

Birinci basamak hekimleri yaşam tarzı değişikliklerinde ne kadar kararlı?

How much are primary care physicians determined regarding lifestyle changes?

Tolga Günvar¹, Emel Kuruoğlu², Aynur Toksun³, Armağan Erdem⁴, Dilek Güldal⁵

Özet

Amaç: Sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinin (SYTD) hayata geçirilmesinde kilit önem taşıyan birinci basamak hekimlerinin bu konudaki tutum, düşünce ve davranışlarının saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: İzmir'de aile sağlığı merkezlerinde çalışan 291 hekime SYTD ile ilgili tutum, davranış ve düşüncelerini araştıran 14 soruluk bir anket uygulandı.

Bulgular: Katılımcıların %60.5'i SYTD danışmanlığının öncelikli görevleri olduğunu düşünürken % 87.5'i HT, DM gibi kronik bir hastalık durumunda SYTD ile ilgili daha fazla bilgi verdiğini ifade etti. Pratikte ilaç kullanmayı daha çok tercih eden hekimlerin %73.5'i, hastaların da SYTD yerine ilaç kullanmayı tercih ettiğini düşünmekte idi (p=0.000). Hastaların önerilerine tümüyle uyduğunu ifade eden hekimlerin %68,6'sı her hastasına gerekli bilgileri eksiksiz olarak verdiğini (p=0.002), %71.4'ü hastaları ile her karşılaşmasında SYTD ile ilgili konuştuklarını (p=0.004), %40.0'i SYTD için yeterli zaman ayırdıklarını (p=0.006) belirttiler. Öte yandan hastalarına eksiksiz bilgi verdiklerini ifade eden hekimlerin %16.0'sı, hastaları ile her karşılaşmasında SYTD hakkında konuştuklarını ifade eden hekimlerin %19.2'si ve hastalarına SYTD konuşabilmek için yeterli zaman ayırdığını ifade edenlerin %18.9'u hastaların SYTD önerilerine uydıklarını düşünmektedir.

Sonuç: SYTD birinci basamak hekimleri tarafından önemli bulunmasına rağmen kronik hastalıklar dışında yeterince davranışa yansımaktadır. Bu konudaki engeller saptanmalı ve giderilmelidir.

Anahtar sözcükler: Yaşam tarzı değişikliği, birinci basamak, hekim tutumu.

Summary

Objective: To explore attitudes, behaviors and thoughts of primary care physicians regarding healthy life style changes (HLSC) in which they have a critical role in its implementation.

Methods: A questionnaire consisting of 14 questions related with attitudes, behaviors and thoughts regarding HLSC, was applied to 291 primary care physicians practicing in family health centers in Izmir.

Results: Of the participants, 60.5% felt that they are responsible from HLSC more than any other physicians. The ratio of physicians who stated that they especially emphasized HLSC in case of a chronic condition such as HT or DM was 87.5%. Among the physicians who choose to use medication instead of HLSC, 73.5% also thought that their patients preferred to use drugs instead of HLSC (p=0.000). Physicians who thought that their patients comply with their recommendations were more likely to state that they provide accurate information on each visit. On the other hand physicians who thought that they provide a accurate information on each visit were not likely to think that their patients complied with their recommendations.

Conclusions: Although primary care physicians believe that HLSC are important, this thought does not reflect to their practice. Reasons of this gap between thought and practice should be investigated.

Key words: Lifestyle changes, primary care, physician's attitude.

Sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinin (SYTD) hayata geçirilmesi tedavide ve sağlığın geliştirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Koroner kalp hastalığında kalp krizi ya da kalp cerrahisi ardından sigaranın bırakılması ölüm riskini üç kat azaltmakta ve en az kolesterol düşürücü ilaçlar kadar etkili olduğu düşünülmektedir.^[1]

Koroner arter hastalığında, egzersiz temelli bir kalp rehabilitasyon programı hem kardiyak, hem de toplam mortaliteyi anlamlı derecede düşürmektedir.^[2] Bozulmuş glikoz toleransında uygulanan yaşam tarzı değişikliği diyabetin (DM) önlenmesi ve denetiminde tüm yapılabilecekler arasında maliyetine göre en etkin müdahaledir.^[3]

¹⁾ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Öğr. Gör. Uzm. Dr., İzmir

²⁾ Dokuz Eylül Üniversitesi Fen Fakültesi İstatistik Bölümü, Yrd. Doç. Dr., İzmir

