

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HALK SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ**

**BİR ÜNİVERSİTENİN ÇALIŞANLARININ BESLENME
OKURYAZARLIĞI VE İLİŞKİLİ ETMENLERİN
İNCELENMESİ**

Gülcan DEMİR ÖZDENK

**Sağlık Eğitimi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2016

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HALK SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ

**BİR ÜNİVERSİTENİN ÇALIŞANLARININ BESLENME
OKURYAZARLIĞI VE İLİŞKİLİ ETMENLERİN İNCELENMESİ**

Gülcan DEMİR ÖZDENK

Sağlık Eğitimi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. L. Hilal ÖZCEBE

ANKARA
2016

Halk Sağlığı Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼'ne:

Bu alışma j¼rimiz tarafından Halk Sağlığı Programında Y¼ksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

J¼ri Başkanı: Prof. Dr. Bilal BAKIR
G¼lhane Askeri Tıp Akademisi Halk Sağlığı AD

Danışman ve Üye: L. Hilal ÖZCEBE
Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü

Üye: Prof. Dr. Sarp ÜNER
Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü

Üye: Yrd. Doç. Dr. Özge KARADAğ ÇAMAN
Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü

Üye: Yrd. Doç. Dr. ř¼kran Nazan KOşAR
Hacettepe Üniversitesi Spor Bilimleri Fak¼ltesi

ONAY:

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisans¼st¼ Eğitim -Öğretim ve Sınav Y¼netmelięi'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki j¼ri üyeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. L. Hilal ÖZCEBE
Enstit¼ M¼d¼r¼

TEŞEKKÜR

Tez sürecimin her aşamasında olduğu kadar yüksek lisans eğitimim boyunca da göstermiş olduğu ilgi, emek, sevgi, sabır, yardım ve desteklerinden dolayı canım hocam, danışmanım ve enstitü müdürümüz Prof. Dr. Hilal ÖZCEBE'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bütün çalışmalarda her türlü soruma sabırla yanıt veren ve yönlendiren Prof. Dr. Sarp ÜNER'e ve yüksek lisans eğitimim boyunca ihtiyaç duyduğum her konuda bana destek veren Halk Sağlığı Enstitüsü'nün değerli akademisyen ve personel kadrosuna teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans hayatım boyunca desteklerini ve sevgilerini esirgemeyen vakit ayıramadığım eşim Serhat ÖZDENK'e, zor anımda her daim yanımda olan ebeveynlerime ve biricik aşkım oğlum Emir Bilgehan ÖZDENK'e çok teşekkür ederim.

Gülcan DEMİR ÖZDENK
Haziran, 2016
Kırşehir

Bu tezimi oğlum Emir Bilgehan ÖZDENK'e ithaf ediyorum.

ÖZET

Demir Özdenk, G. Bir Üniversitenin Çalışanlarının Beslenme Okuryazarlığı ve İlişkili Etmenlerin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü, Sağlık Eğitimi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2016. Ülkemizde sağlıksız beslenmeye ve fiziksel aktivite azlığına bağlı olarak gelişen bulaşıcı olmayan hastalıkların prevalansında artış yaşanmaktadır. Literatürde beslenme okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin beslenme davranışlarının olumlu yönde etkilendiğine dair bilgiler yer almaktadır. Bu tez çalışmasında bir üniversite çalışanlarının beslenme okuryazarlığının değerlendirilmesi ve ilişkili etmenlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini, Kırşehir İli'nde Ahi Evran Üniversitesi'ne bağlı yerleşkelerde memur ve geçici personel olarak çalışan katılımcılar oluşturmaktadır. Kesitsel nitelikteki çalışmanın verileri, tanımlayıcı özellikler, yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı, beslenme alışkanlıkları anket formunun yanı sıra beden kitle indeksi ve uluslararası fiziksel aktivite anketinin (kısa form) yer aldığı veri toplama aracı ile 2015 yılı Kasım ve Aralık ayları içerisinde gözlem altında toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 20.0 programı kullanılarak yapılmış, verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler ve gruplar arası karşılaştırmalarda ki-kare testi kullanılmıştır. Bazı değişkenler ikili lojistik regresyona göre gruplandırılarak veriler analiz edilmiştir. Bu çalışmada ulaşılmaya hedeflenen toplam 554 çalışandan, 301 memur 175 geçici personel olmak üzere toplam 476'sına (%85,92) ulaşılmıştır. Araştırma kapsamındaki çalışanların %67,4'ü erkek olup, yaş ortalaması $36,4 \pm 8,23$ yıldır. Çalışılan grubun %8,4'ü iyi beslenme alışkanlığına, %32,1'i yeterli beslenme okuryazarlığı düzeyine sahiptir bunun yanı sıra %15,8'inin fiziksel aktivite düzeyi aktif bulunmuştur ve çalışanların %68,1'i kilolu ve şişmandır. Çalışanların %47,7'sinin genel beslenme bilgisi, %71,0'ının okuduğunu anlama ve yorumlama, %58,2'sinin besin grupları, %7,4'ünün porsiyon miktarları ve %9,2'sinin gıda etiketi okuma ve temel matematik bölümlerine ilişkin puanlamaları yeterlidir. Beslenme okuryazarlığı düzeyi ön lisans ve üzeri öğrenim durumuna sahip olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Evlilerin beslenme okuryazarlığı düzeyi bekarlardan 2,46 kat daha fazladır ($p < 0,005$). Erkeklerin beslenme alışkanlığı kadınlardan 1,71 kat daha iyidir ($p < 0,005$). Bekarların beslenme alışkanlığının iyi olma durumu evlilerden 2,50 kat daha fazladır ($p < 0,001$). Erkekler kadınlardan 2,24 kat daha aktiftir ($p < 0,001$). Ön lisans ve üzeri öğrenim durumuna sahip olanlara göre ilköğretim ve altı eğitim kurumlarından mezun olanların 2,67 kat, lise mezunlarının 1,81 kat fiziksel aktivite düzeyi "aktif" bulunmuştur ($p < 0,001$, $p < 0,005$). Bekarlar evlilerden 2,04 kat daha aktiftir ($p < 0,005$). Sağlığına iyi ve üzeri düzeyde önem verenler, orta ve altı düzeyde önem gösterenlere göre 1,68 kat daha fazla aktiftir ($p < 0,001$). Yaşın ilerlemesi çalışanların kilolu ve şişman olma riskini 1,06 kat artırmaktadır ($p < 0,001$). Erkeklerin kilolu ve şişman olma riski kadınlardan 2,40 kat daha yüksektir ($p < 0,001$). Fiziksel aktivite düzeyi inaktif olarak bulunanlar aktif olanlara göre "kilolu ve şişman" olma riski 1,76 kat daha fazladır ($p < 0,001$). Beslenme okuryazarlığı ile beslenme alışkanlıkları, beden kitle indeksi ve fiziksel aktivite arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmamıştır. Yetişkinlere yönelik oluşturacak müdahale programlarında, yetişkinlerin beslenme okuryazarlığı becerilerinin geliştirilmesi, beden kitle indeksi değerleri konusunda bilinçlendirilmesi ve fiziksel aktivite düzeyinin artırılması önemli görülmektedir. Aynı zamanda çalışanların beslenme davranışlarının iyileştirilmesi için beslenme ortamlarının düzenlenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yetişkin, Beslenme Alışkanlıkları, Fiziksel Aktivite, Beden Kitle İndeksi, Sağlık Okuryazarlığı.

ABSTRACT

Demir Özdenk, G. Examination of the Nutrition Literacy of the Employees of a University and the Related Factors. Hacettepe University Institute of Public Health, Health Education Programme, MSc Thesis, Ankara, 2016. In our country, an increase in the prevalence of the noncommunicable diseases developing in parallel with the unhealthy nutrition and insufficient physical activities is being experienced. There is information in the literature about the fact that the nutrition habits of the individuals with a high nutrition literacy level are affected in the positive direction. In this thesis study, it is aimed to assess the nutrition literacy of the employees of a university and examine the related factors. The universe of the study consists of the participants who work as officers or temporary staff in the campuses of Ahi Evran University in Kırşehir Province. The data of the cross-sectional study were gathered under observation during November and December months in the year 2015 with the data collection tool containing the body mass index and international physical activity survey (short form), along with the descriptive qualities, evaluation tool of nutrition literacy in adults, and nutrition habits survey form. The assessment of the data was performed by using the SPSS 20.0 programme, and the chi-square test was employed in the comparisons between the descriptive statistics and groups in the data summarization. The data were analyzed by grouping some variables according to the binary logistic regression. Among a total of 554 employees who were targeted to be reached in this study, a total of 476 (85.92%) of them were reached including 301 government officers and 175 temporary staff. 67.4% of the employees within the study were male, and the mean age was $36,4 \pm 8,23$. 8.4% of the studied group had a good nutrition habit, 32.1% of them had an adequate nutrition literacy level; besides, the physical activity level of 15.8% of them was found active and 68.1% of the employees were overweight and obese. The scores for the general nutrition information of 47.7% of the employees, for the reading comprehension and interpretation of 71.0% of them, for the nutrition groups of 58.2% of them, for the amounts of portion of 7.4% of them and for the food label reading and basic mathematics departments of 9.2% of them were adequate. Nutrition literacy level was found to be higher in those with an associate degree and higher educational status ($p < 0,001$). The nutrition literacy level of married individuals was 2.46 times more than that of the single individuals ($p < 0,005$). The nutrition habit of males was 1.71 times better than females ($p < 0,005$). The good nutrition habit of single individuals was 2.50 times more than that of the married individuals ($p < 0,001$). Males were 2.24 times more active than females ($p < 0,001$). The physical activity levels of those who graduated from primary school and lower educational institutions and of the high school graduates were found to be "active" by 2.67 times and 1.81 times, respectively, compared to those with an associate degree and higher educational status ($p < 0,001$, $p < 0,005$). Single individuals were 2.04 times more active than married individuals ($p < 0,005$). Those who care about their health at a good and higher level were 1.68 times more active than those who care about at a medium level and lower level ($p < 0,001$). The advancing age increases employees' risk of being overweight and obese employees by 1.06 times ($p < 0,001$). Males' risk of being overweight and obese is 2.40 times higher than that of females ($p < 0,001$). The risk of being "overweight and obese" of those whose physical activity levels were found inactive is 1.76 times more compared to active ones ($p < 0,001$). No statistically significant results were found between nutrition literacy and nutrition habits, and between body mass index and physical activity. In the intervention program to be formed for adults, it seems important to improve the nutrition literacy skills of adults, to raise their awareness of body mass index values and to increase the physical activity level. Meanwhile, it is necessary to regulate the nutritional environments to improve the nutrition habits of the employees.

Key Words: Adult, Nutrition Habits, Physical Activity, Body Mass Index, Health Literacy.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
TABLolar DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Amaçlar	3
1.2.1. Araştırmanın Kısa Dönemli Amaçları	3
1.2.2. Araştırmanın Uzun Dönemli Amaçları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Sağlıkla İlgili Genel Tanımlar	5
2.2. Sağlık Okuryazarlığı	6
2.3. Sağlık Okuryazarlığını Değerlendirmede Kullanılan Araçlar	8
2.4. Beslenme ile İlgili Genel Bilgiler	10
2.5. Beslenmenin Sağlıkla İlişkisi	11
2.6. Beslenme Okuryazarlığı	13
2.7. Beslenme Okuryazarlığını Değerlendirmede Kullanılan Araçlar	13
2.8. Türkiye’de Beslenme Durumu	14
2.9. Fiziksel Aktivite ile İlgili Genel Bilgiler	16
2.10. Fiziksel Aktivitenin Sağlıkla İlişkisi	18
2.11. Fiziksel Aktivitenin Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar	19
2.12. Türkiye’de Fiziksel Aktivite Durumu	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Yeri	23
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23

3.3. Araştırmanın Tipi	24
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	24
3.4.1. Bağımsız Değişkenler	24
3.4.2. Bağımlı Değişkenler	25
3.5. Araştırmada Kullanılan Terimler, Tanımlar	27
3.6. Araştırmanın Veri Kaynakları	28
3.6.1. Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı	28
3.6.2. Beslenme Alışkanlıkları Puanlaması Anket Formu	29
3.6.3. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Form	29
3.7. Araştırmada Kullanılan Anketin Ön Denemesi	30
3.8. Araştırmanın Veri Toplama Biçimi	31
3.8.1. Antropometrik Ölçümler ve Ölçüm Araçları	31
3.9. Araştırma Verilerinin Analizi	32
3.10. Araştırma İzinleri ve Etik Konular	35
3.11. Araştırmada Karşılaşılan Zorluklar	35
3.12. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	37
4. BULGULAR	38
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	38
4.2. Beslenme Alışkanlıkları, Fiziksel Aktivite ve Beslenme Okuryazarlığı ile İlgili Bulgular	56
4.3. Beden Kitle İndeksi ile İlgili Bulgular	69
5. TARTIŞMA	76
5.1. Tanımlayıcı Özellikler	76
5.2. Beslenme Alışkanlıkları ile İlişkili Etmenler	80
5.3. Fiziksel Aktivite ile İlişkili Etmenler	82
5.4. Beslenme Okuryazarlığı ile İlişkili Etmenler	84
5.5. Beden Kitle İndeksi ile İlişkili Etmenler	87
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	91
6.1. Sonuçlar	91
6.2. Öneriler	93
KAYNAKLAR	94

EKLER

EK 1: Ek Tablolar

EK 2: Anket Formu

EK 3: Beslenme Alışkanlığı Puanlaması

EK 4: Araştırma ile İlgili Resmi İzin Belgeleri



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AEÜ	Ahi Evran Üniversitesi
ark.	Arkadaşları
BAP	Beslenme Alışkanlıkları Puanlaması
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
CDC	ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention)
cm	Santimetre
dk	Dakika
DSO	Doğru Sınıflama Oranı
EINLA	Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı (Evaluation Instrument of Nutrition Literacy on Adults)
g	Gram
GATS	Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
IPAQ	Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Form (International Physical Activity Questionnaire)
kg	Kilogram
km	Kilometre
m ²	Metrekare
MET	Metabolik Eşdeğer
ml	Mililitre
NLAI	Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı (The Nutrition Literacy Assessment Instrument)
NLS	Beslenme Okuryazarlık Ölçeği (Nutritional Literacy Scale)
NVS	En Yeni Yaşamsal Bulgu (The Newest Vital Sign)
OR	Tahmini Rölatif Risk (Odds Ratio)
REALM	Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi (Statistical Package For Social Sciences)

SS	Standart Sapma
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
THSK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TOFHLA	Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults)
TOFHLA-S	Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi- Kısa Form (Test of Functional Health Literacy in Adults- Short Form)
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)



ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
2.1. Türkiye’de kullanılan dört yapraklı yonca modeli	11
3.1. Araştırmadaki değişkenlerin olası ilişkileri	27



TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
2.1. Dünya Sağlık Örgütü'nün ≥ 18 yaş yetişkinler için fiziksel aktivite önerisi	19
3.1. Araştırma evreninde yer alan idari teşkilatta görev yapan memur ile taşeron firmalara bağlı olarak çalışan geçici personelin araştırmaya katılma yüzdeleri (AEÜ, 2015)	24
3.2. Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracına göre beden kitle indeksi değerlendirmesi	25
3.3. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yetişkin beden kitle indeksi sınıflandırması	26
3.4. Araştırmada yer alan bağımsız ve bağımlı değişkenlerin dağılımı	27
3.5. Modellerde yer alan değişkenler	35
4.1. Çalışanların cinsiyetlerine göre bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (AEÜ, 2015).	39
4.2. Çalışanların cinsiyetlerine göre aile özelliklerinin dağılımı (AEÜ, 2015)	41
4.3. Çalışanların cinsiyetlerine göre ailede sağlık çalışanı olma durumunun dağılımı (AEÜ, 2015)	42
4.4. Çalışanların cinsiyetlerine göre beyan edilen sağlık ve sağlığına önem verme düzeylerinin dağılımı (AEÜ, 2015)	43
4.5. Çalışanların istihdam şekline göre beyan edilen sağlık ve sağlığına önem verme düzeylerinin dağılımı (AEÜ, 2015)	44
4.6. Çalışanların öğrenim durumlarına göre beyan edilen sağlık ve sağlığına önem verme düzeylerinin dağılımı (AEÜ, 2015)	45
4.7. Çalışanların cinsiyetlerine göre görme-işitme sorunu olma durumunun dağılımı (AEÜ, 2015)	46
4.8. Çalışanların cinsiyetlerine göre teşhisi konulan kronik hastalık beyanlarının dağılımı (AEÜ, 2015)	46
4.9. Çalışanların cinsiyetlerine göre teşhis edilen uzun süreli hastalık beyanlarının dağılımı (AEÜ, 2015)	47

4.10.	Çalışanların cinsiyetlerine göre son 6 ay içerisinde sağlık kuruluşuna başvuru durumlarının dağılımı (AEÜ, 2015)	48
4.11.	Çalışanların istihdam şekline göre son 6 ay içerisinde sağlık kuruluşuna başvuru durumlarının dağılımı (AEÜ, 2015)	49
4.12.	Çalışanların cinsiyetlerine göre son 6 ay içerisinde başvurdıkları sağlık kuruluşu ve başvuru nedenlerinin dağılımı (AEÜ, 2015)	50
4.13.	Çalışanların cinsiyetlerine göre sigara kullanma davranışlarının dağılımı (AEÜ, 2015)	51
4.14.	Çalışanların cinsiyetlerine göre alkollü içki kullanım davranışlarının dağılımı (AEÜ, 2015)	52
4.15.	Çalışanların cinsiyetlerine göre beslenme bilgisi konusundaki görüşlerinin dağılımı (AEÜ, 2015)	52
4.16.	Çalışanların cinsiyetlerine göre beslenmeyle ilgili takip edilen haber ve güvenilen kaynakların dağılımı (AEÜ, 2015)	53
4.17.	Çalışanların cinsiyetlerine göre diyetisyene başvuru durumlarının dağılımı (AEÜ, 2015)	54
4.18.	Çalışanların cinsiyetlerine göre daha önce diyet yapma öykülerinin dağılımı (AEÜ, 2015)	55
4.19.	Çalışanların cinsiyetlerine göre beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite ve beslenme okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı (AEÜ, 2015)	56
4.20.	Çalışanların bazı sosyodemografik özelliklerine göre beslenme alışkanlıklarının dağılımı (AEÜ, 2015)	57
4.21.	Çalışanların beyan edilen sağlık ve sağlığına önem verme düzeylerine göre beslenme alışkanlıklarının dağılımı (AEÜ, 2015)	58
4.22.	Çalışanların diyetisyene başvuru ve teşhisi konulan hastalıklarının olma durumlarına göre beslenme alışkanlıklarının dağılımı (AEÜ, 2015)	59
4.23.	Beslenme alışkanlıkları ile bazı değişkenler arasındaki ilişki (AEÜ, 2015)	60

4.24.	Çalışanların bazı sosyodemografik özelliklerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı (AEÜ, 2015)	61
4.25.	Çalışanların beyan edilen sağlık ve sağlığına önem verme düzeylerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı (AEÜ, 2015)	63
4.26.	Fiziksel aktivite düzeyi ile bazı değişkenler arasındaki ilişki (AEÜ, 2015)	64
4.27.	Çalışanların bazı sosyodemografik özelliklerine göre beslenme okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı (AEÜ, 2015)	65
4.28.	Çalışanların beyan edilen sağlık ve sağlığına önem verme düzeylerine göre beslenme okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı (AEÜ, 2015)	67
4.29.	Çalışanların diyetisyene başvuru ve teşhisi konulan hastalıklarının olma durumlarına göre beslenme okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı (AEÜ, 2015)	68
4.30.	Beslenme okuryazarlığı düzeyi ile bazı değişkenler arasındaki ilişki (AEÜ, 2015)	69
4.31.	Çalışanların bazı sosyodemografik özelliklerine göre beden kitle indeksi değerlerinin dağılımı (AEÜ, 2015)	70
4.32.	Çalışanların beyan edilen sağlık ve sağlığına önem verme düzeylerine göre beden kitle indeksi değerlerinin dağılımı (AEÜ, 2015)	72
4.33.	Çalışanların diyetisyene başvuru ve teşhisi konulan hastalıklarının olma durumlarına göre beden kitle indeksi değerlerinin dağılımı (AEÜ, 2015)	72
4.34.	Çalışanların beslenme okuryazarlığı düzeyleri ve fiziksel aktivite düzeylerine göre beden kitle indeksi değerlerinin yüzde dağılımı (AEÜ, 2015)	73
4.35.	Beden kitle indeksi ile bazı değişkenler arasındaki ilişki (AEÜ, 2015)	74
4.36.	Beden kitle indeksi ile bazı değişkenler arasındaki ilişki (AEÜ, 2015)	75

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Son yıllarda dünyada bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH) insidans ve prevalansında önemli bir artış olduğu gözlenmektedir (1, 2). Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde BOH'a bağlı erken yaşta ölümler gerçekleşmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kalp hastalıkları, inme, kanser, diyabet ve kronik akciğer hastalıkları gibi BOH'ların dünyada meydana gelen ölümlerin yaklaşık %70'inden sorumlu olduğunu belirtmektedir. Küresel yükün önemli bir bölümünü oluşturan BOH'a bağlı hastalık ve ölüm hızları giderek artış göstermektedir (3).

