve altı uygulama özelliği üzerinden açıklanmıştır (Duane vd., 2002).

### **2.5.2. Birinci Basamak Sistem Özellikleri**

Toplum sağlığının temel yapı taşı olan ve özgün birtakım özellikleri barındırarak diğer sağlık kuruluşlarından ayrılan birinci basamak sisteminin özellikleri aşağıda yer almaktadır. Bunlar;

- Tıbbi olanakların ve sağlık merkezi çalışanlarının gereksinimlerinin coğrafi açıdan eşit dağılması,
- Birinci basamak sağlık sisteminde çalışan hekimlerin kimler olduğu,
- Birinci basamak hekimlerin gelirlerinin ne kadar olduğu,
- Birinci basamakta görev yapan total hekim sayısının ne kadar olduğu,
- Bireylerin sağlık güvencesi ile beraber birinci basamakta yer alan hizmetleri ne derecede kapsadığı şeklindeki özelliklerdir (Duane vd., 2002).

### **2.5.3. Birinci Basamak Uygulama Özellikleri**

İlk tıbbi temas noktası olan birinci basamak sağlık kuruluşlarının uygulama özellikleri beş ana başlık altında toplanmaktadır. Bunlar;

- Halkın ilk temas noktasının, aile hekimliklerinin olma derecesi,
- Birey ve hekim arasında kurulan bağın gücü,
- Sunulan hizmet bakımı açısından birinci basamak sağlık sisteminin kapsadığı alanın genişliği,
- Koordinasyonlu çalışılan sağlık hizmetleri arasındaki derecenin ne seviyede olduğu,
- Birinci basamağın toplum ve aile yönelimli olması şeklindeki uygulama özellikleridir (Duane vd., 2002).

### **2.5.4. Birinci Basamak Sağlık Bakımının Hedefleri**

Bireylerin hekim-hasta ilişkisinde en büyük sağlık hedefi, hasta merkezli yapılan bakımdır. Bu sağlık bakımının hedefleri ise aşağıda belirtilmektedir. Bunlar;

- Sağlığı daha iyi seviye getirme ve olabilecek hastalıkları önleme,
- Sağlıklı olan bireylerin sağlıkları konusunda iyi hal durumunu sürdürme ve gerekli görölen durumlarda danışmanlık yapma,
- Hekimlerin, tüm olumlu ve olumsuz durumlar konusundaki hasta eğitimi,
- Birbirinden farklı sağlık bakımları (yatarak, ayakta, günlük bakım ve uzun süreli bakım) sunma olarak belirlenen hedeflerdir (Duane vd., 2002).

### **2.5.5. Birinci Basamak Yöntemi**

Birinci basamak “Kişi bazında, bireyin sağlık konusundaki bakım ihtiyaçlarının çoğunu belirleyen, hastaları ile sağlıkları konusunda ortaklık ruhunu yakalayabilen, bunu yaparken aile ve toplum bileşkesinde uygulayabilen görevli klinisyenlerle bütüncül sağlık hizmetlerinin sağlanması” şeklinde açıklanmaktadır (Akdeniz vd., 2011). Burada hekim, hekim-hasta arasında ilk gerçekleşecek olan teması en iyi şekilde yönetme sorumluluğuna sahip olman hekimlerin, kendisi ile beraber bu sorumluluğu üstlenen diğer sağlık çalışanlarıyla koordineli şekilde çalışarak sağlık kaynaklarının en etkili biçimde kullanılmasını sağlar. Aynı zamanda hastalarının ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine ulaşımı sağlamak ve hastalarının savunuculuğunu yapmak hekimlerin görev ve sorumlulukları arasındadır (Mevsim, 2012). Bu bilgiler ışığında birinci basamak yöntemleri aşağıda belirtilmektedir:

#### **2.5.5.1. Kişi Merkezli Bakım**

Hastanın sorunları ile koşulları göz önünde bulundurularak, ihtiyaçları doğrultusunda sağlık bakımının sürekliliğinin devam ettirilmeye çalışıldığı birey merkezli yaklaşımdır (Mevsim, 2012).

#### **2.5.5.2. Özgün Problem Çözme Becerileri**

Aile hekimleri, hastalarını hastalıkları konusunda en iyi şekilde yönetmekle beraber gerekli gördüğü takdirde acil müdahale etmeleri gerekmektedir. Aynı

zamanda hastalıklar konusunda değerlendirme yapılırken, toplum prevalans ve insidanslarından da yararlanılır (Yangı ve Görpelioğlu, 2018).

#### **2.5.5.3. Kapsamlı Yaklaşım**

Hastalarını bütün olarak ele alan aile hekimleri, hastalarının tüm sağlık durumlarıyla da ilgilenmektedirler (Akdeniz vd., 2011). Hastalarının sağlıklarını koruma ve geliştirmelerinden sorumlu olan hekimler, bu durumun korunması ve geliştirilmesi için izlenmesi gereken yolu en verimli olacak şekilde koordine ederek genel sağlık durumlarının iyileşmesi, korunması ve geliştirmesi için gereken kapsamlı bir yaklaşım yürütür (Mevsim, 2012). Aynı zamanda kişi bazı gereksinimlere göre oluşturulan periyodik sağlık muayeneleriyle, karşılaşılabilecek hastalıkların önlenmesi, erken tanı ve tedavilerde, yaş ve cinsiyet faktörlerini de dikkate alarak klinik tarama testleri yapar ve hastalarına danışmanlık yaparak sağlıkları adına kapsamlı bir yaklaşım geliştirir (Akdeniz vd., 2011).

#### **2.5.5.4. Toplum Yönelimli Olma**

Hekimlerin var olan kaynakları kullanarak, bireysel ve toplumsal sağlık ihtiyaçları arasındaki dengeyi sağlanmaları toplum yönelimli olarak ifade edilmektedir (WONCA Avrupa 2005 Aile Hekimliği Avrupa Tanımı Türkçe Çevirisi, 2003).

#### **2.5.5.5. Bütüncül Yaklaşım**

Bireysel ve toplumsal sağlık gereksinimlerinin, kültürel ve varoluşsal boyutlarla ele alınarak değerlendirildiği biyolojik, psikolojik ve sosyal temelli yaklaşımıdır (WONCA Avrupa 2005 Aile Hekimliği Avrupa Tanımı Türkçe Çevirisi, 2003).

### **2.5.6. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları**

Birinci basamak sağlık kuruluşları adı altında yer alan birden çok resmi sağlık kuruluşları bulunmaktadır. Bunlar;

- Resmi kurum tabiplikleri ve sağlık ocakları,
- Verem savaş dispanseri,
- Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi,
- Sağlık merkezleri,
- SSK sağlık istasyonu ve dispanseri yer almaktadır.

### **2.6. Sağlık Ocakları ve Sağlık Evleri**

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık evlerinde ve sağlık ocaklarından verilmektedir. 2004 yılı Devlet Planlama Teşkilatının programına göre; ülkemizde 6351 sağlık ocağı bulunurken, 11837 sağlık evi, 293 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi ve 272 Verem Savaş Dispanseri bulunmaktadır. Sağlık evleri, daha çok kırsal bölgelerde sağlık ocaklarına bağlı ve çok yönlü hizmet sunan 2.500 ila 3000 nüfuslu sağlık hizmet kuruluşlarıdır. Bu kuruluşlarda; kişisel temizlik, kadınlara annelik, ev kadınlığı konusunda eğitim, ana çocuk sağlığı hizmeti, aşı uygulaması, doğum, ölüm ve göçlerin saptanmasına yönelik hizmetler sunulmaktadır. Burada personel olarak yalnızca ebe ve ebe hemşireleri görev alabilmektedir. Sağlık ocakları sistemi coğrafi tabana dayalı hizmet olmakla beraber, tüm hekimlerce sağlık ocağı bölgesindeki kişilere verilmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin temel ilkesi olan halk sağlığının en refah seviyeye yükseltmesi ve bunun yaşama geçirilmesi hususunda görevli olan öncelikli kurumlar sağlık ocaklarıdır (<http://www.nenedir.com.tr>, Erişim Tarihi: 13.05.2021).

### **2.7. Aile Hekimleri ve Görevleri**

Aile hekimliği ifadesinin tanımı, basamaklandırılmış sağlık sisteminin özelliklerine göre farklılık gösteriyor olsa da bu ifade; birinci basamak olarak

tanımlanmış birimlerde görev yapan, koruyucu sağlık hizmeti ve tedavi edici sağlık hizmetini beraber sunan hekimler olarak kabul edilir. Hasta-hekim ilişkisi bağlamında sürekliliği esas alan hekimlik alanı olarak da kabul edilmektedir.

Birinci basamak hekim, hastalarının sağlık kayıtlarını tutmak, gerekli gördüğü durumlarda ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını koordine etmek, sağlık planlaması için gerekli olan bölgesel ve ulusal sağlık hedeflerinde gerekli bilgilendirmeyi üst kuruluşlara yapmak, bu planlama neticesinde merkezi yetkenin öngördüğü programları hayata geçirmek ve sağlık sistemine katkıda bulunmak, birinci basamak hekimlerin görevleridir (Rakel ve Rakel, 2002; Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, 2002).

### **2.7.1. Aile Hekimliğinin Gelişimsel Süreci**

1900'lü yıllarda tıp disiplini olarak ortaya çıkan aile hekimliği, Leeuwenhorst, Gay, Olesen ve DSÖ tarafından geliştirilerek, en güncel halini 2002 yılında Wonca tarafından almıştır. Her geliştiricisi tarafından ayrı ayrı tanımlanan aile hekimliği, Wonca tarafından özgün eğitim içerikli, kanıt temelli ve klinik uygulaması olan bilimsel bir disiplin ve klinik uzmanlığı olarak ifade etmektedir (Güldal, 2002). Bir diğer tanımı ise 2013 tarihli ve 28539 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 3.Maddesinde yer alan ifade ile “yaş, cinsiyet ve hastalıklar konusunda ayırım yapmaksızın kişiye özgü sağlık hizmetlerini birinci basamak tanı ve tedavinin uygulandığı, kapsamlı, gerekli görülen durumlarda gezici sağlığı içinde barındıran ve tam gün çalışma şartlarına sahip, Sağlık Bakanlığı'nın gerekli gördüğü eğitimleri alan tabip ve uzman tabiplerdir” (Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik,). Dünyaca kabul edilen bir diğer tanım ise Hollanda'da 1974 yılında “Avrupa Aile Hekimleri” toplantısında dile getirilmiş ve aile hekimliği; insanı baz alarak inceleyen, diğer sağlık uzmanlıklarından farklı uzmanlık dalı olarak açıklanmıştır (Rakel ve Rakel 2002). Bu tanımlamalarla beraber “Aile Hekimliği” ifadesinde en çok karşılaşılan durum, Genel Pratisyenlik ve Aile Hekimliğinin terminolojik olarak eş anlamlı kullanılıyor olmasıdır. Ancak burada

asıl ifade edilmek istenen, mezuniyet öncesinde tıp eğitimini tamamlayan ve çalışma hayatında pratisyen hekim olarak çalışan hekim değil “zaman dilimi olarak en az üç yıl birinci basamak uzmanlık eğitimi almış olan hekimler” olarak ifade edilmektedir. Dünyada aile hekimliği sistemine geçişin gerekliliği savunulmuş olsa da 1923 yılında Dr. Francis PEABODY aile hekimliği adı altında hastaları bütüncül olarak ele alabilecek durumun ortadan kalktığını ve bu durumun hasta bireylerin tanı ve tedavilerini zorlaştırdığını savunan, hastalarına tarafsız bir şekilde hiçbir konuda ayırım gözetmeden bireysel, kapsamlı hizmet sunabilecek ve hastalarını bütüncül bakış açısı ile değerlendirebilecek Genel Pratisyenliğe/Aile Hekimliği’ne dönülmesi görüşünü savunmuştur (Rakel ve Rakel, 2002). Bu görüşün haklılığı her ne kadar 2. Dünya Savaşı sonrası ortaya çıksa da daha sonra Amerika ve Avrupa’da aile hekimliğinin geliştirilmesi gerektiğinin anlaşılması üzerine tıp eğitiminden sonra özel eğitim verilerek birinci basamak sağlık hizmeti sunabilecek hekimler yetiştirilmeye başlanmıştır. 1952 yılında ise İngiltere’de Royal College of General Practitioners kurularak “Aile Hekimliği” resmen tanınmıştır. Her ülkede farklı adlandırılan aile hekimliği bazı ülkelerde “Genel Pratisyenlik” olarak da adlandırılmaktadır. Birinci basamak sağlık kurumlarında görev yapan aile hekimleri; hastaları arasında hiçbir yaş, ırk, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, hastaları aileleri ve toplum ile bir bütün olarak değerlendirebilen ve kesintisiz sağlık hizmeti sunabilen sağlık çalışanları olarak kabul edilmektedir (Allen ve Gay, 2001).

Ulusal anlamda sağlık sisteminin daha iyi seviyeye getirilebilmesi için “yeniden keşfedilen” birinci basamak sağlık sisteminin ülkemizde gereken önemi kazanması ise, ortalama yarım yüzyıl öncesine kadar giden bir zaman dilimini kapsamaktadır. Ülkemizde sağlık alanında reformlar gerçekleştiriliyor olsa da en büyük reformlar son 20 yıllık bir zaman dilimi içerisinde yoğunluk kazanmıştır (Başak vd., 2002). Ülkemizin sağlık alanında daha nitelikli sunum arayışında olduğu 1980’li yıllarda ise aile hekimliği uzmanlık eğitimi gündeme gelerek tartışılmaya başlanmıştır. Tüm bunların yaşanmasında, dünyada 1970-1980 yıllarında yaşanan gelişmelerin etkisi söz konusu olmuştur (Ünlüoğlu, 2004). 2010 yılında ise, ülkenin 81 ilinde saha uygulamasına geçiş tamamlanmıştır. Ülkemizin aile hekimliği

konusundaki atılımlarından biri de Sağlık Bakanlığı'nın kendi bünyesinde 1985 yılında İstanbul, İzmir ve Ankara'da başlattığı aile hekimliği uzmanlık eğitimi ve bunların dışında 35 üniversitede kurmuş olduğu Aile Hekimliği Anabilim Dallarında devam ettirdiği eğitimler olmuştur (Başak vd., 2002; Ünlüoğlu, 2004). Bu konuda birinci basamak hekimlerin yetkinlik açısından istenilen seviyeye getirilmesi, örgütlenmesi ve iyileştirilmesi hususunda tıp fakültelerinde aile hekimliği ve uzmanlık programları hekim adaylarına verilmek üzere müfredatta yer almıştır (Ünlüoğlu, 2004; Görpelioğlu, 2004).

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi programlarına ilişkin dünyanın birçok ülkesinde süre ve içerik olarak tartışmalar ve araştırmalar yapılmaktadır. 1966 yılında yayınlanan öneriler ve 1969 yılında uygulanmaya başlanan Willard Raporu'nda aile hekimliği uzmanlık programları bu öneriler çerçevesinde yeniden tasarlanmıştır. Ancak, toplum nüfusundaki demografik ve teknolojik değişimler, tıbbi bilgilerin artışı, değişim ve gelişmelerin sürekliliği, tıp alanındaki uygulamaları büyük oranda değiştirerek, tıbbi kalitenin en yüksek seviyeye ulaştırılmasında birden çok güçlükle karşılaşılmasına neden olmuştur. Bunlarla beraber aile hekimliği eğiticileri, Willard raporunun yayınlanması ile aile hekimliği ve uzmanlık eğitimini yeniden inceleyerek, geleceğin birinci basamak hekimlerini en doğru şekilde yetiştirmede önerilerde bulunmuşlardır. Rapor üzerinde yapılan incelemeler sonucunda, başarı için gereken kısasların sabit olduğu kanaatine varılmış ancak istenilen başarı derecesinde aile hekimi hazırlamak için eğitim planı modelinin tekrardan incelenmesi gerektiği sonucuna varılmış ve 1986'da Aile 14 Eğiticileri Topluluğu, hekimlerin hastane eğitimi yerine topluma yönelik verilecek temel bakım hizmetleri durumunda karşılaşılabilecek hastalıklardan korunmaya yönelik hassasiyetin artırılmasının gerekliliği savunulmuştur. 1990'lı yılların sonunda ise; aile hekimliği uzmanlığının içerik ve yönetmeliği, Aile Hekimliği Uzmanlık Yöneticileri Birliği tarafından incelenerek; uzman hekimlere kliniksel, toplumsal ve örgütsel yeterlilikle ilgili önerilerde bulunulmuştur (Duane vd., 2002).

Ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşunda görev yapan hekimlerin hasta bireylere karşı yaş, cinsiyet, dil, din, ırk başta olmak üzere vb. ayrımcılığa sebebiyet

verebilecek hiçbir özelliklerine bakmaksızın tüm bireylerin sağlık sorunlarıyla sınırsız ve çözüm odaklı ilgilenmekle yükümlüdürler. Bu bağlamda bireylerin sağlığını geliştirici, koruyucu, iyileştirici ve destekleyici bakım sunan aile hekimlikleri bu ihtiyacı karşılama noktasında başvurulacak ilk tıbbi temas noktasıdır. Özellikle halk sağlığı konusunda büyük önem arz eden aile hekimlikleri, koruyucu sağlık hizmetleri değişkenlerinden, Periyodik Sağlık Muayeneleri (PSM) ve tarama testleri aile hekimlikleri tarafından yürütülen hizmetlerdendir (EURACT, 2002). Dolayısıyla, toplum sağlığı seviyesinin yükseltilmesinde büyük öneme sahiptir.

### **2.7.2. Aile Hekimlerinin Çalışma Alanları**

Hekimlerin; demografik, sosyo- kültürel açıdan ayırım yapmaksızın, kişi temelli gerçekleştirdiği koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini kombine şekilde sunabildikleri ortamlardır. Ayrıca hekimlerin etkin ve verimli çalışabilmesi adına verilen hizmetin sürekliliği büyük önem arz etmektedir.

Hekimler var olan koşullarda devlet hastaneleri, ana çocuk sağlığı merkezleri, kurum hekimlikleri, sağlık ocakları, aile planlama merkezleri, çeşitli kuruluşlardaki dispanserler ve özel sağlık merkezlerinde görev alabilmektedirler. Dolayısıyla aile hekimleri, basamaklandırılmış sağlık sisteminde birinci basamak olarak tanımlanan birimlerde görev almaktadırlar ([http://www.bsm.gov.tr/aile hekimliği](http://www.bsm.gov.tr/aile%20hekimli%C4%9F-i), Erişim Tarihi: 01.05.2021).

### **2.7.3. Aile Hekimliğinin Olumlu Yönleri**

Sistematik olarak oturtulmuş olan birinci basamak sağlık kuruluşlarının bireysel ve toplumsal olarak olumlu yönleri alt maddelerde belirtilmektedir. Bunlar;

- Ülkenin her yerinde uygulanan ve her ilçesinde mevcut olan toplum sağlığı merkezleridir.
- Anne-bebek ölümlerinin azaltılmasında önemli yol katedilmiş ve bu başarı ile ülke olarak anne-bebek ölümlerinde Avrupa ortalamalarının üzerinde başarı sağlamıştır.

- Bu sisteme geçişle beraber ihtiyaç dışı ilaç alımlarının önüne geçmek için ilaçlara katkı payı ve kutu başı ücretlendirme getirilmiştir.
- Hastaya aynı gün içerisinde randevusuz muayene olma imkânı sağlayarak, hastanın hekime ulaşmasında rahatlık sağlanmaktadır.
- Doğum ve ölümlerin sisteme geçirilmesiyle toplumsal nüfusun belirlenmesine yardımcı olmaktadır.
- E-nabız sistemi ile üst basamakta yer alan 1., 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarıyla koordineli olarak bilgi paylaşımında bulunmaktadır.
- Laboratuvar hizmeti vermekte ve aile hekimlerine performans sistemi uygulanarak hizmet kalitesi arttırılmaktadır (Altıntaş, 2019).

#### **2.7.4. Aile Hekimliğinin Olumsuz Yönleri**

Olumlu olduğu kadar olumsuz yönleri de olan bu kuruluşun olumsuz yönleri de bulunmaktadır. Bunlar;

- 14 yıllık geçmişe sahip olan aile hekimliğinin yetersizlikleri devam etmekte ve karşılaşılan sorunların çözümünde merkezi yönetim yetersiz kalmaktadır.
- Mecburi hizmet görevlerinin sonunda hekimlerin büyük çoğunluğu koşulların elverişsizliği sebebiyle (özellikle taşra ve doğu hekimleri) ya uzmanlık eğitimine başlamakta ya da istifalarını sunmaktadırlar.
- Hizmet sunucuları arasında gerçekleşemeyen koordinasyon bütünlüğü, 2. ve 3. basamak kuruluşlarda gereksiz ve aşırı yığılmaya sebebiyet vermektedir.
- Günümüzdeki teknolojik sistemler, üzerinden gerçekleştirilebilecek sporcu-sağlık raporu, sürücü raporu ve askerlik ile ilgili raporlar için raporlama sisteminin istenilen düzeyde işlememesi olumsuz yönler olarak kabul edilmektedir (Altıntaş, 2019).

#### **2.7.5. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri**

2011 yılında en güncel tanımı yapılan aile hekimliği'nin 6 başlık altında toplanan özgün çekirdek yeterlilikleri bulunmaktadır. Bu yeterlilikler, uzmanlık

alanının en temel özelliklerini açıklarken, aynı zamanda kullanım alanlarına da açıklık getirmek ve kaliteyi geliştirmek adına kılavuzluk görevi üstlenmektedir (WONCA Avrupa 2005 Aile Hekimliği Avrupa Tanımı Türkçe Çevirisi, 2003).

#### **2.7.6. Aile Hekimliği Disiplin Özellikleri**

Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da birtakım disiplin özellikleri mevcuttur. Bunlar;

- Toplumun her bir bireyine sağlıkları konusunda hiçbir ayırım yapmaksızın sınırsız ve açık erişim olanağı sağlayan ilk tıbbi temas noktasıdır. Bu temas noktasında hekimler, bireylerin tüm sağlık sorunları ile ilgilenir,
- Koordineli bakım olanağıyla birlikte gerektiğinde hastanın savunmanlık görevini üstlenerek tıbbi olanakların en doğru ve faydalı şekilde kullanılmasını sağlar,
- Bireyin kendisine, ailesine ve topluma karşı kişi merkezli bakış açısı ile yaklaşır,
- Hekim ve hasta arasında özgün bir görüşme süreci vardır,
- Hekimler, bireyin sağlıklı durumunu devam ettirme, hastalıklı durumunu iyileştirme ve iyi olma halinin devamlılığını sağlamalıdır,
- Toplumdaki insidans ve prevelans hastalıkların belirlenmesinde, büyük öneme ve belirleyici bir role sahiptir,
- Hastalıkların erken evresinde tam olarak ayrışmamış olan rahatsızlıkları yönetmekle sorumludur,
- Halk sağlığının temel taşı oluşturur,
- Hastaların sorunlarını geniş kapsamlı (sosyo-kültürel, psikolojik ve fiziksel) ele alarak irdeler,
- Sağlık konusunda yapılması doğru olan en etkili girişimlerle var olan sağlıklı iyi hal durumunu geliştirir,
- Hastaya, tedaviye katılma süreci konusunda destek çıkararak yardımcı olur (Altıntaş, 2019).