³⁾ Konak 21 No'lu Çimentepe Aile Sağlığı Merkezi, Dr.,

⁴⁾ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Arş. Gör. Dr., İzmir

⁵⁾ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., İzmir

Dünya Sağlık Örgütü 1980'li yılların ikinci yarısında koruyucu sağlık hizmetlerini daha geniş bir çerçevede ele alarak sağlığı geliştirme kavramını gündeme getirmiştir. Sağlığı geliştirme, tam bir fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik haline ulaşma hedefindeki bireylerin, sağlıkları üzerindeki denetimlerini artırarak sağlıklı davranışları benimsemeleri ve sağlıklı bir sosyal ortam sağlayıp sağlık düzeyini yükseltmek olarak tanımlanabilir.^[4] Bu çerçevede, sağlığın geliştirilmesinde olmazsa olmazlardan biri SYTD'dir. "Sigarayı bırakmak, düzenli egzersiz yapmak, dengeli bir diyet ancak bireyin kendi kararı ve kontrolü ile gerçekleştirilebilir.

Birinci basamak, toplumun büyük çoğunluğunun en sık başvurduğu sağlık hizmetidir.^[5] Aile hekimliğinin bir tıp disiplini olarak sahip olduğu en önemli klinik araçlardan biri, birey ile yineleyen temasların sağladığı güven ilişkisidir. Başvuru sıklığı ve birinci basamak hekiminin hastası ile kurduğu özel ilişki, sağlığı geliştirmek için pek çok fırsat sağlar.^[6] Sağlığı biyolojik psikolojik, sosyal boyutları ile ele alan birinci basamak sağlık hizmeti SYTD'ni en iyi destekleyebilecek alandır.

SYTD pek çok etkenden olumlu ya da olumsuz yönde etkilenebilir; hastanın yaşı, fiziksel durumu, kültürel etkenler vd. Yaşlılarda düşme korkusu ve eşlik edecek birisini bulamamak fiziksel aktiviteyi engeller,^[7] DM'ta hipoglisemi korkusu ve zaman yokluğu^[8] aynı sonuca yol açar. Düzensiz, uzun çalışma saatleri ve ağız tadından vazgeçememe sağlıklı beslenmeyi engelleyebilir.^[9]

SYTD önündeki engeller hastadan ve hekimden kaynaklanabilir: Birinci basamak hekimleri konunun önemini kabul etseler de, bu konuda yeterli çaba harcadıkları söylenemez. Yeterli zamanının olmayışı, ağır iş yükü, bu konuda yeterli bilgi ve eğitime sahip olmadığını düşünmek, hastaların önerileri uygulayacağına inanmamak ve bu etkinlik için herhangi bir geri ödeme almamak bu durumun nedenleri arasındadır.^[5,10]

Araştırmalarda dikkati çeken bir diğer nokta da hekimin sağlık davranışı ile SYTD önerileri arasındaki korelasyondur: Örneğin obez hekim obezite ile ilgili, sigara içen hekim ya da hemşire sigara bırakma yönünde öneri ve danışmanlık vermekte daha az gönüllü davranır.^[5]

Çoğu gelişmiş ülkenin birinci basamak sağlığı geliştirme rehberi, risk tabanlı danışmanlık hizmetine ağırlık verir. Ancak, uygulama bu yönde olmamakta; hekim fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerine ağırlık vermektedir.^[5] Sağlıkta dönüşüm programı birinci basamakta sağlığı koruma ve geliştirme yaklaşımını ön plana çıkaran bir söyleme sahiptir.^[6] Ancak birinci basamak hekimlerinin yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili çabalarının düzeyi yeterince araştırılmamıştır. Çalışmamızın amacı birinci basamak hekimlerinin SYTD ile ilgili tutum ve davranışlarını araştırmaktır.

Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri ile bilimsel etkinlik ve kurslara katılımları

	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	179	61,5
Kadın	112	38,5
Uzmanlık Alanı		
Aile Hekimliği Uzmanı	33	11,3
Pratisyen Hekim	245	84,2
Diğer	13	4,5
Bilimsel Etkinliklere Katılma Sıklığı		
Yılda bir ve daha az	66	22,7
Yılda iki – beş arası etkinlik	162	55,7
Yılda altı – on iki arası etkinlik	52	17,9
Ayda birden fazla	11	3,8
Sigara Bırakma Danışmanlığı Eğitimi		
Aldım	62	21,3
Almadım	229	78,7
Davranışçı Tedavi Eğitimi		
Aldım	29	10,0
Almadım	262	90,0
Bilişsel Davranışçı Tedavi Eğitimi		
Aldım	23	7,9
Almadım	268	92,1

Gereç ve Yöntem

Araştırma İzmir il merkezinde birinci basamak klinik hizmeti veren aile hekimlerine uygulandı. Çalışma popülasyonunun %80 güç ve %95 güven aralığında 286 olması gerektiğini hesaplandı. Araştırmada, İzmir'deki 17 Toplum Sağlığı Merkezi'nden (TSM) rastgele seçilen beşinin aile hekimlerini ele alındı. Gerekli etik kurul onayını ve il sağlık müdürlüğü izni alındı.

Soru formu, yaş, cinsiyet, mezun olunan fakülte, mezuniyet yılı, bilimsel etkinliklere katılma sıklığı ve katıldığı SYTD kurslarını kapsıyordu. Formda, katılımcıların sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinin hayata geçirilmesi ile ilgili davranış, tutum, yeterlilik algıları ve hasta perspektifinden düşüncelerini belirlemeyi hedefleyen 14 ifade vardı. Hekimlerden, Likert ölçeği şeklindeki ifadelere 1 (hiç katılmıyorum) ile 5 (kesinlikle katılıyorum) arasında puan vermeleri istendi.

Veriler SPSS 15.0 programı ile analiz edildi. Değerlendirmede ki-kare ve Spearman korelasyon testleri kullanıldı.

Bulgular

Çalışmaya katılanların yaşları 29 ile 64 arasında, yaş ortalaması 42.8±6.3 idi. Katılımcıların %61.5'i erkek, %84.2'si pratisyen hekimdi. Hekimlerin yaklaşık %80'i yılda iki ya da daha fazla bilimsel etkinliğe katılıyordu. Yaklaşık %20'si sigara bırakma danışmanlığı eğitimi,

%10'u ise davranışçı tedavi eğitimi almışlardı. **Tablo 1** demografik ve bilimsel etkinliklere ilişkin verileri göstermektedir.

Tablo 2 katılımcıların SYTD ile ilgili tutum ve davranışları ile ilgili yanıtlarını göstermektedir. Cinsiyet ve yaş ile bilimsel etkinlik ve eğitimlere katılma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı; ($p>0.05$).

SYTD önerilerinin işe yaradığını düşünen ya da bu konuda kararsız olanlar arasında erkekler daha fazlaydı; ($p=0.027$). İlaç tedavisini tercih etmediğini belirten hekimlerin %78.1'i 41 yaş ve üzerindediydi; ($p=0.012$).

Davranışçı ve bilişsel davranışçı tedavi eğitimi alanlar, kendilerini SYTD oluşturma konusunda daha bilgili görüyor (sırası ile $p=0.026$, $p=0.011$) ve yeterli eğitime sahip olduklarını (sırası ile $p=0.001$, $p=0.003$) düşünüyorlardı.

Kendini, SYTD oluşturmak için yeterli görenlerin %75.0'i eğitim yöntemleri hakkında yeterli bilgiye, %60.2'si yeterli eğitime sahip olduğunu düşünüyordu

($p=0.000$). Bu üç ifade arasında güçlü bir korelasyon saptandı; (Spearman: 0.675; 0.651 ve 0.645 ve $p=0.01$).

SYTD'nin hayata geçirilmesi için bilgisinin yeterli olduğunu düşünenlerin %40.9'u, kendini yeterli görmeyenlerin ise sadece %8.9'u hastaları ile SYTD konusuna yeterli zaman ayırabiliyordu; ($p=0.000$).

Kendisini SYTD oluşturmak için yeterli hissedenlerin %49.4'ü ve bu konuda yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin %48.3'ü, konunun diğer hekimlerden çok kendi görevi olduğunu düşünüyordu; ($p=0.005$ ve $p=0.046$).

SYTD yararlı olsa da pratikte ilaç kullanmayı tercih edenlerin %73.5'i, ilaç kullanmayı tercih etmeyenlerin ise sadece %32.8'i hastaların da SYTD yerine ilaç kullanmayı tercih ettiğini düşünüyordu ($p=0.000$).