BOH'un görülme sıklığını artıran en önemli risk faktörleri; sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, tütün ve tütün ürünleri kullanımı ve alkolün zararlı kullanımıdır. BOH'ların görülme sıklığının azaltılması bu davranışsal risk faktörlerinin değiştirilmesi ve yönetilmesi ile mümkündür (1, 2, 3). Yaşam tarzının değişimi özellikle sağlıksız beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Hızlı kentleşme, yaşam tarzının değişmesi, işlenmiş hazır gıdaların tüketimindeki artış gibi pek çok etmen kişilerin beslenme tarzında değişikliğe yol açmıştır. Enerjisi yüksek besinler daha fazla tüketilmektedir ve tüketilen besinlerin yağ, serbest şeker ve tuz-sodyum içerikleri de daha fazladır. Buna karşın sebze, meyve ve kepekli tahıllar gibi lifli gıdalar yeterince tüketilmemektedir (4). Bunun yanı sıra, dünyada her dört yetişkinden biri yeterince aktif değildir. Fiziksel aktivite düzeyi yeterli olmayan kişilerin ölüm riski, yeterince aktif olan kişilere göre %20,0-30,0 daha fazladır (5).

DSÖ'ye göre şişmanlık, sağlığı bozabilecek düzeyde vücutta aşırı yağ ya da anormal yağ birikmesi olarak tanımlanan bir sağlık sorunudur (6). Şişmanlığın görülme sıklığı son 20-30 yıldır her iki cinsiyette de artış göstermektedir (7, 8). Yüksek enerjili gıdaların tüketilmesi, sedanter yaşam tarzı ve yetersiz fiziksel aktivite aşırı şişmanlığa yol açmaktadır. DSÖ'ye göre, beden kitle indeksi (BKİ) değerlerinin ≥ 25 olması fazla kilolu olma durumunu, ≥ 30 olması ise şişmanlığı göstermektedir. BKİ değerlerinin artması, kalp-damar hastalıkları, kas-iskelet sistemi sorunları ve bazı kanserler gibi hastalıklarında içerisinde bulunduğu BOH için

önemli bir risk faktörüdür. Kişilerin uygun BKİ değerlerine sahip olması için kişilerin sağlıklı beslenmelerini sağlamak ve yaş gruplarına uygun düzenli fiziksel aktivite yapmalarını teşvik etmek gerekmektedir (7).

Beslenme günlük yaşamın bir parçasıdır ve sağlıklı beslenme, yaşam boyu tüm bireylerin sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gereklidir (9, 10, 11). Beslenmeyle ilişkili sağlık sorunlarının artan prevalansını azaltmak için toplumun beslenmeyle ilgili bilgi düzeyinin artırılması, gündelik hayatta ihtiyaç duydukları sağlıklı beslenme becerilerinin ve davranışlarının geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır (12). Beslenme davranışları birey, aile, toplum, ulusal ve küresel çevreden önemli ölçüde etkilenmektedir (9). Bireylerin yeterli ve dengeli besin alımını sağlamada karmaşık gıda sistemini anlamaları gerekmektedir. Bu durum beslenme davranışlarının geliştirilmesi için bilginin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (9, 10).

Düzenli fiziksel aktivitenin kalp ve damar hastalıkları, kanser, solunum ve kas-iskelet sistemi hastalıkları da dâhil olmak üzere sık görülen BOH'un önlenmesinde koruyucu bir role sahip olduğu yapılan çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (13, 14, 15, 16). Kişilerin orta ve yüksek düzeyde düzenli fiziksel aktivite yapmaları, dolaşım ve solunum sistemlerini geliştirerek hastalıklara karşı korumaktadır (17). Düzenli fiziksel aktivite, enerji harcamasını sağlayarak vücut ağırlığı yönetimini kolaylaştırmaktadır. Buna karşın aşırı sedanter davranış ve yetersiz fiziksel aktivite, enerji harcamasını engelleyerek BKİ değerlerinde artışa yol açmaktadır. Bu durum kilolu ve şişman olma durumunu tetikleyerek BOH gibi sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (7).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sağlıklı yaşam tarzının sürdürülmesi büyük önem taşımaktadır. Sağlıklı yaşam tarzı, sağlıklı yaşam ilkeleri ile mümkündür ve bu ilkelerin içerisinde sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite de yer almaktadır (18). Kişilerin sağlığını olumsuz yönde etkileyen davranışları olumlu hale dönüştürebilmeleri için gereken bilgiyi edinme süreci sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi ile mümkündür (19). Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireyler, sağlıklarını geliştirici yönde doğru ve bilinçli kararlar verebilmektedirler. Literatürde yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olmanın, şişmanlık, diyabet ve kalp

damar hastalıkları gibi BOH'un görülme sıklığını artırdığına ilişkin bulgular yer almaktadır (20, 21, 22, 23, 24).

Beslenme okuryazarlığı; beslenme bilgilerini elde etme ve anlama kapasitesinin yanı sıra uygun beslenebilmek için gerekli doğru kararları verebilme becerilerine sahip olma olarak tanımlanmaktadır (18). Bu tanıma göre beslenme okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin temel beslenme bilgilerine sahip olması, sağlıklı besin seçimi yapabilmesi, uygun şekilde hazırlayabilmesi ve sağlıklı beslenebilme becerilerine sahip olması gerekmektedir (19).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin 2015 yılı verilerine göre, ölüm nedenleri incelendiğinde BOH'ların en önde gelen ölüm nedenleri olduğu belirtilmektedir. Bu ölümlerde ilk üç sırayı; dolaşım sistemi hastalıkları (%40,3), iyi ve kötü huylu tümörler (%20) ile solunum sistemi hastalıkları (%11,1) almaktadır (25).

Türkiye'de şişmanlık, beslenme davranışları, fiziksel aktivite, sağlık ve beslenme okuryazarlığını inceleyen çalışma sayısı oldukça sınırlı sayıdadır. Türkiye'de beslenme okuryazarlığı konusuna dikkat çekmek, beslenme eğitimi ve kalitesini artırmak için durum saptama araştırmalarına dayalı kanıtlara gereksinim vardır (19). Türkiye'de farklı kesimlerde beslenme okuryazarlığı ile ilgili bir çalışmanın yapılması ve bu çalışmanın özellikle beslenme alışkanlıkları, BKİ ve fiziksel aktiviteyle olan ilişkisinin incelenmesi önem teşkil etmektedir.

1.2. Amaçlar

Yukarıda bahsedilen gerekçelerden ötürü yetişkin bireylerin beslenme okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve ilişkili etmenlerini incelenmesi önemlidir. Bu çalışmanın kısa ve uzun dönemli amaçları aşağıda yer almaktadır.

1.2.1. Araştırmanın Kısa Dönemli Amaçları

AEÜ' ye bağlı birimlerde çalışan memur ve geçici personelin,

1. Beslenme okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi ve ilişkili bazı sosyodemografik faktörlerin saptanması,

2. Beslenme alışkanlıklarının tanımlanması ve ilişkili bazı sosyodemografik faktörlerin saptanması,
3. Fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi ve ilişkili bazı sosyodemografik faktörlerin saptanması,
4. BKİ düzeylerinin belirlenmesi ve ilişkili bazı sosyodemografik faktörlerin saptanması ve
5. Beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite, beslenme okuryazarlığı ve BKİ arasındaki ilişkileri incelemektir.

1.2.2. Araştırmanın Uzun Dönemli Amaçları

1. Çalışan yetişkinlerin beslenme okuryazarlığı düzeyini etkileyen değiştirilebilir risk faktörlerini değerlendirerek, beslenme okuryazarlığı ve fiziksel aktivite düzeyinin yükseltilmesine yönelik uygun müdahale programlarının oluşturulması için veri sağlamak,
2. Yetişkinlerin çalıştığı kurumlarda çalışan yetişkinlere yönelik sağlığı geliştirme programları için veri oluşturmak,
3. Beslenme okuryazarlığı, beslenme alışkanlıkları, BKİ ile fiziksel aktivite konusunda verilecek eğitimlerde özellikle kişilere eğitim verilmesinde, hizmet planlanmasında veri oluşturmak ve
4. Yetişkinlerin sağlığının geliştirilmesine yönelik çalışmalara ve bilimsel literatüre katkı sağlamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlıkla İlgili Genel Tanımlar

DSÖ, “Sağlığı, herhangi bir hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.” olarak tanımlanmaktadır. Kişi çevresiyle bir bütündür, kişinin sağlığı birçok faktörden etkilenebilmektedir. Sağlık, bireylerin topluma katkı sağlayacak kapasiteye, yaratıcılığa ve üretkenliğe sahip olmalarının temel belirleyicilerinden biridir. Dolayısıyla insanların sağlıklı olması hem iş hem de sosyal yaşantılarında mutlu olmalarını ve tatmin edici bir yaşam sürmelerini sağlamaktadır (26).

İyilik hali, sağlığın çok kapsamlı bir ifadesidir. İyilik hali, kişinin yaşamında farklı koşullarda sağlığının dengede olması sağlayan stratejik bir unsurdur. Bir kişinin iyilik hali, sağlığı geliştirici davranışlarını geliştirmesiyle sağlanabilmektedir. Bu durum, aynı zamanda kişilerin yaşam süresini ve yaşam kalitesini etkileyecek pozitif sağlık seçimleri yapma ve karar verme sırasında yer aldığı aktif bir süreçtir (27).

Sağlığı geliştirme kavramı, kişinin bireysel, sosyal, ekonomik ve üretken olarak yaşama liderlik yapabilmesi için sahip olduğu kapasite olarak tanımlanmaktadır. DSÖ’ye göre sağlık, yaşam için bir kaynaktır ve sosyal, kişisel kaynakları ve fiziksel yetenekleri vurgulayan pozitif bir kavram olarak kabul edilmektedir (27, 28).

Sağlığın geliştirilmesi için kişilerin sağlıklı davranışlara sahip olması gerekmektedir. Metz’e (2014, s. 5) göre, Kasl ve Cobb “sağlık davranışını, kişilerin sağlıklı olmak için kendileri tarafından düşündüğü (kontrol ya da aşı için hekime gitme, emniyet kemeri kullanma, sağlıklı beslenme, kendi kendine meme muayenesi yapma gibi) ve üstlendiği aktivite olarak” tanımlamaktadır. Bu tanımda, kişilerin hastalığın önlenmesi ya da asemptomatik bir sağlık sorununun tanısının konması için yapılan sağlık davranışlarıdır. Kasl ve Cobb sağlık davranışını, hastalık davranışından ayırmaktadırlar. Hastalık davranışını, “kendilerini hasta olarak algılayan kişilerin yakınmalarını azaltmak ya da ortadan kaldırmak amacıyla

yaptıkları davranışlar” olarak tanımlamaktadırlar. Metz’e (2014, s. 5) göre, Harris ve Guten ise ‘Sağlığı koruyucu davranışlar’ kavramına hastalıkları semptomatik olan bireyleri de dâhil etmektedir ve sağlığı geliştirme, sağlığı sürdürme ve hastalıkların önlenmesi davranışlarını bu kavram içerisinde birleştirmektedirler (28, 29).

Sağlığı geliştirme, sağlıklı yaşama ve bunun yanı sıra insanların hastalık davranışını anlamak, sağlık sosyolojisi ve psikolojisinin araştırma alanlarından birisidir (30). DSÖ, sağlığı geliştirme kavramını “insanların sağlıkları üzerinde kontrollerini artırmaları için fırsat yaratan ve sağlıklarını geliştirmelerini destekleyen bir süreç” olarak tanımlamaktadır (31). Sağlığı geliştirmenin temel bileşeni “sağlıklı yaşam bilgisine” sahip olmaktır. Sağlıklı yaşam bilgisi edinildikten sonra, tutumların etkileneceği ve davranış değişikliğinin oluşması beklenilmektedir. Sağlıklı yaşam bireylerin yaşamı boyunca devam eden bir süreçtir. Bireylerin sağlığı geliştirici aktivitelerinde, kişisel seçimleri ve yaşam tarzları önem taşımaktadır. Destekleyici sosyal çevrenin geliştirilmesiyle, sağlığı geliştirme müdahaleleri daha başarılı olmaktadır. Sağlığı geliştirmede özellikle beslenme, fiziksel aktivite düzeyi, mental sağlık ve madde bağımlılığının önlenmesi gibi konulara öncelik verilmektedir (26).

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

DSÖ, “Sağlık okuryazarlığını; bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi” olarak tanımlamaktadır (32). Başka bir tanımda sağlık okuryazarlığı, kişilerin doğru sağlık kararları verebilmek için gerekli olan bilgi ve hizmetlere ulaşma, anlama ve yorumlama kapasitesine sahip olması” şeklindedir (33, 34). Sağlık okuryazarlığı becerileri; okuma ve yazma (*print literacy*-basılı okuryazarlık), konuşma ve dinleme (sözel okuryazarlık), aritmetik (sayıları kullanma), kültürel ve kavramsal bilgi gibi çok çeşitli kavramların bileşimidir (34).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olma, sağlık hizmetlerinden yararlanma ile ilgili tüm aşamaların (sağlık hizmetine erişim yeteneğini, sağlık sistemi içerisinde gezinmesini ve sağlık çalışanı-hasta iletişimini) olumsuz olarak

etkilenmesine neden olabilmektedir. Sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili bilgilerin okunması ve anlaşılması, sağlık profesyonelleriyle iletişim becerisi ve verilen bilginin anlaşılması aşamalarında önem taşımaktadır (34, 35).

Araştırmalar, yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olmanın, sağlıkla ilişkili risk faktörlerinde artışa, koruyucu önlemlerin daha az kullanılmasına, hastalık hakkında daha az bilgi sahibi olunmasına ve sağlık profesyonelleriyle iletişim kurmada güçlükler yaşanmasına yol açtığına ilişkin sonuçları olduğunu göstermektedir. Yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığı olan kişilerde BOH'un olması durumunda (diyabet, kalp hastalıkları, astım ve yüksek kan basıncı gibi) yetersiz öz yönetim becerileri nedeniyle genel sağlık durumu daha da kötüleşmekte ve prematüre ölüm riski artmaktadır. Sağlık okuryazarlığı sınırda olan bireyler ise yeterli sağlık okuryazarlığı olan bireylere göre sağlık problemleri hakkında daha az bilgi sahibidirler ancak, sağlık kuruluşlarını daha fazla kullandıkları için sağlık harcamaları daha fazladır (33, 35, 36, 37, 38, 39).

Sağlık düzeyinin yükseltmesi ve geliştirilmesinde önemli belirleyicilerden biri sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanmaktadır (40). Sağlık okuryazarlığının kişiler arasında farklı düzeylerde olması, sağlık eşitsizliklerini tetikleyen bir unsurdur (37). Bu durum yapılan sağlığı geliştirici müdahalelerde hedef kitlenin aynı düzeyde fayda sağlamasının önüne geçmektedir. Bu nedenle herkesin öncelikle sağlık okuryazarlığı düzeylerinin tespit edilerek kişilere uygun müdahale ve eğitim programlarının geliştirilmesi programın etkinliğini artırarak bu eşitsizliğin en aza indirgenmesini sağlayacaktır.

Nutbeam, sağlık okuryazarlığı tanımlarının çoğunluğunda ortak elementler olduğunu ifade etmektedir. Bu elementleri bilgiyi elde etme, anlama ve onaylama şeklinde belirtmiştir. Bu üç elementi fonksiyonel (bilgiye ulaşma), iletişimsel/interaktif (anlama yeteneği) ve kritik sağlık okuryazarlığı (kullanabilme yeteneği) şeklinde tanımlamaktadır (40).

Nutbeam; fonksiyonel, interaktif ve kritik düzeylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinde olmanın önemini vurgulamaktadır. En basit düzey olan fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, temel sağlık mesajlarını anlayarak okuma ve yazma gibi genel

okuryazarlık becerilerinin yer aldığı düzeydir. Buna karşın interaktif sağlık okuryazarlığı, hastalıkların önlenmesi için bilgiyi kullanma ve anlama yeteneği ile özdenetime odaklanmaktadır. Kritik sağlık okuryazarlığı ise sağlıkla ilgili bilgiyi eleştirel olarak analiz edebilme ve bariyerler karşısında sağlık kararlarında kullanabilme yetisi olarak tanımlamaktadır (41, 42).

Sağlığı geliştirme müdahalelerinin, kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerine uygun olarak planlanması önerilmektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeyde olan kişiler, sağlıkla ilgili mesajları yeterince anlamayabilirler ve gündelik yaşamda uygulama sırasında güçlük yaşayabilirler. Bu nedenle kişiler arasındaki sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki eşitsizlik çözümlenmediği durumda, şişmanlık, diyabet, kalp hastalıkları ve kanser gibi giderek artan küresel sağlık sorunlarıyla baş edilmesinde güçlükler ile karşılaşılacaktır (34, 43).

2.3. Sağlık Okuryazarlığını Değerlendirmede Kullanılan Araçlar

Sağlık okuryazarlığı değerlendirmek amacıyla tarama ve değerlendirme testleri geliştirilmiştir (44). Halen farklı sağlık okuryazarlığı değerlendirme araçları kullanılmakla beraber her testin farklı sınırlılıkları bulunmaktadır (34). Sağlık okuryazarlığı değerlendirmek için sıklıkla kullanılan ölçüm araçlarından bazıları aşağıda yer almaktadır.

Parker ve ark. (1995) tarafından geliştirilen “*Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA (Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi – YİSOT)*” sağlık okuryazarlığı ölçüm araçları arasında altın standart test olarak kabul edilmektedir (45, 46). TOFHLA, sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde diğer test ve ölçeklere göre güvenilir bir testtir çünkü kişinin okuması, anlaması ve bu doğrultuda bir takım aritmetik işlemleri yapmasını gerektirmekte olup kişiyi birçok yönden değerlendirebilmektedir (47). TOFHLA, sayısal ve sözel olmak üzere 2 bölümden oluşmaktadır. Sözel bölüm 50 sorudan oluşmaktadır ve tanısal işlem hazırlığına ilişkin sorular boşluk doldurma (*cloze test*) şeklinde yer almaktadır. Sayısal bölüm ise 17 sorudan oluşmaktadır, bu bölümde hastane ortamında sıklıkla karşılaşılan ilaç kutuları ve randevu kartları gibi gerçek durumlara ilişkin sorular yer almaktadır. Katılımcıların soruları okuması ve anlaması bu doğrultuda bir takım

hesaplamalar yaparak soruları yanıtlaması istenilmektedir (39, 46, 47). Bu testten alınabilecek puanlar 0-100 arasında değişmektedir. ≤ 60 puan yetersiz sağlık okuryazarlığı, 60-74 puan marjinal okuryazarlığı ve 75 ve üzeri puan yeterli sağlık okuryazarlık düzeyini göstermektedir. TOFHLA okuma, anlama ve aritmetik gibi birçok alanı değerlendirmektedir. TOFHLA iyi psikometrik özelliklere sahiptir (39). Testin Cronbach alfa katsayısı 0,98 olarak belirlenmiştir (46). Ancak, uygulanma süresinin 18-22 dakika olması bir dezavantaj olarak değerlendirilmektedir (48).

Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini) 1991 yılında Davis ve ark. tarafından geliştirilmiştir. 125 Latince kelimedenden oluşan bu listenin, kişiler tarafından yüksek sesle okumaları sırasında doğru olarak telaffuz etmelerine göre okuma yeteneğinin değerlendirilmesi esasına dayanmaktadır. Bu testin yalnızca kelimelerin doğru telaffuz edilmesine dayalı olması buna karşın hastaların kelimelerden ne anladığının değerlendirilmemesi nedeniyle daha dar kapsamlıdır (47, 48). *REALM*, hastaların okuma yeteneği hakkında tahminde bulunulmasını sağlamaktadır ve kişi aldığı toplam puana göre 4 kategoride sınıflandırılmaktadır (0-18 puan: 3. seviyeye eşit ya da daha düşük, 19-44 puan: 4.-6. seviye, 45-60 puan: 7.-8. seviye, 61-66 puan: 9. seviyeye eşit ya da daha yüksek). Testin tamamlanması yaklaşık 3 dakika sürdüğünden özellikle yoğun olan birinci basamak sağlık hizmetleri ortamlarında uygulanması kolay bir testtir (49, 50).

Weiss ve ark. (2005) tarafından *The Newest Vital Sign-NVS* (En Yeni Yaşamsal Bulgu-EYYB) sağlık okuryazarlığı ölçüm aracı geliştirilmiştir (51). NVS, bir dondurma etiketi senaryosuna dayalı 6 sorudan oluşan sağlık okuryazarlığını ölçen bir değerlendirme aracıdır. Hastaların etiketi okuması ve sonrasında senaryo hakkındaki soruları cevaplaması gerekmektedir. Bu ölçüm aracında kişilerin okuma, anlama ve bu bilgiyi kullanarak birtakım aritmetik işlemleri yapabilme yeteneği ölçülmektedir. NVS, sınırlı sağlık okuryazarlığı olan bireylerin belirlenmesinde yüksek duyarlılığa sahip kesin ve güvenilir bir araç olarak bilinmektedir (34, 39, 48). NVS testinin uygulanması yaklaşık 3 dakika sürmektedir. NVS'nin İngilizce versiyonunun iç güvenilirlik katsayısı 0,76'dır. Özellikle bu test sonucuna göre, 2

puan altı alan hastalarla hekimlerin iletişim kurarken özellikle dikkat etmesi önerilmektedir (39, 50).

2.4. Beslenme ile İlgili Genel Bilgiler

Obenchain ve Spark'a göre, besin kelimesinin tanımına ilişkin sözlüklerde herhangi bir fikir birliğine varılamamıştır. Oxford Sözlüğü'nde, besin ifadesi "protein, karbonhidrat ve yağ içermesi" şeklinde açıklanarak besin maddesinin komponentleri vurgulanmakta; American Heritage Sözlüğü'nde ise besin kavramı "besleyici maddeler" olarak tanımlanmaktadır (52). Kısaca besin, organizmanın enerji ihtiyacını karşılamak, büyüme, onarım ve yaşamsal süreçlerin devamlılığını sürdürmek için ihtiyaç duyduğu protein, karbonhidrat ve yağ içeren maddelerdir (53, 54).