### 2.7.7. Dünya’da Aile Hekimliği’nin Gelişimi ve Özellikleri

Tıpta uzmanlaşmada meydana gelen artış sonucu, Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik bölümü 1960’lı yıllarda tekrar üniversite müfredatlarına girmeye başlamıştır. Edinburgh’ta ilk aile hekimliği bölümünün kurulması, Avrupa’nın aile hekimliği sistemine geçişi konusunda akademik olarak gelişmeler göstermesine olanak sağlamıştır. Bu doğrultuda Avrupa’daki akademik gelişmelerin temelleri irdelendiğinde, bu temeller ilk olarak bizzat Leeuwenhorst Grubunun oluşturduğu ve yayınladığı bildirgeyle atılarak, 1986 yılına gelindiğinde ise üniversitelerde diğer alanlardan bağımsız bir AH/GP bölümünün olması gerekliliğinden bahsetmiştir. 1960’lı yılların sonlarına doğru ise ABD’de de ve Kanada’da AH/GP bölümleri kurulmuştur. Bu durum günümüzde Amerika’da bulunan toplam 126 tıp fakültesinin 115’inde, Kanada’daki tüm tıp fakültelerinde AH/GP bölümlerinin bulunduğu gerçeğini ortaya koymaktadır. Bu gelişmeler Avrupa ülkesi olan Kanada’nın tıp eğitimine önemli katkılarda bulunurken, ABD’de de bulunan tıp fakültelerinde ise eğitim programlarının %86’sı aile hekimliği’ni zorunlu stajyerlik uygulaması olarak getirmiştir (Başak vd., 2002). Bu gelişmeler ve teşvik edici atılımlardan sonra İngiltere’de, 1968 yılında Hollanda Utrecht’da ve Belçika Leuven gibi Avrupa ülkelerinde, mezuniyet öncesinde Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik bölümlerini üniversitelerde açarak toplamda 18 Avrupa ülkesinin tümünde AH/GP eğitim öğretimine başlanmıştır.

Ülkemizde aile hekimliğinin, 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer almasıyla ilk uzmanlık eğitimi, 1985 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı İstanbul, İzmir ve Ankara’daki eğitim hastanelerinde verilmeye başlanmıştır ([http://www.bsm.gov.tr/aile hekimliği](http://www.bsm.gov.tr/aile%20hekimligi), Erişim Tarihi: 01.05.2021). 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuştur. Aynı tarihte YÖK’ün 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulması kararı verilmiştir. 1993 yılı ise; ülkemizde aile hekimliği açısından akademik olarak büyük gelişmelerinin görüldüğü yıllar olarak kabul edilmekte ve akabinde Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı gerçekleşen aile

hekimliği uzmanlık eğitimi günümüzdeki eğitim hastanelerinin yanı sıra 35 farklı niversitenin Aile Hekimliği Anabilim Dallarında da devam etmektedir (Başak vd., 2002).

## **2.8. Avrupa’da Uzman Aile Hekimliğinin Eğitim Yapısı ve Süresi**

Ülkemizde olduğu gibi Avrupa’da da hastaların ilk başvuru noktası olan Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği, uzmanlık eğitiminde yöntem ve bağlam açısından farklılık gösterdiğinden ötürü, Avrupa Genel Hekimler Birliği (UEMO), bu birliğe ye ülkelerin uzmanlık eğitiminin içeriği ile ilgili bildiri yayınlamalarına neden olmuştur. UEMO Uzmanlık eğitimi grubu tarafından hazırlanan bildiri, Avrupa Aile Hekimliği Eğiticileri Akademisi (EURACT) ve Avrupa Genel Hekimler Birliği’ne ye olan bütün ülkelerin kendi gereksinim ve olanaklarına göre uzmanlık eğitimi üzerine özgün belgelerini halada hazırlamalarını beklemektedir (UEMO 2004 Policy Document on Specialist Training, 2004).

5 Nisan 1993 tarih ve 93/16/EEC sayılı ‘‘Avrupa Konseyi Doktorların Serbest Dolaşımı ve Diplomaların ve Diğer Resmi Belgelerin Karşılıklı Tanınması Hakkındaki Direktifi’’nin 23, 32, 33 ve 34. maddelerinde AH Uzmanlık Eğitimi ile ilgili son düzenlemeler dile getirilmiş ve bu maddeler doğrultusunda şöyle bir neticeye varılmıştır (Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, 2002). Bu neticeler işığında;

- Birinci Basamak Uzmanlık Eğitimi, tıp fakültesi eğitimi tamamlandıktan sonra verilmeli,
- Uzmanlık eğitimi herhangi bir niversite bünyesinde veya denetiminde olmalı,
- En az tam gün olmak şartıyla aralıksız 2 yıl olmalı,
- Verilen eğitim, uygulama ağırlıklı olmalıdır şeklinde beyan edilmiştir.

Avrupa’da uzmanlık eğitimi üzerine kabul gören eğitim süresi ise, üç ve beş yıl arasında değişim göstermekle beraber, belirtilen srenin en azından yarısı aile hekimliği ortamında geçirilmiş olmalıdır. UEMO’nun uzmanlık eğitim süresi için belirlediği hedef, diğer uzmanlık eğitimlerinin süresi ile eşit olmalı görüşünün yanı

sıra aile hekimliğinin de diğer uzmanlıklar gibi algılanması gerektiği görüşünü savunmaktadır (UEMO 2004 Policy Document on Specialist Training, 2004). Daniel ve diğerleri, İngiltere ve ABD'deki Genel Pratisyenlik ve Aile Hekimliklerini birçok açıdan karşılaştırarak bu karşılaştırmalar neticesinde birtakım önemli farklılıklar olduğunu gözlemlemişlerdir. Bu iki ülke içinde üç yıllık bir GP/AH süresi olsa da İngiltere'de; 5 yıllık bir tıp fakültesine girme hakkı kazanan hekim adaylarına, mezuniyet öncesinde aile hekimliği bölümlerinde gerekli AH eğitimi verilir. Zorunlu hale getirilmiş Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi toplamda 3 yıllık bir süreci kapsamaktadır. 1 yıllık internlik ve 2 yıllık hastane eğitiminin ardından eğiticilik eğitimi almış bir aile hekimi'nin yanında geçirilecek 1 yıllık bir eğitim sürecini kapsamaktadır. Bu 3 yıl içerisinde pediatri, dâhiliye, acil, kadın doğum ve psikiyatri gibi sıklıkla eğitim alınan ana dallarda, 6 aylık rotasyonlar halinde eğitimler verilmektedir. Bu kriterlerin yanı sıra hekim adaylarının, aile hekimi olabilmesi için eksik branşlarda yapacakları 6 aylık eğitimlerinin dışında, 1 yıllık GP registrar eğitimlerini ve sınavlarını bitirmeleri gerekmektedir. Bu koşullara ek olarak aile hekimliği uzmanlığının alınabilmesi için teorik, sözlü ve "hasta başı sınavı" denilen 3 basamaklı sınavlara tabi tutulmaktadır. Başarıyla tamamlanan bu sınavlarla AH uzmanlığını alan hekimlerin, uzmanlık sonrası herhangi bir sınav zorunlulukları yoktur. Ancak İngiltere'de Aile Hekimleri Kraliyet Koleji'ne üye olabilmek için, eğitimlerini tamamlayan aile hekimlerinin %80'i bu sınavlara girmektedir. Türkiye'deki sistemle en büyük farkı alanlaşmanın yani spesifik bir dala yönelebilmek durumunun söz konusu olabilmesidir. Örneğin; madde kullanımı, endoskopi, palyatif tedavi, epilepsi gibi dallar bunlardan birkaçıdır. Astım, diyabet ve hipertansiyon gibi kronik sağlık sorunları daha çok aile hekimleri tarafından tedavi edilirken Kadın Hastalıkları ve Doğum alanıyla ilgili aile hekimlerin oranı %28'den günümüzde %2,5'e kadar düşmüştür. Genel olarak randevu sistemiyle ve her bir hastaya 10-15 dakika düşecek şekilde geliştirilmiş sağlık sistemiyle yürütülmektedir.

ABD'deki tıp fakültelerinde bulunan aile hekimliği bölümlerinde ise, okulda verilen eğitim ile AH uzmanlık eğitiminin kombine olarak yönetilmesi sağlanarak öğrencinin aile hekimliğine adaptasyonu sağlanmaya çalışılır. ABD'deki bir diğer

aile hekimliği uygulaması ise, hastanede yatışı yapılan hastaların hekimler üzerinde rutin sorumlulukları ile cerrahi sorumluluklarının bulunduğu, aynı zamanda Kadın ve Doğum Hastalıkları konusunda da yıllık ortalama bazda 25-50 bebek doğumu gerçekleştirmeleri önemli bir uygulama alanını kapsamaktadır. Her iş günü 25-30 civarında muayene hastasını tedavi ederek, en sık karşılaşılan akut ve kronik hastalıkların muayenelerini sonucunda ve gereklilik durumlarına göre acil bakım ünitelerinde tedavi eder (Daniel, 1999).

Her ülkenin sağlık politikası farklı olduğu gibi aile hekimliğiyle ilgili gerek eğitim süreleri, gerek uygulama alanlarında da farklılıklar olmaktadır. Özellikle Avrupa’da uzman aile hekimi olabilme koşulları ve eğitim süreleri bu farklılığı açık bir şekilde ortaya koymaktadır. Bu durum; Almanya’da lisans eğitiminden sonra zorunlu olmakla beraber 60 aylık bir eğitim süresini kapsamaktayken, Portekiz, Fransa ve Hollanda da 3 yıllık bir süreyi, İspanyada 4 yıl, İsveç’te 5 yıllık bir süreyi kapsamaktadır. Bu farklılıklar yalnızca süre olarak değil içerik olarak da var olan durumlardır.

## **2.9. Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminin Yapısı ve Uygulaması**

Türkiye’de uzmanlık eğitimleri, Sağlık Bakanlığı’na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile üniversitelerin tıp fakültelerinde bulunan Aile Hekimliği Anabilim Dallarında sürdürölmektedir ([http://www.bsm.gov.tr/aile hekimliği](http://www.bsm.gov.tr/aile-hekimliği), Erişim Tarihi: 01.05.2021). Fakültelerin anabilim dallarında verilen uzmanlık eğitimi ile Sağlık Bakanlığı’nın uzmanlık eğitimi farklılık göstermektedir. Fakültelerde verilen uzmanlık eğitimi genel olarak bir bölümü alanda, diğer bölümü ise klinikte olacak şekilde üç yıllık bir zaman diliminde verilen eğitim programı şeklinde planlanmıştır. Bu süreçteki asistan hekimler rotasyon sistemi ile çalışırken, klinikteki süreçlerini klinik şefinin yönlendirmesi ile gerçekleştirmektedirler. Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastanelerinde verilen aile hekimliği uzmanlık eğitiminde ise; içeriği tam anlamıyla detaylandırılmamış bir müfredata dayanmakla beraber asistanlara kazandırılması gereken ve temel kabul edilen tutum, bilgi ve becerilerde net olarak belirlenmemiştir (<http://www.nenedir>, Erişim Tarihi: 29.04.2021).

Birinci basamak aile hekimliği uygulaması; sağlık ocakları gibi birinci basamak olarak adlandırılan ortamlarda gerçekleştirilir veya Aile Hekimliği Eğitim ve Uygulama Birimlerinde yapılır. Uzmanlık eğitiminin en az e biriyile ve şartların elverişli olması dâhilinde en az yarısının birinci basamak sağlık birimlerinde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu durum başta EURACT (European Academy of Teachers in General Practice) olmak üzere, Avrupa'da ki birçok ulusal ve uluslararası rgte de benimsenen ilkelerdendir. Günümüz itibarı ile 36 aylık uzmanlık eğitimi ile 36 eğitim programını içinde barındıran bir yılın, Birinci Basamak (BB)'ta geçirilmesi başlangıç seviyesi için yeterli kabul edilmektedir. Bunun için hekimlerin öncelikli olarak yapmaları gereken, üniversitelerin tıp fakültelerine bağlı olan aile hekimliği anabilim dalını bitirmeleri, ikinci olarak tıpta uzmanlık sınavı (TUS) ile herhangi bir dalda uzmanlık kazanmak ve aile hekimliği eğitimi almak gerekmektedir. Bu koşulları sağlayan hekimler, BB alan uygulamaları için Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Müdürlükleri ile işbirlikçi bir çalışma gerçekleştirmeleri gerekmektedir (Aracı ve Aracı, 2014).

## **2.10. Egzersiz Kavramı**

Egzersiz niteliksel olarak; sportif uygunluk için gerekli olan bileşenlerin geliştirilmesini hedefleyen fiziksel aktiviteler olarak ifade edebilmektedir. Psiko-motor açısından irdelendiğinde büyük kas grupları ile kaba motor hareketlerinden emekleme, yürüme ve koşma gibi temel hareketler ön plana çıkarken, kk kas grupları ile ince motor hareketlerden olan ayak ve el becerilerini yapabilme olarak ön plana çıkmaktadır (Aracı ve Aracı, 2014). Yaşam şekli olarak benimsenerek düzenli yapılması durumunda, insan gücünün yerini alan makineleşme ile televizyon ve bilgisayar başında geçirilen srenin uzunluğunun sebep olduğu inaktivite sonuçlarının etkileri nispeten de olsa kişinin sağlığı adına pozitif yönde tolere edilmesini mümkün kılmaktadır.

Fiziksel aktive; vücudun kaslardan yardım alarak gerçekleştirdiği hareketler neticesinde oluşan enerji sarfiyatı olarak tanımlanmaktadır (Salmon vd., 2007). Bir diğer ifade ile bütün canlıların vazgeçilmez fonksiyonu olarak da kabul edilmektedir.

Günümüzde bu aktivitelerin yerini almaya başlayan sedanter yaşam biçimi, masa başında geçirilen süresinin uzunluğu ve tembellik gibi faktörler düzenli aktivite yapmanın önündeki engellerden yalnızca birkaçıdır. Bu durumun ortadan kaldırılması ile yaşam boyu spor düşüncesi çerçevesinde düzenli olarak yapılacak fiziksel aktiviteler, sağlık açısından istenilen yararların görebilmesini mümkün kılmaktadır. Yapılan egzersizlerin faydaları; yaş, cinsiyet ve egzersiz türü ayrımı yapmadan geniş bir yelpazede insanoğluna kusursuzca sunulmaktadır. Yaş aralığına göre görülen faydalar farklılaşsa da netice itibarı ile her anlamda insanoğlu lehine pozitif olarak sonuçlanmaktadır. Ancak bu pozitif durumundan faydalanabilmek her zaman mümkün olamamaktadır. Neden olarak ise; yapılan bazı araştırmalarda egzersize başlayan bireylerin %50'lik kesiminin egzersize devam etmediği ve bunu yaşam şekli haline getirerek düzenli yapmama durumlarından kaynaklandığı ifade edilmektedir (Buckworth vd., 2009). Bunların önündeki engeller olarak ise; iş hayatının yoğunluğu, cinsiyet farklılığının yüklediği sorumluluklar, spor geçmişinin olmadığı düşüncesi veya yaralanma korkusu etkili olmaktadır. Bu durumun tam tersi olarak düzenli egzersiz yapan ve yaşam şekli olarak benimseyen bireyler üzerinde yapılan araştırmalarda ise; kilo kaybını azalttığı, meme, kolon ve mesane kanseri risklerini azalttığı, daha çok kadınlarda görülen osteoporoz rahatsızlığında kemik gelişimine katkıda bulunarak olumlu sonuçlarının olduğu ifade edilmektedir. 6-13 yaş aralığındaki çocuk ve gençlerde ise; bilişsel ve bedensel gelişimi desteklediği (kas ve kemik gelişimi, kardiyovasküler gelişim) ve özellikle ergenlik döneminde karşılaşılan depresyon, gelişen vücut şeklini kabullenememe gibi ruhsal problemlere pozitif yönlü katkı sağlamaktadır.

İnsanların sağlıklı bir yaşam tarzını benimsemeleri ve bunu hayatlarına uygulayabilmeleri için, yapabilecekleri birden çok alternatif vardır. İlk olarak bireyler arasında; cinsiyet, yaş ve servetlerine bakılmaksızın sağlıklı bir yaşam tarzını benimseyerek fiziksel aktiviteyi yaşamlarına uygulamak istediklerinin bilincinde olmaları sağlanmalıdır. Bireyler bu yaşam şeklini hayatlarına geçirmeye çalışırken, ekonomik olarak zorlanacak bir spor salonu üyeliği yapmaları veya bütçelerini zorlayacak derece yüksek fiyatlı organik yiyecekler yemeleri gerekmez.

Bu gibi seçenekler yerine yiyecekleri tüketirken aşırıya kaçmadan dengeli tüketmek, egzersiz yapmak, günlük alınması gereken miktarda besinleri tüketmeleri ve gün içerisinde yeterli kabul edilebilecek uykuyu almaları gibi birtakım ipuçları söz konusu olmaktadır (Kumar, 2017). Bunlar yapıldığı ve yaşama geçirildiği müddetçe yapılan egzersizlerin olumlu sonuçları, bedenimize ve ruhumuza kazandırılan avantajlar olarak kabul edilmektedir. Bu şekilde benimsenen yaşam tarzı bireyleri; sağlık açısından kalp hastalıklarından, kanser ve tip 2 diyabet hastalığı gibi birden çok kronik hastalıklara yakalanmada risk faktörlerini azaltmada yardımcı olur (Morris, 2017). Son yıllarda egzersiz üzerine yapılan yoğun çalışmalara bakılacak olursa; özellikle psikolojik, sosyal, klinik yararlar çerçevesinde ve sağlıklı yaşlanma konusunda en önemli faktörün yapılan egzersizler olduğu açık bir şekilde kabul edilmektedir (Bauman vd., 2016). Bu sonuçların görülmesinde ve egzersizlere başlamada motive edici unsurların etkin rol üstlenmesi gerekmektedir. Motivasyon unsurları olarak; egzersiz programlarının uygulanabilir olması, düşük maliyetli ve sürdürülebilirliğinin mümkün olmasının yanı sıra evde uygulanabilir ve basit programlardan oluşması en önemli etkenlerdir. Sağlık adına en çok önerilen fiziksel aktivite ise yürüyüştür. Yürüyüş, hekimler tarafından da güvenli olması ve uygulanabilirliği en mümkün aktivite olmasından dolayı sıkça önerilmekte ve insanlar arasında da en çok tercih edilen fiziksel olarak kabul edilmektedir (Tudor-Locke vd., 2011). Aynı zamanda yapılan her türlü düzenli egzersizlerin aşırıya kaçmadan ve önerilen düzeyde yapılması, bireylerin motivasyonunu arttırırken sağlıkları açısından en faydalı program şekli olacaktır. Aksi takdirde sağlık beklentisi ile yapılan egzersizler beraberinde kalıcı yaralanmalara ve sakatlanmalara sebep olabilmektedir. Bu durum bireyin egzersize bakış açısını değiştirebilmekte ve bazen de tamamen uzaklaşabilmesine neden olabilmektedir. Genel olarak kabul gören düzenli aktivite düzeyinin, orta şiddete minimum 5 gün en az 30 dakika tempolu yürüyüş veya dengi bir fiziksel aktivite olması gerektiği şeklinde ifade edilmektedir (Marcus vd., 2019). Bu noktada egzersiz sürelerinin ve niteliksel olarak faydalarının belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (Gümüş ve Kitiş, 2015).

Nahas ve arkadaşları (2003) ise egzersiz davranışlarını “kolaylaştırıcılar” ve “engelleyiciler” olmak üzere ikiye ayırmışlardır. Kolaylaştırıcılar; bireyin egzersize başlamasına neden olan belirleyiciler olarak açıklanırken, engelleyiciler ise; bireyin egzersize katılımını engelleyen veya kısıtlayan belirleyiciler olarak ifade edilmektedir. Furlongun 1994 yılında, egzersiz davranışlarını etkileyen faktörler üzerine yaptığı çalışmasında, faktörleri çevresel ve kişisel olmak üzere ikiye ayırmıştır. Çevresel faktörleri eş ve aile desteği, var olan olanaklara erişim, maliyet ile benzeri faktörler olarak görmektedir. Kişisel faktörleri ise; yorucu geçen iş hayatı ve egzersize bakış açısı olarak görmektedir. Kısacası engelleyici faktörler ele alınacak olursa şöyle sıralanabilir;

- Egzersize karşı tutum,
- Sosyal ve normatif etki,
- Kontrol algısı,
- Öz yeterlilik,
- Motivasyon,
- Demografik faktörler,
- Kişilik özellikleri,
- Hastaya, tedaviye katılma süreci konusunda destek çıkararak yardımcı olmaktadır (Altıntaş, 2019).