Hastalarına SYTD ile ilgili eksiksiz bilgi verdiğini, hastaları ile her karşılaştığında SYTD hakkında konuştuğunu, bu konuda yeterli zaman ayırdığını ifade edenlerin

Tablo 2. Katılımcıların ifadelere verdikleri yanıtlar

İfade	Katılıyorum n (%)	Kararsızım n (%)	Katılmıyorum n (%)
Davranış			
Her hastama gereksinim duyduğum SYTD ile ilgili gerekli bilgileri eksiksiz veriyorum	150 (51.5)	108 (37.1)	33 (11.3)
Günlük pratiğimde hastalarım ile SYTD ile ilgili konuşabilmek için yeterli zaman ayırabiliyorum	74 (25.4)	104 (35.7)	113 (38.8)
HT, DM gibi kronik hastalığı olanlara SYTD hakkında daha çok bilgi veriyorum.	255 (87.3)	27 (9.3)	9 (3.1)
Hastalarım ile SYTD ile ilgili her karşılaştığımda konuşuyorum	130 (44.7)	108 (37.1)	53 (18.2)
SYTD yararlı olsa da pratikte ilaç tedavisini daha çok kullanıyorum	102 (35.0)	125 (43.0)	64 (22.0)
Tutum			
SYTD önerilerinin kişisel düzeyde düşünülmesi hasta uyumu için zorunludur	227 (78.0)	57 (19.6)	7 (2.4)
SYTD oluşturabilmek için toplumsal düzeyde değişiklikler gereklidir	239 (82.1)	42 (14.4)	10 (3.5)
SYTD yaratmaya katkıda bulunmak diğer hekimlerden çok benim görevim	176 (60.5)	74 (25.4)	41 (14.1)
Yeterlilik algısı			
SYTD oluşturmada kullanılacak yöntemler ile ilgili bilgim var	132 (45.4)	114 (38.2)	45 (15.5)
SYTD oluşturmada kullanılacak yöntemler ile ilgili yeterli eğitimim var	86 (29.6)	118 (40.5)	87 (29.9)
Hastalarım da SYTD oluşturmak için kendimi yeterli buluyorum	128 (44.0)	124 (42.6)	39 (13.4)
Hasta perspektifi			
Hastalar SYTD yerine ilaç kullanmayı tercih ediyorlar	163 (56.0)	91 (31.3)	37 (12.7)
SYTD önerilerimin işe yaradığını düşünüyorum	164 (56.4)	100 (34.4)	27 (9.3)
Hastalarım SYTD ile ilgili önerilerime tümü ile uyuyor	35 (12.0)	128 (44.0)	128 (44.0)

Tablo 3. Hekimlerin, kendi davranışlarının hastalar üzerine etkisi ile ilgili düşünceleri

	SYTD önerilerimin işe yaradığını düşünüyorum		Hastalarım SYTD ile ilgili önerilerime tümü ile uyuyorlar	
	Katılıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kararsızım
Hastalarım SYTD ile ilgili eksiksiz bilgi veriyorum	102 (%68.0)	43 (%28.7)	24 (%16.0)	76 (%50.7)
Hastalarım her karşılaştığımda SYTD konuşuyorum	87 (%66.9)	39 (%30.0)	25 (%19.2)	58 (%44.6)
Günlük pratiğimde SYTD ile ilgili konuşmak için hastalarım yeterli zaman ayırıyorum	53 (%71.6)	17 (%23.0)	14 (%18.9)	37 (%50.0)

çoğu SYTD önerilerinin işe yaradığını düşünmektedir; ($p=0.000$). Hastalarına SYTD ile ilgili eksiksiz bilgi verdiğini düşünenler hasta ile her karşılaşmada SYTD hakkında konuştuğunu söylüyor, ancak yeterli zaman ayıranların çok azı hastalarının SYTD önerilerine tümüyle uyduklarını düşünüyordu. Bu hekimlerin yaklaşık yarısı hastaların önerilere uyumu konusunda kararsızdı; (sırası ile $p=0.002$, $p=0.004$ ve $p=0.006$) (Tablo 3).

Hastaların SYTD önerilerine tümüyle uyduğunu ifade edenlerin; %68.6'sı her hastasına SYTD ile ilgili eksiksiz bilgi verdiğini ($p=0.002$), %71.4'ü her karşılaşmada SYTD ile ilgili konuştuğunu ($p=0.004$), %40.0'ı SYTD için yeterli zaman ayırabildiğini ($p=0.006$) belirtti.