Beslenme gıdalardan faydalanma, vücuda alınan besin maddelerinin ve diğer kimyasal komponentlerin çalışması, etkileşimleri ve sağlık-hastalık üzerindeki etkileri şeklinde tanımlanmaktadır (55). Bir başka ifadeyle beslenme, sağlıklı büyüme ve gelişmenin sürdürülebilmesi için gerekli olan besinlerin vücut tarafından kullanılmasıdır (56). Yeterli ve dengeli beslenme ise vücudun büyümesi, gelişmesi ve normal fonksiyonlarını sürdürebilmesi için kişinin yapısına, fizyolojik ve metabolik durumuna uygun miktarlarda besin çeşitliliğinin sağlanarak vücut tarafından kullanılması olarak tanımlanmaktadır (57).

Vücudun gereksinimlerinin karşılanması ve sağlıklı beslenme için gerekli olan besin öğelerinin alımında Türkiye'de dört yapraklı yonca modelinin kullanımı önerilmektedir. Türkiye'nin beslenme yapısına uygun olarak üretilen bu modelde yoncanın her bir yaprağı besleyici değerleri açısından farklı grupları temsil etmektedir (Bkz. Şekil 2.1). Bu yapraklar süt grubu, ekmek ve tahıl grubu, sebze ve meyve grubu ile et, yumurta, kurubaklagil grubundan oluşmaktadır. Her besin öğesinin içeriği farklı olmakla beraber bazı besinlerin içeriği birbirine benzediği için birbirleri yerine kullanılabilirler. "Örneğin" bazı durumlarda bir yaprak içerisinde bulunan besinler bir başka yapraktaki besinler yerine kullanılabilir. Tüm besin öğelerinin vücuda alınmasının sağlanabilmesi için her bir yapraktan bir

besin seçilerek uygun miktarlarda tüketilmesi gerekmektedir (58, 59). Aşağıda Türkiye’de kullanılan 4 yapraklı yonca modeli yer almaktadır (Bkz. Şekil 2.1.) .



Şekil 2.1. Türkiye’de kullanılan 4 yapraklı yonca modeli

2.5. Beslenmenin Sağlıkla İlişkisi

Yeterli ve dengeli beslenme, sağlıklı büyümenin sağlanması, besin ögesi eksikliklerin önlenmesi, vücut ağırlığının korunması ve fizyolojik fonksiyonların sürdürülmesi için temel sağlıklı yaşam gereksinimidir. Geçmiş yıllarda dünyada malnütrisyon önemli bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmaktayken günümüzde aşırı beslenme, sağlıksız beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite ile ilişkili BOH ve şişmanlık en önemli halk sağlığı sorunları arasında yer almaktadırlar (4, 60).

Yapılan çalışmalar bireylerin yaşam tarzının, günlük aktivitelerini ve beslenme davranışlarını etkilediğini göstermektedir. İşlenmiş gıdaların üretimindeki artış, hızlı kentleşme ve değişen yaşam tarzı beslenme davranışlarında değişikliklerin oluşmasına neden olmuştur. Günümüzde insanlar daha yüksek enerjili gıdalar, yağlar ve serbest şekerlerin ya da tuzun yer aldığı beslenme örneklerini daha fazla tüketmektedirler. Buna karşın sebze, meyve, kepekli tahıllar gibi lifli gıdaları yeterince tüketmemektedirler dolayısıyla bu durum da şişmanlık ve BOH’un gelişme riskini artırmaktadır (4).

Gıda güvenliği ve hijyeni gibi konular son yıllarda giderek daha fazla gündeme gelmektedir. “Güvenli (sağlıklı) gıda” besin değerini kaybetmemiş, fiziksel, kimyasal ve mikrobiyolojik açıdan temiz olan bozulmamış gıda maddesi olarak tanımlanmaktadır (61). Kişilerin sağlıklı ve güvenilir gıda tüketebilmeleri için besin maddesinin üretiminden tüketimine kadar tüm aşamalarda kurallara uyulmasını ve gerekli önlemlerin alınmasını gerekmektedir. Tüketicilerin hazır işlenmiş gıdaları satın alırken besin etiketlerini okumaları tarihi geçmiş, bozulmuş ya da ambalajı zedelenmiş ürünleri almamaları gerekmektedir. Sağlıklı beslenen bilinçli bir tüketicinin temel besin bilgilerine sahip olması ve bu bilgiyi gündelik yaşamında kullanabilmesi gerekmektedir (62).

Beslenme davranışları, bireysel gereksinimlere (yaş, cinsiyet, yaşam tarzı, fiziksel aktivite düzeyi), sosyal ve kültürel özelliklere ve yaşanılan bölgenin besin çeşitliliğine bağlı olarak değişebilmektedir (4, 60). Kişilerin sağlıklı beslenmesini etkileyen faktörler arasında besin gereksinimleri ve tüketme yöntemlerine ilişkin yetersiz bilgi, sağlıklı besinin olmaması (ulaşım, mevsimsel nedenler, kuraklık, doğal felaketler, savaş ve gıda ürünlerinin satıldığı marketlerin olmayışı, vb.) veya ulaşılabilirliğinin az olması yer almaktadır.

Sağlıklı beslenme programları, sağlığı geliştirmeyi, üretkenliğini artırmayı ve yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlamaktadır (60). DSÖ, kişilerin sağlıklı yaşam sürdürebilmeleri için sağlıklı beslenme önerilerine uyulmasını tavsiye etmektedir. DSÖ’nün önerilerine göre, sağlıklı bir diyetin içerisinde meyve, sebze, baklagiller (örneğin mercimek, fasulye), fındık ve tam tahılların (örneğin işlenmemiş mısır, darı, yulaf, buğday, kahverengi pirinç) yer alması gerekmektedir. Günde en az 400 g. (5 porsiyon) sebze ve meyve tüketilmesi vurgulanmaktadır. Özellikle öğünlerde çeşitlilik sağlanarak bunların taze çiğ sebze ve meyve şeklinde mevsiminde tüketiminin yapılması önerilmektedir. Bunun yanı sıra günlük kalori ihtiyacının %30’undan azını yağların oluşturmaları ve doymuş yağ tüketiminin azaltılması bunun yerine bitkisel sıvı yağların tercih edilmesi önerilmektedir. Günde 5 g.’dan daha az tuz tüketilmesi vurgulanmaktadır. Son olarak DSÖ yaşam boyunca şeker tüketiminin azaltılmaya çalışılması gerektiğini de belirtmektedir (4).

2.6. Beslenme Okuryazarlığı

Beslenme ve sağlıklı beslenme davranışlarının önemini anlamak, beslenmeye bağlı sağlık sorunlarının önlenmesi ve yönetimi için önemlidir. Kişilerin sağlıklı beslenebilmeleri ve olumlu beslenme davranışları sergileyebilmeleri için yeterli düzeyde beslenme okuryazarlığına sahip olmaları gerekmektedir. Literatürde, beslenme okuryazarlığının tanımı sağlık okuryazarlığının tanımıyla aynı doğrultudadır (34, 63, 64). Beslenme okuryazarlığı, beslenme alışkanlıklarındaki değişikliklerin değerlendirilebilmesi için önemli araçlardan birisidir. Beslenme okuryazarlığı, sağlıklı beslenme, aşırı şişmanlık/obezite bunun yanı sıra sağlık sorunlarının önlenmesinde önemli bir role sahiptir. Beslenme okuryazarlığı, beslenme ilkeleri bilgisi ve gıda ile ilgili görevlerde beceri gerektirmektedir (9). Beslenme okuryazarlığı, doğru beslenme kararlarını vermek için beslenme bilgisine ulaşma, kullanma, yorumlama ve anlama olarak tanımlanmaktadır (34). Beslenme okuryazarlığının temel bileşenleri geniş kapsamda besinlere erişim, seçim, öğünlerin planlaması, hazırlanması ve sağlıklı gıdaların tüketilmesi için gerekli bilgi, beceri ve davranışlarla ilişkilidir (42).

Yeterli beslenme okuryazarlığı düzeyine sahip olan kişiler temel beslenme bilgisine sahip olup besin öğeleri ve besin gruplarına ilişkin bilgileri anlayabilir, sağlığını geliştirmek için besin etiketi okuyabilir ve porsiyon kontrolünü yapabilmektedirler (64). Bu kişilerin sağlıklı besinlerin seçimi, güvenilir şekilde hazırlanması ve uygun teknikle pişirilmesi süreçlerinde de aktif olarak rol alması beklenilmektedir. Aynı zamanda beslenme okuryazarlığı yüksek olan kişiler sağlıklı gıda seçimleri yapabilmekte ve beslenmelerine ilişkin yaşadıkları problemleri tespit ederek bilgi açığını giderecek uygun ve doğru kanalları rahatlıkla bulabilmektedir. Kişinin bunları yerine getirebilmesi için temel düzeyde okuryazar olması gerekmektedir (19).

2.7. Beslenme Okuryazarlığını Değerlendirmede Kullanılan Araçlar

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilebilmesi için çeşitli ölçüm araçları geliştirilmesine karşın beslenme okuryazarlığına ilişkin ölçüm araçları oldukça sınırlı

sayıdadır (19). Literatür araştırması sonucu beslenme okuryazarlığı ölçümünde kullanılan değerlendirme araçlarından bazıları aşağıda yer almaktadır.

Diamond tarafından 2007 yılında Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlık Ölçeği (Nutritional Literacy Scale-NLS) geliştirilmiştir (65). Ölçek 28 sorudan oluşmakta olup kişilerin okuduğu beslenme bilgilerini anlama yeteneğini değerlendirme esasına dayanmaktadır. Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi-Kısa Form (TOFHLA-S) ile karşılaştırıldığında iç güvenilirlik katsayısı 0,84 olarak bulunmuştur ve uygun psikometrik özelliklere sahiptir (9, 65). Beslenme Okuryazarlık Ölçeği'nden alınan puanlara göre, 0-7 puan yetersiz beslenme okuryazarlığını, 8-14 puan marjinal beslenme okuryazarlığını ve 15-28 puan yeterli beslenme okuryazarlığını göstermektedir (34, 66).

Gibbs ve Chapman-Novakofski tarafından 2013 yılında beslenme okuryazarlığını ölçmek için Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı (*The Nutrition Literacy Assessment Instrument -NLAI*) geliştirilmiştir. Beslenme ve sağlık arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi, makro besin öğeleri bilgisi, gıda ölçüm becerisi, aritmetik işlemler, etiket okuma ve gıdaları gruplama becerisi gibi temel konuları değerlendirmektedir ve 35 sorudan oluşmaktadır (9).

Beslenme okuryazarlığını ölçmek için geliştirilen bir diğer araç ise Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı-YBOYDA (*Evaluation Instrument of Nutrition Literacy on Adults-EINLA*)'dır. YBOYDA bu çalışmada kullanılmış olup detaylı bilgiler Gereç-Yöntem bölümünde yer almaktadır.

2.8. Türkiye'de Beslenme Durumu

Küreselleşen dünyada kişilerin besin tüketimi konusunda değişimler meydana gelmiştir. Özellikle sosyo-ekonomik statünün yükselmesine bağlı olarak kişiler daha az enerji harcaması gerektiren işlerde çalışmakta ve zaman yokluğuna bağlı olarak fast-food denilen “ayaküstü” gıdalara yönelmektedirler. Kişilerin tükettikleri kalori miktarları artmaktadır. Bu durum sedanter yaşam tarzı ve yetersiz fiziksel aktiviteyle birleştiğinde beslenmeyle ilişkili BOH'ların görülme sıklığını artırmaktadır. Bunun yanı sıra Türkiye'de farklı bölgelerde hatta il içerisinde farklı yerleşim alanlarında

dahi görülen sosyo-ekonomik eşitsizlikler bir grubun gereğinden fazla beslenerek farklı sağlık sorunlarıyla uğraşmasına diğer grubun ise günlük enerji ihtiyacını karşılayamamasına bağlı olarak farklı sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalmasına yol açmaktadır. Bu sosyo-ekonomik eşitsizlikler düzeltilemezse uğraşılan sağlık sorunları çok çeşitli olacaktır (67).

Besin tüketimi konusunda yıllar içerisindeki değişim incelendiğinde, kişiler süt ve süt ürünlerini, taze sebze ve meyveyi daha az tüketmekte buna karşın üç beyaz dediğimiz un, şeker ve tuzu daha fazla tüketmektedirler. Türkiye Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi 2010 yılı Sonuç Raporu'na göre, ülke genelinde süt tüketmeyenler %44,6, süt yerine yoğurt, ayran, kefir vb. süt ürünlerini her gün tüketenler %55,1, kırmızı eti hiç tüketmeyenler %20,2, haftada 1-2 kez tavuk, hindi tüketenler %42,9, hiç balık tüketmeyenler %39,1, ayda 1 kez balık tüketenler %25,6, her gün yumurta tüketenler %29,7 ve her gün yeşil yapraklı sebze tüketenlerin yüzdesi %47,6 olarak bulunmuştur (67). 15 yaş ve üstü bireylerde meyve tüketim sıklığı incelendiğinde, günde 1 porsiyon ya da daha sık tüketenlerin yüzdesi %54,2 iken günde 1 porsiyondan daha az tüketenlerin yüzdesi %45,7 olarak belirtilmektedir. Aynı yaş grubu üzerinde sebze ya da salata tüketim sıklığı ile meyve ya da sebze suyu tüketim sıklığı sırasıyla günde en az 1 kez ya da daha sık tüketenlerin yüzdeleri %64,8 ve %16,8, günde 1 defadan az ya da daha seyrek tüketenlerin yüzdesi %35,2 ve %83,2'dir (68). Aynı zamanda yağ tüketimi konusunda bir azalma olmadığı ancak, kişilerin artık daha çok bitkisel sıvı yağ tercih ettikleri belirtilmektedir (67).

Türkiye'de 15 yaş ve üstü bireylerin kişisel beyana dayalı BKİ dağılımı incelendiğinde, 2012 yılında şişman bireylerin yüzdesi %17,2 iken 2014 yılında %19,9 olarak hesaplanmıştır. 2014 yılı verilerine göre fazla kilolu ve şişman olma durumu kadınlarda %53,8 erkeklerde %53,5 olarak belirtilmiştir (68, 69).

Beyana dayalı beslenmeyle ilişkili hastalıklar TÜİK 2012 yılı verilerine göre, 15 yaş ve üstü bireylerde %12,8 ile hipertansiyon, %6,7 ile şeker hastalığı, %5,3 ile kansızlık (demir eksikliği anemisi, vb.), %4,1 ile koroner kalp hastalıkları (anjina, göğüs ağrısı), %1,2 ile kronik kalp yetmezliği, %0,9 ile inme ve %0,6 ile kanser yer almaktadır (68). TÜİK 2014 ölüm nedeni istatistiklerinde dolaşım sistemi

hastalıklarına bağlı ölümler 2013 yılında %39,6 iken 2014 yılında %40,4 olarak ilk sıralarda yer almaya devam etmektedir (70).

2.9. Fiziksel Aktivite ile İlgili Genel Bilgiler

Fiziksel aktivite, enerji harcaması gerektiren, iskelet kasları tarafından üretilen ve enerji harcamasıyla sonuçlanan aynı zamanda ilerleyici sağlık etkileri olan vücut hareketleridir (örneğin; yürüyüş yapmak, merdivenleri çıkmak, dans etmek, bahçe işleriyle meşgul olmak, ev temizlemek, kar küremek, araba yıkamak, vb.) (71, 72).

Egzersiz, fiziksel uygunluk durumunun bir ya da daha fazla komponentini sürdürmek ve geliştirmek amacıyla planlı, yapılandırılmış ve tekrarlayıcı vücut hareketlerini gerektiren fiziksel aktivitenin bir türüdür (72).

Fiziksel uygunluk, günlük yaşam aktivitelerini güvenli bir şekilde yorulmaksızın yapabilme yeteneğidir. Sağlıkla ilişkili fiziksel uygunluk, bireyin bütün sağlığını artırmak için öngörülen fitness unsurlarının yüksek olmasıdır (72).

Metabolik Eşdeğer (MET), fiziksel aktivitenin yoğunluk derecesinin oksijen kullanımı ile sınıflandırılarak ifade edilmesidir. Egzersizin şiddeti attıkça vücut tarafından kullanılan oksijen tüketimi de artmaktadır. İstirahat halinde tüketilen oksijen miktarı 3,5 ml/kg/dk olup bir MET olarak kabul edilmektedir (73).

Sedanter olma, çok fazla oturma veya uzanma ile karakterize yaşam tarzına sahip olmaktır. Bir başka ifadeyle, uyanık olunan süre içerisinde $\leq 1,5$ MET enerji harcaması olan aktivitelerde bulunma, uzanmış bir şekilde ya da oturarak aşırı zaman harcama şeklinde belirtilmektedir (72, 74).

Egzersiz Türleri

Fiziksel uygunluğu geliştirme seviyelerine göre fiziksel aktivite türleri dayanıklılık (aerobik), kuvvet, esneklik ve denge egzersizleri olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır.

Dayanıklılık (aerobik) egzersizleri; Büyük kas gruplarını içeren solunum ve dolaşım hızını artıran ve uzun süre sürdürülen egzersizlerdir. Bu tür aktivitelere bisiklete binme, bahçe işleriyle uğraşma, tenis örnek olarak verilebilir (75, 76).

Kuvvet Egzersizleri; “Kuvvet aktiviteleri, kasın güçlü bir şekilde kasılmasını gerektiren aktivitelerdir. Kuvvet egzersizleri düzenli bir şekilde yapıldığı takdirde ağırlık kaldırma, bir nesneyi uzağa fırlatma ya da sıçrama gibi aktiviteler kişi tarafından daha kolaylıkla yapılabilir” (75).

Esneklik Egzersizleri; eklemlerin daha geniş açıda hareket edebilmesini sağlayan aktivitelerdir. Esnekliği artırıcı aktivitelere örnek olarak germe egzersizleri, pilates ve yoga verilmektedir (75, 76).

Denge egzersizleri; bireylerin düzgün hareket edebilmesini ve düşmeden durabilmesini sağlayan aktivitelerdir. Genç yaşta denge egzersizleri yapmak, kişilerin ilerleyen yaşlarında düşmelere karşı korunmasını sağlamaktadır (75, 76).

Fiziksel aktiviteler yoğunluklarına göre düşük, orta ve yüksek şiddetli aktiviteler olarak 3 grupta değerlendirilmektedir.

Düşük Şiddetli Fiziksel Aktivite: “Nefes almanın ve kalp atım sayısının dinlenme değerinin biraz üzerinde olduğu ve 3 MET’den daha az enerji gerektiren herhangi bir egzersizdir” (75). Teknik olarak düşük şiddetli fiziksel aktivite saatte 4,8 km’den daha yavaş yürüyüş yapma ve geri kalan sürede aşırı oturma ile karakterizedir. Bulaşık yıkama, günlük yapılan rutin ev işleri, alışveriş merkezi etrafında yürüyüş gibi bu tür aktivitelerde düşük şiddette enerji harcaması gerçekleşmektedir (77) .

Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite: “Nefes almanın ve kalp atım sayısının normalden fazla olduğu 3-6 MET enerji gerektiren herhangi bir egzersizdir” (75). Haftada 1000 kalori ya da günlük yaklaşık 150 kalori enerji harcamasına yol açan aktivitelerdir (72).

Yüksek Şiddetli Fiziksel Aktivite: Nefes almanın çok güç olduğu, kalp atım sayısının normalden oldukça fazla olduğu ve 6 MET’den daha fazlasını gerektiren

herhangi bir egzersizdir. Örneğin koşu, ip atlama ve ağırlık kaldırma gibi egzersizler yüksek şiddetli fiziksel aktiviteler arasında yer almaktadır (72, 75).

2.10. Fiziksel Aktivitenin Sağlıkla İlişkisi

Son yıllarda yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı sedanter davranış iki küresel halk sağlığı sorunu olarak vurgulanmaktadır. Düzenli fiziksel aktivite ile kronik hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve yönetimi arasında pozitif bir ilişkinin varlığı yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur. Sağlığı korumak ve geliştirmek için yapılan bu çalışmalar, fiziksel aktivitenin sağlığı geliştirmede ve hastalıkların önlenmesindeki rolü kapsamlı bir şekilde belirlenmiştir. Bunun yanı sıra düzenli fiziksel aktivite yapımı tüm nedenlere bağlı ölümleri ve hastalık risklerini azaltmaktadır. Fiziksel olarak aktif olan yetişkinlerde prematüre ölüm riski %20-30'lara kadar azalabilmektedir ve BOH'ların gelişme riskini %50'lere kadar düşürmektedir (15, 16, 74, 78, 79).

Düzenli fiziksel aktivitenin sağlık üzerindeki etkileri aşağıda kısaca özetlenmiştir.

- Dolaşım-Solunum Sistemleri Sağlığı: Fiziksel aktivite kalp hastalıkları ve inme riskini azaltır, kan basıncını düşürür ve kan lipit profilini iyileştirir.
- Metabolik Sağlık: Fiziksel aktivite tip 2 diyabet gelişme riskini azaltır ve tip 2 diyabette kan glikozunun kontrol altına alınmasına yardımcı olur.
- Kas-İskelet Sistemi Sağlığı: Fiziksel aktivite yaşlandıkça daha belirginleşen kemik mineral yoğunluğu kaybını yavaşlatır ve kalça kırığı riskini azaltır. Bu duruma ek olarak artritli kişilerde ağrı yönetimini geliştirir. Sonuç olarak ilerleyici kas güçlendirme egzersizleri, kas kütlesini, gücünü ve kuvvetini korur ya da artırır.
- Kanseri: Fiziksel olarak aktif insanlarda kolon kanseri ve meme kanseri riski önemli derecede düşüktür.
- Mental Sağlık: Fiziksel aktivite depresyon ve yaşla ilişkili kognitif gerileme riskini azaltır ve uyku kalitesini artırır.