## **2.11. Egzersiz ve Sağlık İlişkisi**

Tüm canlılar, doğaları gereği hareket halinde olmaları gerekmektedir. Bunlar içerisinde en fazla hareketliliğe ihtiyaç duyan insanoğlunun, geçmişe nazaran daha az hareketli oluşu birden çok hastalığa zemin hazırlamaktadır. Hareket azlığından kaynaklı olarak görülen hastalıklar, bireylerin yaşam kalitesini düşürmekte ve birçok bedensel, ruhsal sorunlara zemin hazırlamaktadır. Bu hareketsizliğin sebep olduğu her türlü aksaklık toplum sağlığını da etkilemektedir. Toplum bazında hareket azlığının, diğer bir ifade ile fiziksel hareketsizliğin en fazla görüldüğü ülkeler sıralamasında gelişmiş ülkeler ilk sırada yer alırken, bu ülkeler önlem alma konusunda da ilk sıralarda yer almaktadırlar. Makineleşme ve sanayileşmenin

beraberinde getirdiği pasif yaşam şeklinin bilincinde olan ve tamamen insan gücünden kopamayacaklarının da farkında olan gelişmiş ülke hükümetleri, bu durum için gereken önlemleri alarak toplum sağlığı düşüncesi ile halkını fiziksel aktivite konusunda bilgilendirerek birtakım önlemler ve reformları hayata geçirme konusunda hemfikir kılmaktadır. Bu durum için en çok tercih edilen yöntem ise medya gücüdür. Burada egzersizin faydalarının anlatılması, spor kanallarının açılması ve hocalar eşliğinde spor yapılması teşvik edici atılımlardan bazılarıdır. 2010 yılında küresel çapta yapılan araştırmada 18 yaş ve üzeri kadınların %27'si ile erkeklerin %20'sinin, fiziksel olarak yeterince hareketli bir yaşam sürdürmedikleri rapor edilmiştir. Gelir düzeyine, cinsiyetlere, ülkelere ve hatta kentlere bazında dahi farklılık gösteren fiziksel aktivite sonuçları irdelendiğinde yüksek gelirli ülkelerin cinsiyet dağılımında; erkeklerin %36'sı, kadınların %35'i, düşük gelirli ülkelerdeki erkeklerin ise %12'si, kadınların %24'nün yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmadıkları belirtilmektedir (WHO, 2017). Ülke bazında değerlendirilen fiziksel aktivite düzeyinde ise, ABD ve Brezilya'da yapılan çalışmalarda ABD'deki erişkinlerin %54,1'i, Brezilya'nın farklı kentlerindeki erişkinlerin %40-70'inin yeterli kabul edilebilecek düzeyde fiziksel aktivite yapmadıkları saptanmıştır. Avrupa ülkeleri arasında düzenli fiziksel aktivite yapma yüzdesi en yüksek %76 ile Finlandiya'da aittir. Finlandiya'yı takiben, %52 ile Hollanda, %43 ile Fransa %39 ile Almanya, %27 ile İtalya takip ederken, son sırada ise %7 ile İsveç yer almaktadır (Bottenburg, 2011). Bu konuda oldukça geride kalan Türkiye, Sağlık Bakanlığı tarafından 2013 yılında yapılan "Türkiye'de Sağlığın Geliştirilmesi Araştırma Raporu"nda 18 yaş ve üzerindeki bireylerin %22'si genel olarak orta düzeyde egzersiz yapmaktayken, cinsiyet dağılımına göre kadınların %20, erkeklerin ise %25 düzeyinde egzersiz yaptıkları belirtilmiştir. Araştırma raporunda hafif düzeyde yapılan aktivitelere katılan bayan sayısının daha fazla olduğu, ancak katılımcıların yalnızca %59'nun ikamet ettikleri yerlere yakın yürüme alanlarının olduğunu ve en çok halka açık alanlarda fiziksel aktivitenin yapılmasının mümkün olduğu ifade edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014). Dolayısıyla Türkiye, fiziksel inaktivitenin önüne geçmek ve fiziksel hareketliliği arttırmak adına

farklı başlıklar altında projeler gerçekleştirmeye çalışmıştır. Bu projelerden ilki 29 Aralık 2013'te İl Halk Sağlığı Müdürlükleri ile yapılan "Sevdiklerimizle Sağlıklı Yaşama Yürüyoruz" başlıklı etkinlik olurken, ikinci proje girişimi, 2014 yılı "Sağlıklı Yaşam İçin Hareket Yılı"nın kabul edilmesiyle gerçekleştirilmeye çalışılan projeler olsa da istenilen hedef tutturulamamış ve yalnızca kısmen farkındalık sağlama düzeyinde kalmıştır (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, 2014). Gelişmiş ülkelerde, projelerden ziyade hayata geçirilmiş çalışmalar mevcuttur. Bunlardan biri; ülkedeki büyük şirketlerde çalışan görevlilerin, yöneticileri tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde kendilerine egzersiz yapma hakkının tanınmasıyla, çalışanların iş stresini azaltmaları, daha istekli çalışmaları ve daha güçlü konsantrasyona sahip olmalarına olanak sağlanmak istenmiş ve egzersiz yoluyla mesleki verimlilik artırılmaya çalışılmıştır. Bu şekilde planlanan çalışma programı, hem şirketlerin hem de şirket çalışanlarının iş alanındaki başarısına pozitif yönlü geri dönüşlerle katkıda bulunurken, her alanda fiziksel hareketliliğin önemine dikkat çekmektedir. Bu da hangi durumlarda ve koşullarda olursa olsun gerçekleştirilen fiziksel aktivitenin faydalarının olduğunu destekler nitelikte olduğunu ortaya koymaktadır.

Hareketli yaşam şekline engel birden çok durum söz konusu olabilirken bunlardan bir diğeri de mesleki statülerin yarattığı engellerdir. Bunlar içerisinde yer alan akademisyenlerin yaşları, mesleki statüleri ve çalışma yılları dikkate alınarak yapılan çalışmada, fiziksel aktivite için ayırdıkları zamanın azaldığı gözlemlenmiştir (Kalkavan vd., 2016). Gerek bu zaman diliminin azlığı gerekse de fiziksel inaktivite nedeniyle hastalıkların artması, DSÖ'nün de üzerinde durduğu konuların başında gelmektedir. Dünya genelinde bulaşıcı hastalıkların dışında, fiziksel aktivite azlığının neden olduğu hastalıklar dördüncü sırada yer alırken bu sıralama yetişkinlerin %60'dan fazlasına denk gelmektedir. Dolayısıyla yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan bireyler ile yapan bireyler arasında %20-30 oranında ölüm riski farkı olduğu ifade edilmektedir (World Health Organization, 2006).

Egzersizler, yaş, cinsiyet ve gelişimsel dönem ayrımı yapmaksızın tüm bireyler için faydalıdır. Bu durum günümüz hareketsizliğiyle çocukluk dönemindeki aşırı

hareketlilik arasında tezat bir durum oluşturmaktadır. Hareketsizlik sebeplerinde egzersize başlayamama, başlayıp bırakma gibi tutarsız durumlar söz konusu olurken bu durumlarla karşılaşma daha çok ortaöğretimden liseye geçiş ve üniversite dönemindeki bireylerin toplumsal mevki ve statüleri için girişimlerde buldukları dönemde olmaktadır. Önemli bir geçiş süreci olan ergenlikten genç yetişkinliğe geçiş, bu dönemde her alanda edinilecek davranışların yaşam boyu devam ettirilebilmesi adına, olabirliği mümkün kılan bir dönemdir (Van Kim ve Nelson, 2013). Ancak bu dönemin, üniversiteye hazırlık ve başlama dönemine denk gelmesi, genç neslin fiziksel aktivite düzeyini düşürmektedir. Sınavlara hazırlık sürecinde masa başında geçirilen zamanın artması, sınavların yarattığı kaygı ve stresten ötürü fiziksel aktivitenin zaman kaybı olacağı düşüncesi sayılabilecek engellerden yalnızca birkaçı olabilirken, Kwon ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da fiziksel aktivitenin bu dönemde %24 oranında azalması bu görüşü destekler niteliktedir (Kwon vd., 2012). Bu da insan ömrünün yaklaşık 2 yıllık bir kaybı demektir. Azalma beraberinde birçok kronik hastalıklara zemin hazırlarken, yapılan düzenli fiziksel aktivitenin büyüme ve gelişme çağındaki çocuk ve gençlerin kemik gelişimlerine katkı sağladığı, depresif durumların yol açabileceği kötü alışkanlıkları (alkol, sigara, uyuşturucu) edinmemeleri konusunda desteklediği, sağlıklı yaşam sürmelerine ve yaşlanmalarına katkı sağlamaktadır. Haase ve arkadaşları ise 23 ülkedeki üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek üzere yaptığı çalışmada, cinsiyete göre kadınların %38'i ile erkeklerin %27'sinin egzersize ayırabilecekleri boş zamanları olmasına rağmen egzersiz yapmadıkları belirtilmiştir (Haase vd., 2004). Bireyler var olan boş zamanlarda egzersiz yapmamalarının nedenlerini; sağlık ve fiziksel aktivite konusunda yetersiz bilgiye sahip olmalarına, üşengeçlik, özendirilmeme veya eğlenceli hale getirilmeme durumlarından kaynaklı olduğunu ifade etmektedirler. Sedanter yaşam şeklin, vücudun kas ve eklem sistemleri harekete geçirilmediği için kas kaybının görüldüğü, sakatlanma riskinin arttığı, dolaşım, sindirim ve boşaltım sisteminde bozuklukların meydana geldiği ve bireyin fiziksel görünümde deformasyonların oluşmasına neden olan bir yaşam şeklidir. Tüm bu problemlere ek olarak ruhsal sorunlarla karşılaşmanın nedenleri arasında da sedanter

yaşam tarzının etkili olduğu kabul edilmektedir (Şekerci, 2018). Egzersiz faydalarının görüldüğü yaşlılık döneminde ise, vücudun hemen hemen her bölgesinde görülen fiziksel (kemik erimesi, kireçlenme ve osteoporoz) ve bilişsel (Alzheimer) gerilemenin önlenmesi için daha hareketli ve düzenli egzersiz programlarını kapsayan bir yaşam tarzının benimsenmesi gerektiğine vurgu yapılmaktadır (Cindaş, 2008). Aynı zamanda yaşlı bireylerin uyku problemlerine iyi geldiği ve uyku kalitesini arttırdığı da kabul edilen bilgiler arasındadır (Lök ve Lök, 2015). Bu bilgiler ışığında yapılan çalışmalara bakılacak olursa; Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) hastaları üzerinde yapılan kohort çalışmasında, düşük seviyede fiziksel aktivite yaptırılan hastalarda %30-40 oranında Koah şikâyetleri ile hastaneye başvurularının azaldığı ve mortalitelerinde azalma olduğu saptanmıştır (Arslan, 2018).

Egzersiz-sağlık ikilisinin ilişkilendirilmesi konusunda yapılan birtakım hatalar vardır. Bu hatalar, bireylerin sağlıklı oldukları durumlarda sağlıklarını korumak için herhangi bir egzersiz veya egzersiz programını hayatlarına geçirmemek ve hastalanma durumunda yapacakları egzersizlerin fayda yüzdesinin sağlıklıken yapılan egzersizden düşük olabileceği düşüncesidir. Fiziksel hareketlilik konusunda doğrudan ya da dolaylı olarak bilinçlenen, bilgi sahibi olan bireyler (sosyal medya, hükümet politikaları vb.) hareketlilik için gerekli zamanı kendilerinin yaratmaları gerektiğini, bunun önem ve sürekliliğinin ne kadar önemli olduğunu çocuklarına aşılama, nesilden nesle sağlıklı bireylerin yetişmesine katkı sağlayacaktır. Dolayısıyla buda birey ve toplum açısından halk sağlığını ileri seviye taşıyacaktır.

## **2.12. Egzersizin Psikolojik Boyutu**

Fiziksel aktivitenin alt sınıfı olarak kabul edilen egzersiz; istemli, planlı yapılandırılmış, fiziksel uygunluk için bir veya birden çok unsuru geliştirmeyi hedefleyen daimi aktivitelerdir (Kolukısa vd., 2019). Yaş farkı gözetmeksizin, vücudun tüm organizmalarına faydası olduğu bilinen egzersizin, günümüzde kendisini kabul ettirdiği en önemli alanlardan biri egzersizin psikolojik boyutudur. Düzenli yapılan egzersizlerin; stres düzeyini azalttığı, gerginlik durumunu düzene

koyduğu, uyku kalitesini arttırdığı, yüksek kaygı durumlarını dizginlediği kabul gören bilgiler arasındadır. 2005 yılında Amman'ın kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada kadınların psikolojik olarak egzersiz yapma amaçlarının; stres atmak, sağlıklı olmak, eğlenmek ve mutlu olmak, sosyalleşmek gibi faktörler olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Amman, 2005).

Egzersiz psikolojik boyuta etkisi daha detaylı ifade edilecek olursa; bireylerin gelişimsel dönemine göre incelenmesi en net bilgilere ulaşılmasını sağlayacaktır. Gelişimsel olarak ilk ele alınması gereken dönem önemlilik derecesine göre çocukluk ve ergenlik dönemidir. Çocukluk döneminde görülen yüksek kaygı durumu, yaşlılarla yapılan kıyas sonucu özgüven eksikliği gibi psikolojik sorunlar çocuklara eğlence yoluyla yaptırılacak egzersizlere yer verilerek ya da becerileri doğrultusunda spor dallarına yönlendirilerek aşılabilecek sorunlar kapsamındadır. Hastalıklar bazında irdelendiğinde literatür çalışmaları, psikolojik iyi halin fiziksel ve ruhsal sağlığı da olumlu yönde etkilediği öyle ki bu durumun kronik rahatsızlık olan diyabette dahi olumlu etkisinin görüldüğü kabul edilmektedir (Boehm vd., 2015; Celano vd., 2013; Joyce vd., 2012; Skinner vd., 2000). Joyce ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları derleme çalışması sonucunda, kronik tip 1 ve tip 2 diyabet hastası bireylerin, öz-saygı, öz yeterlilik düzeyleri arttıkça diyabet kontrol ve yönetiminin sağlıklı seyrettiği sonucuna varılmıştır (Joyce vd., 2012).

Ergenlik döneminde karşılaşılan; aşırı yemek yeme alışkanlığı ile ortaya çıkan obezitenin sebep olduğu özgüven eksikliği, kendini ispatlama durumunun yarattığı mental sorunlar için de düzenli egzersizler destekleyici ve tedavi rol üstlenmektedir. Kabul gören bir gerçek vardır ki egzersizin, dönemsel fark ve etki alanı gözetmeksizin olumlu etkisinin hemen hemen her alanda olduğudur.

### **2.13. Sağlık İnanç Modeli (SİM)**

Günümüze kadar birbirinden farklı tanımları yapılan sağlık kavramı, en genel ifade ile bireylerin ruhsal, fiziksel ve sosyal açıdan iyi halde olma durumu olarak

ifade edilmektedir. Tarihsel açıdan irdelendiğinde ise ilk olarak Hipokrat tarafından “Etkileşim Kuramı” olarak kullanılmaya başlanmıştır.

İnanç; bireylerin var olan konuya dair iç dünyalarındaki tanımlamalar neticesindeki kişisel ilkeleri ve sürekli olan duyguları ifade etmektedir. Sağlık inancı, bireylerin hasta olma halinde ya da sağlıklı hallerindeki düşünce, fikir ve davranışlarını açıklamaktadır. Bu inançlar doğrultusunda olumlu ve olumsuz şekillenen davranışlar sağlığı da bu yönlerde etkilemektedir (Ünsal, 2017). Pozitif olarak benimsenen sağlık inancı bireylerin sağlıklarını pozitif yönde etkilerken, negatif olarak benimsenen sağlık inancı yaşamlarını negatif yönde etkilemektedir (WHO, 2009).

Egzersiz, sağlık ve yaşam kalitesi adına ayrılmaz bir bütündür. Daha sağlıklı yaşamak ve sağlıklı yaşlanmak adına yapılacak egzersizlerin en önemli koşulu düzenli yapılmasıdır. Düzenli bir şekilde yapıldığı ve benimsendiği müddetçe faydazarar ilişkisinden faydalı çıkan taraf bireyin kendisi olacaktır. Düzenli yapılan egzersiz konusunda birtakım çalışmalar mevcuttur.

Davranış ise inançtaki kişisel ilkelerin ve sürekliliği olan duyguların dışı vurumu olarak tanımlanmaktadır (Peker ve Zengin, 2019). Yapılan araştırmalar neticesinde, araştırmacılar kişilerin sağlıklarına ilişkin davranışları birden çok model üzerinde açıklamaya çalışmışlardır. Bunlar içerisinde en sık kullanılanı ise kısaltılışı SİM olan “Sağlık İnanç Modeli” olmuştur. 32 maddeden oluşturulmuş bu ölçek Esparza Del Villar ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 1950’li yıllarda ilk olarak Hochbaum ve arkadaşlarının, tüberküloz hastalarında kullandığı ve değer-beklenti temeline dayalı olan model, hastaların; hastalıklarını önleme konusundaki inançlarını, mental değişkenlere göre yaptıkları çıkarım ile ortaya koymaya ve bireyin sağlığı konusundaki ciddiyet algısının sonuçlarını ele alan inanç modeli olarak ortaya çıkmıştır. Aynı zamanda sağlık inanç modeli, hastalıkların erken tanı yöntemi ile erken teşhis edilmesi ve önlenmesi için yapılan tarama uygulamalarına yeterince katılım gösterilmemesinin sebeplerini açığa kavuşturulmak üzere geliştirilmiş olsa da temelde, algıları ile şekillenen bileşenlerden oluşmaktadır (Rosenstock, 1974). Bireyin sağlığı konusundaki inançlarının, davranışları

üzerindeki etkisine yönelik yarar sağlamaktadır. Bu noktada, bireylerin sağlıklı olmaları her ne kadar genetik ve bireysel etkenlere bağlı olsa da, kendi sağlıklarına yönelik davranışları ve bilgi durumları da etkili olmaktadır. Dolayısıyla, bu davranışlara açıklık getiren bir model olarak kabul edilen SİM, bireylerin, hastalanmadan önceki sağlıklı durumlarını korumak ve optimum seviyeye getirmek için edindikleri tavır ve davranışlarla beraber, sağlıklarını kaybetme durumunda iyileşmeye katkı sağlayacak motivasyon kaynaklarının ya da engellerinin neler olduğuna dair temellere de dayanmaktadır. Temeldeki, olumsuz inanç ve değerler, bireylerin sağlıkları konusundaki tutum ve davranışlarını etkilemekte olduğu bilinse de, olumsuz olduğu kanaatine varılan inanç ve değerlerin değiştirilebileceği ve olumlu motivasyonun oluşturulabileceği düşünülmektedir (Gözüm ve Çapık, 2014). Bireylere sağladığı bu kazanımların dışında, sağlık çalışanlarına da hastanın davranışları konusunda ipuçları sağlayarak ve hastanın sağlığı önünde engel oluşturan davranışlar hakkında bilgi sahibi olmalarına olanak sağlayarak, hasta bireye daha fazla yardımcı olabilme imkânı sağlamaktadır. Özellikle halk sağlığı alanında yapılan uygulamalarda; kadınlar arasında birinci sırada görülen kanser türü olan meme kanserinde, bireyin kendi başına yaptığı meme muayenesi, mamografi uygulamaları ve HIV/AIDS uygulamaları olduğu dikkat çekmektedir (Glanz vd., 2008).

Sağlık İnanç Modeli'ne göre, bireyin olumsuz sağlık davranışı göstermesine neden olan faktörler arasında, yarar algısı ile engel algısının olduğu ifade edilmektedir. Engel algısının yüksek veya düşük olması bireyin sağlığı için göstereceği olumlu ve olumsuz tutumu etkilemektedir. Tutum esnasındaki ciddiyet ve duyarlılık algısı, engel algısından yüksek ise bireyin sağlık davranışı için gereken olumlu davranışı gerçekleştirmiş olduğu kabul edilirken tersi durumda davranışın gerçekleştirilememiş olduğu kabul edilmektedir Algılar arasındaki bu etkileşim, bireylerin sağlıkları konusunda tercih ettiği eylemlere de yön vermekte olduğunu açık bir şekilde ortaya koymaktadır (Champion ve Skinner, 2008).

Sağlık İnanç Modeli; sağlıklı yaşam davranışlarının belirleyicisinin, bireydeki hastalık korkusu üzerine olan düşüncesi ve hastalık tehdidi olduğunu kabul

etmektedir. Yapılan birçok araştırma bu fikri desteklemekte ve sağlık inanç modelinin temelinde bireyin hastalıktan kaçınmak istemesinin olduğu görüşüne katılmaktadır (Bahar ve Açıl, 2014). Ancak, günümüz itibarıyla çeşitli kanallar aracılığıyla bilinçlenen insanlar erken tanı ve koruyucu sağlık muayenelerine olan inançlarıyla sağlıkları konusunda daha hassas ve istemli hareket etme bilincine ulaşmışlardır. Bu da bireylerin hastalıkları konusunda ilk sorumluluk almaları gereken kişilerin kendileri olduğu düşüncesini desteklemekle beraber, doğru tutum ve davranışların sağlıklarını olumlu yönde şekillendirebileceklerini de göstermektedir. Model ile daha fazla bilinçlenen hastalar, sağlıklıyken yapılacak uygulamaların yararlı olabileceğine dair farkındalıklarını arttırırken, sağlıksızken sağlıklı olunan iyi hal durumlarında da sürdürülebilir iyileşme sunmaktadır. Bu iyileşme modeli kendi bileşenleri olan; duyarlılık algısı, şiddet algısı, engel algısı, öz yeterlilik algısı ve algılanan içsel ipuçları ile etkileşim hallerinde bulunmaktadır.

Sağlıklı kadın bireyler üzerinde uygulanan egzersiz programlarının, sağlık inanç modeli ile fiziksel aktivite davranışları üzerindeki etkisi inceleyen araştırma neticesinde, kadınların egzersiz davranışlarına etkisinin olumlu yönde olduğu ve klinik pilates eğitimi alan bireylerin olumlu egzersiz inançları göstermelerinin yanı sıra dış görünümünde de iyi yönlü gelişmeler görüldüğü belirtilmektedir (Doymaz, 2013). Bireysel refah ve yaş faktörü de inanç ile davranış (tutum) üzerinde etkili olmaktadır. 210 kişilik genç yoga katılımcısının, sağlık inanç algıları üzerindeki araştırmaları neticesinde kadın ve erkeklerin yoga egzersizine yönelik algı düzeyleri yakın olurken, katılımcıların puanlarında yarar algısı, fiziksel, sosyal ve maliyet boyutu, olumsuz önyargı boyutları karşılaştırılmış ve sonuçlar birbirine yakın bulunmuştur (Kabiri vd., 2018).

Diyabet hastaları üzerinde yapılan araştırmalarda, SIM modeli ile eğitim verildiği ve bazı değişkenlere göre karşılaştırmalar yapıldığı gözlemlenmiştir. Araştırmalar neticesinde demografik değişkenlerde herhangi bir farklılık gözlenmezken, deney grubuna verilen eğitimin; sağlık inanç düzeyine pozitif yönde etki ettiği ve ayrıca metabolik açıdan kontrol davranışlarında da pozitif yönde katkı sağladığı belirtilmiştir (Olgun ve Altun, 2012). Sağlık Hizmetleri Meslek

Yüksekokulu'ndaki öğrencilerin sağlık inanç düzeyleri incelendiğinde; cinsiyet farklılığı üzerinde spor aktivite süresi ve bu aktivitenin hafta bazında ne kadar süre yapıldığı ile ilgili yapılan araştırmada herhangi bir değişimin olmadığı bildirilmiştir. Aynı zamanda yaş faktörü ve refah seviyesinin sağlık inanç düzeyini de etkilediği ifade edilmektedir (Peker ve Zengin, 2019). Obez hastalar üzerindeki araştırmalarda ise, hastalar televizyonda yayınlanan egzersiz programlarının kendilerinde farkındalık yarattığını ve bilgi edinme açısından faydalı bulduklarını ifade etmişlerdir. Ancak bireylerin, inanç düzeylerine faydasının düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Aynı zamanda cinsiyet ve medeni durumun sağlık davranışlarını etkilemediği, ancak diğer demografik değişkenlerin etkili olduğu kanaatine varılmıştır (Kahraman vd., 2015).

### **2.13.1. Sağlık İnanç Modelinin Temel Bileşenleri**

Sim, bireyin sağlıkları için edindikleri tutum ve davranışlar konusunda nelerin kendileri için motivasyon kaynağı olduğu, hastalıkların erken teşhisi ve olabilecek olumsuz durumlara karşı önlemlerin alınarak kontrol altında tutmak için nasıl harekete geçtiklerini anlamak için Sim bileşenleri kullanılır. Sim bileşenleri; ciddiyet, yarar, duyarlılık ve engel algısı açısından 4 temel bileşenden oluşmaktayken daha sonra öz yeterlilik algısı eklenmiştir (Glanz vd., 2008). Ancak en güncel kaynaklarda ciddiyet, duyarlılık, engel ve yarar algısının dışında 4 bileşenin daha olduğu ve bunların; motivasyon, tehdit, davranışın etkililiği ve eyleme geçme olasılığı olduğu ifade edilmiştir. Algının söz konusu olduğu durumlarda, etkili olan birtakım değişkenler vardır. Bunlar; demografik değişkenler, psiko-sosyal değişkenler, sosyo-ekonomik değişkenler ve hastalıkla ilgili algı değişkenleridir. İnsan sağlığı için önemli olan Sim davranışlarının temel bileşenleri detaylandırıldığında aşağıdaki bilgilere ulaşılmaktadır (Rohleder, 2012).