Tartışma

Aile hekimleri, sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinin hayata geçirilmesi konusundaki sorumluluklarını benimsemektedirler. Katılımcıların çoğu SYTD'nin öncelikli görevi olduğuna inanmakta, SYTD'nin hayata geçirilebilmesi için bireysel düzeyde düşünülmesi, ancak toplumsal değişimlere gereksinim duyulduğunu ifade etmektedirler. Birinci basamak hekimlerinin SYTD'yi kendi sorumlulukları olarak görmesi, diğer çalışmalarla da desteklenen bir bulgudur.^[5,11,12]

Ancak hekimlerin bu olumlu tutumlarının davranışa dönüşmesi beklendiği gibi olmamıştır. Davranış belirten ifadeler ile tutum belirten ifadeler arasında anlamlı bir ilişki saptanamamış, aralarındaki korelasyon da oldukça zayıf bulunmuştur. Dikkati çeken bir diğer nokta da hastalarına SYTD hakkında konuşmak için yeterli zaman ayırabilenlerin azlığıdır. Davranışçı ve bilişsel davranışçı tedavi eğitimi alanlar, danışmanlık konusunda kendilerini daha yeterli ve bilgili bulsalar da, bu durum, SYTD için zaman ayırmaları ve bunu daha sık gündeme getirmeleri sonucunu vermemiştir. Diğer çalışmaların^[5,10] da vurguladığı zaman kısıtlılığı, tutumun davranışa dönüş-

mesinin önünde önemli bir engel olabilir. Hekimlerin SYTD konusundaki eğitim eksiklikleri de buna katkıda bulunabilir. Ancak kronik bir hastalık söz konusu olduğunda davranış değişmekte, bu hastalara SYTD ile ilgili daha fazla bilgi verilmektedir. Bu durum SYTD danışmanlığının ikincil ve üçüncül koruma yöntemi olarak kullanılmakta olduğunu akla getirmektedir.

Hastalarının, hekim önerilerine tümüyle uyduğunu düşünenlerin oranı oldukça düşüktür. Bununla birlikte, hekimlerin yarıdan fazlası SYTD ile ilgili önerilerin işe yaradığını düşünmektedir. Bu iki ifade arasında zayıf bir korelasyon bulunmaktadır. Önerilerin işe yaradığını düşünenlerin bu önerilere uyan hastalarını mı kastettikleri, yoksa verdikleri danışmanlığın uzun dönemde işe yaradığını mı düşündükleri açık değildir.

Pratikte ilaç kullanmayı tercih edenler, hastaların da ilacı tercih ettiklerini düşünmektedirler. SYTD yerine ilaç kullanmayı tercih edenler, hastaların tercihini de aynı yönde olduğunu düşünebilirler. Nitekim çalışmalar, hekimlerin SYTD ile ilgili davranışlarının hastalarına yaptıkları önerileri ve onlar hakkındaki düşüncelerini etkilediğini göstermiştir. SYTD'nin işe yaradığını, bu konuda yetkin olduğunu düşünenler daha çok SYTD önerisi vermektedirler.^[13] Avrupa'daki çok merkezli bir çalışma,^[5] aile hekiminin, kendi yaşamında uyguladığı olumlu sağlık davranışını hastasına önermeye istekli olduğunu, kendi olumsuz sağlık davranışlarını hastasında gördüğünde ise pek müdahale etmediğini göstermiştir.

Tablo 3, hastalarının SYTD önerilerine uyduğunu düşünenlerden sağlıklı davranışları uyguladığını düşünenlerin oranının anlamlı derecede fazla olduğu anlaşılmaktadır. Ancak, bu hekimlerin çok azı bu tutumun sonuç verdiğini düşünmektedir; önemli bir kısmı bu konuda kararsızdır. Bu sonuçlara göre SYTD'nin hayata geçirilebilmesi için bilgi vermenin ve zaman ayırmanın gerekli olduğu, ancak yeterli olmadığı söylenebilir. Örneğin çalışmamıza katılanlara göre hastaya yeterli zaman ayırmak ile

hastanın ilaç veya davranış değişikliği tercihi arasında da herhangi bir ilişki yoktur. Burada hekimle ilgili olan ve olmayan faktörler söz konusudur: Bazı çalışmalar^[14] şu faktörlerin davranış değişikliğini kısıtladığını göstermiştir; egzersiz yapmak söz konusu olduğunda zaman kısıtlılığı, sağlıklı beslenmek için nasıl bir diyet uygulanacağını bilmemesi, sigarayı bırakmak için bireyin kendisini yeterince güçlü hissetmemesi. Aynı çalışma, gelir düzeyi, işsizlik ve eğitim düzeyinin de sağlık davranışı değişikliğini gerçekleştirirmedi etkili olduğu saptamıştır.