- Fonksiyonel Yetenek ve Düşmenin Önlenmesi: Fiziksel aktivite fonksiyonel yeteneklerin kısıtlanması riskini (günlük yaşam becerilerini yapabilme yeteneği, vb.) ve yaşamın ileri dönemlerinde kişilerin düşme riskini azaltır (15).

DSÖ'nün ≥ 18 yaş yetişkinler için önerdiği fiziksel aktivite şiddeti, sıklığı ve içeriğine ilişkin bilgiler aşağıdaki tabloda yer almaktadır (Bkz. Tablo 2.1.). Bunun yanı sıra DSÖ, fiziksel aktivitenin önerileri üzerinde artırılmasının ek sağlık faydaları edinebileceğini belirtmiştir. Ek sağlık faydaları için ≥ 18 yaş yetişkinlerde orta şiddetli fiziksel aktivitenin haftada 300 dakika olacak şekilde artırılması ya da ortalama değere yaklaşılması gerekmektedir (80).

Tablo 2.1. Dünya Sağlık Örgütü'nün ≥ 18 yaş yetişkinler için fiziksel aktivite önerisi

≥ 18 YAŞ YETİŞKİNLER
Haftada en az 150 dk. orta şiddette fiziksel aktivite ya da 75 dk. yüksek şiddetli fiziksel aktivite ya da 75 dk. orta ve yüksek şiddetli fiziksel aktivitenin eşdeğer kombinasyonu şeklinde yapılmasını önermektedir.
Haftada 2 ya da daha fazla gün majör kas gruplarını içeren kas güçlendirici aktiviteler yer almalıdır.

2.11. Fiziksel Aktivitenin Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar

Sağlık için önerilen fiziksel aktivite düzeylerinin değerlendirilmesinde kullanılan subjektif ve objektif ölçüm teknikleri kullanılmaktadır. Subjektif ölçüm teknikleri içerisinde aktivite seyir defteri, günlükler, hatırlatma anketleri ve ses kayıtları yer almaktadır. Kişisel beyana dayalı olan seçeneklerde kişinin özel bir zaman periyodu içerisinde yaptığı aktiviteleri hatırlama yeteneğine (24 saat, 7 gün, 1 yıl gibi) ya da gün boyunca aktivitelerini kaydetmesi esasına dayanmaktadır. Kişisel beyana dayalı olan ölçüm araçları genellikle daha ucuzdur, görüşmeci tarafından uygulanması ve tamamlanması kolaydır ve fiziksel aktivitenin kapsamı hakkında (ne zaman, neden ve nerede gibi) bilgi vermektedir (13).

Anketler, çoğunlukla tarama/değerlendirme ortamlarında ve epidemiyolojik çalışmalarda fiziksel aktivitenin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Genellikle bir periyod süresince yapılan fiziksel aktivite hakkında ya da özel bir zaman dilimi içerisinde (24 saatlik ya da haftalık) yapılan fiziksel aktivite hakkında detaylı bilgi edinmeyi sağlamaktadır. Bu anketler yaklaşık 7-20

sorudan oluşmakta ve genellikle 1-2 hafta içerisinde yapılan aktivitenin türü, sıklığı, süresi ve yoğunluğu hakkında bilgi sağlamaktadır. Hatırlatma anketleri, davranış değişikliğini gerçekleştirmedeki ve fiziksel aktivite önerilerine ulaşmadaki başarıyı bunun yanı sıra yapılan fiziksel aktivitenin sağlık-hastalık çıktılarını değerlendirmede epidemiyolojik çalışmalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Fiziksel aktivitenin değerlendirilmesinde kullanılan Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-UFAA (*International Physical Activity Questionnaire-IPAQ*) dünya çapında birçok ülke tarafından kullanılmaktadır ve 20 dile çevirisi yapılmıştır. UFAA'nın kısa ve uzun olmak üzere iki formu bulunmaktadır. Kısa formda sedanter geçirilen zaman, orta ve yüksek şiddetli fiziksel aktivite ile yürüyüşte geçirilen zamanı değerlendirmektedir. Uzun formda ise boş zamanlarda, işyerinde, bahçede, evde ve sedanter aktivitelerde geçirilen zamanın yer aldığı sorular kişinin kendisi tarafından ya da telefonla görüşme şeklinde uygulanabilmektedir (13, 81, 82, 83).

Küresel anketler yaklaşık 1-4 sorudan oluşmaktadır ve oldukça kısa olmasıyla karakterizedir. Bu anketler kişileri genellikle fiziksel aktivite düzeyine göre (aktif veya inaktif) ya da fiziksel aktivite önerilerini karşılama düzeyine göre (karşılıyor veya karşılamıyor) 2 kategoride sınıflandırmaktadır. Bu anketlere örnek olarak *Physical Activity Vital Sign*, *the Exercise Vital Sign* ve *the Short Telephone Activity Recall* örnek olarak verilebilir. Bu anketlerin uygulanması daha az maliyetlidir ancak, fiziksel aktivitenin kapsamı hakkında detaylı bilgi vermemektedir (13, 81, 82).

Fiziksel aktivitenin değerlendirilmesinde kullanılan niteliksel aktivite öyküsü anketleri detaylı bilgi gerektiren daha kapsamlı bir format kullanılmaktadır. Bu anketler, kişinin hayatı boyunca, geçmiş bir yıl ya da ay süresince aktivitenin sıklığı, şiddeti ve süresini değerlendirmek için 15-60 maddeden oluşur. *The Minnesota Leisure Time Physical Activity Questionnaire* aktivitelerin yer aldığı kapsamlı bir listeden oluşmaktadır (63 spor, rekreasyonel, bahçe ve ev aktiviteleri) Aktivitelerin çoğunluğu 3,0 MET'den 5,9 MET'e değişen oranlarda olup orta şiddetli olarak sınıflandırılmaktadır (13, 82).

Fiziksel aktivite seyir defterleri, kayıtlar ve/veya günlükler özel bir zaman dilimi içerisinde yapılan tüm aktivitelere ilişkin detaylı bilgi vermektedir. Kayıtlar ya

da günlükler kullanıldığı zaman, kişilerin yaptıkları tüm aktiviteleri kayıt etmesi gerekmektedir. Bu oluşturulan aktivite listesi, davranışı anlamak ve fiziksel aktivite örneklerinin belirlenmesi için MET değerine göre ya da enerji harcamasına göre kodlanabilir. Bu format hem katılımcılar hem de araştırmacılar için kod girişleri yapılması nedeniyle kulfetlidir (13, 82).

Pedometre, akseloremetre, kalp atım hızı monitörleri ve indirekt kalorimetri fiziksel aktivitenin değerlendirilmesinde kullanılan objektif yöntemlerdir. Bu ölçüm araçları ve metotlar fiziksel aktiviteye karşı oluşan fizyolojik yanıtları ve aktiviteyi objektif olarak ölçmektedir. Uygun bir şekilde kullanıldığı zaman objektif ölçümler fiziksel aktivitenin ölçülmesinde yardımcı olmaktadır ancak, hareketin lokasyonu, içeriği ya da tipi gibi fiziksel aktiviteyi tüm yönleriyle kayıt edebilme yeteneği sınırlıdır. Bu cihazlar, birkaç dolardan binlerce dolara kadar değişen maliyetlere sahiptir. Bazı ölçüm araçlarında veriyi değerlendirmek ve kullanabilmek için özel yazılım ve uzman bilgisi gerekmektedir. Ayrıca bu cihazların kişilerin vücutlarına ya da elbiselerine bir monitör takmalarını gerektirmesi ya da ölçümün yapılacağı laboratuvara gitmesini gerektirebileceğinden katılımcılar açısından zor olabilmektedir (13, 84, 85).

Pedometreler bir diğer adıyla adımsayarlar yürüyüş değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Bu cihazların fiyatları iç mekanizması ve cihaz seçeneklerinden dolayı değişen maliyetlere sahiptir (13).

Akseloremetreler fiziksel aktivitenin ve hareketin bir sonucu olan vücut hareketinin değerlendirilmesinde kullanılır. Akseloremetrelerin çoğunluğu tek eksenli ya da üç eksenli olmak üzere iki kategoride sınıflandırılmaktadır. Temel çalışma prensibi tek ya da çoklu hareket düzlemlerinde aktiviteyi değerlendirmektir. Tek eksenli akseloremetreler tek bir eksenindeki hareketleri ölçmektedir. Üç eksenli akseloremetreler ise üç düzlemdeki vücut ivmelerini ölçmektedir. Hareketsiz kalınan anları ve egzersizin yoğunluğuna ilişkin bilgileri saniye saniye ya da dakika dakika detaylandırmaktadır (13).

Fiziksel aktivitenin değerlendirilmesinde kullanılan bir diğer yöntem ise kalorimetridir. Kalorimetri bir kişi tarafından üretilen ısı miktarını ölçmektedir.

Üretilen ısı enerji harcamasıyla ilişkilidir. Bu enerji doğrudan ya da dolaylı olarak ölçülebilmektedir. Dolaylı kalorimetri ısı üretimi yerine tüketilen oksijen miktarını değerlendirme yoluyla enerji harcamasını ölçmektedir. Bu ölçüm tekniğinin maliyeti yüksek olup ölçüm işlemi uzmanlık gerektirmektedir (13).

Çift etiketli su metodu genellikle enerji harcaması değerlendirmesinde “altın standart” olarak düşünülmektedir. Bu yöntem serbest yaşam aktiviteleri süresince harcanan enerjiyi değerlendirmede çok kesindir ancak pahalı olabilir. Aktivitenin meydana gelmesindeki durumu ve aktivitenin türleri arasındaki farkı göstermez (13).

2.12. Türkiye’de Fiziksel Aktivite Durumu

Aktif Yaşam Derneği tarafından 2010 yılında yapılan “Türkiye Toplum Fiziksel Aktivite Araştırması”na göre; Türk toplumunda yeterli fiziksel aktivite düzeyine sahip olma yüzdesi %25,0 olarak bulunmuştur. Yaş gruplarına göre en fazla 15-19 yaş grubunun (%63,0) ve en az 35-44 yaş grubunun (%20,0) hareketsiz olduğu bulunmuştur (86).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 yılı raporuna göre, ülke genelinde egzersiz yapmayanların yüzdesi %71,9 olarak belirtilmiştir. Erkeklerin %67,6’sı kadınların %76,5’i egzersiz yapmamaktadır. Türkiye’de her iki cinsiyette de yaşın ilerlemesi ile birlikte egzersiz yapma yüzdesi azalmaktadır. 19-30 yaş grubundaki erkeklerin %69,5’i, aynı yaş grubundaki kadınların %76,6’sı egzersiz yapmamaktadır. Egzersiz yapma yüzdesinin her iki cinsiyette de en düşük olduğu bölge Kuzeydoğu Anadolu (erkeklerde %75,9, kadınlarda %89,5) bölgesidir. Kadınlarda egzersiz yapma yüzdesinin en yüksek olduğu bölge Akdeniz (%15,6) iken erkeklerde Batı Anadolu (%17,6) bölgesi olduğunu belirtilmiştir (67).

Her gün günde 30 dakika ya da daha fazla süre ile spor yapma durumu 19-30 yaş grubunda %7,2, 31-50 yaş grubunda %10,4, 51-64 yaş grubunda %14,7, 65-74 yaş grubunda %10,0 ve 75 yaş ve üstünde 7,9 olarak bulunmuştur (67).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma yeri olarak bir devlet üniversitesi olan Ahi Evran Üniversitesi seçilmiştir. AEÜ'nün tarihçesi, 1961 yılında kurulan Erkek İlköğretmen Okulu'na dayanmaktadır. 1974 yılına kadar bu ad altında eğitim öğretim faaliyetlerine devam eden kurum, bu tarihten itibaren Eğitim Enstitüsü'ne, 1982 yılında ise iki yıllık Eğitim Yüksekokulu'na dönüştürülerek Gazi Üniversitesi'ne bağlanmıştır. 1988 yılında dört yıllık yüksekokul haline getirilen, 1992 yılında da Kırşehir Eğitim Fakültesi adını alan bu kurum 17 Mart 2006 tarihinde "AEÜ" adıyla Kırşehir ilinde kurulmuştur. AEÜ'de Kırşehir Merkez, Bağbaşı, Aşıkpaşa, Sağlık, Kaman, Mucur, Çiçekdağı, Boztepe ve Akpınar olmak üzere dokuz yerleşkesi bulunmaktadır. Üniversite; yedi fakülte, üç enstitü, dört yüksekokul, yedi meslek yüksekokulu, 11 araştırma ve uygulama merkezi birimleri olarak dağılım göstermektedir (87). Toplam 19026 öğrencisi olan üniversitenin akademik personel sayısı 702'dir (88).

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Kırşehir ilinde AEÜ'de idari teşkilatta görev yapan memurlar ve taşeron firmalara bağlı olarak çalışan geçici personel oluşturmaktadır (Bkz. Tablo 3.1). 19.03.2015 tarihi itibarıyla üniversitede idari kadroda 373 memur çalışmaktadır. 30.04.2015 tarihi itibarıyla üniversite ve bağlı birimlerinde geçici personel olarak istihdam edilen güvenlik görevlisi sayısı 76, temizlik çalışanı sayısı 105'tir. Üniversitenin idari teşkilatında görev yapan çalışanların dağılımı incelendiğinde idari teşkilatta 274 memur, teknik hizmetlerde 55 memur, sağlık hizmetlerinde 11 memur, yardımcı hizmetlerde 31 memur ve iki avukat yer almaktadır.

Araştırma evrenini toplam 554 çalışan oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiş, 18-64 yaş arasında, en az ilkokul mezunu olan, AEÜ'de memur ve/veya geçici personel olarak çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm bireyler çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya katılmak konusunda gönüllü olan, kriterlere uyan ve çalışmanın güvenilirliği için özen gösteren toplam 476 çalışanın doldurduğu anketler

geçerli kabul edilmiştir. Araştırmaya katılma yüzdesinin %85,92 olması nedeniyle çalışma grubunun tüm evreni temsil ettiği kabul edilmektedir (Bkz. Tablo 3.1.).

Tablo 3.1. Araştırma evreninde yer alan idari teşkilatta görev yapan memur ile taşeron firmalara bağlı olarak çalışan geçici personelin araştırmaya katılma yüzdeleri (AEÜ, Kasım 2015)

Araştırma Grubu	Toplam	Ulaşılan Kişi Sayısı	Katılma Yüzdesi
Memur	373	301	80,6
Geçici personel	181	175	96,6
Toplam	554	476	85,9

3.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma, Kırşehir ili AEÜ'ye bağlı idari teşkilatta görev yapan memur ve taşeron firmalara bağlı olarak çalışan geçici personele özel kesitsel nitelikte epidemiyolojik bir araştırmadır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın verilerini bazı sosyodemografik özellikler, tıbbi öykü ve alışkanlıklar ile ilgili özellikler, sigara ve alkol kullanma davranışları ile ilgili özellikler ve beslenme bilgisi ve davranışları ile ilgili özellikleri belirlemeye ilişkin soruların yer aldığı tanımlayıcı değişkenler, beden kitle indeksi, yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı, beslenme alışkanlıkları puanlaması ve uluslararası fiziksel aktivite anketi-kısa formunu içermektedir. Araştırmada yer alan bağımsız ve bağımlı değişkenlerin dağılımı Tablo 3.4.'te gösterilmiştir.

3.4.1. Bağımsız Değişkenler

Bazı Sosyodemografik Özellikler: Çalışanların yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu ve çocuk sayısı, sağlık güvencesinin varlığı, istihdam şekli, aile tipi, hane büyüklüğü, ailede sağlık çalışanı/diyetisyen olma durumu, ekonomik durum algısına ilişkin sorular yer almaktadır.

Tıbbi Öykü ve Alışkanlıklar: Çalışanların sağlık algısı ve sağlığına önem verme düzeyi, görme/işitme sorunu varlığı, teşhisi konulan hastalık varlığı, teşhis

edilen hastalık türü, son 6 ay içerisinde sağlık kuruluşuna başvuru durumu ve başvuru sayısı, en son başvuru yapılan sağlık kuruluşu, sağlık kuruluşuna başvuru nedenine ilişkin özellikleri belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

Sigara ve Alkol Kullanma Davranışı ile İlgili Özellikler: Çalışanlar arasında sigara kullanma durumu, günde içilen sigara sayısı, gün içinde ilk sigara içme zamanı ve alkollü içki içme durumu gibi sigara ve alkol kullanma davranışlarına ilişkin sorular yer almaktadır.

Beslenme Bilgisi ve Davranışları ile İlgili Özellikler: Çalışanların beslenme bilgisi konusundaki görüşü, beslenmeyle ilgili takip edilen haber kaynakları, beslenme konusunda güvenilen kaynaklar, diyetisyene başvuru durumu, son bir yıl içerisinde başvuru sayısı, daha önce diyet yapma durumu, hayatı boyunca diyet yapma sayısı, diyet yapma amacı ve diyet programını aldığı yer gibi beslenme davranışlarını belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

Beden Kitle İndeksi: Çalışanların boy uzunluğu ve vücut ağırlığı araştırmacı tarafından ölçülerek kaydedilmiştir. YBOYDA sınıflandırmasına göre BKİ değerlendirilmiştir (Bkz. Tablo 3.2.). Bu çalışmada kullanılan BKİ değerlendirmesi aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3.2. Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracına göre beden kitle indeksi değerlendirmesi.

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)
Zayıf	<20,00
Normal	20,00-24,99
Kilolu	25,00- 29,99
Şişman	≥30,00

3.4.2. Bağımlı Değişkenler

Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı: Genel beslenme bilgisi, okuduğunu anlama ve yorumlama, besin grupları, porsiyon miktarları ve gıda etiketi okuma, temel matematik bölümlerine ilişkin puanlamalar yer almaktadır (89). Bu ölçüm aracına ilişkin detaylı bilgiler Bölüm 3.6.1’de verilmiştir (Bkz. Bölüm 3.6.1).

Beslenme Alışkanlıkları Puanlaması: Arslan'ın (1982) geliştirmiş olduğu puanlama yöntemi ile yetişkinlerin beslenme alışkanlıklarını değerlendirdiği bir ölçüm aracıdır. Bu yöntem ilerleyen yıllarda başka çalışmalarda da değiştirilerek kullanılmıştır. BAP'a ait detaylı bilgilere Bölüm 3.6.2'de yer verilmiştir (Bkz. Bölüm 3.6.2) (90, 91).

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Form: Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Öztürk tarafından (2005) yapılmış olup kişilerin son yedi gün içerisindeki yaptığı fiziksel aktiviteleri öğrenmeye yönelik sorular yer almaktadır (92) (Bkz. Bölüm 3.6.3).

Beden Kitle İndeksi: Aynı zamanda bağımsız değişken olarak da değerlendirilmiştir. BKİ, boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının tahmin edilmesinde ve obezitenin belirlenmesinde kullanılmaktadır. Fazla kiloluluk ve şişmanlık kişilerin sağlığını bozarak vücutta anormal yağ birikimine yol açmaktadır ve bu durum birçok hastalık için risk faktörü oluşturmaktadır. Özellikle geniş popülasyonlarda yapılacak çalışmalarda uygun maliyetli, basit ve güvenilirdir (93, 94). DSÖ'ye göre uluslararası BKİ sınıflandırması yaygın şekilde kullanılmaktadır (95). DSÖ'ye göre yetişkin BKİ sınıflandırması Tablo 3.3.'te yer almaktadır (Bkz. Tablo 3.3.).

Tablo 3.3. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yetişkin beden kitle indeksi sınıflandırması

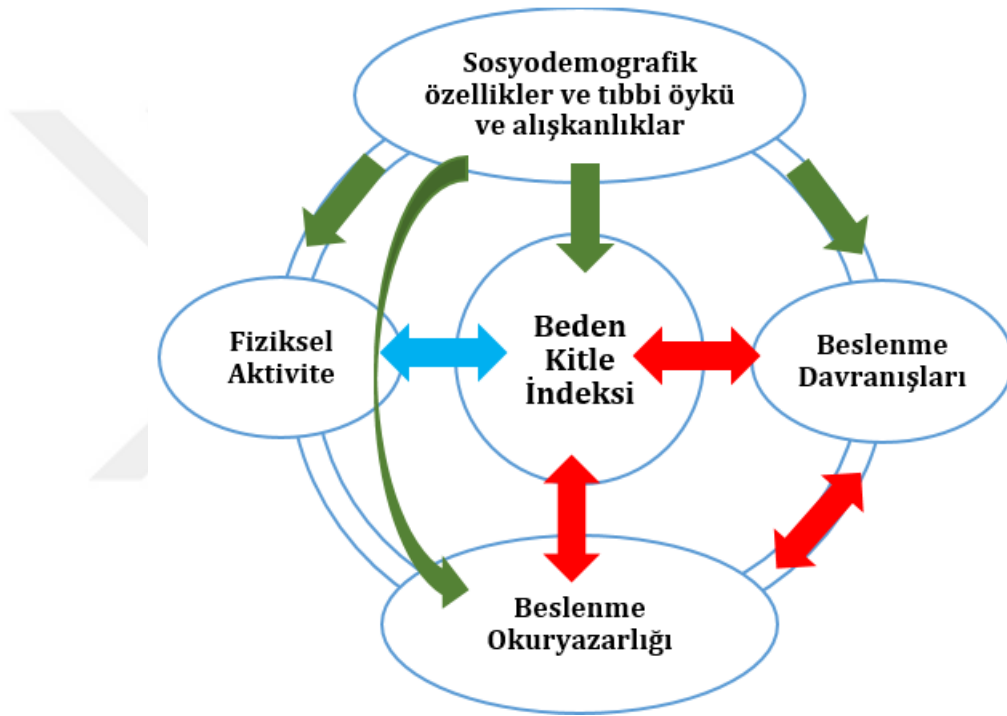
Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)
Zayıf	<18,50
Normal	18,50-24,99
Fazla kilolu	≥25,00
Pre-obez	25,00-29,99
Şişman I. derece	30,00-34,99
Şişman II. derece	35,00-39,99
Şişman III. derece	≥40,00

Tablo 3.4. Araştırmada yer alan bağımsız ve bağımlı değişkenlerin dağılımı

Bağımsız değişkenler	Bağımlı değişkenler
- Sosyodemografik özellikler - Tıbbi öykü ve alışkanlıklar - Sigara ve alkol kullanma davranışları - Beslenme konusunda bilgi ve davranışları	- Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı puanı - Beslenme alışkanlıkları puanı - Fiziksel aktivite puanı - Beden kitle indeksi*

*Aynı zamanda BKİ bağımsız değişken olarak da değerlendirilmiştir.