#### **2.13.1.1. Duyarlılık/Hassasiyet Algısı**

Bireyin karşılaştığı hastalık durumunda sergileyeceği davranışlar üzerinde etkili olan algılardan biri duyarlılık algısıdır. Bireyin sağlığı için gerekli pozitif tutum ve

davranışlar konusunda önemli olan ölçütlerdendir. Duyarlılık algısında meydana gelen artış, risk faktörlerinin azaltılması için gerekli davranışların kabullenilmesi ve benimsenmesi için en doğru davranışın oluşma olasılığını arttırmaktadır (Glanz vd., 2008). Yani duyarlılığın artması riskli kabul edilen davranışların olması gerektiği derecede azaltılması sağlamaktadır. Ancak gerçek hayatta yaşanan bazı durumlar duyarlılık algısını arttırabilir. Genetik olarak meme kanseri taşıma riski olan bireylerde, genetik olarak bu sebepli ölümlerin görülmesi sonucu bireyin kendisini risk faktörü olarak kabul etmesi ve meme muayenesini düzenli yaptırması duyarlılık algısıdır (Dedeli ve Fadiloğlu, 2011; Janz ve Becker, 1984).

### **2.13.1.2. Ciddiyet/Önemseme Algısı**

Kişinin sağlık bilgisi, ciddiyet algısında etkili olan faktörlerdendir. Koruyucu sağlık muayeneleri ile yapılan; düzenli dış muayeneleri, kanser taramaları, aşılama, erken tanı uygulamaları sağlık konusunda ciddiyetin algılandığını göstermektedir. Kişini hastalığa karşılık inancı, sorunu algılamasındaki ciddiyeti ifade etmektedir. Sağlık sorununa gösterilen bu hassasiyet bireyin tecrübelerinden veya hastaların beraberinde getirdiği sağlık sorunları ile biçimlenmektedir. Bu durumlar ölüm, sosyal kayıplar ve ağrı gibi değerlendirmelerdir. Dolayısıyla koruyucu sağlık davranışlarındaki artış, ciddiyet algısının da artış yönünde seyrettiğini göstermektedir (Brain vd., 1999). Bu durumda koruyucu sağlık davranışlarının gösterilmesini sağlayan en önemli faktörlerden biri tehdit algısıdır. Bireyin hastalığın doğuracağı sonuçları bilmesi, tedavi sürecinde gösterilen tutum ve davranışları etkilerken aynı zamanda hastalığın ciddiyetini kavrayabilme durumunu ortaya koymaktadır. Diyabet hastası bireyin hastalığının neden olabileceği sonuçları bilmesi, hastalığından kaynaklı uzuvlarından birini kaybetme durumunun olabileceğini bilmesi, ağrı seviyesinin artabileceği düşüncesi ve fiziksel yetersizliği doğurabileceğinin farkında olması, hastalığı karşısında sergileyeceği tutum ve davranışlar üzerinde etkili olan faktörlerdendir ( Finfgeld vd., 2003; Redding vd., 2000).

### **2.13.1.3. Yarar Algısı**

Bireyin koruyucu sağlık davranışlarını benimsemesiyle, hastalıklara karşı korunabilmeye olan inancını ifade etmektedir. Kazanılmak istenen davranışa olan inanç, davranışın uygulanmasını kolaylaştırmaya yardımcı olmaktadır. Dolayısıyla koruyucu sağlık davranışlarıyla, bireylerin yaşam kalitesi ve sũresi uzatılabilmektedir. Bu da uygulanan sağlık programları ile sağlık için gereken tutum ve davranışların yararlarının ilişkilendirilmesi durumunda olumlu katkı sağlamaktadır (Ersin ve Bahar, 2012). Kendi kendine meme muayenesi yapan birey de yarar algısı ne derece artarsa, buna paralel olarak meme muayenesi de artacaktır (Petro-Nustas ve Mikhail, 2002).

### **2.13.1.4. Engel Algısı**

Bireyin sağlığı için sergilemesi gereken davranış tutumunda, algılanan içsel ve dışsal engellerdir (Grubbs ve Tabano, 2000). Tersine durum gerekli koruyucu sağlık davranışların uygulanmasını gũleřtirmektedir. Genetik olarak var olan bir hastalığın kendisinde de gũnũn birinde gũrũlebileceđi dũřũncesinin yarattığı huzursuzluk, ۆlũm ile sonuçlanacağı dũřũncesi, gũrũlen hastalığın cinsiyet, yaş ve ırk gibi faktörlerin olumsuz etkenler olduğu dũřũncesi gibi olumsuz değerlendirmelerin yapılması en sık karşılanan engel algı dũřũnceleridir (Janz ve Becker, 1984). Bu engel algıları yalnızca yarar ve ciddiye algısı ۆnũndeki engellerin kaldırılması durumunda sağlık için gerekli olumlu davranışın sergilenebilmesini mũmkũn kılmaktadır. Yarar ve engel algısı arasındaki fark olumlu sağlık davranışlarının benimsenmesindeki en ۆnemli faktörlerdendir (Glanz vd., 2008; Bahar ve Açıl, 2014). Engel algısının oluşumunda, kadınların Pap Smear testi, erken tanı ve kanser hakkındaki bilgilerinin yetersiz oluşu, geleneksel uygulamalar, sağlık gũvencelerinin olmaması, ulaşım problemleri gibi nedenler engel algısında söz konusu olmaktadır. Kendi kendine meme muayenesindeki (KKMM) engeller; kanser korkusu, zaman ayırmama, memeye dokunmaktan korkmak, bilgi yetersizliğinin var olma durumları olarak sıralanmaktadır (Rao vd., 2005; Seif ve Aziz, 2000).

### **3. MATERYAL VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırma Modeli**

Araştırma, nicel araştırmanın temel veri toplama araçlarından biri olan basit rastgele örnekleme yöntem teknikliği ile yapılmıştır. Her bir ana kütle elemanının aynı olasılıkla örneğe girebilmesi olarak ifade edilen basit rastgele örnekleme yöntem tekniği bu araştırmaya en uygun modeldir.

#### **3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini, Mardin il merkezinde ve ilçesinde bulunan ortalama 80 Aile Sağlığı Merkezinde 2021 yılında görev yapan yaklaşık 400 aile hekimi oluşturmaktadır. Mardin ili ve on ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan 250 aile hekimi de örneklem grubunu oluşturmaktadır.

Çalışmanın yürütülebilmesi için Mardin Artuklu Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Kararı "2021/4-9" sayılı ve "04/05/2021" tarihi ile Etik Kurul Onayı alınmıştır (Ek 1).

#### **3.3. Veri Toplama Araçları**

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine yönelik on beş soruya ver verilmiş olup (cinsiyet, yaş, boy uzunluğu, gelir durumu, medeni durum, sigara içme durumu, kamu alt grubu, görev yeri, günlük bakılan ortalama hasta sayısı, düzenli olarak yapılan spor faaliyeti, egzersiz sıklığı, algılanan sağlık durumu, kronik hastalığı, kişi bazında muayene süresi, koronavirüs enfeksiyonu) iki farklı ölçek kullanılmıştır. Bu ölçeklerden birincisi, Lewin ve Becker'in sosyo-psikolojik kuramından faydalanılarak, 2007 yılında Meksika'da Esparza Del Villar ve arkadaşları tarafından bireylerin egzersiz sağlık davranışlarını açıklamak üzere geliştirilmiş ve geçerlilik güvenirliği 2019 yılında Müge Demet YILMAZ tarafından yapılan Sağlık İnanç Modeli (SİM) ölçeği

kullanılmıştır (Yılmaz, 2019). Ölçek ilk olarak, 32 madde olarak geliştirilmiş olsa da analizler sonucunda 7 maddenin ölçekten çıkarılmasıyla 25 maddelik son haliyle bu araştırmada kullanılmıştır. Bu ölçekte, egzersizin hekimlerin sağlığına etkisi ve hekimleri spor yapmaya yönlendiren etkenlerin belirlenmesine dair 25 soruyu içermektedir. Kullanılan ikinci ölçek ise; 2012 yılında geçerlilik ve güvenilirliği Halil Evren ŞENTÜRK tarafından yapılan “Spora Yönelik Tutum Ölçeği” dir (Şentürk, 2012). İlk olarak 53 madde şeklinde hazırlanmış olup sonrasında yapılan analizler neticesinde 25 maddeye indirgenmiştir. Spora Yönelik Tutum Ölçeği hekimlerin; spora katılım durumları, katılım gösterdikleri spor dalı, spor yapma sıklıkları ve spor yapmak için ayrılan süre ile birlikte spor aktivitelerinin gerçekleştirdikleri alana dair 25 soruyu kapsamaktadır (Ek 2).

Anketler uygulanmadan önce Mardin İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı’ndan gerekli izinler alınmış (Ek 3) ve katılımcılara gönüllülük esaslı olarak uygulanmıştır (Ek 4). Veri toplama aracı olarak elden anket formu uygulanmış. Bu araştırmada kullanılan Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeğine ve Spora Yönelik Tutum Ölçeğine ait ölçüm güvenilirliği hakkında yorum yapabilmek amacıyla incelenen Cronbach’s  $\alpha$  katsayıları Tablo 3.1’de verilmiştir.

**Tablo 3.1.** Ölçeklere Ait Ölçüm Güvenirliği Katsayıları

<b>ÖLÇEKLER</b>		<b><math>\alpha</math></b>
	Genel sağlık değerleri	.92
Egzersiz Sağlık İnançları	Egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar	.80
	Egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları	.86
	Egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar	.87
	Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar	.80
	Spora yönelik tutum	.93

Tablo 3.1’de görüldüğü gibi hem Egzersiz Sağlık İnançları Modeli Ölçeğinin alt ölçeklerinden hem de Spora Yönelik Tutum Ölçeğinden elde edilen puanlara ilişkin Cronbach’s  $\alpha$  değerlerinin tamamı 70’in üstündedir. Bu değerler, bu çalışma kapsamında kullanılan Egzersiz Sağlık İnançları Modeli Ölçeğinin alt ölçekleri ve

Spora Yönelik Tutum Ölçeği ile yapılan ölçümlerin güvenilir olduğunu göstermektedir (Sipahi vd., 2010).

### 3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Bu araştırmadan elde edilen verilerin hangi testlerle analiz edileceğini belirlemek amacıyla öncelikle puanların çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir.

Araştırmada elde edilen veriler, Egzersiz Sağlık İnançları için alt faktörler düzeyinde analiz edilmiştir. Çünkü ölçeğin orijinal formunu geliştiren Esparza Del Villar vd. (2007) bu ölçekten toplam puan alınamayacağını belirtmektedir. Spora Yönelik Tutum Ölçeği ise alt faktörleri dışında tek faktörlü bir yapıda içerdiğinden (Şentürk, 2012) dolayı bu ölçekten elde edilen veriler, toplam puan üzerinden analiz edilmiştir. Bu kapsamda elde edilen değerler Tablo 3.2’de verilmiştir.

**Tablo 3.2.** Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

	<b>ÖLÇEKLER</b>	<b>Çarpıklık</b>	<b>Basıklık</b>
<b>Egzersiz Sağlık İnançları</b>	Genel sağlık değerleri	-.38	-1.01
	Egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar	-1.04	.57
	Egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı	-.37	-.90
	Egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle	-.24	-.95
	Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar	.04	.19
	Spora yönelik tutum	-.52	-.10

Tablo 3.2’de görüldüğü gibi araştırma kapsamında işe koşulan tüm ölçeklerden elde edilen puanlara ait çarpıklık ve basıklık değerleri -1.5 ile +1.5 arasında değişmektedir. Bu durum, elde edilen verilerin normal dağılıma sahip olduğuna işaret etmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Dolayısıyla araştırmadan elde edilen verilerin analizinde parametrik testlerden faydalanılmıştır.

Egzersiz Sağlık İnançları ile Spora Yönelik Tutumların bağımsız değişkenler açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini anlamak için cinsiyet gibi ikili (kadın-erkek) kategorik değişkenler söz konusu olduğunda Bağımsız gruplar için t-Testi; yaş gibi en az üçlü kategorik değişkenler söz konusu olduğundaysa Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Bağımsız gruplar için t-Testi yapılırken

varyansların homojen olup olmadığını anlamak amacıyla verilere Levene testi uygulanıp sonuçları incelenmiştir. Grup ortalamaları arasındaki farkın ne düzeyde anlamlı olduğunu gösteren p değerleri, .05; .1 ve .001 düzeylerinde gösterilmiştir. “p” değeri .05’ten küçük ise istatistiksel anlamlılık; .01’den küçük ise yüksek düzeyde istatistiksel anlamlılık ve .001’den küçük ise çok yüksek düzeyde istatistiksel anlamlılık şeklinde (Kul, 2014) yorumlanabilir.

Tek Yönlü Varyans Analizinden elde edilen anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için ise Post-Hoc testlerine başvurulmuştur. Bu bağlamda varyanslar eşit ancak örneklemeler eşit değilse Scheffe testi sonuçları; ne varyanslar ne de örneklemeler eşitse Dunnett’s C testi sonuçları temel alınmıştır (Kayri, 2009). Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum arasındaki anlamlı bir ilişki olup olmadığını anlamak içinse verilere Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır. Bu analizlerden elde edilen bulgular, .00-.30 arasında düşük; .30-.70 arasında orta ve 70-1.00 arasında ise yüksek düzeyde ilişki olarak yorumlanmıştır (Büyüköztürk, 2012).

Analizler yapılırken, sağlık durumu açısından kendini kötü hisseden aile hekimi sayısı sadece 3 kişi olduğundan dolayı, bu kategori sağlık açısından kendini orta hissedenler kategorisine dâhil edilmiş ve bu kategoriye orta-kötü kategorisi adı verilmiştir. Ayrıca katılımcılar tarafından yaş bilgisi doğrudan kişisel bilgi formuna yazılmıştır ancak geniş yaş farklılıklarından dolayı analizler esnasında bu bilgilerden yola çıkarak yaşlar kategorize edilmiştir.

## 4. ARAŞTIRMA BULGULARI ve TARTIŞMA

Bu araştırmadan elde edilen bulgular bağımsız değişkenler olan yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, görev yeri, günlük ortalama bakılan hasta sayısı, düzenli egzersiz yapma durumu, egzersiz sıklığı, algılanan sağlık durumu, kronik hastalık durumu ve koronavirüs enfeksiyonu geçirme durumu açısından aşağıda sunulmuştur. Bulgular kısmında ayrıca egzersiz sağlık inançları ile spora yönelik tutum arasındaki ilişkiye de yer verilmiştir.

### 4.1. Aile Hekimlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmadaki örneklem grubu kapsamında çalışmaya dâhil olan katılımcıların demografik özelliklerine ait tanımlayıcı istatistik verileri Tablo 4.1’de verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Aile Hekimlerinin Demografik Özelliklerine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Değişkenler	Kategori	f	%
Yaş	24-30	37	14.9
	31-40	115	46.2
	41-50	63	25.3
	51 ve üstü	34	13.7
Cinsiyet	Kadın	119	47.8
	Erkek	130	52.2
Gelir Durumu	Gelir giderden az	40	16.1
	Gelir gidere eşit	89	35.7
	Gelir giderden fazla	120	48.2
Görev Yeri	Merkez	50	20.1
	İlçe	199	79.9
Günlük Bakılan Ortalama Hasta Sayısı	60-70	66	26.5
	71- 80	88	35.3
	81-90	58	23.3
	91 ve üstü	37	14.9
Düzeltilen Egzersiz	Yapan	119	47.8
	Yapmayan	130	52.2
Egzersiz Sıklığı	Her gün düzenli	18	11.9
	Haftada 1-2	60	39.7
	Haftada 3-4	26	17.2
	2 haftada bir	11	7.3
	Düzensiz	36	23.8
Algılanan Sağlık Durumu	İyi	149	59.8
	Orta/kötü	100	40.2
Kronik Hastalığı	Olan	85	34.1
	Olmayan	164	65.9
Koronavirüs Enfeksiyonu	Geçiren	153	61.4
	Geçirmeyen	96	38.6

Tablo 4.1’de verilen frekans ve yüzde değerlerinden de görüldüğü üzere bu araştırmanın katılımcısı olan aile hekimleri çoğunlukla 31-40 yaş aralığındadır. Kadın ve erkek katılımcı sayısı birbirine yakındır. Gelirinin giderinden daha fazla olduğunu belirten aile hekimlerinin sayısı diğerlerinden daha fazladır. Katılımcılar büyük oranda ilçelerde çalışmaktadır. Günlük, 91 ve üstü hastaya bakan aile hekimi sayısı, bu araştırmanın katılımcıları arasında daha azdır. Düzenli egzersiz yapan ve yapmayanların sayısı birbirine yakındır. Egzersiz yapanların önemli bir kısmı, haftada bir-iki kez egzersiz yapmaktadır. Araştırmaya katılan çoğu aile hekimi sağlık durumu açısından kendini iyi hissetmektedir ve kronik bir hastalığa sahip değildir. Ancak bu hekimlerin büyük bir bölümü koronavirüs enfeksiyonu geçirmiştir.

#### 4.2. Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum Bulguları

Aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançları ile spora yönelik tutumlarının ne düzeyde olduğunu anlamak için yapılan betimsel istatistik sonuçları Tablo 4.2’de verilmiştir.

**Tablo 4.2.** Egzersiz Sağlık İnançlarına ve Spora Yönelik Tutuma İlişkin Betimsel İstatistik Sonuçları

ÖLÇEKLER	N	Min.	Max.	$\bar{X}$	Ss.
Genel sağlık değerleri	249	1.00	5.00	3.71	1.12
Egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar	249	1.00	5.00	4.15	.96
Egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları	249	1.71	5.00	3.92	.88
Egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar	249	1.33	5.00	3.92	.87
Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar	249	1.00	5.00	3.00	.91
Spora yönelik tutum	249	1.00	5.00	3.47	.81

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi aile hekimleri egzersiz sağlık inançlarının çok yüksek olmadığı; en az egzersiz yapmamanın sakıncalarına ( $\bar{X}$ =3.00); en çok da egzersiz yapmamanın ciddiyetine ( $\bar{X}$ =4.15) inandıkları görülmektedir. Aile

hekimlerinin spora yönelik tutumları düzeylerinin de ortalamanın üstünde bir düzeyde olduğu söylenebilmektedir.

#### 4.3. Yaş Değişkeni Açısından Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum Bulguları

Aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançları ile spora yönelik tutumlarının yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini anlamak için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizine ilişkin bulgular Tablo 4.3'te sunulmuştur.

**Tablo 4.3.** Yaş Değişkenine İlişkin Tek Yönlü Varyans Analiz (ANOVA) Sonuçları

ÖLÇEKLER	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Kd.	Kareler		
				Sd.	Ortalaması	f p
Genel sağlık değerleri	Gruplar içi	1.70	3	.57	.45	.718
	Gruplar arası	308.73	245	1.26		
	Toplam	310.43	248			
Egzersiz yapmamanın ciddiye hakkında inançlar	Gruplar içi	.36	3	.12	.13	.944
	Gruplar arası	229.56	245	.94		
	Toplam	229.92	248			
Egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları	Gruplar içi	2.49	3	.83	1.08	.360
	Gruplar arası	188.66	245	.77		
	Toplam	191.14	248			
Egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar	Gruplar içi	2.47	3	.83	1.10	.350
	Gruplar arası	183.88	245	.75		
	Toplam	186.36	248			
Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar	Gruplar içi	.660	3	.22	.26	.852
	Gruplar arası	204.73	245	.84		
	Toplam	205.39	248			
Spora yönelik tutum	Gruplar içi	4.98	3	1.66	2.61	.052
	Gruplar arası	156.00	245	.64		
	Toplam	160.99	248			

Tablo 4.3'te verilen Tek Yönlü Varyans Analizi bulgularından da anlaşılacağı üzere aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançlarından genel sağlık değerleri (F(3, 245)=.45,  $p>.05$ ), egzersiz yapmamanın ciddiye hakkındaki inançları (F(3, 245)=.13,  $p>.05$ ), egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları (F(3, 245)=1.08,  $p>.05$ ), egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançları (F(3, 245)=1.10,  $p>.05$ ) ile egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları (F(3, 245)=.26,  $p>.05$ ) yaş değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı

bir farklılık göstermemektedir. Aile hekimlerinin aynı zamanda spora yönelik tutum puanlarında da yaş değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamaktadır ( $F(3, 245)=2.61, p>.05$ ). Bu bulgular, yaş grubu farklılığının aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançlarını ve spora yönelik tutumlarını değiştirmedeği şeklinde yorumlanabilmektedir.

#### 4.4. Cinsiyet Değişkeni Açısından Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum Bulguları

Aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançları ile spora yönelik tutumlarının cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini anlamak için yapılan Bağımsız Gruplar için t-Testine ilişkin bulgular Tablo 4.4'de sunulmuştur.

**Tablo 4.4.** Cinsiyet Değişkenine İlişkin Bağımsız Gruplar için t-Testi Sonuçları

ÖLÇEKLER	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p
Genel sağlık değerleri	Kadın	119	3.73	1.17	.29	247	.771
	Erkek	130	3.69	1.07			
Egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar	Kadın	119	4.17	.93	.35	247	.729
	Erkek	130	4.13	.99			
Egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları	Kadın	119	3.92	.88	-.02	247	.984
	Erkek	130	3.92	.88			
Egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar	Kadın	119	3.90	.85	-.30	247	.764
	Erkek	130	3.93	.88			
Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar	Kadın	119	2.99	.95	-.16	247	.872
	Erkek	130	3.01	.87			
Spora yönelik tutum	Kadın	119	3.48	.74	.21	247	.831
	Erkek	130	3.46	.87			

Tablo 4.4'de verilen Bağımsız Gruplar için t-Testi Analizi bulgularından da anlaşılacağı üzere aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançlarından genel sağlık değerleri ( $t(247)=.29, p>.05$ ), egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkındaki inançları ( $t(247)=.35, p>.05$ ), egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları ( $t(247)=-.02, p>.05$ ), egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançları ( $t(247)=-.30, p>.05$ ) ile egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin

inançları ( $t(247)=-.16, p>.05$ ) cinsiyet değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Aile hekimlerinin aynı zamanda spora yönelik tutum puanlarında da cinsiyet değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamaktadır ( $t(247)=.21, p>.05$ ). Bu bulgular, cinsiyet farklılığının, aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançlarını ve spora yönelik tutumlarını değiştirmedeği şeklinde yorumlanabilmektedir.

#### 4.5. Gelir Durumu Değişkeni Açısından Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum Bulguları

Aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançları ile spora yönelik tutumlarının gelir durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini anlamak için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizine ilişkin bulgular Tablo 4.5’de sunulmuştur.