Hasta SYTD'nin önemini bilse ve bazı yaşam tarzı değişiklikleri yapsa da kolayına gelmesi ve başka etkenler sonucu ilaç tedavisini tercih edebilir. Bir çalışmada, irritable barsak sendromu'nda hastaların ilk tedavi tercihlerinin oral ilaçlar olduğunu göstermiştir.^[15] Benzer şekilde, hekimler de öncelikle ilaç tedavisini tercih etmektedirler.^[16] Hekimlerin görüşmelerde olası ilaç yan etkilerine ne kadar zaman ayırdıkları da incelenmesi gereken bir konudur.

Sonuç

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler SYTD'nin hayata geçirilmesini önemli bulmakta ve kendi görevleri olarak görmektedirler. Ancak kronik hastalar dışında, bu düşüncelerini yeterince davranışa dönüştürmemektedirler. Bu konudaki engellerin saptanarak ortadan kaldırılması, SYTD'nin sağlık düzeyinin yükseltilmesine katkısını artırabilir.

Kaynaklar

1. Critchley J, Capewell S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;1:CD003041.
2. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, ve ark. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2004;116:682-92.
3. Li R, Zhang P, Barker LE, Chowdhury FM, Zhang X, Cost-effectiveness of interventions to prevent and control diabetes mellitus: A systematic review. *Diabetes Care* 2010; 33:1872-94.
4. Milestones in Health Promotion/Statements from Global Conferences, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf) (erişim tarihi: 12.11.2010)
5. Brotons C, Björkelund C, Bulc M ve ark. EUROPREV Network. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med* 2005;40:595-601.
6. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm. Aralık 2003 sf 24, 30 <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-9124/h/donusumturk2.zip> (17.02.2011 tarihinde indirilmiştir)
7. Borschmann K, Moore K, Russell M ve ark. Overcoming barriers to physical activity among culturally and linguistically diverse older adults: a randomised controlled trial. *Australas J Ageing* 2010;29:77-80.
8. Brazeau A-S, Rabasa-Lhoret R, Strychar I, Mircescu H. Barriers to physical activity among patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2008;31:2108-2109.
9. Holgado B, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Gibney M, Kearney J, Martínez JA. Barriers and benefits of a healthy diet in Spain: comparison with other European member states. *Eur J Clin Nutr* 2000 54:453-9.
10. Garaulet M, Pérez de Heredia F. Behavioural therapy in the treatment of obesity (I): new directions for clinical practice. *Nutr Hosp* 2009;24:629-39.
11. Laws RA, Kirby SE, Davies GP ve ark. Should I and can I? A mixed methods study of clinician beliefs and attitudes in the management of lifestyle risk factors in primary health care. *BMC Health Serv Res* 2008;26:8:44.
12. McAvoy BR, Kaner EF, Lock CA, Heather N, Gilvarry E. Our healthier nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counselling. *Br J Gen Pract* 1999;49:187-90.
13. El Zeiny NA. Health and lifestyle survey: community's attitudes to health and barriers toward lifestyle change. *J Egypt Public Health Assoc* 2000;75:477-506.
14. Laws RA, Kemp LA, Harris MF, Davies GP, Williams AM, Eames-Brown R. An exploration of how clinician attitudes and beliefs influence the implementation of lifestyle risk factor management in primary health-care: a grounded theory study. *Implement Sci* 2009;13:4-66.
15. Harris LR, Roberts L. Treatments for irritable bowel syndrome: patients' attitudes and acceptability. *BMC Complement Altern Med* 2008;19:8-65.
16. Franke A, Singer MV, Dumitraşcu DL. How general practitioners manage patients with irritable bowel syndrome. Data from a German urban area. *Rom J Intern Med* 2009;47:47-53.

Geliş tarihi: 25.11.2010

Kabul tarihi: 08.04.2011

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Uzm. Dr. Tolga Günvar

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İnciraltı, İzmir

e-posta: tolga.gunvar@deu.edu.tr