Araştırmanın değişkenlerin olası ilişkileri, Şekil 3.1’de gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırmadaki değişkenlerin olası ilişkileri

3.5. Araştırmada Kullanılan Terimler, Tanımlar

Sağlık Okuryazarlığı: Bilir’e göre “sağlık okuryazarlığı, bireylerin bilgi kaynaklarına ulaşma, bilgiyi okuma ve anlama, bilgiler ışığında sağlık ve sağlığın korunması-geliştirilmesi ile ilgili konularda, yaşam boyunca yaşam kalitesini artırmaya yönelik doğru kararlar verme ve uygulama ile ilgili istekleri ve kapasiteleri” olarak adlandırılır (33).

Beslenme okuryazarlığı: Bireylerin temel beslenme bilgilerine ulaşma, öğrenme, sağlıklı öğün seçimi yaparak beslenme ile ilgili bilinçli kararlar verme ile ilgili istekleri ve kapasiteleridir (19).

Fiziksel aktivite: Günlük yaşam içerisinde, iskelet kasları kullanılarak yapılan ve enerji harcamasını gerektiren her hareket fiziksel aktivite olarak tanımlanır (76).

Metabolik Eşdeğer: İstirahat halinde kişinin kg. başına dakikada 3,5 ml oksijen tüketimi olarak tanımlanmaktadır (3,5 ml/kg/dk) (73).

Beden Kitle İndeksi: Bir kişinin vücut ağırlığının kilogram cinsinden, kendi boy uzunluğunun metre (cinsinden) karesine bölünmesi olarak tanımlanır ($BKI = \frac{kg}{m^2}$) (96).

3.6. Araştırmanın Veri Kaynakları

Araştırmanın verileri, bazı sosyodemografik özellikler, tıbbi öykü ve alışkanlıklar, sigara ve alkol kullanma davranışları ve beslenme konusunda bilgi ve davranışlarını değerlendiren soruların yanı sıra yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı, beslenme alışkanlıkları puanlaması soru formu ve uluslararası fiziksel aktivite anketinin de yer aldığı bir anket aracılığıyla gözlem altında anket uygulama tekniğiyle toplanmıştır.

3.6.1. Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı

Cesur ve ark. (2015) tarafından geliştirilen YBOYDA, Sivas il merkezinde bulunan 63 mahalleden 18-64 yaşları arasında en az ilkokul mezunu olan 266 kişiye uygulanmıştır. Bu değerlendirme aracının geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında her bir madde için yedi kişi alınmıştır. YBOYDA'nın madde güçlük derecesi 0,522, madde ayırtedicilik gücü 0,730, Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,75 ve test tekrar test yöntemine göre korelasyon katsayısı 0,85 olarak bulunmuştur (89). Yapılan geçerlik güvenirlik çalışması sonucunda 38 madde olarak hazırlanan araçtan üç madde çıkarılmıştır. YBOYDA, 35 soru ve beş alt bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde genel beslenme bilgisi ile ilgili 10 soru, ikinci bölümde okuduğunu anlama ve yorumlama ile ilgili altı soru, üçüncü bölümde besin grupları ile ilgili 10

soru, dördüncü bölümde porsiyon miktarları ile ilgili üç soru ve beşinci bölümde gıda etiketi okuma ve temel matematik ile ilgili altı soru bulunmaktadır. Doğru yanıtlanan her soru bir puan, yanlış cevaplanan ve boş bırakılan sorular ise sıfır puandır. Toplam puan üzerinden 0-11 puan arası yetersiz, 12-23 puan arası sınırdaki, 24-35 puan arası yeterli beslenme okuryazarlığı düzeyi olarak sınıflandırılmaktadır (89).

3.6.2. Beslenme Alışkanlıkları Puanlaması Anket Formu

Beslenme alışkanlıkları ile ilgili sorular ve puanlama sistemi için Arslan (1982) tarafından geliştirilen beslenme alışkanlığı ile ilgili anket formundan yararlanılmıştır. Beslenme alışkanlığının değerlendirildiği ankette toplam soru sayısı dokuz olup alınabilecek en yüksek puan 62'dir. BAP'a göre, 35'den az puan kötü, 35-48 puan arası orta, 48'den fazla puan iyi beslenme alışkanlığı olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca anket formunda katılımcılar ana öğünlerinde tükettikleri besin gruplarının bileşimine göre dengesiz ve dengeli beslenen olmak üzere gruplara ayrılmaktadır. Tek tür yiyecek yenildiğinde kişinin dengesiz beslendiği buna karşın besin gruplarından en az üçü veya dördü bir arada ise dengeli beslendiği, kabul edilmiştir. Verilerin bu açıdan değerlendirilmesinde beslenme uzmanından yardım alınmıştır (90,91). Katılımcıların beslenme alışkanlığının hangi sorularla saptandığı, bu sorulara verilen yanıtların nasıl puanlandırıldığı ve puanlama tablosunun açıklaması Ek 3'te yer almaktadır.

3.6.3. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Form

UFAA-Kısa Form, DSÖ ve ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri tarafından geliştirilen anketin Türkiye için geçerliği ve güvenirliği Öztürk tarafından (2005) yapılmıştır. UFAA uzun form (27 soruluk) ve kısa form (yedi soruluk) olmak üzere iki şekilde mevcuttur. Bu çalışmada kullanılan anket "son yedi gün" içerisinde en az 10 dakika yapılan fiziksel aktivite türlerine ilişkin soruları içermektedir. Anket, son yedi gün içerisinde yapılan farklı fiziksel aktivite sürelerine ve sıklığına ilişkin (yürüme, orta ve yüksek şiddetli fiziksel aktiviteler ve oturularak geçirilen zaman) bilgi vermektedir.

Fiziksel aktivite düzeyini belirlemek için yürüme, orta şiddetli fiziksel aktivite ve yüksek şiddetli fiziksel aktiviteye ilişkin veriler MET değerlerine dönüştürülerek toplam skor hesaplanmaktadır. Elde edilen puana göre, kişilerin fiziksel aktivite düzeyleri belirlenerek MET-dk/hf. olarak sınıflandırılmaktadır (97). Fiziksel aktivite düzeyi MET yöntemiyle belirlenir ve hesaplamada fiziksel aktivite türüne göre MET değerleri ile aktivitenin frekansı ve süresi kullanılır. İstirahat halinde kişinin kg. başına dakikada 3,5 ml oksijen tüketmektedir (MET=3,5 ml/kg/dk.). Yürüme puanı hesaplanırken yürüme şiddeti 3,3 MET, orta düzeyde şiddetli aktivite puanı hesaplanırken 4 MET ve şiddetli aktivite puanı hesaplanırken 8 MET ile çarpılarak hesaplanmaktadır. Oturarak geçirilen vakitlerin yer aldığı soru ise sedanter olarak vakit geçiren kişiler için ek bir göstergedir. Bu soru fiziksel aktivitenin toplam puanlamasına dâhil edilmez (98). Kısa forma göre fiziksel aktivite düzeyleri üç kategoride değerlendirilmektedir. Bunlar,

1. İnaktif: Fiziksel aktivitenin en düşük düzeyidir. Bu grupta yer alan bireyler düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğu düşünülmektedir (fiziksel olarak inaktif < 600 MET-dk/hafta).

2. Minimal Aktif: Bu grupta yer alan bireyler, minimum fiziksel aktivite düzeyine ulaşmaktadırlar ve bu nedenle “orta” olarak kategorize edilir (minimal aktif >600 - 3000 MET-dk/hf).

3. Aktif: Fiziksel aktivitenin en üst düzeyinde yer alır ve yüksek olarak ayrı bir kategoride değerlendirilir (aktif >3000 MET-dk/hf) (92, 98, 99, 100).

3.7. Araştırmada Kullanılan Anketin Ön Denemesi

Anket formunun ön denemesi, araştırma grubunda yer almayan Kırşehir ili Kredi ve Yurtlar Kurumu’nda görev yapan (güvenlik görevlisi, idari hizmetlerde çalışan memurlar ve kat görevlisi) 10 personel ile yapılmıştır. Ön deneme sonucunda katılımcıların geri dönütleri doğrultusunda soruların anlaşılabilirliği incelenmiş ve anketin uzun olması nedeniyle bir takım düzenlemeler yapılmıştır. Anketin ön denemesinin yapıldığı kişilerin verileri araştırmaya dâhil edilmemiştir.

3.8. Araştırmanın Veri Toplama Biçimi

Araştırmanın verileri, 01.11.15 – 25.12.15 tarihleri arasında AEÜ'nün yerleşkeleri (Kırşehir Merkez, Bağbaşı, Aşıkpaşa, Sağlık, Kaman, Mucur, Akpınar, Çiçekdağı ve Boztepe) ziyaret edilerek toplanmıştır. AEÜ Rektörlüğü'nden idari teşkilatta çalışan memurların ve taşeron firmaya bağlı olarak çalışan geçici personelin isim ve birim listesi resmi yazışma yoluyla edinilmiştir. Böylelikle hem olası tekrarlar önlenmiş hem de çalışmaya katılmak istemeyen çalışanlara tekrar bir ziyaret düzenlenmemiştir. Bazı birimlerde birebir bazı birimlerde ise hem birimlerin büyük olması hem de çalışan memur ve geçici personel sayısının fazla olması nedeniyle bir toplantı düzenlenerek gözlem altında ve sessiz bir ortamda anket uygulama tekniğiyle gerçekleştirilmiştir. İlk olarak çalışanlara araştırmanın içeriği ve amacı açıklandıktan ve araştırma ile ilgili soruları yanıtladıktan sonra araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre olduğu belirtilmiş ve çalışanların aydınlatılmış sözlü onamları alınmıştır. Katılımcılardan soruları tek tek ve dikkatli bir şekilde okuyup cevaplamaları istenmiştir. Katılmak istemeyen kişilerin isimleri listeye not edilmiştir.

3.8.1. Antropometrik Ölçümler ve Ölçüm Araçları

Boy Uzunluğu: Araştırmaya katılan çalışanların boy uzunlukları SECA 213 markalı¹ 1 mm. hassasiyete sahip stadiometre ile yapılmıştır. Çalışanların boy uzunlukları, ayakkabısız, sırtı boy ölçere dönük ve omuzlar aynı seviyede olacak şekilde, eller yanda serbest halde, baş dik ve frankfort düzlemde (göz üçgeni ve kulak kepçesi üstü aynı hizada) olacak şekilde ölçüm yapılmıştır. Çalışanların boy uzunluğu 0,1 cm duyarlılıkla okunmuş ve kaydedilmiştir (101).

Vücut Ağırlığı: Ağırlık ölçümleri için sabah mesaisinin ilk saatlerinde çalışanlar ziyaret edilerek önce süreç hakkında bilgilendirilmiştir. Çalışanların vücut ağırlığı ölçümleri gerçekleştirilmeden önce tartı düz ve sert bir zemine yerleştirilmiştir ve üzerlerindeki ağırlıkları (palto, ceket, anahtarlık, cüzdan, vb.) çıkarmaları istenmiştir. Çalışanlar tercihen aç karnına iken ölçüm gerçekleştirilmiştir.

¹ Halk sağlığı kurumları ve DSÖ tarafından onaylanmıştır. Ölçüm aralığı 0-207 cm. olup 1 mm. hassasiyetindedir (101).

Araştırmaya katılan tüm çalışanların vücut ağırlığı, üstlerinde oda giysileri varken ayakkabısız olarak tartının ortasında dik pozisyonda ileriye bakarken 100 g.'a hassas SECA 813 marka elektronik baskül² ile ölçüm işlemi gerçekleştirilmiştir ve ölçümler kg. olarak (100 g. duyarlılıkla) kayıt edilmiştir (102).

3.9. Araştırma Verilerinin Analizi

Araştırmada toplanan veriler, 03.12.2015-27.12.2015 tarihleri arasında veri tabanına girilmiştir. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 20.0 bilgisayar paket programı kullanılarak yapılmıştır. Veri kontrolleri yapıldıktan sonra analiz aşamasına geçilmiştir ve tablolarda gerektiği durumlarda bazı değişkenler birleştirilerek değerlendirilmiştir. Bu değişkenlerin birleştirilme şekilleri aşağıda yer almaktadır.

Sosyodemografik özelliklerde;

✓ *Öğrenim durumu*: “ilköğretim ve altı” (ilkokul mezunu, ortaokul mezunu), “lise” ve “ön lisans ve üzeri” (ön lisans, lisans ve yüksek lisans/doktora) şeklinde,

✓ *Medeni durum*: “evli” ve “bekar” (bekar, boşanmış, dul) olarak,

✓ *İstihdam şekli*: “memur” (genel idare hizmetleri, sağlık hizmetleri, teknik hizmetler, avukatlık hizmetleri ve yardımcı hizmetler) ve “geçici personel” (taşeron firma) olarak,

✓ *Aile tipi*: “çekirdek aile” (çekirdek aile ve tek ebeveynli aile), “geniş aile” ve “yalnız yaşıyorum” (yalnız yaşıyorum ve diğer) şeklinde,

✓ *Algılanan gelir düzeyi*: 1-10 rakamlarından oluşmakta olup “düşük” (1, 2, 3, 4), “orta” (5, 6) ve “yüksek” (7, 8, 9, 10) gelir düzeyleri şeklinde birleştirilerek yapılmıştır.

✓ *Yaş grupları*: ortalama, standart sapma dikkate alınarak dokuzlu yaş bantları şeklinde oluşturulmuştur.

² Halk sağlığı kurumları ve DSÖ tarafından onaylanmıştır. 200 kg. kapasiteye sahip olup 100 g. hassasiyetinde tartım işlemini gerçekleştirmektedir (102).

Tıbbi Öykü ve Alışkanlıklarda;

✓ *Beyana dayalı sağlık ve sağlığına önem verme düzeyi:* “orta ve altı” (çok kötü, kötü ve orta) ve “iyi ve üzeri” (iyi ve mükemmel) şeklinde,

✓ *Görme-işitme sorunu varlığı:* “evet, sorunum var” (görme sorunu, işitme sorunu ve her iki sorunu olma) ve “hayır, sorunum yok” şeklinde birleştirilerek yapılmıştır.

Sigara ve Alkol Kullanma Davranışları ile İlgili Özelliklerde;

✓ *Sigara kullanım davranışı:* halen kullanıyorum ve nadiren grupları birleştirilerek “halen kullanıyorum” olarak,

✓ *Günde içilen sigara sayısı:* 21-30 arası ile 31 ve üzeri birleştirilerek “21 ve üzeri” şeklinde,

✓ *Gün içinde ilk sigara içme zamanı:* ilk 5 dakika ile 5-30 dakika içinde birleştirilerek “ilk 30 dk. içinde” olarak birleştirilmiştir.

Beslenme Bilgisi ve Davranışları ile İlgili Özellikler:

✓ *Beslenme bilgisi konusundaki görüşü:* “yeterli” (yeterli ve kısmen yeterli), “orta düzeyde” ve “yetersiz” (yetersiz ve hiç bilgi sahibi değilim) şeklinde birleştirilmiştir.

Verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler (yüzde dağılımı, aritmetik ortalama ve standart sapma, ortanca, dağılım aralığı), gruplar arası karşılaştırmalarda ki-kare testi kullanılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki gücünün değerlendirilmesinde ikili lojistik regresyon analizleri kullanılmıştır ve tahmini rölatif risk (*Odds Ratio-OR*) ve %95 güven aralığı hesaplanmıştır. Tüm testler için önemlilik sınırı (p değeri) 0,05 olarak alınmıştır.

Modeller oluşturulurken kullanılan değişkenlerin kategorileri ve referans alınan grup model açıklaması bölümünde belirtilmiştir (Tablo 4.23., Tablo 4.26.,

Tablo 4.30., Tablo 4.35. ve Tablo 4.36.). Lojistik regresyon analizinde beş farklı çok değişkenli model kullanılmıştır. Modellerde yer alan değişkenler Tablo 3.5.'te izlenmektedir.



Tablo 3.5. Modellerde yer alan değişkenler

Model 1 Beslenme Alışkanlıkları	Model 2 Fiziksel Aktivite Düzeyi	Model 3 Beslenme Okuryazarlığı Düzeyi	Model 4 BKİ	Model 5 BKİ
Model 3'teki değişkenler	Model 3'teki değişkenler	Yaş	Model 3'teki değişkenler	Fiziksel aktivite düzeyi
Diyetisyene başvuru durumu	Sağlığına önem verme	Cinsiyet	Diyetisyene başvuru durumu	Beslenme okuryazarlığı düzeyi
Beyan edilen sağlık düzeyi		Öğrenim durumu	Teşhisi konulan hastalık varlığı	Beslenme alışkanlıkları
Beslenme okuryazarlığı düzeyi		Medeni durum		
		Çocuk sahibi olma durumu		

3.10. Araştırma İzinleri ve Etik Konular

Araştırmacı, tez çalışmasına başlamadan önce AEÜ Rektörlüğü'nden gerekli kurum izni ve 20696 sayılı İnsan Araştırmaları kapsamında AEÜ Etik Kurullarından resmi yazışma yoluyla etik kurul izni alınmıştır (Bkz. EK 4). Verilerin toplanması aşamasında, çalışanlara araştırmanın amacı açıklanmıştır ve verecekleri bilgilerin mahremiyetine dikkat edileceği belirtilerek sözlü aydınlatılmış onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul edenlerin ölçümleri gerçekleştirilmiştir. Çalışanların anketi doldurulurken isimsiz olarak doldurmaları ve beslenme okuryazarlığına ilişkin ölçek sorularının yer aldığı bölümü cevaplarırken sadece bildiklerini cevaplamaları ve başkalarından yardım almamaları istenmiştir.

3.11. Araştırmada Karşılaşılan Zorluklar

Veri toplama aşamasında karşılaşılan zorluklar aşağıda açıklanmıştır.

İdari teşkilatta görev yapan memurların bazılarının izinli olarak şehir dışına çıkmaları, toplantılara katılmaları ve çeşitli nedenlerle odalarından ayrılmaları nedeniyle bu kişilere ulaşılamamış tekrar ikinci ve/veya üçüncü bir ziyaret daha düzenlenerek görüşülmeye çalışılmıştır. Gebelikten dolayı izin alan dört çalışana ulaşılamamıştır. AEÜ'nün ilçelerinde yer alan yerleşkelerde çalışanların bir kısmının ilçe dışında oturmaları nedeniyle anketlerin mümkün olan en büyük gruba tek seferde uygulanmasını sağlamak amacıyla ilçe ziyaretleri bir gün önceden haber verilerek

hafta ortası sabah erken saatlerinde toplantı düzenlenerek yapılmıştır. Son olarak, araştırma için herhangi bir maddi destek bulunmaması nedeniyle anketlerin basımı, yol masrafları vb. giderlerin araştırmacı tarafından yapılması maddi güçlük yaratmıştır.

Çalışanların boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümleri yapılırken aynı oda içerisinde erkek ve kadın çalışanların birlikte olması kadınların ölçümlerin gerçekleştirilmesine soğuk yaklaşmasına yol açmıştır. Bunu gidermek amacıyla bazen erkek çalışanlar odadan çıkarılarak bazen de başka bir odaya malzemeler taşınarak ölçüm işlemleri gerçekleştirilmiştir. Genellikle erkekler boy uzunluğu, kadınlar ise vücut ağırlığı ölçümlerinde çok hassas bir yaklaşım sergilemiş ve bu kişilere ölçümler ikinci kez tekrarlanmıştır. Erkeklerden üç kişi boy uzunluğu, aşırı kilolu olan altı kişi vücut ağırlığı ve kısa olan iki kişi boy uzunluğu ölçümünün yapılmasına izin vermemiştir. Bu durum 11 kişinin BKİ değerlerinin elde edilememesine yol açmıştır. İki kadın katılımcının gebe olması nedeniyle de ölçüm gerçekleştirilememiştir.