**Tablo 4.5.** Gelir Durumu Değişkenine İlişkin Tek Yönlü Varyans Analiz (ANOVA) Sonuçları

ÖLÇEKLER	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd.	Kareler		
				Ortalaması	f	p
Genel sağlık değerleri	Gruplar içi	21.36	2	10.68	9.09	.000*
	Gruplar arası	289.07	246	1.18		
	Toplam	310.43	248			
Egzersiz yapmamanın ciddiye hakkında inançlar	Gruplar içi	3.42	2	1.71	1.86	.159
	Gruplar arası	226.50	246	.92		
	Toplam	229.92	248			
Egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları	Gruplar içi	2.99	2	1.50	1.96	.143
	Gruplar arası	188.15	246	.77		
	Toplam	191.14	248			
Egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar	Gruplar içi	2.21	2	1.11	1.48	.230
	Gruplar arası	184.15	246	.75		
	Toplam	186.36	248			
Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar	Gruplar içi	.60	2	.30	.36	.699
	Gruplar arası	204.79	246	.83		
	Toplam	205.39	248			
Spora yönelik tutum	Gruplar içi	2.78	2	1.39	2.16	.117
	Gruplar arası	158.21	246	.64		
	Toplam	160.99	248			

\* $p<.001$

Tablo 4.5’de verilen Tek Yönlü Varyans Analizi bulgularından da anlaşılacağı üzere aile hekimlerinin egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkındaki inançları ( $F(2, 246)=1.86, p>.05$ ), egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları ( $F(2, 246)=1.96, p>.05$ ), egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançları ( $F(2, 246)=1.48, p>.05$ ) ile egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları ( $F(2, 246)=.36, p>.05$ ) gelir durumu değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Aile hekimlerinin aynı zamanda spora yönelik tutum puanlarında da gelir durumu değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamaktadır ( $F(2, 246)=2.16, p>.05$ ). Bu bulgular, gelir durumu farklılığının aile hekimlerinin genel sağlık değerleri dışındaki egzersiz sağlık inançlarını ve spora yönelik tutumlarını değiştirmedeği şeklinde yorumlanabilmektedir.

Aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançlarından genel sağlık değerleri, gelir durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $F(2, 246)=9.09, p<.001$ ). Bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan betimsel istatistik ve Post-Hoc testi sonuçları Tablo 4.6’da verilmiştir.

**Tablo 4.6.** Gelir Durumu Değişkeni Açısından Betimsel İstatistik ve Post-Hoc Testi Sonuçları

ÖLÇEKLER	Gelir Durumu	N	$\bar{X}$	Ss.	Anlamlı Farklılık
Genel sağlık değerleri	Gelir giderden az	40	3,07	1,17	
	Gelir gidere eşit	89	3,94	1,01	1-2
	Gelir giderden fazla	120	3,76	1,11	1-3
	Toplam	249	3,71	1,12	

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi aile hekimlerinden geliri giderlerinden az olanların genel sağlık değerleri ortalaması 3,07; geliri giderlerine eşit olanların 3,94 ve geliri giderlerinden fazla olanların ise 3,76’dır. Post-Hoc testlerinden biri olan Scheffe testi sonuçlarına göre geliri giderlerinden az olan aile hekimleri ile geliri giderlerine eşit olan aile hekimleri arasında geliri giderlerine eşit olanların lehine anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Aynı zamanda geliri giderlerinden az olan aile hekimleri ile geliri giderlerinden fazla olan aile hekimleri arasında da geliri

giderlerinden fazla olan aile hekimleri lehine anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Bu bulgulara göre geliri giderlerinden az olan aile hekimleri, genel sağlık değerleri inançları açısından en dezavantajlı grubu yansıtmaktadır.

#### 4.7. Görev Yeri Değişkeni Açısından Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum Bulguları

Aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançları ile spora yönelik tutumlarının görev yeri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini anlamak için yapılan Bağımsız Gruplar için t-Testine ilişkin bulgular Tablo 4.7’de sunulmuştur.

**Tablo 4.7.** Görev Yeri Değişkenine İlişkin Bağımsız Gruplar için t-Testi Sonuçları

ÖLÇEKLER		Görev Yeri	N	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p
Egzersiz Sağlık İnançları	Genel sağlık değerleri	Merkez	50	3.73	1.02	.17	247	.867
		İlçe	199	3.70	1.14			
	Egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar	Merkez	50	3.89	1.12	-2.09	247	.038*
		İlçe	199	4.21	.91			
	Egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları	Merkez	50	3.77	.80	-1.42	247	.157
		İlçe	199	3.96	.90			
	Egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar	Merkez	50	3.80	.81	-1.09	247	.275
		İlçe	199	3.95	.88			
	Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar	Merkez	50	3.14	1.24	.96	59.84	.339
		İlçe	199	2.97	.81			
Spora yönelik tutum	Merkez	50	3.70	.78	2.29	247	.023*	
	İlçe	199	3.41	.80				

\* p<.05

Tablo 4.7’de verilen Bağımsız Gruplar için t-Testi Analizi bulgularından da anlaşılacağı üzere aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançlarından genel sağlık değerleri ( $t(247)=.17$ ,  $p>.05$ ), egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları ( $t(247)=-1.42$ ,  $p>.05$ ), egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançları ( $t(247)=-1.09$ ,  $p>.05$ ) ile egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları ( $t(59.84)=-.96$ ,  $p>.05$ ) görev yeri değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Ancak aile hekimlerinin egzersiz

yapmamanın ciddiyeti hakkındaki inançları görev yeri değişkeni açısından ilçede görev yapan aile hekimlerinin lehine ( $\bar{X}=4.21$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $t(247)=-2.09$ ,  $p<.05$ ). Aile hekimlerinin spora yönelik tutum puanlarında ise görev yeri değişkeni açısından merkezde çalışan aile hekimlerinin lehine ( $\bar{X}=3.70$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmaktadır ( $t(247)=2.29$ ,  $p<.05$ ). Bu bulgulara göre, görev yeri değişkeni egzersiz sağlık inançlarından egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkındaki inançlarla spora yönelik tutum üzerinde etkili bir değişkendir. İlçede görev yapan aile hekimleri, egzersiz yapmamanın ciddiyetine daha çok inanmaktayken; merkezde çalışan aile hekimleri spora yönelik tutumda daha olumlu bir fikre sahiptirler.

#### **4.8. Günlük Bakılan Ortalama Hasta Sayısı Değişkeni Açısından Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum Bulguları**

Aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançları ile spora yönelik tutumlarının günlük ortalama bakılan hasta sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini anlamak için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizine ilişkin bulgular Tablo 4.8'de sunulmuştur.

**Tablo 4.8.** Günlük Bakılan Ortalama Hasta Sayısı Değişkenine İlişkin Tek Yönlü Varyans Analiz (ANOVA) Sonuçları

ÖLÇEKLER	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd.	Kareler Ortalaması	f	p	
Egzersiz Sağlık İnançları	Genel sağlık değerleri	Gruplar içi	9.60	3	3.20	2.61 1.23	.052
		Gruplar arası	300.83	245	1.23		
		Toplam	310.43	248			
	Egzersiz yapmamanın ciddiyesi hakkında inançlar	Gruplar içi	2.18	3	.73	.78	.505
		Gruplar arası	227.74	245	.93		
		Toplam	229.92	248			
	Egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları	Gruplar içi	5.36	3	1.79	2.36	.072
		Gruplar arası	185.78	245	.76		
		Toplam	191.14	248			
	Egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar	Gruplar içi	7.42	3	2.48	3.39	.019*
		Gruplar arası	178.93	245	.73		
		Toplam	186.36	248			
Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar	Gruplar içi	3.99	3	1.33	1.62	.186	
	Gruplar arası	201.40	245	.82			
	Toplam	205.39	248				
Spora yönelik tutum	Gruplar içi	11.89	3	3.97	6.52	.000**	
	Gruplar arası	149.09	245	.61			
	Toplam	160.99	248				

\*\*p<.001, \*p<.05

Tablo 4.8’de verilen Tek Yönlü Varyans Analizi bulgularından da anlaşılacağı üzere aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançlarından genel sağlık değerleri ( $F(3, 245)=2.61, p>.05$ ), egzersiz yapmamanın ciddiyesi hakkındaki inançları ( $F(3, 245)=.78, p>.05$ ), egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları ( $F(3, 245)=2.36, p>.05$ ) ile egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları ( $F(3, 245)=1.62, p>.05$ ) günlük bakılan ortalama hasta sayısı değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Ancak aile hekimlerinin egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançları ( $F(3, 245)=3.39, p<.05$ ) ve spora yönelik tutum puanlarında günlük bakılan ortalama hasta sayısı değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı birer farklılığa rastlanmaktadır ( $F(3, 245)=6.52, p<.001$ ). Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan betimsel istatistik ve Post-Hoc testi sonuçları Tablo 4.9’da verilmiştir.

**Tablo 4.9.** Günlük Bakılan Ortalama Hasta Sayısı Değişkeni Açısından Betimsel İstatistik ve Post-Hoc Testi Sonuçları

ÖLÇEKLER	Hasta Sayısı	N	$\bar{X}$	Ss.	Anlamlı Farklılık
Egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar	60-70	66	3,94	,95	2-4
	71- 80	88	3,76	,79	
	81-90	58	3,90	,88	
	91 ve üstü	37	4,29	,78	
	Toplam	249	3,92	,87	
Spora yönelik tutum	60-70	66	3,14	1,02	1-3 1-4
	71- 80	88	3,48	,66	
	81-90	58	3,64	,66	
	91 ve üstü	37	3,76	,73	
	Toplam	249	3,47	,81	

Tablo 4.9’da verilen ortalama değerlerden de anlaşılacağı gibi günlük ortalama 71-80 hastaya bakan aile hekimlerinin egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inanç düzeyleri en düşük ( $\bar{X}=3.76$ ); 91 ve üstü hastaya bakanlarınki ise en yüksektir ( $\bar{X}=4.29$ ). Scheffe testi sonuçlarına göre bu iki grup arasında günlük 91 ve üstü hastaya bakan aile hekimlerinin lehine anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Başka bir ifade ile diğer grupların, egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançları birbirine benzerken; günlük ortalama 91 ve üstü hastaya bakan aile hekimleri, egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğine 71-80 hastaya bakan aile hekimlerinden daha çok inanmaktadırlar.

Tablo 4.9’a göre aile hekimlerinin günlük ortalama baktıkları hasta sayısı grup bazında arttıkça, spora yönelik tutum ortalamaları da artarak farklılaşmaktadır. Dunnet’s C sonuçlarına göre, bu farklılaşma günlük ortalama 60-70 hastaya bakan aile hekimleriyle 81-90 hastaya bakanlar arasında, 81-90 hastaya bakan aile hekimlerinin lehine ( $\bar{X}=3.64$ ) anlamlıdır. Aynı zamanda günlük ortalama 60-70 hastaya bakan aile hekimleriyle 91 ve üstü hastaya bakanlar arasında da 91 ve üstü hastaya bakan aile hekimlerinin lehine ( $\bar{X}=3.76$ ) anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Bu bulgular, günde en az 81 hasta bakmanın 60-70 hasta bakmaya kıyasla spora yönelik tutumu güçlendirdiği anlamına gelmektedir.

#### 4.10. Düzenli Egzersiz Yapma Değişkeni Açısından Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum Bulguları

Aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançları ile spora yönelik tutumlarının düzenli egzersiz yapma açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini anlamak için yapılan Bağımsız Gruplar için t-Testine ilişkin bulgular Tablo 4.10'da sunulmuştur.

**Tablo 4.10.** Düzenli Egzersiz Yapma Değişkenine İlişkin Bağımsız Gruplar için t-Testi Sonuçları

ÖLÇEKLER		Düzenli Egzersiz	N	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p
Egzersiz Sağlık İnançları	Genel sağlık değerleri	Yapan	119	3.91	1.01	2.80	245.81	<b>.005*</b>
		Yapmayan	130	3.52	1.18			
	Egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar	Yapan	119	4.37	.88	3.55	247	<b>.000*</b>
		Yapmayan	130	3.94	.99			
	Egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları	Yapan	119	4.09	.74	3.01	239.08	<b>.003*</b>
		Yapmayan	130	3.77	.97			
	Egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar	Yapan	119	4.04	.80	2.25	247	<b>.025*</b>
		Yapmayan	130	3.80	.91			
	Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar	Yapan	119	2.98	.91	-.42	247	.677
		Yapmayan	130	3.02	.91			
Spora yönelik tutum	Yapan	119	3.78	.66	6.39	243.47	<b>.000*</b>	
	Yapmayan	130	3.18	.82				

\* p<.001, p<.01, p<.05

Tablo 4.10'da verilen Bağımsız Gruplar için t-Testi Analizi bulgularından da anlaşılacağı üzere aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançlarından genel sağlık değerleri ( $t(245.81)=2.80$ ,  $p<.01$ ), egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkındaki inançları ( $t(247)=3.55$ ,  $p<.001$ ), egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları ( $t(239.08)=3.01$ ,  $p<.01$ ) ve egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançları ( $t(247)=2.25$ ,  $p<.05$ ); düzenli egzersiz yapma değişkeni açısından, düzenli egzersiz yapan aile hekimlerinin lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Ancak aile hekimlerinin egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları ( $t(247)=-.42$ ,  $p>.05$ ) bu değişken açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Aile hekimlerinin spora yönelik tutum puanlarında ise düzenli egzersiz yapma değişkeni açısından, düzenli egzersiz

yapanların lehine ( $\bar{X}=3.78$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmaktadır ( $t(243.47)=6.39$ ,  $p<.001$ ). Bu bulgular, düzenli egzersiz yapma değişkeninin, aile hekimlerinin egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları dışındaki bütün egzersiz sağlık inançları üzerinde ve spora yönelik tutumları üzerinde etkili bir değişken olduğu anlamına gelmektedir. Buna göre düzenli egzersiz yapan aile hekimleri, egzersiz sağlığına daha çok inanmakta ve spora yönelik daha olumlu bir tutum sergilemektedir.

#### 4.11. Egzersiz Sıklığı Değişkeni Açısından Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum Bulguları

Aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançları ile spora yönelik tutumlarının egzersiz sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini anlamak için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizine ilişkin bulgular Tablo 4.11’de sunulmuştur.

**Tablo 4.11.** Egzersiz Sıklığı Değişkenine İlişkin Tek Yönlü Varyans Analiz (ANOVA) Sonuçları

	ÖLÇEKLER	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd.	Kareler	
					Ortalaması	f p
Egzersiz Sağlık İnançları	Genel sağlık değerleri	Gruplar içi	13.47	4	3.37	3.26 .014*
		Gruplar arası	150.80	146	1.03	
		Toplam	164.26	150		
	Egzersiz yapmamanın ciddiye hakkında inançlar	Gruplar içi	9.17	4	2.29	2.91 .024*
		Gruplar arası	114.94	146	.79	
		Toplam	124.10	150		
	Egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları	Gruplar içi	.56	4	.14	.23 .922
		Gruplar arası	89.67	146	.61	
		Toplam	90.23	150		
	Egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar	Gruplar içi	1.32	4	.33	.51 .725
		Gruplar arası	94.21	146	.65	
		Toplam	95.54	150		
Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar	Gruplar içi	5.72	4	1.43	1.78 .136	
	Gruplar arası	117.12	146	.80		
	Toplam	122.84	150			
Spora yönelik tutum	Gruplar içi	17.99	4	4.50	8.27 .000*	
	Gruplar arası	79.39	146	.54		
	Toplam	97.38	150			

\* $p<.001$ ,  $p<.05$

Tablo 4.11’de verilen Tek Yönlü Varyans Analizi bulgularından da anlaşılacağı üzere aile hekimlerinin egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları ( $F(4,146)=.23, p>.05$ ), egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançları ( $F(4,146)=.51, p>.05$ ) ile egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları ( $F(4,146)=1.78, p>.05$ ) egzersiz sıklığı değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Ancak aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançlarından genel sağlık değerleri ( $F(4,146)=3.26, p<.05$ ) ve egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkındaki inançları ( $F(4,146)=2.91, p<.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Aile hekimlerinin spora yönelik tutum puanlarında da egzersiz sıklığı değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmaktadır ( $F(4,146)=8.27, p<.001$ ). Bu bulgular, egzersiz sıklığının, aile hekimlerinin genel sağlık değerlerini, egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkındaki inançlarını ve spora yönelik tutumlarını farklılaştırabildiği anlamına gelmektedir. Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan betimsel istatistik ve Post-Hoc testi sonuçları Tablo 4.12’de verilmiştir.

**Tablo 4.12.** Egzersiz Sıklığı Değişkeni Açısından Betimsel İstatistik ve Post-Hoc Testi Sonuçları

ÖLÇEKLER	Egzersiz Sıklığı	N	$\bar{X}$	Ss.	Anlamlı Farklılık
Genel sağlık değerleri	Her gün düzenli	18	3,80	1,09	2-5
	Haftada 1-2	60	4,06	1,01	
	Haftada 3-4	26	3,80	1,00	
	2 haftada bir	11	4,06	,80	
	Düzensiz	36	3,31	1,06	
	Toplam	151	3,80	1,05	
Egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar	Her gün düzenli	18	4,24	1,08	2-4
	Haftada 1-2	60	4,54	,73	
	Haftada 3-4	26	4,35	,80	
	2 haftada bir	11	3,61	1,07	
	Düzensiz	36	4,21	1,02	
	Toplam	151	4,33	,91	
Spora yönelik tutum	Her gün düzenli	18	3,81	,71	1-5 2-5 3-5 4-5
	Haftada 1-2	60	3,82	,68	
	Haftada 3-4	26	3,82	,66	
	2 haftada bir	11	3,84	,48	
	Düzensiz	36	3,01	,92	
	Toplam	151	3,63	,81	

Tablo 4.12'ye göre genel sağlık değeri inançları en düşük olan grup düzensiz egzersiz yapan aile hekimleridir ( $\bar{X}=3.31$ ). Scheffe testi sonuçlarına göre genel sağlık değerleri açısından bu grupla haftada 1-2 egzersiz yapan aile hekimleri arasında haftada 1-2 egzersiz yapan aile hekimlerinin lehine ( $\bar{X}=4.06$ ) anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında en düşük inanca sahip olan grup, 2 haftada 1 egzersiz yapan aile hekimleri ( $\bar{X}=3.61$ ) iken bu inancı en yüksek olan grup haftada 1-2 egzersiz yapan aile hekimleridir ( $\bar{X}=4.54$ ). Scheffe testi sonuçlarına göre egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkındaki inançları açısından, bu iki grup arasında haftada 1-2 egzersiz yapanların lehine anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Spora yönelik tutum düzeyleri en düşük olan grup düzensiz egzersiz yapan aile hekimleridir ( $\bar{X}=3.01$ ). Dunnet's C testi sonuçlarına göre bu grupla egzersiz sıklığı açısından oluşturulan diğer tüm gruplar arasında, diğer grupların lehine anlamlı birer farklılık bulunmaktadır. Sonuç olarak, düzensiz egzersiz yapma durumunun genel sağlık değerleri ve spora yönelik tutum açısından olumsuz birer durumu yansıttığı söylenebilmektedir. Egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkındaki inançlar açısından ise en olumsuz durum, seyrek sayılabilecek 2 hafta bir egzersiz yapma durumudur. İlginç bir şekilde her gün düzenli egzersiz yapma, egzersiz sağlık değerleri açısından anlamlı bir farklılaşmaya neden olmamaktadır. Spora yönelik tutum açısından ise sadece düzensiz egzersiz yapanlara göre daha olumlu bir duruma işaret etmektedir.

#### **4.13. Algılanan Sağlık Durumu Değişkeni Açısından Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum Bulguları**

Aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançları ile spora yönelik tutumlarının algılanan sağlık durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini anlamak için yapılan Bağımsız Gruplar için t-Testine ilişkin bulgular Tablo 4.13'de sunulmuştur.

**Tablo 4.13.** Algılanan Sağlık Durumu Değişkenine İlişkin Bağımsız Gruplar için t-Testi Sonuçları

ÖLÇEKLER	Algılanan Sağlık	N	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p
Genel sağlık değerleri	İyi	149	3.94	1.06	4.04	247	.000*
	Orta/kötü	100	3.37	1.12			
Egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar	İyi	49	4.17	.96	.53	247	.599
	Orta/kötü	100	4.11	.97			
Egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları	İyi	149	3.96	.89	.78	247	.435
	Orta/kötü	100	3.87	.86			
Egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar	İyi	149	3.97	.88	1.19	247	.237
	Orta/kötü	100	3.84	.85			
Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar	İyi	149	2.86	.84	-2.99	247	.003*
	Orta/kötü	100	3.21	.97			
Spora yönelik tutum	İyi	149	3.50	.81	.73	247	.468
	Orta/kötü	100	3.42	.80			

\* p<.001, p<.01

Tablo 4.13’de verilen Bağımsız Gruplar için t-Testi Analizi bulgularından da anlaşılacağı üzere aile hekimlerinin egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkındaki inançları ( $t(247)=.53$ ,  $p>.05$ ), egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları ( $t(247)=-.78$ ,  $p>.05$ ), egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançları ( $t(247)=-1.19$ ,  $p>.05$ ) algılanan sağlık durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Aile hekimlerinin aynı zamanda spora yönelik tutum puanlarında da algılanan sağlık durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamaktadır ( $t(247)=.73$ ,  $p>.05$ ).

Aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançlarından genel sağlık değerleri ( $t(247)=4.04$ ,  $p<.001$ ) ve egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları ( $t(247)=2.99$ ,  $p<.01$ ) algılanan sağlık durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar genel sağlık değerlerinde sağlığını “iyi” olarak algılayan aile hekimlerinin lehine ( $\bar{X}=3.94$ ) iken egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlarda sağlığını “orta/kötü” olarak algılayan aile hekimlerinin lehinedir ( $\bar{X}=3.21$ ). Başka bir ifade ile sağlığını iyi algılayan aile hekimleri, diğerlerine oranla, genel sağlık değerlerinin daha iyi olduğuna inanmaktadır. Sağlığını orta-kötü olarak algılayan aile hekimleri ise, diğerlerine

kıyasla, egzersiz yapmamanın sakıncalarına daha çok inanmaktadır.

#### 4.14. Kronik Hastalık Durumu Değişkeni Açısından Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum Bulguları

Aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançları ile spora yönelik tutumlarının kronik hastalık durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini anlamak için yapılan Bağımsız Gruplar için t-Testine ilişkin bulgular Tablo 4.14’de sunulmuştur.

**Tablo 4.14.** Kronik Hastalık Durumu Değişkenine İlişkin Bağımsız Gruplar için t-Testi Sonuçları

ÖLÇEKLER		Kronik Hastalık	N	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p
Egzersiz Sağlık İnançları	Genel sağlık değerleri	Olan	85	3.64	1.19	-.75	247	.452
		Olmayan	164	3.75	1.08			
	Egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar	Olan	85	4.03	.96	-1.31	247	.192
		Olmayan	164	4.20	.96			
	Egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları	Olan	85	3.73	.89	-2.56	247	.011*
		Olmayan	164	4.02	.85			
	Egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar	Olan	85	3.73	.85	-2.50	247	.013*
		Olmayan	164	4.01	.86			
	Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar	Olan	85	3.46	.84	6.09	247	.000*
		Olmayan	164	2.77	.85			
Spora yönelik tutum	Olan	85	3.48	.73	.10	247	.918	
	Olmayan	164	3.47	.84				

\* p<.001, p<.05

Tablo 4.14’de verilen Bağımsız Gruplar için t-Testi Analizi bulgularından da anlaşılacağı üzere aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançlarından genel sağlık değerleri ( $t(247)=-.75, p>.05$ ) ve egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkındaki inançları ( $t(247)=-1.31, p>.05$ ) kronik hastalık durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Aile hekimlerinin aynı zamanda spora yönelik tutum puanlarında da kronik hastalık durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamaktadır ( $t(247)=.10, p>.05$ ).

Aile hekimlerinin egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı

inançları ( $t(247)=-2.56$ ,  $p<.05$ ), egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançları ( $t(247)=-2.50$ ,  $p<.05$ ) ile egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları ( $t(247)=6.09$ ,  $p<.001$ ), kronik hastalık durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı birer farklılık göstermektedir. Buna göre, kronik hastalığı olmayan aile hekimleri, olanlara göre, egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığına ( $\bar{X}=4.02$ ) ve egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğine ( $\bar{X}=4.01$ ) daha çok inanmaktadır. Kronik hastalığı olan aile hekimleri de ( $\bar{X}=3.46$ ) böyle bir hastalığı bulunmayan aile hekimlerine ( $\bar{X}=2.77$ ) göre egzersiz yapmamanın sakıncalarına daha çok inanmaktadır.

#### 4.15. Koronavirüs Enfeksiyonu Geçirme Durumu Değişkeni Açısından Egzersiz Sağlık İnançları ve Spora Yönelik Tutum Bulguları

Aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançları ile spora yönelik tutumlarının koronavirüs enfeksiyonu geçirme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini anlamak için yapılan Bağımsız Gruplar için t-Testine ilişkin bulgular Tablo 4.15’de sunulmuştur.

**Tablo 4.15.** Koronavirüs Enfeksiyonu Geçirme Durumu Değişkenine İlişkin Bağımsız Gruplar için t-Testi Sonuçları

ÖLÇEKLER	Koronavirüs Enfeksiyonu	N	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p
Genel sağlık değerleri	Geçiren	153	3.80	1.12	1.69	247	.093
	Geçirmeyen	96	3.56	1.10			
Egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar	Geçiren	153	4.05	.98	-1.95	247	.053
	Geçirmeyen	96	4.30	.92			
Egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları	Geçiren	153	3.84	.84	-1.91	247	.057
	Geçirmeyen	96	4.06	.93			
Egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar	Geçiren	153	3.82	.83	-2.18	247	<b>.030*</b>
	Geçirmeyen	96	4.07	.91			
Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar	Geçiren	153	3.05	.95	1.16	247	.246
	Geçirmeyen	96	2.92	.84			
Spora yönelik tutum	Geçiren	153	3.56	.77	2.37	247	<b>.018*</b>
	Geçirmeyen	96	3.32	.84			

\* $p<.05$

Tablo 4.15’de verilen Bağımsız Gruplar için t-Testi Analizi bulgularından da anlaşılacağı üzere aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançlarından genel sağlık değerleri ( $t(247)=1.69$ ,  $p>.05$ ), egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkındaki inançları ( $t(247)=-1.95$ ,  $p>.05$ ), egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları ( $t(247)=-1.91$ ,  $p>.05$ ) ile egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları ( $t(247)=-1.16$ ,  $p>.05$ ) koronavirüs enfeksiyonu geçirme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Aile hekimlerinin egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançları, koronavirüs enfeksiyonu geçirme durumu açısından, enfeksiyonu geçirmeyenlerin lehine ( $\bar{X}=4.07$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $t(247)=-2.18$ ,  $p<.05$ ). Aile hekimlerinin spora yönelik tutumları ise koronavirüs enfeksiyonu geçirme durumu açısından, enfeksiyonu geçirenlerin lehine ( $\bar{X}=3.56$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $t(247)=2.37$ ,  $p<.05$ ). Bu bulgulara göre, koronavirüs enfeksiyonu geçirme durumu aile hekimlerinde egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançların daha yüksek olmasına neden olurken; enfeksiyonu geçirmeme durumu spora yönelik tutumun daha yüksek olmasına neden olmaktadır.

#### **4.16. Egzersiz Sağlık İnançları ile Spora Yönelik Tutum Değişkeni Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular**

Aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançları ile spora yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını anlamak için işe koşulan Pearson Korelasyon Analizi bulguları Tablo 4.16’da verilmiştir.

**Tablo 4.16.** Egzersiz Sağlık İnançları ile Spora Yönelik Tutum Değişkenine İlişkin Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

ÖLÇEKLER	Spora Yönelik Tutum
Genel sağlık değerleri	.394**
Egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar	-.003
Egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları	.186**
Egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar	.164**
Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar	.085

\*\*p<.01

Tablo 4.16’da verilen Pearson Korelasyon Analizi bulgularına göre aile hekimlerinin spora yönelik tutumları ile egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançları ve egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>.05$ ).

Aile hekimlerinin spora yönelik tutumları ile egzersiz sağlık değerleri arasında orta düzeyde pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=.394$ ,  $p<.01$ ). Aile hekimlerinin spora yönelik tutumları ile egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları arasında düşük düzeyde pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=.186$ ,  $p<.01$ ). Aile hekimlerinin spora yönelik tutumları ile egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançları arasında da yine düşük düzeyde pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=.164$ ,  $p<.01$ ). Bu bulgular, aile hekimlerinin spora yönelik tutumları ile egzersiz sağlık inançlarının -genel sağlık değerleri, egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları ve egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançları boyutlarında- birinde meydana gelecek artışın diğerini de arttıracığı ve birinde meydana gelecek bir azalmanın diğerini de azaltacağı şeklinde yorumlanabilmektedir.

## 5. TARTIŞMA

Yapılan bu araştırmada, birinci basamak sağlık kuruluşu olan Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan hekimlerin, demografik bilgileri belirlenerek, spora katılımları yönündeki tutumları, bakış açıları ve egzersiz sağlık inançlarının incelenmesine ilişkin sonuçlar incelenmiş ve araştırmanın içeriği çerçevesinde tartışılarak literatürdeki diğer çalışmalarla karşılaştırılmıştır.

### 5.1. Spora Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

#### *Görev yeri değişkenine bakıldığında;*

Araştırmada görev yeri değişkeni incelendiğinde; merkezde çalışan aile hekimlerinin spora yönelik tutum puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve merkezde görev yapan aile hekimlerinin ilçede görev yapan hekimlere göre spora yönelik tutumda daha olumlu bir fikre sahip oldukları görülmektedir ( $p<.05$ ).

Duman (2021), Bayburt ilinde görev yapan 249 öğretmen üzerinde yaptığı çalışmada, merkezde görev yapan öğretmenlerin köyde görev yapanlara göre spora yönelik tutum düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ortaya çıkan sonuç spora yönelik tutum konusunda bu çalışmadaki bulgularla benzerlik göstermektedir.

Bir diğer çalışmada ise; Sivrikaya ve Kılçık (2017) tarafından Düzce'de bulunan ilköğretim okullarında öğrenim gören öğrenciler üzerinde gerçekleştirilmiş ve köyde yaşayan öğrencilerin beden eğitimi ve spor dersine yönelik tutumlarının il ve ilçede yaşayan öğrencilere göre daha olumlu olduğu belirtilmiştir. Bu sonuç çalışma bulgularıyla örtüşmemektedir.

#### *Günlük bakılan ortalama hasta sayısı değişkenine bakıldığında;*

Aile hekimlerinin spora yönelik tutum puanlarında günlük bakılan ortalama hasta sayısı değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılığa rastlanmaktadır

( $p<.001$ ). Aile hekimlerinin günlük ortalama baktıkları hasta sayısının grup bazında arttıkça, spora yönelik tutum ortalamalarının farklılaştığı bu farklılaşmanın günlük ortalama 81-90 ile 91 ve üstü hastaya bakan hekimlerin, 60-70 hastaya bakanlar göre daha anlamlı farklılık ortaya koyduğu görülmektedir. Bu durum, günde en az 81 hasta bakmanın 60-70 hasta bakmaya kıyasla spora yönelik tutumu güçlendirdiği anlamına gelmektedir. Ancak yapılan literatür taramalarında, çalışma bulgularını benzer ve tersi yönde destekleyen literatür çalışmalarına rastlanılmamaktadır.

### ***Düzenli egzersiz yapma değişkenine bakıldığında;***

Aile hekimlerinin düzenli egzersiz yapma değişkeni açısından spora yönelik tutum puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ve bu farklılığın, düzenli egzersiz yapan aile hekimlerinin spora yönelik daha olumlu tutum sergilediklerini ortaya koymaktadır ( $p<.001$ ).

Combul (2021), COVID-19 pandemisi esnasında 722 gönüllü sedanter ve sporcu birey üzerinde yaptığı araştırmasında, sporcu bireylerin sedanter bireylere göre spora yönelik tutum puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Ortaya çıkan sonuç bu çalışmadaki bulgularla benzerlik göstermektedir.

Polat (2020), Fırat Üniversitesinde görev yapan 343 kadın akademisyenin katılımıyla gerçekleştirmiş olduğu çalışmada, spora yönelik tutum ölçeğine göre kullanılmış olup düzenli egzersiz yapan ve spor yapmayan bireyler arasında anlamlı fark olduğu belirtilmiştir ( $p<.05$ ). Literatürde ortaya çıkan sonuç bu çalışmayla paralellik göstermektedir.

Sarıca (2019)'nın, Isparta'da 621 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada, öğrencilerin spora karşı tutum puanları açısından aktif olanların inaktif olanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiş olup ortaya çıkan sonuç bu çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir ( $p<.05$ ).

Karadağ (2012) çalışmasında, 8.sınıf öğrencilerinin beden eğitimi dersine olan tutum puanlarının 11. sınıf öğrencilerinin tutum puanlarından daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Singh ve Devi (2013) tarafından yapılan çalışmada da spor yapan öğrencilerin spora yönelik tutumları, spor yapmayan öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirtilmiş ve bu sonuç çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir.

***Egzersiz sıklığı değişkenine bakıldığında;***

Aile hekimlerinin spora yönelik tutum puanlarının, egzersiz sıklığı değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ve en düşük grubun, düzensiz egzersiz yapan aile hekimlerinin olduğu, bu durumun spora yönelik tutum açısından da olumsuz durumu yansıttığı söylenebilmektedir. Fakat her gün düzenli egzersiz yapanların, yalnızca düzensiz egzersiz yapanlara göre daha olumlu bir duruma işaret ettiği belirtilmektedir ( $p<.001$ ).

Polat (2020), 343 akademisyen ile gerçekleştirdiği çalışmada, spora yönelik tutum ölçeğindeki spora ilgi duyma, sporla yaşama ve aktif spor yapma değişkeni açısından farklılaşma istatistiki açıdan anlamlı kabul edilmiştir ( $p<.05$ ). Ancak bu çalışmada en yüksek puana sahip grubun ara sıra spor yapanlar olduğu görülmektedir. Ortaya çıkan bu sonuç çalışma bulgularında belirtildiği gibi en yüksek puana, 2 haftada bir alt boyutuna sahip aile hekimlerinin olduğu görülmekte ve çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

İmamoğlu (2011), aktif olarak spor yapan ve yapmayan ortaöğretim öğrencilerinin Beden Eğitimi ve Spora karşı tutumlarını karşılaştırdığı araştırmada düzenli olarak spor yapan öğrencilerin spor yapmayan öğrencilere göre daha olumlu davranış sergilediklerini belirtmektedir. Ortaya çıkan sonuç bu çalışmadaki bulgularla benzerlik göstermektedir.

Zengin (2013), Çocuk ve Gençlik Merkezlerinde hizmet alan 12-18 yaş arası çocukların Beden Eğitimi ve Spor dersine ilişkin tutum düzeylerini incelediği çalışmada, düzenli spor yapan öğrencilerin yapmayanlara spora yönelik tutumlarının daha yüksek düzeyde olduğu bildirmiştir.

Varol (2017), Bartın Üniversitesi öğrencilerinin spor yönelik tutum ölçeği spor yapma değişkeni açısından düzenli spor yapanların puan ortalaması en yüksek,

olduğu belirtilmektedir. Ancak alışma bulgularında belirtildiği gibi en yüksek puana, 2 haftada bir alt boyutuna sahip aile hekimlerinin olduğu görülmekte ve çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

## **5.2. Egzersiz Sağlık İnanç Modelinin Değerlendirilmesi**

### ***Gelir durumu değeriskenine bakıldığında;***

Yapılan araştırmada; geliri giderlerine eşit olan aile hekimleri ile geliri giderlerinden fazla olan aile hekimleri adına anlamlılık olduğu ve bu durumun geliri giderlerinden az olan hekimleriyle karşılaştırıldığında geçerli olduğu görülmektedir ( $p < .001$ ). Bu sonuçlara göre geliri giderlerinden az olan aile hekimlerinin, genel sağlık değerlerine ilişkin inançları konusunda en az grubu yansıttığı belirtilmektedir.

Yılmaz (2019) Isparta ilinde bulunan üç Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 18 yaş ve üzeri 350 hasta katılımcıyla yaptığı çalışmasında, katılımcıların gelir durumu değeriskeninde istatistiksel açıdan anlamlı farklılığın olmadığı belirtilmiştir ( $p > .05$ ). Ortaya çıkan sonuç bu çalışma bulgularıyla paralellik göstermemektedir.

Çiftçi (2020), "Sağlık İnanç Modeline Dayalı Eğitim Programının niversite ğrencilerinin Fiziksel Aktivite İnanç ve Davranışlarına Etkisi" başlıklı deney ve kontrol grubu olmak üzere 129 öğrencinin katılımıyla gerçekleştirdiği çalışmasında, her iki grubunda gelir düzeyinin orta düzeyde olduğu belirtilmiştir. Bu sonuç çalışma bulgularıyla örtüşmemektedir.

Aktaş (2021)'in Gaziosmanpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 331 sağlıklı gönüllü bireylerle gerçekleştirdiği çalışmasında egzersiz sağlık inançları alt boyutundan genel sağlık değerlerinde gelir durumu değeriskeni açısından anlamlı farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

### ***Görev yeri değeriskenine bakıldığında;***

Aile hekimlerinin egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkındaki inançları, görev yeri değeriskeni açısından incelendiğinde; ilçede görev yapan aile hekimleri adına

faydalı bulunduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirtilmektedir (p<.05).

Döner'in 2019 yılında yaptığı çalışmasında, il merkezinde yaşayan hastaların algılanan ciddiyet ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyut puanlarının daha yüksek, algılanan engeller puan ortancasının daha düşük olduğu belirlenmiş olup, hastaların hastalığı kabul ölçeği ile sağlık inanç modeli ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise; sağlık inanç modeli ölçeği algılanan engeller alt boyutu ile HKÖ arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<.05).

Demir (2019), Ömer Halis Demir Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis Ünitesi'ne başvuran 297 hasta üzerinde yaptığı çalışmasında, bireylerin büyük çoğunluğunun (%49.8) şehir merkezinde ikamet ettiği belirtilmekte olup bu sonucun çalışma bulgularıyla benzerlik göstermediği açıktır.

#### ***Günlük bakılan ortalama hasta sayısı değişkenine bakıldığında;***

Bu araştırmada, günlük 71-80 ile 91 ve üstü hastaya bakan aile hekimleri arasında; egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inanç düzeyleri 91 ve üstü hastaya bakan hekimler adına anlamlı farklılık göstermektedir. Başka bir ifade ile diğer grupların inanç düzeyleri birbirine benzerken, 91 ve üstü hastaya bakan hekimlerin egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğine 71-80 hastaya bakan aile hekimlerinden daha çok inanmakta olduğu belirtilmektedir.

Ancak yapılan literatür taramalarında, çalışma bulgularını benzer ve tersi yönde destekleyen literatür çalışmalarına pek rastlanılmamaktadır.

#### ***Düzenli egzersiz yapma değişkenine bakıldığında;***

Aile hekimlerinin egzersiz yapmamanın ciddiyeti (p<.001) ve hastalık riskini (tehditleri) azalttığı hakkındaki inançları (p<.01), genel sağlık değerleri (p<.01) ile egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlarının

( $p<.05$ ), düzenli egzersiz yapan aile hekimleri için istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ifade edilmektedir.

Aktaş (2021)'ın Gaziosmanpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 331 hasta üzerinde yaptığı çalışmasında, 179 hastanın düzenli egzersiz yaptığı 165 hastanın ise bu eylemi düzensiz gerçekleştirdiği belirtilirken, her gün düzenli olarak egzersiz yapan hastaların, düzensiz egzersiz yapan hastalara kıyasla genel sağlık durumları ile ilgili olumlu düşüncelere sahip oldukları, egzersizin sağlıkları için hastalık riskini azalttığı, bununla beraber yaşamlarını daha sağlıklı geçirebilmek ve daha az sağlık giderleri oluşturmak için egzersizi yaşam şekli haline getirdiklerini ifade etmiştir. Bu çalışmada da benzer şekilde düzenli egzersizin hastalık riskini azaltmasına yönelik inançlarının yüksek oranda olması ile birlikte egzersiz yarar maliyetine olan inançları ve genel sağlık değerleri üzerinde de olumlu yönde etkisi olduğu ortaya çıkmıştır. Ortaya çıkan sonuç bu çalışmadaki bulguları destekler niteliktedir.

Başka bir çalışmada Al-Naggar vd., (2015), Malezya'daki bir hastaneye başvuran hastaların %36,9'unun yaşamlarında düzenli fiziksel aktiviteye yer verdikleri bildirilmiştir. Bu çalışmaya katılan 249 aile hekiminin ise yalnızca 119'nun (%47,8) düzenli egzersiz yaptığı, 130'unun (%52,2) ise egzersizi düzenli olarak yapmadığı tespit edilmiştir.

#### ***Egzersiz sıklığı değişkenine bakıldığında;***

Aile hekimlerinin, genel sağlık değerleri alt boyutunda en düşük grup düzensiz egzersiz yapan aile hekimleriyken, bu gruplar arasında haftada 1-2 kez egzersiz yapan aile hekimleri adına istatistiksel olarak anlamlılık bulunduğu belirtilmektedir ( $p<.05$ ). Egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında en düşük inanca sahip olan grup 2 haftada 1 egzersiz yapan aile hekimleri iken en yüksek inanca sahip olan grup ise haftada 1-2 kez egzersiz yapan aile hekimlerinin olduğu görülmektedir. Bu iki grup arasında aynı alt boyut açısından, haftada 1-2 kez egzersiz yapanların inançlarında anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p<.05$ ).

Yılmaz (2019) Isparta ilinde bulunan üç Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 350 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, ESİM ölçeği alt boyutlarından genel sağlık değerinin her gün düzenli egzersiz yapanlar için anlamlı etki ettiğini belirtmiştir ( $p<.05$ ). Ortaya çıkan sonuç bu çalışmadaki bulgularla benzerlik göstermemektedir.

Aktaş (2021) çalışmada, egzersiz sıklığının genel sağlık değişkeni açısından anlamlı farklılığı oluşturmadığını ancak her gün düzenli olarak egzersiz yapanların genel sağlık değerlerinin, diğer sıklıkta egzersiz yapanlara göre anlamlılık derecelerinin daha yüksek olduğunu ve diğer gruplar arasında genel sağlık alt boyutunun puan değerlerinin fark oluşturmadığını belirtmiştir. Ortaya çıkan bu sonuç bulgularla benzerlik göstermemektedir. Bununla birlikte ciddiye puanı her gün, düzensiz ve haftada 1-2 kez egzersiz yapanların diğerlerine kıyasla düşüklüğü tespit edilmiştir. Bu sonuç çalışma bulgularıyla örtüşmemektedir.

#### ***Algılanan sağlık durumu değişkenine bakıldığında;***

Aile hekimlerinin egzersiz sağlık inançları alt boyutlarından genel sağlık değerleri ( $p<.001$ ) ile egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları ( $p<.01$ ), algılanan sağlık durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bu farklılık genel sağlık değerlerinde sağlığını “iyi” olarak algılayan aile hekimleri adına olumlu olarak sonuçlanırken, egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlarda sağlığını “orta/kötü” olarak algılayan aile hekimlerinin lehine olduğu görülmektedir.

Yılmaz (2019), Isparta ilinde bulunan üç Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 350 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, ESİM alt boyutlarından genel sağlık değerleri ve egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin alt boyutunun sağlık algısına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiğini belirtirken, Döner (2019)’in diyabet hastaları üzerinde yaptığı çalışmada da genel sağlık alt boyutunda aynı anlamlılığın olduğu belirtilmektedir. Bu literatür sonuçları çalışma bulgularıyla örtüşmektedir ( $p<.05$ ).

Limaroon ve Watakakosol (2019) Sağlık İnanç Modelini kullandıkları çalışmalarında, katılımcıların %17,7’sinin egzersiz yapmamayı sağlıkları için bir

tehdit olarak kabul ettikleri ve hastalığa yakalanmada bir faktör olarak gördükleri belirtilmektedir. Bu sonuç çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Aktaş (2021) çalışmasında, katılımcıların genel sağlık algısının fiziksel aktiviteyle arttığı, bu artışın sağlıkları ile ilgili kaygı düzeylerini düşürdüğü, sağlıkları için daha pozitif düşüncelere sahip oldukları ve egzersiz yapmamanın vücutta meydan getireceği engellerle daha az karşılaştıkları belirtilmekte olup çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir.

### ***Koronavirüs enfeksiyonu geçirme değişkenine göre;***

Aile hekimlerinin spora yönelik tutumları, koronavirüs enfeksiyonu geçirme değişkeni açısından, enfeksiyonu geçirenler için anlamlı farklılık gösterirken ( $p<.05$ ), bu bulgular neticesinde, koronavirüs enfeksiyonu geçirmeyen hekimlerin spora yönelik tutumlarının daha yüksek olmasına neden olduğu görülmektedir.

Çek (2021), 217'si kadın, 78'i erkek olan toplam 295 kişinin katılımı ile Covid-19 tanısı alan 54 dahili ve cerrahi bölüm ile pratisyen hekimler üzerinde yaptığı çalışmada, Covid-19 dönemi sonrasında spor yapma alışkanlıklarında değişiklik olduğu, bu değişikliğin daha çok erkeklerde görüldüğü ve Covid-19 dönemi sonrasında spor yapmaya başlama oranının %7,1 olduğu belirtilmektedir. Bu sonuç, çalışma bulgularıyla örtüşmemektedir.