Vücut ağırlığı ölçümlerinde çalışanların bazıları kahvaltılarını evde yapmış olduklarından ölçümleri bu şekilde gerçekleştirilmiş olup bu durum araştırmamızın kısıtlı bir yanını oluşturmaktadır. YBOYDA'da yer alan sorular bilgi içeren sorular olduğundan çalışanların sadece kendi bildiklerini doldurmaları, bilmedikleri sorular hakkında fikir yürütmemeleri ve başkalarına anket sorularına ve cevaplarına ilişkin bilgi vermemeleri gerekmektedir. Bu nedenle kişilerle bazen birebir olarak bazen de toplantı halinde sessiz bir ortamda anket uygulanmaya çalışılmıştır. Çalışmanın güvenilirliğini sağlamak amacıyla, anketi rastgele dolduran bir kişinin anketi, akademik personel kadrosunda görev yapan ve aynı zamanda yükseköğretim sekreterliğine vekâleten bakan iki kişinin anketi ve alınan tüm önlemlere rağmen bilgi içeren sorulara cep telefonu ya da bilgisayar aracılığıyla cevaplamaya çalışan on kişinin anketi (bir kişi geçici personel, dokuz kişi memur) geçersiz sayılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırma, 01.11.2015-25.12.2015 tarihleri arasında Kırşehir ilinde bulunan AEÜ'ye bağlı birimlerde çalışan 20-62 yaş grubu 476 kişi ile yapılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular üç ayrı bölümde sunulmuştur.

4.1.Tanımlayıcı Bulgular, sosyodemografik özellikler, tıbbi öykü ve alışkanlıklar ile ilgili özellikler, sigara ve alkol kullanma davranışları ile ilgili özellikler ve beslenme bilgisi ve davranışları ile ilgili özelliklerden oluşmaktadır.

4.2.Beslenme Alışkanlıkları, Fiziksel Aktivite ve Beslenme Okuryazarlığı ile İlgili Bulgular içerisinde; beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite ve beslenme okuryazarlığı ile ilişkili bazı sosyodemografik faktörler yer almaktadır.

4.3.Beden Kitle İndeksi ile İlgili Bulgularda, BKİ ile ilişkili bazı sosyodemografik faktörler yer almaktadır.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Bu bölümde çalışanlara ilişkin bazı sosyodemografik özellikler, tıbbi öykü ve alışkanlıklar, sigara ve alkol kullanma davranışları ve beslenme bilgisi ve davranışları ile ilgili özellikler yer almaktadır.

Tablo 4.1. Çalışanların cinsiyetlerine göre bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (AEÜ, 2015)

		Erkek		Kadın		Toplam		p
		S	%	S	%	S	%	
Yaş Grupları (yıl)								
	20-29	57	17,9	45	29,6	102	21,7	0,002
	30-39	163	51,1	67	44,1	230	48,8	
	40-49	59	18,5	33	21,7	92	19,5	
	≥50	40	12,5	7	4,6	47	10,0	
	Toplam*	319	100,0	152	100,0	471	100,0	
Öğrenim Durumu**								
	İlköğretim ve altı	34	10,6	33	21,3	67	14,1	0,006
	Lise	91	28,3	36	23,2	127	26,7	
	Ön lisans ve üzeri	196	61,1	86	55,5	282	59,2	
	Toplam**	321	100,0	155	100,0	476	100,0	
İstihdam Şekli								
	Memur	216	67,3	85	54,8	301	63,2	0,008
	Geçici personel	105	32,7	70	45,2	175	36,8	
	Toplam	321	100,0	155	100,0	476	100,0	
Medeni Durumu								
	Evli	258	80,4	112	72,3	370	77,7	0,046
	Bekar	63	19,6	43	27,7	106	22,3	
	Toplam	321	100,0	155	100,0	476	100,0	
Algılanan Gelir Düzeyi***								
	Düşük	103	32,3	48	31,2	151	31,9	0,834
	Orta	176	55,2	89	57,8	265	56,0	
	Yüksek	40	12,5	17	11,0	57	12,1	
	Toplam*	319	100,0	154	100,0	473	100,0	

* Beş kişi yaşını ve üç kişi algılanan gelir düzeyi sorusunu işaretlememiştir.

** Ki-kare testi; ilköğretim ve altı, lise ve ön lisans ve üzeri şeklinde birleştirilerek yapılmıştır.

*** Gelir düzeyi 1-10 rakamlarından oluşmakta olup düşük, orta ve yüksek gelir düzeyleri şeklinde birleştirilerek yapılmıştır.

Çalışanların yaş ortalaması $36,4 \pm 8,23$ yıl, ortanca yaş 35, en küçük ve en büyük katılımcı 20-62 yaşlarındadır. Erkeklerin yaş ortalaması $36 \pm 8,36$ yıl, ortanca yaş 36, yaşı en küçük katılımcı 23 yaşında ve yaşı en büyük katılımcı 62 yaşındadır. Kadınların yaş ortalaması $35 \pm 7,77$ yıl, ortanca yaş 34, görüşülen yaşı en küçük ve en büyük katılımcı 20-54 yaşındadır. Cinsiyete göre yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,002$). Bu farklılığı yaratan 20-29 yaş grubu ile ≥ 50 yaş grubudur. Erkeklerin yaşları, kadınlara göre daha büyüktür (Tablo 4.1.).

Araştırmaya katılan çalışanlar arasında en büyük grubu %59,2 (n=282) ile “ön lisans ve üzeri” eğitim kurumlarından mezun olanlar oluşturmaktadır. Cinsiyetler arasında öğrenim durumuna göre farklılığı yaratan “ilköğretim ve altı” grubunda yer alanlardır (p=0,006). Kadın çalışanlar arasında “ilköğretim ve altı” olanlar %21,3 (n=33) iken erkekler arasında bu grubun yüzdesi %10,6 (n=34)’dır. Erkek çalışanların öğrenim durumu kadın çalışanlara göre daha yüksektir (Tablo 4.1.).

Erkeklerin %67,3’ü (n=216) memur, kadınların %45,2’si (n=70) geçici personel olarak çalışmaktadır. Erkeklerin çoğunluğu memur olarak görev yapmakta iken kadınların çoğunluğu geçici personel olarak çalışmaktadır (p=0,008) (Tablo 4.1.).

Araştırmaya katılanlar arasında en büyük grubu %77,7 ile evli çalışanlar oluşturmaktadır. Erkek çalışanların %80,4’ü (n=258), kadın çalışanların %72,3’ü (n=112) evli olduklarını belirtmişlerdir. Evli olan erkeklerin yüzdesi kadınlara göre daha yüksektir (p=0,046) (Tablo 4.1.).

Çalışanların %56,0’ı (n=265) gelir düzeyini “orta” olarak değerlendirirken, %31,9’u (n=151) “düşük” olarak değerlendirmiştir. Cinsiyete göre algılanan gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktur (p=0,834) (Tablo 4.1.).

Tablo 4.2. Çalışanların cinsiyetlerine göre aile özelliklerinin dağılımı (AEÜ, 2015)

		Erkek		Kadın		Toplam		p
		S	%	S	%	S	%	
Çocuk Sahibi Olma Durumu								
	Evet	227	70,9	110	71,0	337	70,9	0,995
	Hayır	93	29,1	45	29,0	138	29,1	
	Toplam*	320	100,0	155	100,0	475	100,0	
Çocuk Sayısı								
	1	73	32,2	36	32,7	109	32,3	0,265
	2	107	47,1	59	53,6	166	49,3	
	≥3	47	20,7	15	13,6	62	18,4	
	Toplam**	227	100,0	110	100,0	337	100,0	
Aile Tipi***								
	Çekirdek aile	266	82,9	121	78,1	387	81,3	0,451
	Geniş aile	36	11,2	22	14,2	58	12,2	
	Yalnız yaşayan	19	5,9	12	7,7	31	6,5	
	Toplam	321	100,0	155	100,0	476	100,0	
Hane Büyüklüğü								
	1 kişi	21	6,6	9	5,9	30	6,3	0,934
	2-5 kişi	274	85,6	131	85,6	405	85,7	
	≥6 kişi	25	7,8	13	8,5	38	8,0	
	Toplam*	320	100,0	153	100,0	473	100,0	

* 1 kişi çocuk sahibi olma ve 3 kişi hane büyüklüğü sorusunu işaretlememiştir.

** Çocuk sahibi olanlar üzerinden yüzde dağılımları yapılmıştır.

*** Ki-kare testi; çekirdek aile, geniş aile ve yalnız yaşayan şeklinde birleştirilerek yapılmıştır.

Çalışanların %70,9'u çocuk sahibi olup erkeklerin %70,9'u (n=227), kadınların %71,0'ı (n=110) çocuk sahibidirler (p=0,995). Çalışanların çocuk sayısı ortalaması $2\pm0,70$, ortanca çocuk sayısı 2, çalışanlar en az 1, en fazla 5 çocuk sahibidir (p=0,265) (Tablo 4.2.).

Çalışanların %81,3'ü (n=387) çekirdek aile yapısına sahiptir. Çekirdek aile tipi hem erkeklerde (%82,9) hem de kadınlarda (%78,1) en büyük grubu oluşturmaktadır (p=0,451) (Tablo 4.2.).

Çalışanların hane büyüklüğü ortalaması $2\pm0,01$, ortanca kişi sayısı 2, çalışanlar en az 1 en fazla 9 kişilik hane büyüklüğüne sahiptir (p=0,934) (Tablo 4.2.).

Tablo 4.3. Çalışanların cinsiyetlerine göre ailede sağlık çalışanı olma durumunun dağılımı (AEÜ, 2015)

Ailede Sağlık Çalışanı Olma Durumu	Erkek		Kadın		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Evet	50	15,6	33	21,3	83	17,5
Hayır	270	84,4	122	78,7	392	82,5
Toplam*	320	100,0	155	100,0	475	100,0

* 1 kişi ailede sağlık çalışanı sorusunu işaretlememiştir.

$X^2= 2,324$, $SD=0,754$, $p=0,127$

Çalışanların %17,5'inin (n=83) ailesinde bir sağlık çalışanı bulunmaktadır. Araştırmaya katılan erkeklerin %15,6'sının (n=50), kadınların %21,3'ünün (n=33) ailesinde en az bir sağlık çalışanı bulunmaktadır ($p=0,127$). Sağlık çalışanlarının 43'ü hemşire/ebe, 15'i doktor, 15'i sağlık teknikeri/teknisyeni, 3'ü eczacı, 2'si diyetisyen, 2'si sağlık meslek lisesinde öğretmen, 1'i sosyal hizmet uzmanı, 1'i psikolog ve 1'i hastanede memur olarak görev yaptığını belirtmişlerdir. Sağlık çalışanı yakını olanların 30'u birinci dereceden 44'ü 2. ve 3. dereceden yakınları olduğunu ifade etmiştir ve 9'u sağlık çalışanlarının yakınlık derecesini belirtmemiştir (Tablo 4.3.).

Tablo 4.4. Çalışanların cinsiyetlerine göre beyan edilen sağlık ve sağlığına önem verme düzeylerinin dağılımı (AEÜ, 2015)

	Erkek		Kadın		Toplam		p
	S	%	S	%	S	%	
Sağlık Düzeyi**							
Çok kötü	2	0,6	-	-	2	0,4	0,018
Kötü	5	1,6	3	1,9	8	1,7	
Orta	91	28,6	61	39,9	152	32,3	
İyi	187	58,8	82	53,6	269	57,1	
Mükemmel	33	10,4	7	4,6	40	8,5	
Toplam*	318	100,0	153	100,0	471	100,0	
Sağlığına Önem Verme**							
Çok kötü	5	1,6	6	4,0	11	2,3	0,113
Kötü	17	5,4	8	5,2	25	5,3	
Orta	110	34,9	62	40,5	172	36,8	
İyi	150	47,6	66	43,1	216	46,2	
Mükemmel	33	10,5	11	7,2	44	9,4	
Toplam*	315	100,0	153	100,0	468	100,0	

* Beş kişi sağlık düzeyi ve sekiz kişi sağlığına önem verme düzeyi sorusunu işaretlememiştir.

** Ki-Kare analizi sırasında, sağlık düzeyi ve sağlığına önem verme düzeyi orta ve altı, iyi ve üzeri şeklinde birleştirilmiştir.

Çalışanların %65,6'sı (n=309) sağlığını "iyi ve üzeri", %34,4'ü (n=162) "orta ve altı" olarak algıladıklarını beyan etmişlerdir (Tablo 4.1.5.). Sağlığını "iyi ve üzeri" olarak beyan etme yüzdesi erkeklerde %69,2 (n=220) ve kadınlarda %58,2 (n=89)'dir. Erkekler sağlıklarını kadınlara göre daha iyi olarak algılamaktadır (p=0,018) (Tablo 4.4.).

Çalışanların %55,6'sı (n=260) sağlığına "iyi ve üzeri" düzeyde önem verdiğini ifade etmişlerdir. Cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p=0,113) (Tablo 4.4.).

Tablo 4.5. Çalışanların istihdam şekline göre beyan edilen sağlık ve sağlığına önem verme düzeylerinin dağılımı (AEÜ, 2015)

		Memur		Geçici Personel		Toplam		p
		S	%	S	%	S	%	
Sağlık Düzeyi**								
	Çok kötü	1	0,3	1	0,6	2	0,4	0,131
	Kötü	4	1,4	4	2,3	8	1,7	
	Orta	90	30,2	62	35,8	152	32,3	
	İyi	185	62,1	84	48,6	269	57,1	
	Mükemmel	18	6,0	22	12,7	40	8,5	
	Toplam*	298	100,0	173	100,0	471	100,0	
Sağlığına Önem Verme**								
	Çok kötü	3	1,0	8	4,6	11	2,3	0,622
	Kötü	12	4,1	13	7,6	25	5,3	
	Orta	114	38,5	58	33,7	172	36,8	
	İyi	147	49,7	69	40,1	216	46,2	
	Mükemmel	20	6,7	24	14,0	44	9,4	
	Toplam*	296	100,0	172	100,0	468	100,0	

* Beş kişi sağlık düzeyi ve sekiz kişi sağlığına önem verme düzeyini işaretlememiştir.

** Ki-Kare analizi sırasında sağlık düzeyi ve sağlığına önem verme düzeyi orta ve altı, iyi ve üzeri şeklinde birleştirilmiştir.

Memurların %68,1'i (n=203), geçici personelin %61,3'ü (n=106) sağlık düzeyini "iyi ve üzeri" olarak belirtmişlerdir (p=0,131) (Tablo 4.5.).

Sağlığına "iyi ve üzeri" olarak önem verme %55,6 (n=260), "orta ve altı" olarak önem verme yüzdesi %44,4 (n=208)'tür (p=0,622) (Tablo 4.5.).

Tablo 4.6. Çalışanların öğrenim durumlarına göre beyan edilen sağlık ve sağlığına önem verme düzeylerinin dağılımı (AEÜ, 2015)

	İlköğretim ve altı		Lise		Ön lisans ve üzeri		Toplam		p
	S	%	S	%	S	%	S	%	
Sağlık Düzeyi**									
Çok kötü	1	1,5	1	0,8	-	-	2	0,4	0,047
Kötü	2	3,1	1	0,8	5	1,8	8	1,7	
Orta	28	43,1	41	32,3	83	29,7	152	32,3	
İyi	27	41,5	71	55,9	171	61,3	269	57,1	
Mükemmel	7	10,8	13	10,2	20	7,2	40	8,5	
Toplam*	65	100,0	127	100,0	279	100,0	471	100,0	
Sağlığına Önem Verme**									
Çok kötü	5	7,7	3	2,4	3	1,1	11	2,3	0,133
Kötü	5	7,7	6	4,8	14	5,0	25	5,3	
Orta	25	38,5	50	40,0	97	34,9	172	36,8	
İyi	22	33,8	51	40,8	143	51,4	216	46,2	
Mükemmel	8	12,3	15	12,0	21	7,6	44	9,4	
Toplam*	65	100,0	125	100,0	278	100,0	468	100,0	

* Beş kişi sağlık düzeyi ve sekiz kişi sağlığına önem verme düzeyini işaretlememiştir.

** Ki-Kare analizi sırasında, sağlık düzeyi ve sağlığına önem verme düzeyi orta ve altı, iyi ve üzeri şeklinde birleştirilmiştir.

İlköğretim ve altı grubunun %52,3'ü (n=34), lise grubunun %66,1'i (n=84), ön lisans ve üzeri eğitim kurumlarından mezun olan grubun %68,5'i (n=191) sağlığını "iyi ve üzeri" olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir. Öğrenim düzeyi daha yüksek kişiler sağlığını daha iyi algılamaktadır (p=0,047) (Tablo 4.6.).

Çalışanların %55,6'sı (n=260) sağlığını "iyi ve üzeri" olarak, %44,4'ü (n=208) "orta ve altı" olarak değerlendirmektedir (p=0,133) (Tablo 4.6.).

Tablo 4.7. Çalışanların cinsiyetlerine göre görme-işitme sorunu olma durumunun dağılımı (AEÜ, 2015)

Görme ve İşitme Sorunu Varlığı*	Erkek		Kadın		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Sorunum yok	243	75,7	113	72,9	356	74,8
Sorunum var						
Görme	64	19,9	35	22,6	99	20,8
İşitme	8	2,5	4	2,6	12	2,5
Görme ve işitme	6	1,9	3	1,9	9	1,9
Toplam	321	100,0	155	100,0	476	100,0

* Ki-Kare analizi sırasında görme ve işitme sorunu olan grup birleştirilmiştir.

$X^2= 0,434$, $SD=0,43468$, $p=0,510$

Erkeklerin %24,3'ü (n=78), kadınların %27,1'i (n=42) görme ve işitme sorunu olduğunu belirtmiştir (p=0,510) (Tablo 4.7.).

Çalışanlardan 38 kişi miyop, 25 kişi hipermetrop, 21 kişi görme kaybı, 10 kişi astigmat, 2 kişi katarakt, 1 kişi protez göz, 1 kişi göz kanallarında kanama ve 1 kişi hidrosefali hastalığından dolayı görme sorunları olduğunu belirtmişlerdir.

İşitme sorununa sahip olduğunu belirten çalışanlardan 5 kişi işitme kaybı, 4 kişi işitme azlığı, 2 kişi tinnitus ve 1 kişi kronik kulak tıkanıklığına bağlı işitme güçlüğü şeklinde ifade etmiştir. Çalışanlardan 9 kişi hem görme hem de işitme sorunu olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 4.8. Çalışanların cinsiyetlerine göre teşhisi konulan kronik hastalık beyanlarının dağılımı (AEÜ, 2015)

Teşhisi Konulan Hastalık Varlığı	Erkek		Kadın		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Var	70	21,8	45	29,0	115	24,2
Yok	251	78,2	110	71,0	361	75,8
Toplam	321	100,0	155	100,0	476	100,0

$X^2= 2,978$, $SD=0,429$, $p=0,084$

Erkeklerin %21,8'i (n=70), kadınların %29,0'ı (n=45) doktor tarafından teşhisi konulan uzun süre tedavi ya da sürekli ilaç kullanmasını gerektiren bir hastalığa sahip olduklarını beyan etmişlerdir (p=0,084) (Tablo 4.8.).

Tablo 4.9. Çalışanların cinsiyetlerine göre teşhis edilen uzun süreli hastalık beyanlarının dağılımı (AEÜ, 2015)

Teşhis Edilen Hastalık Türü*	Erkek		Kadın		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Diyabet	16	23,9	2	4,5	18	16,2
Kalp-damar hastalığı	11	16,4	5	11,4	16	14,4
Yüksek tansiyon	11	16,4	4	9,1	15	13,5
Ruhsal bozukluklar	9	13,4	6	13,6	15	13,5
Astım	6	9,0	4	9,1	10	9,0
Endokrin sistem hastalıkları	2	3,0	8	18,2	10	9,0
Romatizmal hastalıklar	3	4,5	6	13,6	9	8,1
Sinir sistemi hastalıkları	3	4,5	6	13,6	9	8,1
Böbrek hastalığı	7	10,4	-	-	7	6,3
Yüksek kolesterol	5	7,5	1	2,3	6	5,4
Karaciğer hastalığı	4	6,0	2	4,5	6	5,4
Sindirim sistemi hastalıkları	6	9,0	-	-	6	5,4
Kan hastalıkları	-	-	5	11,4	5	4,5
Cilt hastalıkları	4	6,0	-	-	4	3,6
Kronik bronşit, amfizem	1	1,5	2	4,5	3	2,7
Diğer ¹	4	6,0	8	18,2	12	10,8

*Katılımcıların birden fazla yanıtı olduğundan yüzdeler, her yanıt için erkekler n=67, kadınlar n=44 ve toplam n=111 üzerinden yüzde alınarak verilmiştir. Dört kişi teşhis edilen hastalık türü sorusunu işaretlememiştir.

¹ Katılımcılardan iki kişi göz, iki kişi kulak, iki kişi kanser, bir kişi kadın, bir kişi ağız ve diş, bir kişi alerjik, bir kişi inme/felç, bir kişi kas-iskelet ve bir kişi solunum sistemine ilişkin hastalığı bulunmaktadır.

Beslenmeyle ilişkili bazı hastalıklar göz önüne alındığında çalışanların %16,2'si (n=18) “diyabet”, %14,4'ü (n=16) “kalp-damar hastalığı”, %13,5'i (n=15) “yüksek tansiyon”, %6,3'ü (n=7) “böbrek hastalığı”, %5,4'ü (n=6) “yüksek kolesterol” olarak teşhis edilen uzun süreli hastalıkları olduğunu beyan etmişlerdir (Tablo 4.9.).