Baykuş (2021), 155'i kadın ve 189'u erkek katılımcı olmak üzere toplam 344 taekwondo sporcularının katılımıyla gerçekleştirildiği çalışmada, grubun fiziksel aktivite düzeyleri incelenmiş ve Covid-19 enfeksiyonu geçirmeyen sporcuların fiziksel aktivite düzeyi, enfeksiyonu geçirenlerden daha yüksek çıktığı belirtilmiştir. Bu sonuç çalışma bulgularıyla paralellik göstermemektedir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma bulguları neticesinde; il merkezinde görev yapan aile hekimlerinin spora yönelik tutumlarının yüksek olduğu ve günlük hayatlarında düzenli bir şekilde haftada minimum 1-2 kez spora zaman ayıran hekimlerin de spora karşı tutumlarının pozitif yönde geliştiği belirlenmiştir. Egzersiz sağlık inancında ise gelir durumu istenilen seviyede olan hekimlerin bir yandan genel sağlık durumları ile ilgili olarak kendilerini iyi hissettikleri diğer yandan ilçede görev yapan hekimlerin egzersiz yapmamanın sağlıkları açısından olumsuz bir durum yaratacağına inandıkları ve bundan ötürü yaşamlarında egzersize daha fazla zaman ayırdıkları saptanmıştır. Aynı zamanda günlük bakılan hasta sayısı fazla olan hekimlerin gün içerisinde az hareketlilikten dolayı yaşadıkları sıkıntıları, egzersiz ile ortadan kaldıracaklarına olan inançlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca yaşam rutinlerinde düzenli olarak haftada en az birkaç kez egzersize zaman ayıran hekimlerin genel sağlık durumları ile ilgili olarak gerek bedensel gerekse psikolojik olarak egzersizin kendileri açısından olumlu yönde katkı sağladığı düşüncesine sahip oldukları ve bununla birlikte engel sayılabilecek maddiyat faktörünün de söz konusu olmadığı ortaya çıkmıştır.

Buradan yola çıkarak; iş ortamındaki mevcut yoğunluğun azaltılması, maddi olanakların iyileştirilmesi ve sosyal imkânların genişletilmesi sayesinde aile hekimlerinin spora yönelik olumlu tutumlarının daha da artacağı ve bu düzenlemelerin egzersiz sağlık inançları üzerinde de pozitif yönde bir etki yaratacağı sonucuna ulaşılmıştır.

## Öneriler

1. Aile hekimlerinin spora karşı bakış açıları ve tutumlarının hastalarını spora yönlendirmede önemli olduğundan bu araştırmanın bir benzeri Türkiye'deki bütün illeri kapsayacak şekilde uygulanabilir veya aile hekiminin sayısının daha fazla olduğu örneklem grupları kullanılarak çalışma genişletilebilir.
2. Aynı ilde bulunan devlet hastanelerinde ya da özel hastanelerde görev yapan hekimler ile aile hekimleri arasında karşılaştırma yapılabilir.
3. Aile hekimleri, spora yönelik tutumlarının ve egzersiz sağlık inançlarının olumlu yönde gelişmesi amacıyla hizmet içi eğitimlere tabi tutulabilirler.
4. Literatür incelendiğinde aile hekimlerinin çoğunda yaş değişkeni açısından kaynaklar mevcutken, cinsiyet değişkeni açısından bu durum için sınırlılık söz konusu olduğu gözlemlenmiş dolayısıyla bu değişken ile ilgili daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.
5. Günlük bakılan ortalama hasta sayısı alt boyutunda literatür çalışmalarında sınırlılık olduğu ve bu alt boyutla ilgili yapılacak yeni çalışmaların literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Akdeniz M., Urgan, M., Yaman, H. (2011). Family Medicine: A Contemporary Health Care Provision System. *GeroFam-A peer Rev evidence-based Gerontol Fam Pract J.*; (March 2017):15–27.
- Akdur, R. (1923). “Cumhuriyet’ten Günümüze Türkiye’de Sağlık Politikaları”. *Bilanço*, 1998, 10-12.
- Akdur, R. (1999). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması. Ankara, [www.recepakdur.com/getfile.asp](http://www.recepakdur.com/getfile.asp).
- Aksakoğlu, G. (2008). “Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü”. *Memleket Siyasi Yönetim Dergisi*. Sayı. 8, 7-62.
- Aksoy, M., Subaşı, A. T. E. (2015). “Quality and Worker Satisfaction in Health Care Services: In Diyarbakir”. *The Russian Academic Journal*. Cilt. 31. Sayı. 1, 27-33.
- Aktaş, R. (2021). *Bireylerde Egzersizin Sağlıklı Olma İnancına Etkileri ve Sağlık Anksiyete Durumlarının Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Allen, J., Gay B. (2001). A definition of the key features of the discipline of generalpractice and the role of the general practitioner. Draft document Barcelona 2001. European Society of General Practice / Family Medicine-Wonca Europe.
- Al-Naggar, R. A., Al-Kubaisy, W., Yap, B.W., Bobryshev, Y. V., Osman, M. T. (2015). Attitudes towards colorectal cancer (CRC) and CRC screening tests among elderly Malay patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*. Cilt. 16. Sayı. 2, 667-74.
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*. Sayı. 64, 34-35.
- Altıntaş, H. (2019). *Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Ankara’daki Aile Hekimliği Asistanlarının Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Erişkin Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.
- Amman, M. T. (2005). Kadın ve Spor. 1. Basım, Morpa Kültür Yayınları, İstanbul, s.17-22, 33-46.

- Aracı, H. ve Aracı, Ş. (2014). *Spor Bilimleri Öğretimi*. 1. Basım. Ankara: Eylül Ofset, Grafiker Rek. San. ve Tic. Ltd Şti.
- Archer, T. (2014). Health Benefits of Physical Exercise for Children and Adolescents. *Journal Nov Physiotherapy*, 4(2), pp: 1-4.
- Ardıç, F. (2014). *Egzersiz Sağlık Yararları*. Türk Fizyoterapi Tıp Rehabilitasyon Dergisi, 60 (2), 9-14.
- Arslan, M. S. (2018). *Koah'lı Hastalarda Kuadrisepskas Kuvveti, Denge ve Diz Eklem Propriosepsiyonunun Hastalık Şiddeti ve Egzersiz Kapasitesi ile İlişkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Spor Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Avcı, M., Teyyare, E. (2012). Sağlık Sektöründe Yolsuzluk: Teorik Bir Değerlendirme. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. Cilt. 8. Sayı. 2, 199-221.
- Aydın, E. (2002). Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*. Cilt. 31. Sayı. 3, 183-192.
- Aytaç, S. (2005). Çalışanların işlerine ilişkin duygularının stres tepkileri üzerindeki etkisi. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*. Cilt. 55. Sayı. 1, 834-851.
- Başak, O., Atay, E., Polatlı, D. (2002). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği: Pratisyen hekimlerin yaklaşımları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 6(1): 36-41.
- Bauman, A., Merom, D., Bull, F. C., Buchner, D. M., ve Fiatarone Singh, M. A. (2016). Updating the Evidence for Physical Activity: Summative Reviews of the Epidemiological Evidence, Prevalence, and Interventions to Promote "Active Aging". *The Gerontologist*. Cilt. 56. Sayı. 2, 268-280.
- Baykuş, Z. (2021). Taekwondo Sporcularında Covid-19 Korku Durumunun Fiziksel Aktivite Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Antrenörlük Eğitimi Anabilim Dalı, Konya.
- Bek, N. (2008). *Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız*. Ankara: Klasmat Matbaacılık.
- Belek, İ. (2004). Genel Sağlık Anketi ile Ölçülen Ruhsal Sorunlar ve Sosyo Demografik Eşitsizlikler: Antalya'da Bir Alan Araştırması. *3P Dergisi*. Cilt. 12. Sayı. 2, 163-72.
- Boehm, J. K., Kivimaki, M., Trudel-Fitzgerald, C., ve Kubzansky, L. D. (2015). The Prospective Association Between Positive Psychological Well-Being and Diabetes. *Health Psychology*. Cilt. 34. Sayı. 10, 1013.

- Bottenburg M. Sport participation in the EU: trends and differences. 2011; 15.
- Boztok, D., Gündoğdu, H. F., Ahsen, Ü. Korkmaz, F. (2001). Sağlık Hizmetlerinin Etkinleşmesi için Temel İlke ve Politikalar. *Yeni Türkiye Sağlık-II Dergisi*. Cilt. 40. Sayı. 2, 58-61.
- Brain, K., Norman, P., Gray, J., Mansel, R. (1999). Anxiety and Adherence to Breast Selfexamination in Women with a Family History of Breast Cancer. *Psychosomatic Medicine*. Cilt. 61. Sayı. 2, 181-187.
- Buckworth, J., Kirby, T. E. et al. (2009). Effect of exercise intensity on depressive symptoms in women. *Ment Health Phys Act*. Cilt. 2. Sayı. 1, 37-43.
- Bulduk, S., Yurt, S., Dinçer, Y., Ardiç, E. (2015). Sağlık Davranışı Modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. Cilt. 5. Sayı. 1, 28-34.
- Büyüköztürk, Ş. (2012). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı (16. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Can, S., Arslan, E., Ersöz, G. (2019). Güncel Bakış Açısı ile Fiziksel Aktivite. *Ankara Üniv Spor Bil Fak. Cilt*. 12. Sayı. 1, 1-10.
- Çek. Z. (2021). *T. C. Sağlık Bakanlığı Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği. Hekimlerde Covid-19 Dönemi Sonrası İlaç Kullanımının ve Yaşam Tarzı Değişikliğinin Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Celano, C. M., Beale, E. E., Moore, S. V., Wexler, D. J., Huffman, J. C. (2013). Positive psychological characteristics in diabetes: a review. *Current diabetes reports*. 13(6), 917-929.
- Cengiz, C., Aşçı, F., İnce, M. (2010). Egzersiz Davranışı Değişim Basamakları Anketi. *Türkiye Klinikleri Spor Bilimleri Dergisi*. Cilt. 2. Sayı. 1, 32-37.
- Champion, V. L., Skinner, C. S. (2008). The Health Belief Model. In: Glanz K, Rimer B.K, Viswanath K.V. eds. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 4th ed. San Francisco. 46-65.
- Cindaş, A. (2008). Yaşlılarda Egzersiz Uygulamasının Genel İlkeleri. *Turkish Journal of Geriatrics*. Cilt. 4. Sayı. 2, 77-84.
- Clark, D. W. (1983). Dimensions of the Concept of Access to Health Care. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*. Cilt. 59. Sayı. 1, 1-8.
- Combul, K. (2021). *Covid-19 Pandemi Sürecinde Sporcu ve Sedanterlerin Egzersiz Yönelik Tutumlarının Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir Demokrasi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- Craig, C. L., Mashall, A. L., Sjöström, M., et al. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12- Country Reliability and Validity. *Med Sci Sports Exerc.* 35, 1381-1395.
- Çavmak, Ş., Çavmak, D. (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi.* Cilt. 1. Sayı. 1, 48-57.
- Çiftçi, N. (2020). *Sağlık İnanç Modeline Dayalı Eğitim Programının Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite İnanç ve Davranışlarına Etkisi.* Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik, İstanbul.
- Daniel, K. Comparisons of UK General Practice and US Family Practice, *J Am Board Fam Pract* 1999; 12(2): 162-172.
- Dedeli, Ö., Fadiloğlu, C. (2011). Development and evaluation of The health belief model scale in obesity. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* Cilt. 10. Sayı. 5, 533-542.
- Demir, C. N. (2019). Acil Servis Ünitesine Başvuran Akut Koroner Sendrom Tanısı Almış Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans, Niğde.
- Demir, F., Ay, P. (2007). İstanbul’da Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinde Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi.* Sayı. 18, 31-7.
- Doymaz, F. (2013). *Sağlıklı kadınlarda egzersiz inanışının egzersiz davranış değişimleri üzerine etkilerinin incelenmesi.* Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara,
- Döner, E. (2019). *Diyabetik Ayağı Olan Hastaların Hastalığa ve Sağlığa İlişkin Tutumları ile Hastalığı Kabul Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi.* Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir.
- Duman, A. (2021). *Beden Eğitimi ve Spor Ana Bilim Dalı. Öğretmenlerin Spora Yönelik Tutumlarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi (Bayburt İli Örneği).* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bayburt Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Bayburt.
- Edgar, T. (1988). Evaluation Longitudinale de Traits de Personnalite de Sportifs et de Non Sportifs. *International Journal of Sport Psychology.* Sayı. 19, 2.
- Erol, H., Özdemir, A. (2014). Türkiye’ de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi,* 4(1), 9-34.

- Ersin, F. Bahar, Z. (2012). Sağlığı Geliştirme Modelleri' nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Literatür Derlemesi. Dokuz Eylöl Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. Cilt. 5. Sayı. 1, 28-38.
- Ersoy, G. (2004). Egzersiz ve spor yapanlar için beslenme. 3. Baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Ertaş, M. F. (2021). Yerel Yönetimlerde Sağlık Hizmetleri Uygulamalarının Karşılaştırılmalı Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Sağlık Yönetimi.
- Ertözün, E., Karaküçük, S. (2014). Sağlık inanç modeli perpektifinde sportif rekreasyon aktivitelerine bakış. *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. Cilt. 19. Sayı. 1-4, 1-9.
- Esparza-Del Villar, O. A., Montañez-Alvarado, P., Gutiérrez-Vega, M., Carrillo-Saucedo, I. C., Gurrola-Peña, G. M., Ruvalcaba-Romero, N. A. (2017). Ochoa-Alcaraz, S. G. Factor structure and internal reliability of an exercise health belief model scale in a Mexican population. *BMC public health*, 17(1), 229.
- Eyüboğlu, İ. Z. (2004). Türk Dilinin Etimolojisi Sözlüğü. İkinci Baskı, Sosyal Yayınlar, Ankara.
- Euract Statement on Selection of Trainers and Teaching Practices for Specific Training in General Practice. The European Academy of Teachers in General Practice, Tartu 2002, pp.11-12.
- Fingeld DL, Wongvatunya S, Conn VS, Grando VT, Russell CL. Health Belief model and reversal theory: a comperative analysis. *Journal of Advanced Nursing* 43(3), 288-297, 2003.
- Glanz, K., Rimer, B. K., Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (1st ed). London: John Wiley ve Sons.
- Gözüm, S., Çapık, C. (2014). Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. *Dokuz Eylöl Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi*. Cilt. 7. Sayı. 3, 230-237.
- Görpeliöğlu, S. (2004). Aile Hekimliği nedir? Ne değildir. *Aktüel Tıp Dergisi*. Mayıs, 9(6): 1-4.
- Göldal, D. (2002). Aile hekimliği uzmanlık eğitimi özet. V. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. Adana, 27-30 Mart 2002; 246-250.

- Gristwood, J. (2011). Applying the Health Belief Model to Physical Activity Engagement Among Older Adults, *Illuminare: A Student Journal in Recreation. Parks and Leisure Studies*. Cilt. 9. Sayı. 1, 59-71.
- Grubbs, L. M., Tabano, M. (2000). Use of Sunscreen in Health Care Professionals: The Health Belief Model. *Cancer Nursing*. Cilt. 23. Sayı. 3, 164-167.
- Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., ve Bull, F. C. (2018). Worldwide Trends in Insufficient Physical Activity From 2001 to 2016: A Pooled Analysis of 358 Populationbased Surveys With 1• 9 Million Participants. *The Lancet Global Health*. Cilt. 6. Sayı. 10, 1077-1086.
- Gümüş, Y., Kitiş, Y. (2015). Egzersiz Davranış Deęiőimini Ölçeklerinin Geçerlik ve Güvenirliği. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. Cilt. 2. Sayı. 3, 1-19.
- Haase, A., Steptoe, A., Sallis, J. F., & Wardle, J. (2004). Leisure-time Physical Activity in University Students from 23 Countries: Associations with Health Beliefs, Risk Awareness, and National Economic Development. *Preventive Medicine*. Cilt. 39. Sayı. 1, 182-190.
- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. Türkiye Sağlık Raporu 2014. *Hasuder*. 2014; 8: 20-21.
- Hochbaum, G. M. (1958). *Public Participation in Medical Screening Programs: A Sociopsychological Study*. Washington: Government Printing Office.
- [http://www.bsm.gov.tr/aile\\_hecimligi](http://www.bsm.gov.tr/aile_hecimligi). Erişim Tarihi: 01.05.2021.
- [https://cdn.acikogretim.istanbul.edu.tr/auzefcontent/20\\_21\\_Bahar/saglik\\_politikalari/1/index.html#konu-3](https://cdn.acikogretim.istanbul.edu.tr/auzefcontent/20_21_Bahar/saglik_politikalari/1/index.html#konu-3). Erişim Tarihi: 04.11.2021
- <http://www.nenedir.com.tr>. Erişim Tarihi: 29.04.2021.
- <http://www.saglik.gov.tr>. Erişim Tarihi: 01.05.2020.
- <http://www.sağlık.gov.tr>. Sağlık Bakanlığı, Erişim Tarihi: 11.05.2021.
- <http://www.sağlık.gov.tr>. Sağlık Politikaları Erişim Tarihi: 11.05.2021
- İmamoğlu, C. (2011). *Aktif Olarak Spor Yapan ve Yapmayan Lise Öğrencilerinin Beden Eğitimi Dersine Karşı Tutumlarının Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Jeihoni, A. K., Hidarnia, A., Kashfi, S. M., Ghasemi, A., Askar, A. A. (2016). Health Promotion Program Based on the Health Belief Model Regarding Women's

- Osteoporosis. *International Journal of Musculoskeletal Pain Prevention*. Cilt. 1. Sayı. 1, 7-16.
- Joyce, P., Hilliard, M., Cochrane, K., Hood, K. K. (2012). The Impact of Positive Psychology on Diabetes Outcomes: A Review. *Psychology*. Cilt. 3. Sayı. 12, 1116.
- Kabiri, R., Kamarumazan, S., Zulnaidi, H. (2018). Perceived Yoga Exercise Benefits And Barriers Of University Students By Gender: *Results of A Survey Research*. 4(2): 39-46.
- Kahraman, G., Baş, T., Akbolat, M. (2015). Obeziteye Yönelik Tutum ve İnançların Geliştirilmesinde Sağlık Programlarının Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(2): 89-98.
- Kalkavan, A., Özkara, A. B., Alemdağ, C., Çavdar, S. (2016). Akademisyenlerin Fiziksel Aktiviteye Katılım Düzeyleri Ve Obezite Durumlarının İncelenmesi. *International Journal of Science Culture and Sport (IntJSCS)*. 4(3), 329 - 339.9
- Karadağ, S. (2012). *İlköğretim 8. Sınıf ve Lise 11. Sınıf Öğrencilerinin Beden Eğitimi Dersine İlişkin Tutumlarının Çeşitli Değişkenlere Bağlı Olarak Karşılaştırılması (Kırıkkale Örneği)*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Kırıkkale.
- Kayri, M. (2009). Araştırmalarda Gruplar Arası Farkın Belirlenmesine Yönelik Çoklu Karşılaştırma (Post-Hoc) Teknikleri. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(1), 51-64.
- Kim, Y.-B., Park, C.-M., Kim, H.-H., ve Han, C.-H. (2010). Health Behavior and Utilization of University Health Clinics. *The Journal of Korean Society for School ve Community Health Education*. Cilt. 11. Sayı. 1, 79-91.
- Koçak, S. (2013). *Fiziksel Aktiviteye Katılmamanın Arkasında Yatan Nedenler. Türkiye'de Spor Katılımını Arttıracak Uygulamalar*. Ankara: Gökçe Karataş Vakfı Yayınları.
- Kolukısa, Ş., Başkan, A. H., Dönmez, K. H. (2019). *Yürüme Egzersizi Yapan Bireylerin Egzersiz Yapma Beklentilerinin Araştırılması Investigation of Exercise Expectations of Walking Exercises*. Giresun Üniversitesi, Spor Bilimleri Fakültesi, Giresun.
- Kul, S. (2014). İstatistik sonuçlarının yorumu: p değeri, ve güven aralığı nedir?. *Plevra Bülteni*, 8(1), 11-13.

- Kumar, K. (2017). Importance of Healthy Life Style in Healthy, Sanskrit Vishwavidyalaya, Haridwar, India Submission: November 09, Published: November 15.
- Limaroon, N., Watakakosol, R. (2019). High-school Exercise Intention in Bangkok: An Application of Health Belief Model PSAKU. *International Journal of Interdisciplinary Research*. Vol. 8. No. 2, 2019.
- Lök, S., Lök, N. (2015). Demansta Fiziksel Aktivite ve Egzersiz. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. Cilt. 7. Sayı. 3, 289-294.
- Marcus-Varwijk, A. E., Madjdian, D. S., Vet, E., Mensen, M., Visscher, T., Ranchor, A., Slaets, J., Smith, C. (2019). Experiences and Views of Older People on Their Participation in a Nurse-Led Health Promotion Intervention. *Community Health Consultation Offices for Seniors PLOS ONE*. Cilt. 11. Sayı. 3, 21-36.
- Duane, M., M. D., MHA, Larry, A., Green, M. D., Susan Dovey, M. P. H., Sandy Lai, M. D., Robert Graham, M. D., George, E. (2002). Fryer, PhD. Length and Content of Family Practice Residency Training. *J Am Board Fam Pract*. 15:201– 8.
- Morris, A. S., Robinson, L.R., Hays-Grudo, J., et al. (2017). Targeting Parenting in Early Childhood: A Public Health Approach to Improve Outcomes for Children Living in Poverty. *Child Dev*. Author manuscript; available in pmc, published in PMC, Published in final edited form as: *Child Dev*. Cilt. 88. Sayı. 2, 388- 397. dai: 10.1111/ edev.
- Nahas, M. V., Goldfine, B., Collins, M. A. (2003). Determinants of Physical Activity in Adolescents and Young Adults: The Basics for High School and College Physical Education to Promote Active Lifestyles. *Physical Educator*. Cilt. 60. Sayı. 1, 42- 56.
- Nowosielski K, Hadzik A, Gorna J, Grabara M. (2016). Applying The Health Belief Model in Explaining the Stages of Exercise Change in Older Adults. *Pol. J. Sport Tourism*. Sayı. 23: 221-225.
- OECD. (2008). Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye. Dünya Bankası.
- OECD, World Bank. (2008). OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye, OECD ve IBRDE 14, 15-43.
- Olesen, F., Fleming, D. (1988). Patient registration and controlled access to Secondary care. Prerequisites for integrated care. *European Journal of General Practice*, 4(2): 81-3.