Tablo 4.10. Çalışanların cinsiyetlerine göre son 6 ay içerisinde sağlık kuruluşuna başvuru durumlarının dağılımı (AEÜ, 2015)

	Erkek		Kadın		Toplam		p
Son 6 Ay İçerisinde	S	%	S	%	S	%	
Sağlık Kuruluşuna Başvuru							
Evet	171	53,3	96	61,9	267	56,1	0,074
Hayır	150	46,7	59	38,1	209	43,9	
Toplam	321	100,0	155	100,0	476	100,0	
Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sayısı							
1	92	53,8	37	38,6	129	48,3	0,066
2	40	23,3	27	28,1	67	25,1	
3	23	13,5	15	15,6	38	14,2	
≥4	16	9,4	17	17,7	33	12,4	
Toplam	171	100,0	96	100,0	267	100,0	

Araştırma grubunda yer alan çalışanların %56,1'i (n=267) son 6 ay içerisinde sağlık kuruluşuna başvuruda bulunduğunu beyan etmektedir. Erkek çalışanların %53,3'ü (n=171), kadın çalışanların %61,9'u (n=96) son 6 ay içerisinde sağlık kuruluşuna başvurduklarını belirtmişlerdir. Son 6 ay içerisinde sağlık kuruluşuna başvuru yüzdesi kadınlarda daha yüksektir (p=0,074) (Tablo 4.10.).

Son 6 ay içerisinde sağlık kuruluşuna “1” kez başvuran çalışanlar %48,3 (n=129) ile en büyük grubu oluşturmaktadır. Erkeklerin %53,8'i (n=92), kadınların %38,6'sı (n=37) bu dönemde sağlık kuruluşuna “bir” kez başvurduklarını belirtmişlerdir (p=0,066) (Tablo 4.10.).

Tablo 4.11. Çalışanların istihdam şekline göre son 6 ay içerisinde sağlık kuruluşuna başvuru durumlarının dağılımı (AEÜ, 2015)

				Memur		Geçici Personel		Toplam		p
Son 6 Ay İçerisinde				S	%	S	%	S	%	
Sağlık Kuruluşuna Başvuru										
	Evet	173	57,5	94	53,7	267	56,1	0,425		
	Hayır	128	42,5	81	46,3	209	43,9			
	Toplam	301	100,0	175	100,0	476	100,0			
Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sayısı										
	1	86	49,7	43	45,7	129	48,3	0,912		
	2	43	24,9	24	25,5	67	25,1			
	3	23	13,3	15	16,0	38	14,2			
	≥4	21	12,1	12	12,8	33	12,4			
	Toplam	173	100,0	94	100,0	267	100,0			

Memurların %57,5'i (n=173), geçici personelin %53,7'si (n=94) son 6 ay içerisinde sağlık kuruluşuna başvurdıklarını belirtmişlerdir (p=0,425) (Tablo 4.11.).

Memurların %49,7'si (n=86), geçici personelin %45,7'si (n=43) bu dönemde sağlık kuruluşuna “bir” kez başvurdıklarını belirtmişlerdir (p=0,912) (Tablo 4.11.).

Tablo 4.12. Çalışanların cinsiyetlerine göre son 6 ay içerisinde başvurdukları sağlık kuruluşu ve başvuru nedenlerinin dağılımı (AEÜ, 2015)

	Erkek		Kadın		Toplam		p
	S	%	S	%	S	%	
En Son Başvurulan Sağlık Kuruluşu							
Devlet hastanesi	74	43,5	46	50,0	120	45,8	0,274
ASM	57	33,5	22	23,9	79	30,2	
Üniversite hastanesi	25	14,7	12	13,0	37	14,1	
Özel sağlık kuruluşları	14	8,3	12	13,0	26	9,9	
Toplam*	170	100,0	92	100,0	262	100,0	
Sağlık Kuruluşuna Başvuru Nedeni**							
Sağlık yakınması	102	60,0	61	63,5	163	61,3	
Hastalık İzlemi	23	13,5	30	31,2	53	19,9	
İlaç yazdırma	29	17,1	14	14,6	43	16,2	
Laboratuvar tetkik sonucunun değerlendirilmesi	8	4,7	14	14,6	22	8,3	
Aşı	7	4,1	4	4,2	11	4,1	
Sağlık kontrolü	4	2,4	1	1,0	5	1,9	
Diğer ¹	20	11,8	8	8,3	28	10,5	
Yanıtız	4	2,4	-	-	4	1,5	

* Beş kişi en son başvuru sağlık kuruluşu sorusunu işaretlememiştir.

** Katılımcıların sağlık kuruluşuna başvuru nedeni sorusunda birden fazla yanıt olduğundan yüzdeler, her yanıt için erkekler n=170, kadınlar n=96 ve toplam n=266 kişi üzerinden yüzde alınarak verilmiştir.

¹Katılımcılar tarafından belirtilen sağlık kuruluşuna diğer başvuru nedenleri arasında sekiz kişi diş tedavisi, yedi kişi ÜSYE, altı kişi acil durumlar, dört kişi ortopedik yakınmalar, bir kişi psikiyatri, bir kişi göz kaşıntısı ve bir kişi diyet gerekçesiyle başvurduğunu belirtmiştir.

En son başvuru sağlık kuruluşu arasında ilk üç sırayı %59,9 (n=157) ile “hastaneler”, %30,2 (n=79) ile “ASM” ve %9,9 (n=26) ile “özel sağlık kuruluşları” almaktadır (p=0,274) (Tablo 4.12.).

Son 6 ay içerisinde sağlık kuruluşuna başvuruların %61,3’ü “sağlık yakınması”, %19,9’u “hastalık izlemi”, %16,2’si “ilaç yazdırma” ve %8,3’ü “laboratuvar tetkik sonucunun değerlendirilmesi”, %4,1’i “aşı” ve %1,9’u “sağlık kontrolü” nedeniyle başvurduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.12.).

Tablo 4.13. Çalışanların cinsiyetlerine göre sigara kullanma davranışlarının dağılımı (AEÜ, 2015)

		Erkek		Kadın		Toplam		p
		S	%	S	%	S	%	
Sigara Kullanma**								
	Halen kullanıyorum	154	48,1	55	35,5	209	44,0	<0,001
	Hiç içmedim	104	32,5	85	54,8	189	39,8	
	Kullanıp bıraktım	62	19,4	15	9,7	77	16,2	
	Toplam*	320	100,0	155	100,0	475	100,0	
İçilen Sigara Sayısı/Gün **								
	10 veya daha az	51	34,0	37	69,8	88	43,3	<0,001
	11 ile 20 arası	83	55,3	12	22,7	95	46,8	
	21 ve üzeri	16	10,7	4	7,5	20	9,9	
	Toplam*	150	100,0	53	100,0	203	100,0	
Gün İçinde İlk Sigara İçme Zamanı**								
	İlk 30 dakika içinde	47	33,3	17	34,0	64	33,5	0,016
	31-60 dakika içinde	37	26,2	4	8,0	41	21,5	
	Bir saat sonra	57	40,5	29	58,0	86	45,0	
	Toplam*	141	100,0	50	100,0	191	100,0	

* Bir kişi sigara kullanma, sigara kullanan katılımcılardan altı kişi günde içtikleri sigara sayısını ve 18 kişi gün içinde ilk sigara içme zamanı sorusunu işaretlememiştir.

** Ki-kare testi, sigara kullanım davranışı, günde içilen sigara sayısı ve gün içinde ilk sigara içme zamanı gruplar halinde birleştirilerek yapılmıştır.

Araştırmada yer alan çalışanların %44,0'ı (n=209) sigara kullanmaktadır. Erkeklerin %48,1'i (n=154) ve kadınların %35,5'i (n=55) halen sigara kullandıklarını belirtmişlerdir. Erkeklerde sigara kullanma davranışı kadınlara göre daha yüksektir (p<0,001) (Tablo 4.13.).

Günde “11 ve üzeri” sigara kullanan çalışanlar %56,7 (n=115) ve “21 ve üzeri” sigara tüketen çalışanlar %9,9 (n=20) dur. Sigara kullanan erkek çalışanların %66,0'ı (n=99), kadınların %30,2'si (n=16) gün içerisinde “11 ve üzeri” sayıda sigara içtiklerini ifade etmişlerdir. Erkeklerin günde içtikleri sigara sayıları kadınlardan daha yüksektir (p<0,001). (Tablo 4.13.).

Çalışanların %33,5'i (n=64) gün içinde ilk sigaralarını “ilk 30 dakika içinde” içtiklerini ifade etmişlerdir. Sigara kullanan erkeklerin %33,3'ü (n=47), kadınların %34,0'ı (n=17) uyandıktan sonra “ilk 30 dakika içinde” sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Cinsiyete göre gün içinde ilk sigara kullanma zamanı arasında

istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Bu farklılığı yaratan gün içerisinde ilk sigaralarını 31-60 dk. içerisinde içenler oluşturmaktadır ($p=0,016$). Kadınlar gün içinde ilk sigaralarını erkeklere göre daha geç saatte içmektedirler (Tablo 4.13.).

Tablo 4.14. Çalışanların cinsiyetlerine göre alkollü içki kullanım davranışlarının dağılımı (AEÜ, 2015)

Alkollü içki içme Durumu	Erkek		Kadın		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Evet	61	19,0	13	8,4	74	15,5
Hayır	260	81,0	142	91,6	402	84,5
Toplam	321	100,0	155	100,0	476	100,0

$X^2=8,972$, $SD=0,392$, $p=0,003$

Araştırmaya katılan erkek çalışanların %19,0'u ($n=61$), kadın çalışanların %8,4'ü ($n=13$) alkollü içki içtiklerini belirtmişlerdir. Erkekler kadınlardan daha fazla alkollü içki içmekte olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,003$) (Tablo 4.14.).

Tablo 4.15. Çalışanların cinsiyetlerine göre beslenme bilgisi konusundaki görüşlerinin dağılımı (AEÜ, 2015)

Beslenme Bilgisi Konusundaki Görüşü**	Erkek		Kadın		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Yeterli	170	53,1	89	57,4	259	54,5
Orta düzeyde	122	38,1	60	38,7	182	38,3
Yetersiz	28	8,8	6	3,9	34	7,2
Toplam*	320	100,0	155	100,0	475	100,0

* Bir kişi beslenme bilgisi konusundaki görüşünü işaretlememiştir.

** Beslenme bilgisi konusundaki görüşü yeterli, orta düzeyde ve yetersiz şeklinde birleştirilerek ki-kare yapılmıştır.

Beslenme konusunda bilgisini “yeterli” olarak değerlendiren hem erkek hem de kadın çalışanlar %54,5 ($n=259$) ile en büyük grubu oluşturmaktadır. Erkeklerin %53,1'i ($n=170$), kadınların %57,4'ü ($n=89$) beslenme konusunda bilgi durumlarını “yeterli” olarak değerlendirmişlerdir ($p=0,147$) (Tablo 4.15.).

Tablo 4.16. Çalışanların cinsiyetlerine göre beslenmeyle ilgili takip edilen haber ve güvenilen kaynakların dağılımı (AEÜ, 2015)

Beslenme ile İlgili	Erkek		Kadın		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
İzlenen Haber Kaynakları*						
Televizyon	182	57,1	81	52,3	263	55,5
İnternet	146	45,8	89	57,4	235	49,6
Yazılı basın	83	26,0	40	25,8	123	25,9
Yakın kişiler	69	21,6	43	27,7	112	23,6
Sosyal medya	60	18,8	47	30,3	107	22,6
Bilimsel dergi	23	7,2	21	13,5	44	9,3
Radyo	14	4,4	7	4,5	21	4,4
Diğer**	5	1,6	2	1,3	7	1,5
Takip etmeme	45	14,1	11	7,1	56	11,8
Güvenilen Kaynaklar*						
Doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli	181	57,6	101	66,9	282	60,6
Beslenme uzmanı/diyetisyen	154	49,0	96	63,6	250	53,8
Kamu sağlık kuruluşları	80	25,5	40	26,5	120	25,8
DSÖ gibi uluslararası kuruluşlar	54	17,2	31	20,5	85	18,3
İnternet	58	18,5	25	16,6	83	17,8
Aile	56	17,8	19	12,6	75	16,1
Televizyon	48	15,3	17	11,3	65	14,0
Özel sağlık kuruluşları	37	11,8	28	18,5	65	14,0
Arkadaşlar	24	7,6	16	10,6	40	8,6
Gazeteler ve dergiler	22	7,0	10	6,6	32	6,9
Ders kitapları	11	3,5	11	7,3	22	4,7
Radyo	6	1,9	3	2,0	9	1,9

* Katılımcıların birden fazla yanıtı olduğundan izlenen haber kaynaklarında yüzdelere, her yanıt için erkekler n=319, kadınlar n=155 ve toplam n=474 kişi üzerinden, güvenilen kaynaklarda her yanıt için erkekler n=314, kadınlar n=151 ve toplam n=465 üzerinden yüzde alınarak verilmiştir. İki kişi beslenmeyle ilgili izlenen haber kaynakları sorusunu, 11 kişi beslenme konusunda güvenilen kaynaklar sorusunu işaretlememiştir.

** Katılımcılardan iki kişi doktordan, bir kişi diyetisyenden, bir kişi evrim ağacından, bir kişi kendime göre, bir kişi sünnet-i seniyye ve bir kişi diğer olarak belirtmişlerdir.

Araştırmada çalışanların beslenmeyle ilgili izlenen haber kaynaklarında ilk üç sırayı sırasıyla “televizyon” (%55,5), “internet” (%49,6) ve “yazılı basın” (%25,9) almaktadır. Kadınların %57,1’i (n=182) ve erkeklerin %52,3’ü (n=81) televizyondan beslenmeyle ilgili haberleri takip ettiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.16.).

Araştırmada yer alan çalışanların beslenme konusunda güvenilen kaynaklarda ilk üç sırayı “doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli” (%60,6), “beslenme

uzmanı/diyetisyen” (%53,8) ile “kamu sağlık kuruluşları” (%25,8) almaktadır. Araştırmada hem erkeklerin (%57,6) hem de kadınların (%66,9) beslenme konusunda “doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli” tarafından gelen bilgilere daha çok güvendiklerini beyan etmişlerdir ve bu grup çalışanların güven duyduğu kaynaklar içerisinde en büyük grubu oluşturmaktadır (Tablo 4.16.).

Tablo 4.17. Çalışanların cinsiyetlerine göre diyetisyene başvuru durumlarının dağılımı (AEÜ, 2015)

		Erkek		Kadın		Toplam		p
		S	%	S	%	S	%	
Diyetisyene Başvuru Durumu								
	Evet	30	9,3	34	21,9	64	13,4	<0,001
	Hayır	291	90,7	121	78,1	412	86,6	
	Toplam	321	100,0	155	100,0	476	100,0	
Son Bir Yıl İçerisinde Başvuru Sayısı								
	1	19	65,5	24	70,6	43	68,3	0,666
	≥2	10	34,5	10	29,4	20	31,7	
	Toplam	29	100,0	34	100,0	63	100,0	

Erkeklerin %9,3’ü (n=30), kadınların %21,9’u (n=34) diyetisyene başvurma deneyimlerinin olduğunu belirtmişlerdir. Kadınların hayatları boyunca diyetisyene başvurma yüzdesi erkeklerden daha yüksek olup, istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.17.).

Son bir yıl içerisinde diyetisyene en az “bir” kez başvuranlar (%68,3) en büyük grubu oluşturmaktadır. Diyetisyene giden erkeklerin %65,5’i (n=19), kadınların %70,6’sı (n=24) son bir yıl içerisinde “bir” kez başvurduklarını ifade etmişlerdir ($p=0,666$) (Tablo 4.17.).

Tablo 4.18. Çalışanların cinsiyetlerine göre daha önce diyet yapma öykülerinin dağılımı (AEÜ, 2015)

		Erkek		Kadın		Toplam		p
		S	%	S	%	S	%	
Daha Önce Diyet Yapma Durumu								
	Evet	48	15,0	48	31,0	96	20,2	<0,001
	Hayır	273	85,0	107	69,0	380	79,8	
	Toplam	321	100,0	155	100,0	476	100,0	
Hayatı Boyunca Diyet Yapma Sayısı								
	1	24	50,0	21	45,6	45	47,9	0,942
	2	13	27,1	15	32,6	28	29,8	
	3	6	12,5	5	10,9	11	11,7	
	≥4	5	10,4	5	10,9	10	10,6	
	Toplam**	48	100,0	46	100,0	94	100,0	
Diyet Yapma Amacı								
	Zayıflamak için	35	72,9	33	71,7	68	72,3	0,898
	Sağlık problemleri ve sağlıklı yaşam	13	27,1	13	28,3	26	27,7	
	Toplam**	48	100,0	46	100,0	94	100,0	
Diyet Programını Aldığı Yer*								
	Diyetisyen/beslenme uzmanı	22	45,8	29	60,4	51	53,1	
	Doktor	13	27,1	5	10,4	18	18,8	
	Uygulanmış diyet listeleri	8	16,7	8	16,7	16	16,7	
	İnternet/TV	8	16,7	6	12,5	14	14,6	
	Eczacı	2	4,2	1	2,1	3	3,1	
	Diğer***	7	14,6	7	14,6	14	14,6	

* Diyet programını aldığı yer sorusunda katılımcıların birden fazla yanıt olduğundan yüzdeler, her yanıt için erkekler n=48, kadınlar n=48 ve toplam n=96 kişi üzerinden yüzde alınarak verilmiştir.

** Daha önce diyet yapan katılımcılardan iki kişi hayatı boyunca diyet yapma sayısını ve diyet yapma amacını belirtmemiştir.

*** Katılımcılardan 11 kişi kendince, iki kişi kendince ve ekmeksiz yemek yiyerek ve bir kişi Canan Karatay önerileri doğrultusunda diyet yaptıklarını ifade etmişlerdir.

Erkek çalışanların %15,0'ı (n=48), kadın çalışanların %31,0'ı (n=48) daha önceden diyet yaptıklarını belirtmişlerdir. Kadınların hayatları boyunca en az bir kez diyet yapma yüzdesi erkeklere göre daha yüksektir (p<0,001) (Tablo 4.18.).

Daha önce diyet yapan çalışanlar arasında en büyük grubu %47,9 (n=45) ile “bir” kez diyet yapanlar oluşturmaktadır. Daha önceden diyet yapan erkeklerin %50,0'ı (n=24), kadınların %45,6'sı (n=21) hayatı boyunca “bir” kez diyet yaptıklarını ifade etmişlerdir (p=0,942) (Tablo 4.18.).

Zayıflamak amacıyla diyet yapanlar %72,3 (n=68) ile en büyük grubu oluşturmaktadır. Erkek çalışanların %72,9'u (n=35), kadın çalışanların %71,7'si (n=33) bu diyeti “zayıflamak “ amacıyla yaptıklarını belirtmişlerdir (p=0,898) (Tablo 4.18.).

Diyet yapanların %53,1'i (n=51) diyet programını “Diyetisyen/beslenme uzmanı”ndan aldığını belirterek en büyük grubu oluşturmuştur. Daha önceden diyet yapan erkeklerin %45,8'i (n=22), kadınların %60,4'ü (n=29) bu diyeti “Diyetisyen/beslenme uzmanı”ndan aldıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.18.).

4.2. Beslenme Alışkanlıkları, Fiziksel Aktivite ve Beslenme Okuryazarlığı ile İlgili Bulgular

Araştırmada yer alan çalışanların bazı sosyodemografik özelliklerine göre beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite ve beslenme okuryazarlığı ile ilgili durumlarının dağılımı aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.19. Çalışanların cinsiyetlerine göre beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite ve beslenme okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı (AEÜ, 2015)

		Toplam	
		S	%
Beslenme Alışkanlıkları			
	Kötü	245	51,5
	Orta	191	40,1
	İyi	40	8,4
Fiziksel Aktivite Düzeyleri			
	İnaktif	196	41,2
	Minimal aktif	205	43,1
	Aktif	75	15,8
Beslenme Okuryazarlığı Düzeyleri			
	Yetersiz	114	23,9
	Sınırdan	209	43,9
	Yeterli	153	32,1

Çalışma grubunun %8,4'ünün (n=40) beslenme alışkanlığının “iyi” olduğu, %15,8'inin (n=75) fiziksel olarak “aktif” olduğu ve %32,1'inin (n=153) beslenme okuryazarlığı düzeyinin “yeterli” olduğu bulunmuştur (Tablo 4.19.).

Tablo 4.20. Çalışanların bazı sosyodemografik özelliklerine göre beslenme alışkanlıklarının dağılımı (AEÜ, 2015)

		Beslenme Alışkanlıkları						Toplam		p
		Kötü		Orta		İyi				
		S	%	S	%	S	%	S	%	
Cinsiyet										
	Erkek	153	47,7	135	42,1	33	10,3	321	67,4	0,020
	Kadın	92	59,4	56	36,1	7	4,5	155	32,6	
	Toplam	245	51,5	191	40,1	40	8,4	476	100,0	
Yaş Grupları										
	20-29	49	48,0	46	45,1	7	6,9	102	21,7	0,378
	30-39	120	52,2	94	40,9	16	7,0	230	48,8	
	40-49	50	54,3	30	32,6	12	13,0	92	19,5	
	≥50	21	44,7	21	44,7	5	10,6	47	10,0	
	Toplam	240	51,0	191	40,6	40	8,5	471	100,0	
Öğrenim Durumu										
	İlköğretim ve altı	30	44,8	31	46,3	6	9,0	67	14,1	0,742
	Lise	64	50,4	53	41,7	10	7,9	127	26,7	
	Ön lisans ve üzeri	151	53,5	107	37,9	24	8,5	282	59,2	
	Toplam	245	51,5	191	40,1	40	8,4	476	100,0	
Medeni Durumu										
	Evli	199	53,8	142	38,4	29	7,8	370	77,7	0,163
	Bekar	46	43,4	49	46,2	11	10,4	106	22,3	
	Toplam	245	51,5	191	40,1	40	8,4	476	100,0	
Çocuk Sahibi Olma Durumu										
	Evet	174	51,6	134	39,8	29	8,6	337	70,9	0,942
	Hayır	70	50,7	57	41,3	11	8,0	138	29,1	
	Toplam	244	51,4	191	40,2	40	8,4	475	100,0	
Aile Tipi										
	Çekirdek aile	200	51,7	154	39,8	33	8,5	387	81,3	
	Geniş aile	29	50,0	23	39,7	6	10,3	58	12,2	
	Yalnız yaşıyorum	16	51,6	14	45,2	1	3,2	31	6,5	
	Toplam	245	51,5	191	40,1	40	8,4	476	100,0	
İstihdam Şekli										
	Memur	154	51,2	121	40,2	26	8,6	301	63,2	0,966
	Geçici personel	91	52,0	70	40,0	14	8,0	175	36,8	
	Toplam	245	51,5	191	40,1	40	8,4	476	100,0	

* Tablo değeri $\geq 0,20$ olduğundan p değeri hesaplanamamıştır.