- Olgun, N., Altun, Z. (2012). Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Diyabet Hastalarının Bakım Uygulamalarına Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. Cilt. 19. Sayı. 2, 46-57.
- Özer, D., Baltacı, G. (2008). *İş Yerinde Fiziksel Aktivite, Fiziksel Aktivite Bilgi Serisi*. Ankara: Klasmat Matbaacılık.
- Peker, A. T., Zengin, S. (2019). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Spor Sağlık İnanç Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Ekev Akademi Dergisi*. Sayı. 77, 45-56.
- Pettee, K. K., Storti, K. L., Ainsworth, B. E., Kriska, A. M. (2009). Measurement of physical activity and inactivity in epidemiologic studies. Oxford University Press, 15-33.
- Petro-Nustas W, Mikhail BI. (2002). Factors associated with breast self-examination among Jordanian Women. *Public Health Nursing*. Cilt. 19. Sayı. 4, 263-271.
- Piercy, K. L., Troiano, R. P., Ballard, R. M., Carlson, S. A., Fulton, J. E., Galuska, D. A., Olson, R. D. (2018). The Physical Activity Guidelines for Americans. *Jama*. Cilt. 320. Sayı. 19, 2020-2028. doi:10.1001/jama.2018.14854
- Polat, Y. (2020). *Fırat Üniversitesindeki Kadın Akademisyenlerin Spora Yönelik Tutumlarının Araştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.
- Rakel, R. E. (2002). The Family Physician. In Rakel RE (Ed): Textbook of Family Practice 6 th Edition. Philadelphia, W.B.Saunders Company, pp 3-18.
- Rao, R. S. P., Nair, S, Nair, N. S., Kamath, V. G. (2005). Acceptability and Effectiveness of a Breast Health Awareness of a Breast Health Awareness Programme for Rural Women in India. *Indian Journal Medicine Science*. Sayı. 599, 398-402.
- Redding, C. A., Rossi, J. S., Rossi, S. R., Velicer, W. F., Prochaska, J. O. (2000). Health Behavior Models. The International *Electronic Journal of Health Education*. Sayı. 3, 180-193.
- Rohleder, P. (2012). *Critical Issues in Clinical and Health Psychology*. London: SAGE Publications Ltd.
- Sağlık Bakanlığı, (SB) (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Ağustos 2008. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749, Ankara.
- Salmon, J., Booth, M. L., Phongsavan, P., Murphy, N., Timperio, A. (2007). Promoting physical activity participation among children and adolescents. *Epidemiologic Reviews*. Sayı. 1, 16

- Sarıca, M. (2019). *Üniversite Öğrencilerinin Spora Karşı Tutumlarının Araştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Burdur.
- Seif, N. Y., Aziz, M. A. (2000). Effect of Breast Self-Examination Training Program on Knowledge, Attitude and Practice of a Group of Working Women. *Journal of the Egyptian National Cancer Institute*. Cilt. 12. Sayı. 2, 105-110.
- Sevinç, S. (2016). Miyokart İnfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Yaşam Şekli Değişikliği: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. *Journal of Cardiovascular Nursing*. Cilt. 7. Sayı. 14, 147-152.
- Singh, R. K. C., Devi, K. S. (2013). Attitude of Higher Secondary Level Student Towards Games and Sports. *International Journal of Physical Education, Fitness and Sports*. Cilt. 2. Sayı. 4.
- Sipahi, B., Yurtkoru, E. S., Çinko, M. (2010). Sosyal bilimlerde SPSS'le veri analizi (3. baskı). İstanbul: Beta.
- Sivrikaya, Ö., Kılçık, M. (2017). İlköğretim okulları 2. kademe öğrencilerinin beden eğitimi ve spor dersine ilişkin tutumlarının belirlenmesi (Düzce örneği). *CBÜ Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. Cilt. 12. Sayı. 1, 1-15.
- Skinner, T. C., John, M., Hampson, S. E. (2000). Social support and personal models of diabetes as predictors of self-care and well-being: a longitudinal study of adolescents with diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*. 25(4), 257-267.
- Somunoğlu, S. (1999). Kavramsal Açıdan Sağlık. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. Cilt. 4. Sayı. 1, 51-62.
- Soyluoğlu, B. (2003). Çağdaş Sağlık Anlayışı. <http://bilheal.bilkent.edu.tr/aykonu/Ay2003/kasim03/cagdasaglik.html>. Erişim Tarihi: 15.01.2020.
- Starfield, B., Lemke, K.W., Bernhardt, T., Foldes, S.S., Forrest, C.B., & Weiner, J.P., (2003). Comorbidity: Implications for The Importance of Primary Care in 'Case' Management. *Ann Fam Med*. 1(1):8-14.
- Sülkü, S. N. (2011). Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın No:2011/414.
- Şekerci, Y. (2018). Egzersiz Alışkanlığına İlişkin Değişim Aşamaları Kavram Analizi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. Cilt. 15. Sayı. 2, 117-122.
- Şentürk, H. E. (2015). Sportif tutum ölçeği: geliştirilmesi, geçerliliği ve güvenilirliği. *CBÜ Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 7(2), 8-18.


- Tabachnick, B., Fidell, L. (2013). Using Multivariate Statistics, 6th International Edition (Cover) edn. New Jersey: Sage Publications, Thousand Oaks.
- Taylor, C., Lillis, C, Lemane ,P., Lynn, P. (1997). *Fundamentals of Nursing the Art and Science of Nursing Care* (3th. edition). New York: J.B. Lippincott Company.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Erişim. [http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2014.pdf](http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2014.pdf) Erişim tarihi: 30.11.2021.
- TC 58. Hükümet Acil Eylem Planı. (2003). (<https://www.linux.org.tr/wp-content/uploads/2010/04/AcilEylemPlani.pdf>) Erişim Tarihi: 18.08.2021
- Tekin, F. (1987). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı Sorunu”. 3. *Türkiye Maliye Eğitimi Sempozyumu*. Gebze, 23-26 Nisan.
- Tudor-Locke, C., Craig, C. L., Aoyagi, Y. et al. (2011). How Many Steps/Day are Enough? For Older Adults and Special Populations. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. Sayı. 8, 80.
- Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği. 21-22 Aralık 2002 Çalıştayı Sonuç Bildirgesi, Ankara.
- TÜSİAD. (2004). Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri. TÜSİAD Basın Bülteni, [www.sgk.gov.tr](http://www.sgk.gov.tr); Erişim Tarihi: 13.05.2021.
- Janz, N. K., Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education Quarterly*. Cilt. 11. Sayı. 1, 1-47.
- UEMO 2004 Policy Document on Specialist Training. (2004). UEMO 2004/034.
- U.S. Department of Health and Human Services, (1998). Lowering Blood Pressure with Dash. National Institutes of Health. National Heart Lung and Blood Institute NIH. Publication Originally Printed Revised 2006. No: 06-4082, 1-64.
- Ünlüoğlu, İ. (2004). Dünyada ve Türkiye’de aile hekimliğinin gelişimi. *Aktüel Tıp Dergisi*. 9(6): 5-9.
- Ünsal, A. (2017). Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, Çevre, Sağlık ve Hastalık, Hemşirelik. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. Cilt. 1. Sayı. 1, 11-25.
- Van Kim, N. A., Nelson, T. F. (2013). Vigorous Physical Activity, Mental Health, Perceived Stress, and Socializing Among College Students. *American Journal of Health Promotion*. Cilt. 28. Sayı. 1, 7-15.

- Varol, R. (2017). *Üniversite Öğrencilerinin Spora Yönelik Tutumları ve Kadınların Spor Etkinliklerine Katılımlarına Dair Görüşlerinin İncelenmesi (Bartın Üniversitesi Örneği)*. Yüksek Lisans Tezi, Bartın Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Bartın.
- Wonca Avrupa 2005 Aile Hekimliği Avrupa Tanımı Türkçe Çevirisi, (2003). Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları-3.
- World Health Organization (WHO), (2006). Basic documents, 47th ed. World Health Organization. Erişim 01.12.2020, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44192>.
- World Health Organization (WHO), (2009). Europe. Physical activity and health in Europe - Evidence for action. Copenhagen, Denmark.
- World Health Organization (WHO), (2017). Regional Office for Europe. The challenge of obesity - quick statistics.
- Yangı, D. T., Görpeliöğlu, S., T. M. (2018). Aile Hekimlerinin Periyodik Muayene Rehberine Yönelik Bilgi Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Türk Aile Hekim Derg. 2018;22(3):104–17.
- Yılmaz, M. D. (2019). *Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Zengin, S. (2013). *Çocuk ve Gençlik Merkezlerinde Hizmet Alan 12-18 Yaş Arası Erkek Çocukların Beden Eğitimi ve Spor Dersine İlişkin Tutum Düzeyleri ile Benlik Saygılarının İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Zorba, E. (2020). COVID-19 Salgını Döneminde Egzersizin Yaşam Kalitesine Etkisi. *International Journal of Contemporary Educational Studies (IntJCES)*. Cilt. 6. Sayı. 1, 127-135.

## EKLER

### Ek 1. Etik Kurul Onay Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 16/05/2021-12977

T.C. MARDİN ARTUKLU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ		
	ÜNİVERSİTE BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU KARARI	Dok. No: MAU- FRM-01- KARARLAR/02
		İlk Düz. Tar.: 02/01/2020
		Rev. No/Tar.: 00/...
		Sayfa: 1/1

OTURUM YILI	OTURUM SAYISI	OTURUM TARİHİ	OTURUM SAATİ
2021	4	04.05.2021	14:00

Üniversitemiz Etik Kurulu, Rektör Yardımcımız Prof. Dr. Mehmet Cemal OĞUZ Başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

#### GÜNDEM 9:

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Fidan KILIÇ'ın vermiş olduğu 12.04.2021 tarihli dilekçesi ile sorumlu araştırmacısı olduğu "*Aile Hekimlerinin Spora Yönelik Tutumları ve Egzersiz Sağlık İnançlarının Değerlendirilmesi*" başlıklı tanımlayıcı araştırmanın etik açıdan değerlendirmesi,

#### KARAR 9:

Kurulumuzca yapılan değerlendirme sonucu; Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Fidan KILIÇ'ın vermiş olduğu 12.04.2021 tarihli dilekçesi ile sorumlu araştırmacısı olduğu "*Aile Hekimlerinin Spora Yönelik Tutumları ve Egzersiz Sağlık İnançlarının Değerlendirilmesi*" başlıklı çalışmasının etik açıdan değerlendirilerek uygun olduğu görüş ve kanaatine oy birliği ile karar verilmiştir.

İsmail YILDIRIM  
Resmî Daire Başkanı

## Ek 2. Egzersiz Sağlık İnanç Modeli ve Spora Yönelik Tutum Ölçeği

### AİLE HEKİMLERİNİN SPORA YÖNELİK TUTUMLARI VE EGZERSİZ SAĞLIK İNANÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ HAKKINDAKİ ANKET FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, siz birinci basamak aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hekimlerin spora katılımlarınız, spora yönelik tutumlarınız ve egzersiz sağlık inançlarınızı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılacaktır. Araştırma gönüllük esaslı olup size ait bilgiler herhangi biriyle paylaşılmayacaktır. Bu araştırma kapsamında toplanan veriler bilimsel yazına katkı sunacaktır. Dolayısıyla ankette her soruya vereceğiniz yanıt son derece önemlidir. Anketteki tüm soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur. Önemli olan sizin ne düşündüğünüzdür. Bundan dolayı aşağıda bulunan sorulara verilen her bir cevabın bilimsel bir çalışmayı mutlak derecede etkileyeceğinden, siz değerli katılımcılardan size en uygun seçeneği işaretlemeniz ve açık uçlu sorularda belirtilen yerleri doldurmanız istenmektedir.

Katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

**Fidan KILIÇ**  
MAÜ Lisansüstü Enstitüsü Yük. Lis. Öğr.

**Doç. Dr. C. Gülbin ESKİYECEK**  
MAÜ BESYO Ant. Eğt. Böl.  
Yüksek Lisans Tez Danışmanı

\*Yaşınız:.....

\*Boy Uzunluğunuz:.....cm

Vücut Ağırlığınız:.....kg

\*Cinsiyetiniz:  Kadın

Erkek

\*Medeni durumunuz:  Evli

Bekâr

Boşanmış

\*Gelir durumunuz:.....

\*Gelir düzeyinizi belirtmek istemezseniz eğer lütfen aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyiniz:

Gelir giderden az

Gelir gidere eşit

Gelir giderden fazla

\*Görev yaptığınız yer: Merkez(Artuklu)

Değil ise lütfen görev yaptığınız ilçeyi belirtiniz:

.....

\*Sigara içiyor musunuz?  Evet

Hayır

İçiyor iseniz: Günde kaç adet?.....

Kaç yıldır?.....

Daha önce içip bıraktıysanız lütfen belirtiniz:.....adet/yıl

\*Kamu alt grubu:  Aile Hekimi

Uzman Aile Hekimi

\*Günlük bakılan ortalama hasta sayınız:

60-70

71- 80

81- 90

91- 100

101 ve üstü

\*Kişi bazında ortalama muayene süreniz:

1-4 dk

5-9 dk

10-14 dk

\*Düzenli olarak yaptığımız herhangi bir spor aktivitesi/egzersiz veya katıldığımız bir spor faaliyeti var mı?

Evet

Hayır

\*Yanıtınız evet ise bu aktivitenin ne olduğunu (adını) ve süresini lütfen belirtiniz:

.....  
.....  
.....

\*Yanıtınız evet ise ne kadar sıklıkta yaptığınızı lütfen belirtiniz:

Her gün düzenli

Haftada 1-2

Haftada 3-4

2 haftada

Düzensiz

\*Algılanan sağlık durumunuz:  İyi

Orta

Kötü

\*Kronik hastalığınız var mı?

Evet

Hayır

Var ise lütfen belirtiniz:

.....

\* Koronavirüs enfeksiyonu geçirdiniz mi?

Evet

Hayır

## EGZERSİZ SAĞLIK İNANÇ MODELİ

Aşağıdaki soruları kendinize en uygun kutucuğa "X" koyarak yanıtlayınız.

	Hiç	Biraz	Oldukça	Sık Sık	Çok Fazla
1. Sağlığınızla ne kadar ilgilisiniz?					
2. Sağlığınızı ne kadar düşünüyorsunuz?					
3. Sağlığınıza ne kadar dikkat ediyorsunuz?					
4. Kalp krizi geçirmek ne kadar ciddi bir durumdur?					
5. Felç geçirmek ne kadar ciddi bir durumdur?					
6. Kanser olmak ne kadar ciddi bir durumdur?					
7. Egzersiz yapmanın yüksek tansiyondan korunmanıza ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
8. Egzersiz yapmanın diyabetten korunmanıza (ya da diyabeti kontrol altına almanıza) ne kadar yardımcı olacağını					
9. Egzersiz yapmanın kalp krizlerinden korunmanıza ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
10. Egzersiz yapmanın felçten korunmanıza ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
11. Egzersiz yapmanın kanserden korunmanıza ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
12. Sizce egzersiz yapmak sizi kilo almaktan ne kadar korur?					
13. Egzersiz yapmanın sağlığınızın daha iyi olmasında ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
14. Gelecekte hastalıklardan korunmak için egzersiz yaparak bedel (zaman ayırmak ve tembelliğin üstesinden gelmek gibi) ödemeye değer mi?					
15. Daha iyi bir sağlığa sahip olmak için egzersiz yapmanın bedelini (zaman harcamak ve tembelliği bırakmak gibi) ödemeye değer mi?					
16. Daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olmak için egzersiz yaparak bedel (zaman ayırmak ve tembelliğin üstesinden gelmek gibi) ödemeye değer mi?					
17. Daha uzun yaşamak için egzersiz yaparak bedel (zamana ayırmak ve tembelliğin üstesinden gelmek gibi) ödemeye değer mi?					
18. Daha iyi görünmek için egzersiz yaparak bedel (zaman ayırmak ve tembelliğin üstesinden gelmek gibi) ödemeye değer mi?					

19. Egzersiz yapmanın zor olduğunu düşünsem de, gelecekte hastalıklardan korunmak için egzersiz yapmaya değer.					
--	--	--	--	--	--

	Hiç düşünmüyorum	Hasta olabileceğime ihtimal vermiyorum	Olabilirim diye düşünüyorum	Büyük ihtimalle olacağımı düşünüyorum	Kesinlikle olacağımı düşünüyorum
20. Yüksek tansiyon hastası olabileceğinizi düşünüyor musunuz?					
21. Diyabet (şeker hastası) olabileceğinizi düşünüyor musunuz?					
22. Kalp krizi geçirebileceğinizi düşünüyor musunuz?					
23. Felç geçirebileceğinizi düşünüyor musunuz?					
24. Kanser olabileceğinizi düşünüyor musunuz?					
25. Kilo olabileceğinizi düşünüyor musunuz?					

### SPORA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ

	Asla Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Evim işyerine çok uzak değil ise yürüyüş ya da bisikleti tercih ederim.					
2. Sporu manevi olduğu kadar maddi kazanç için de yaparım.					
3. Spor yapmadığım günler kendimi ruhen eksik hissederim.					
4. Sporun fiziksel, fizyolojik ve psikolojik faydaları olduğuna inanırım.					
5. Spor faaliyetlerine zorlama olmadan gönülden katılırım.					
6. Kurum takımlarında her zaman yer almak isterim.					

7. Spordaki başarımın en az işteki başarım kadar olmasını isterim.					
8. Spor ağırlıklı yayın yapan televizyon kanallarını tercih ederim.					
9. Sadece tek bir spor branşına değil birden çok branşa ilgi duyarım.					
10. Haftada en az bir gün fiziksel aktivite (spor) yaparım.					
11. Yaz aylarında günlerimi spor yaparak geçiririm.					
12. Diğer arkadaşlarımı da spor yapmaya teşvik ederim.					
13. Sportif başarımın getirdiği sosyal statü beni gururlandırır.					
14. Büyük spor organizasyonlarını (olimpiyat vb.) keyifle takip ederim.					
15. Spor yapmak için ille de yanımda birinin olması gerekmez.					
16. Yaptığım sporu elit (milli) sporcu olarak yapmayı hep hayal etmişimdir.					
17. Spor faaliyetlerine, uzman kişiler yönetmese de katılımcı olurum.					
18. Sporun hayattan zevk alma amacı olarak görürüm.					
19. Sporun zararlı alışkanlıklardan uzak durmamda etkisi vardır.					
20. Branşımın en iyi sporcularını kendime rol model alırım.					
21. Evden dışarı çıkamadığım zamanlarda ev şartlarında aktivite yaparım.					
22. Boş zamanlarımı spor ile değerlendiririm.					
23. Katılımcı olamadığım spor dallarını da izlemekten keyif alırım.					
24. Spor ortamında kişiliğimin daha da güçlendiğini hissederim.					
25. En sağlam dostlukların spor ortamında doğduğuna inanırım.					

### Ek 3. Mardin İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi

#### MARDİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Mardin Artuklu Üniversitesi - Sosyal Bilim. Enst tarafından bir araştırma anketi nedeniyle müdürlüğünüze başvurma gereği hasıl olmuştur. Araştırma birinci basamak sağlık kuruluşu olan Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan hekimlerin, spora katılımları yönündeki tutumları ve egzersiz sağlık inançlarının incelenmesi konusunu içermekte olup 2021 yılında Mardin ili merkezinde ve on ilçesinde bulunan ortalama 350 civarındaki aile hekimleri üzerinde yapılması planlanmaktadır.

Gönüllülük esaslı olarak yapılması planlanan bu çalışmada veri toplama aracı olarak elden anket formu uygulanacaktır. Ankette katılımcıların sosyo -demografik özelliklerine yönelik sorularla ( cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk durumu, gelir durumu, kronik rahatsızlık, algılanan sağlık durumu vb.) beraber iki ayrı anket formu da uygulanacaktır. Böylelikle aile hekimlerinin spora yönelik tutum algısı ile bunlar üzerinde etkili olan özellikler ve spora yönelik tutum ölçeği ilişkisi başlığı altında, uygulanacak olan ölçekler, aile hekimlerinin spora katılım durumu, spor yapma sıklıkları, katılım gösterdiği spor dalı, spor yapmak için ayrılan süre, spor aktivitelerinin gerçekleştiği alan ve spora yönelik tutum ölçeği ilişkisi üzerinden ekte sunduğumuz anket soruları hazırlanmıştır. Aynı zamanda, hekimlerin hastalarına fiziksel aktivite önerisinde bulunurken, kendi yaşamlarında fiziksel aktiviteye ne kadar yer verdiklerine ve hastalarına sportif aktiviteyi neden tavsiye ettiklerine dair bilgilere ulaşmada ışık tutacaktır.

Bu bağlamda yapılacak olan, bu araştırmanın benzer alanda ve konuda çalışma yapacak olan araştırmacıları aydınlatacağı ve ortaya çıkacak bulguların literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla da, aile hekimlerinin egzersiz davranışlarına ilişkin elde edilen verileri ile egzersiz sağlık inanç model ölçeği arasında bağlantı kurulmaya çalışılacaktır.

Bu nedenle uygun görülmesi dahilinde gerekli izinlerin verilmesini arz ederiz.

05/04/2021

Fidan KILIÇ

M. A.Ü Sosyal Bilim. Enst. Yüksek Lisans Öğr

Adres:

Telefor

Mail: fi  
c

EK: Egzersiz Sağlık İnanç Örneği

Anket Formu

MARDİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - MARDİN İL  
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ EVRAK BİRDİMİ  
05/04/2021 15:46 / E-97039072-000-4561 /  
00138074399  
MARDİN KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ  
BAŞKANLIĞI

## Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Aile Hekimlerinin Spora Yönelik Tutumları ve Egzersiz Sağlık İnançlarının Değerlendirilmesi”dir. .Bu çalışma, Antrenörlük Eğitimi Bölümü öğretim elemanlarından Doç. Dr. C.Gülbin ESKİYECEK’in tez danışmanlığını yaptığı Fidan KILIÇ tarafından yürütülen bir çalışmadır. Bu çalışmanın amacı, Mardin il merkezi ve ilçelerinde görev yapan aile hekimlerinin spora yönelik tutumları ve insanların sağlığına yönelik davranış tutumu olarak ifade edilen, sağlık inanç modeli üzerine düşüncelerinin belirlenmesidir. Bu çalışmaya katılırsanız sizden 15 dakika kadar zaman ayırmamız istenecektir. Bu çalışmada sizden sosyo- demografik özelliklere yönelik sorular ile iki farklı ölçekteki sorulara uygun ve doğru cevaplar vermeniz beklenmektedir. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmeyecektir. Cevaplarınız tamamen gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve elde edilecek bilgiler bilimsel yayımlarda kullanılacaktır.

Çalışma, kişisel rahatsızlık verecek unsurlar içermemektedir. Ancak, çalışma sırasında sorulardan ya da herhangi bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz çalışmayı yarıda bırakabilirsiniz. Çalışma sonunda, bu çalışmayla ilgili sorularınız cevaplanacaktır. Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak ve sorularınız için Fidan KILIÇ yüksek lisans öğrencisi 0 507 5690669 ve fidanurettin@gmail.com ile iletişim kurabilirsiniz.

*Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.*

Ad-Soyad

Ahmet Yılmaz

Tarih

10/06/2021

İmza

## ÖZGEÇMİŞ

### 1. Bireysel Bilgiler

- Adı Soyadı: Fidan KILIÇ
- Uyruğu: T.C.
- Çalıştığı Kurum: Gaffar Okkan Anadolu Lisesi

### 2. Eğitimi

- **Lisans:** Dicle Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği /Antrenörlük Bölümü (2015-2012)
- **Yüksek Lisans:** Artuklu Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı (2019-halen)
- **Yabancı dili:** İngilizce

### 3.Mesleki Deneyimi / Antrenörlük Belgeleri

Vehbi KOÇ İlköğretim Okulu Gönüllü Antrenörlük

3.Kademe Antrenörlük belgesi (2017)