Erkeklerin %47,7'si (n=153), kadınların %59,4'ü (n=92) “kötü” beslenme alışkanlığına sahiptir. Cinsiyete göre beslenme alışkanlığı puanlaması arasında

istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,020$), kadınlar erkeklerden daha kötü beslenme alışkanlıklarına sahiptir (Tablo 4.20.).

Çalışanlar arasında 40-49 yaş grubunun %54,3'ü ($n=50$) “kötü” beslenme alışkanlığına sahiptir. Yaş gruplarına göre beslenme alışkanlığı puanlaması arasında istatistiksel fark bulunamamıştır ($p=0,378$) (Tablo 4.20.).

“Ön lisans ve üzeri” eğitim kurumlarından mezun olan çalışanların %53,5'i ($n=151$) “kötü” beslenme alışkanlığına sahiptir ($p=0,742$) (Tablo 4.20.).

Evlilerin %53,8'i ($n=199$), bekarların %43,4'ü ($n=46$) “kötü” beslenme alışkanlığına sahiptir ($p=0,163$). Çocuk sahibi olanların %51,6'sı ($n=174$), çekirdek aile yapısına sahip olanların %51,7'si ($n=200$) ve memurların %51,2'si ($n=154$) “kötü” beslenme alışkanlığına sahiptir ve gruplar arası istatistiksel fark saptanamamıştır (Tablo 4.20.).

Tablo 4.21. Çalışanların beyan edilen sağlık ve sağlığına önem verme düzeylerine göre beslenme alışkanlıklarının dağılımı (AEÜ, 2015)

		Beslenme Alışkanlıkları						Toplam		p
		Kötü		Orta		İyi				
		S	%	S	%	S	%	S	%	
Sağlık Düzeyi										
	Orta ve altı	91	56,2	66	40,7	5	3,1	162	34,4	0,011
	İyi ve üzeri	152	49,2	123	39,8	34	11,0	309	65,6	
	Toplam	243	51,6	189	40,1	39	8,3	471	100,0	
Sağlığına Önem Verme										
	Orta ve altı	117	56,2	82	39,4	9	4,3	208	44,4	0,012
	İyi ve üzeri	124	47,7	106	40,8	30	11,5	260	55,6	
	Toplam	241	51,5	188	40,2	39	8,3	468	100,0	

Sağlığını “iyi ve üzeri” olarak beyan edenlerin %11,0'nın ($n=34$) beslenme alışkanlıkları daha iyidir ($p=0,011$) (Tablo 4.21.).

Sağlığına “iyi ve üzeri” düzeyde önem verenlerin %11,5'i ($n=30$), “orta ve altı” düzeyde önem verenlerin %4,3'ü ($n=9$) daha iyi beslenme alışkanlıklarına sahiptir. Sağlığına “iyi ve üzeri” düzeyde önem gösterenlerin beslenme alışkanlığı diğer gruba göre daha iyidir ($p=0,012$) (Tablo 4.21.).

Tablo 4.22. Çalışanların diyetisyene başvuru ve teşhisi konulan hastalıklarının olma durumlarına göre beslenme alışkanlıklarının dağılımı (AEÜ, 2015)

		Beslenme Alışkanlıkları								p
		Kötü		Orta		İyi		Toplam		
		S	%	S	%	S	%	S	%	
Diyetisyene Başvuru Durumu										
	Evet	42	65,6	22	34,4	-	-	64	13,4	0,008
	Hayır	203	49,3	169	41,0	40	9,7	412	86,6	
	Toplam	245	51,5	191	40,1	40	8,4	476	100,0	
Teşhisi Konulan Hastalık Varlığı										
	Var	64	55,7	42	36,5	9	7,8	115	24,2	0,587
	Yok	181	50,1	149	41,3	31	8,6	361	75,8	
	Toplam	245	51,5	191	40,1	40	8,4	476	100,0	

Diyetisyene başvuranlarda “düşük” beslenme puanına sahip olma yüzdesi daha yüksektir ($p=0,008$) (Tablo 4.22.).

Teşhisi konulan ya da uzun süreli herhangi bir hastalığı olduğu beyan eden çalışanların %55,7’si ($n=64$) “kötü” beslenme alışkanlığına sahiptir ($p=0,587$) (Tablo 4.22.).

Model 1. Beslenme Alışkanlıkları ile Bazı Değişkenler Arasındaki İlişki

Beslenme alışkanlığı puanını artırabileceği ya da azaltabileceği düşünülen bazı değişkenler için risk analizi yapılmış, beslenme alışkanlıkları ile yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, diyetisyene başvuru durumu, beyan edilen sağlık ve beslenme okuryazarlığı düzeyi gibi faktörler düzeltilerek lojistik regresyon analizi ile OR ve %95 güven aralığı hesaplanmıştır. Beslenme alışkanlıkları için modelin sabit katsayısı 1,342 olarak bulunmuştur. Lojistik regresyonda beslenme alışkanlıkları (kötü (R), orta ve iyi) bağımlı değişken alınarak bazı değişkenlerle bir model oluşturularak ikili lojistik regresyon yapılmıştır.

Tablo 4.23. Beslenme alışkanlıkları ile bazı değişkenler arasındaki ilişki (AEÜ, 2015)

Beslenme Alışkanlıkları ¹		OR (%95GA)	p
Yaş		0,989 (0,963-1,016)	
Cinsiyet	Kadın	Referans	<0,005
	Erkek	1,712 (1,112-2,636)	
Öğrenim durumu	İlköğretim ve altı	1,830 (0,984-3,405)	
	Lise	1,203 (0,768-1,884)	
	Ön lisans ve üzeri	Referans	
Medeni durum	Evli	0,399 (0,209-0,763)	<0,001
	Bekar	Referans	
Çocuk sahibi olma durumu	Var	1,681 (0,896-3,154)	
	Yok	Referans	
Diyetisyene başvuru durumu	Evet	0,609 (0,341-1,088)	
	Hayır	Referans	
Beyan edilen sağlık düzeyi	Orta ve altı	Referans	
	İyi ve üzeri	1,308 (0,876-1,953)	
Beslenme okuryazarlığı düzeyi	Yetersiz	Referans	
	Sınırdan ve yeterli	0,786 (0,492-1,256)	

¹Model 1: Doğru Sınıflama Oranı (DSO)=%58,1 / Hosmer-Lemeshow p=0,132

Erkeklerin beslenme alışkanlığının iyi olma durumu kadınlardan 1,71 (1,112-2,636) kat daha fazladır (p<0,005) (Tablo 4.23.).

Evli bekarlar arasında 2,50 (0,209-0,763) kat daha kötü beslenme alışkanlığına sahiptir (p<0,001) (Tablo 4.23.).

Tablo 4.24. Çalışanların bazı sosyodemografik özelliklerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı (AEÜ, 2015)

		Fiziksel Aktivite Düzeyleri						Toplam		p
		İnaktif		Minimal Aktif		Aktif				
		S	%	S	%	S	%	S	%	
Cinsiyet										
	Erkek	112	34,9	149	46,4	60	18,7	321	67,4	<0,001
	Kadın	84	54,2	56	36,1	15	9,7	155	32,6	
	Toplam	196	41,2	205	43,1	75	15,8	476	100,0	
Yaş Grupları										
	20-29	46	45,1	45	44,1	11	10,8	102	21,7	0,772
	30-39	94	40,9	98	42,6	38	16,5	230	48,8	
	40-49	37	40,2	39	42,4	16	17,4	92	19,5	
	≥50	16	34,0	23	48,9	8	17,0	47	10,0	
	Toplam	193	41,0	205	43,5	73	15,5	471	100,0	
Öğrenim Durumu										
	İlköğretim ve altı	21	31,3	29	43,3	17	25,4	67	14,1	<0,001
	Lise	44	34,6	47	37,0	36	28,3	127	26,7	
	Ön lisans ve üzeri	131	46,5	129	45,7	22	7,8	282	59,2	
	Toplam	196	41,2	205	43,1	75	15,8	476	100,0	
Medeni Durumu										
	Evli	163	44,1	148	40,0	59	15,9	370	77,7	0,030
	Bekar	33	31,1	57	53,8	16	15,1	106	22,3	
	Toplam	196	41,2	205	43,1	75	15,8	476	100,0	
Çocuk Sahibi Olma Durumu										
	Evet	146	43,3	131	38,9	60	17,8	337	70,9	0,013
	Hayır	50	36,2	73	52,9	15	10,9	138	29,1	
	Toplam	196	41,3	204	42,9	75	15,8	475	100,0	
Aile Tipi										
	Çekirdek aile	165	42,6	164	42,4	58	15,0	387	81,3	0,085
	Geniş aile	17	29,3	26	44,8	15	25,9	58	12,2	
	Yalnız yaşıyorum	14	45,2	15	48,4	2	6,5	31	6,5	
	Toplam	196	41,2	205	43,1	75	15,8	476	100,0	
İstihdam Şekli										
	Memur	147	48,8	126	41,9	28	9,3	301	63,2	<0,001
	Geçici personel	49	28,0	79	45,1	47	26,9	175	36,8	
	Toplam	196	41,2	205	43,1	75	15,8	476	100,0	

Erkeklerin %18,7'si (n=60), kadınların %9,7'si (n=15) fiziksel olarak “aktif” grubunda yer almaktadırlar. Erkekler kadınlardan daha aktiftir ($p<0,001$) (Tablo 4.24.).

Çalışanlar arasında 20-29 yaş grubundaki kişilerin %10,8'i (n=11) fiziksel olarak aktiftir ($p=0,772$) (Tablo 4.24.).

“Ön lisans ve üzeri” öğrenim düzeyine sahip olan çalışanların %7,8'i (n=22), “lise ve altı” öğrenim düzeyine sahip olanların %53,7'si (n=53) fiziksel olarak aktiftir. “Lise ve altı” eğitim kurumlarından mezun olanlar “ön lisans ve üzeri” eğitim kurumlarından mezun olanlara göre fiziksel olarak aktif olma yüzdesi daha yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 4.24.).

Medeni durumunu “evli” olarak belirten çalışanların %15,9'u (n=59), bekarların %15,1'i (n=16) fiziksel olarak “aktif” bulunmuştur. Bekarlar evlilere göre fiziksel olarak daha aktiftir ($p=0,030$) (Tablo 4.24.).

Çocuğu olan çalışanların %43,3'ü (n=146), olmayanların %36,2'si (n=50) fiziksel olarak “inaktif” olarak bulunmuştur. Çocuk sahibi olmayanlar fiziksel olarak daha aktiftir ($p=0,013$) (Tablo 4.24.).

Geniş aile yapısına sahip çalışanların %25,9'unun (n=15) fiziksel aktivite düzeyi “aktif” olarak bulunmuştur ($p=0,085$) (Tablo 4.24.).

Memurların %9,3'ü (n=28), geçici personelin %26,9'u (n=47) fiziksel olarak “aktif” bulunmuştur. Geçici personel olarak görev yapanlar memurlardan daha aktiftirler ($p<0,001$) (Tablo 4.24.).

Tablo 4.25. Çalışanların beyan edilen sağlık ve sağlığına önem verme düzeylerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı (AEÜ, 2015)

		Fiziksel Aktivite Düzeyleri						Toplam		p
		İnaktif		Minimal Aktif		Aktif				
		S	%	S	%	S	%	S	%	
Sağlık Düzeyi										
	Orta ve altı	73	45,1	60	37,0	29	17,9	162	34,4	0,135
	İyi ve üzeri	120	38,8	144	46,6	45	14,6	309	65,6	
	Toplam	193	41,0	204	43,3	74	15,7	471	100,0	
Sağlığına Önem Verme										
	Orta ve altı	98	47,1	77	37,0	33	15,9	208	44,4	0,036
	İyi ve üzeri	94	36,2	125	48,1	41	15,8	260	55,6	
	Toplam	192	41,0	202	43,2	74	15,8	468	100,0	

Sağlığını “iyi ve üzeri” olarak beyan edenlerin %14,6’sı (n=45) fiziksel olarak “aktif” bulunmuştur (p=0,135) (Tablo 4.25.).

Sağlığına önem verme düzeyini “iyi ve üzeri” olarak beyan eden çalışanların %15,8’i (n=41), “orta ve altı” olarak beyan eden çalışanların %15,9’u (n=33) fiziksel olarak “aktif” bulunmuştur. Sağlığına “iyi ve üzeri” düzeyde önem verenler diğer gruba göre fiziksel olarak daha aktiftir (p=0,036) (Tablo 4.25.).

Model 2. Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Bazı Değişkenler Arasındaki İlişki

Fiziksel aktivite düzeyini artırabileceği ya da azaltabileceği düşünülen bazı değişkenler için risk analizi yapılmış, fiziksel aktivite düzeyi ile yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve sağlığına önem verme düzeyi gibi faktörler düzeltilerek lojistik regresyon analizi ile OR ve %95 güven aralığı hesaplanmıştır. Fiziksel aktivite düzeyi için modelin sabit katsayısı 0,490 olarak bulunmuştur.

Lojistik regresyonda fiziksel aktivite düzeyi (inaktif (R), aktif) bağımlı değişken alınarak bazı değişkenlerle bir model oluşturularak ikili lojistik regresyon yapılmıştır.

Tablo 4.26. Fiziksel aktivite düzeyi ile bazı değişkenler arasındaki ilişki (AEÜ, 2015)

Fiziksel Aktivite Düzeyi ¹		OR (%95GA)	p
Yaş		1,020 (0,993-1,049)	
Cinsiyet	Kadın	Referans	<0,001
	Erkek	2,245 (1,462-3,448)	
Öğrenim durumu	İlköğretim ve altı	2,675 (1,411-5,071)	<0,001
	Lise	1,819 (1,130-2,929)	<0,005
	Ön lisans ve üzeri	Referans	
Medeni durum	Evli	0,490 (0,254-0,944)	<0,005
	Bekar	Referans	
Çocuk sahibi olma durumu	Var	0,763 (0,407-1,430)	
	Yok	Referans	
Sağlığına önem verme	Orta ve altı	Referans	<0,001
	İyi ve üzeri	1,686 (1,137-2,500)	

¹Model 2: DSO=%62,8 / Hosmer-Lemeshow p=0,208

Erkekler kadınlara göre 2,24 (1,462-3,448) kat fiziksel olarak aktif olduğu bulunmuştur (p<0,001) (Tablo 4.26.).

“Ön lisans ve üzeri” öğrenim düzeyine sahip olanlara göre “ilköğretim ve altı” eğitim kurumlarından mezun olanların 2,67 kat (1,411-5,071) (p<0,001), lise mezunlarının 1,81 kat (1,130-2,929) (p<0,005) fiziksel olarak aktif olduğu bulunmuştur (Tablo 4.26.).

Evliler bekarlara göre 2,04 (0,254-0,944) kat daha fiziksel olarak inaktif olduğu bulunmuştur (p<0,005) (Tablo 4.26.).

Sağlığına “iyi ve üzeri” düzeyde önem verenler, “orta ve altı” düzeyde önem gösterenlere göre 1,68 (1,137-2,500) kat daha fazla fiziksel olarak aktiftir (p<0,001) (Tablo 4.26.).

Tablo 4.27. Çalışanların bazı sosyodemografik özelliklerine göre beslenme okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı (AEÜ, 2015)

		Beslenme Okuryazarlığı Düzeyleri								p
		Yetersiz		Sınırdan		Yeterli		Toplam		
		S	%	S	%	S	%	S	%	
Cinsiyet										
	Erkek	79	24,6	143	44,5	99	30,8	321	67,4	0,673
	Kadın	35	22,6	66	42,6	54	34,8	155	32,6	
	Toplam	114	23,9	209	43,9	153	32,1	476	100,0	
Yaş Grupları										
	20-29	17	16,7	60	58,8	25	24,5	102	21,7	0,003
	30-39	47	20,4	95	41,3	88	38,3	230	48,8	
	40-49	31	33,7	35	38,0	26	28,3	92	19,5	
	≥50	15	31,9	19	40,4	13	27,7	47	10,0	
	Toplam	110	23,4	209	44,4	152	32,3	471	100,0	
Öğrenim Durumu										
	İlköğretim ve altı	36	53,7	23	34,3	8	11,9	67	14,1	<0,001
	Lise	31	24,4	65	51,2	31	24,4	127	26,7	
	Ön lisans ve üzeri	47	16,7	121	42,9	114	40,4	282	59,2	
	Toplam	114	23,9	209	43,9	153	32,1	476	100,0	
Medeni Durumu										
	Evli	87	23,5	158	42,7	125	33,8	370	77,7	0,355
	Bekar	27	25,5	51	48,1	28	26,4	106	22,3	
	Toplam	114	23,9	209	43,9	153	32,1	476	100,0	
Çocuk Sahibi Olma Durumu										
	Evet	88	26,1	138	40,9	111	32,9	337	70,9	0,072
	Hayır	25	18,1	71	51,4	42	30,4	138	29,1	
	Toplam	113	23,8	209	44,0	153	32,2	475	100,0	
Aile Tipi										
	Çekirdek aile	88	22,7	172	44,4	127	32,8	387	81,3	0,584
	Geniş aile	19	32,8	23	39,7	16	27,6	58	12,2	
	Yalnız yaşıyorum	7	22,6	14	45,2	10	32,3	31	6,5	
	Toplam	114	23,9	209	43,9	153	32,1	476	100,0	
İstihdam Şekli										
	Memur	55	18,3	127	42,2	119	39,5	301	63,2	<0,001
	Geçici personel	59	33,7	82	46,9	34	19,4	175	36,8	
	Toplam	114	23,9	209	43,9	153	32,1	476	100,0	

Erkeklerin %30,8'i (n=99), kadınların %34,8'i (n=54) "yeterli" beslenme okuryazarlığı düzeyine sahiptir (p=0,673) (Tablo 4.27.).

Çalışanlar arasında "20-29 yaş" grubunda olanların %58,8'i (n=60) sınırdan ve %24,5'i (n=25) "yeterli" beslenme okuryazarlığı düzeyine sahiptirler. Beslenme okuryazarlığı düzeyi "20-29 yaş" grubunda daha yüksek olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,003) (Tablo 4.27.).

Öğrenim durumu "ilköğretim ve altı" olan çalışanların %11,9'u (n=8), "ön lisans ve üzeri" eğitim kurumlarından mezun olan çalışanların %40,4'ü (n=114), "yeterli" düzeyde beslenme okuryazarlığına sahiptirler. Öğrenim durumuna göre beslenme okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. "Ön lisans ve üzeri" eğitim kurumlarından mezun olanlar "ilköğretim ve altı" grubunda yer alan çalışanlara göre beslenme okuryazarlığı düzeyi daha yüksektir (p<0,001) (Tablo 4.27.).

Medeni durumu "evli" olan çalışanların %33,8'i (n=125), çocuk sahibi olanların %32,9'u (n=111) ve çekirdek aile yapısı grubunda olan çalışanların %32,8'i (n=127) "yeterli" düzeyde beslenme okuryazarlığına sahiptir (Tablo 4.27.).

Memurların %39,5'i (n=119), geçici personelin %19,4'ü (n=34) "yeterli" düzeyde beslenme okuryazarlığına sahiptir. Çalışanların istihdam şekline göre beslenme okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yer almaktadır. Memurların beslenme okuryazarlık düzeyi geçici personelden daha iyidir (p<0,001) (Tablo 4.27.).

Tablo 4.28. Çalışanların beyan edilen sağlık ve sağlığına önem verme düzeylerine göre beslenme okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı (AEÜ, 2015)

		Beslenme Okuryazarlığı Düzeyleri						Toplam		p
		Yetersiz		Sınırdan		Yeterli				
		S	%	S	%	S	%			
Sağlık Düzeyi										
	Orta ve altı	38	23,5	78	48,1	46	28,4	162	34,4	0,341
	İyi ve üzeri	74	23,9	129	41,7	106	34,3	309	65,6	
	Toplam	112	23,8	207	43,9	152	32,3	471	100,0	
Sağlığına Önem Verme										
	Orta ve altı	45	21,6	97	46,6	66	31,7	208	44,4	0,522
	İyi ve üzeri	66	25,4	109	41,9	85	32,7	260	55,6	
	Toplam	111	23,7	206	44,0	151	32,3	468	100,0	

Sağlığını “iyi ve üzeri” olarak algılayan çalışanların %34,3’ü (n=106), “orta ve altı” olarak algılayanların %28,4’ü (n=46) “yeterli” beslenme okuryazarlığı düzeyine sahiptirler (p=0,341) (Tablo 4.28.).

Sağlığına “iyi ve üzeri” düzeyde önem verdiğini beyan eden çalışanların %32,7’si (n=85) “yeterli” beslenme okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Sağlığına önem verme düzeyine göre beslenme okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır (p=0,522) (Tablo 4.28.).

Tablo 4.29. Çalışanların diyetisyene başvuru ve teşhisi konulan hastalıklarının olma durumlarına göre beslenme okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı (AEÜ, 2015)

	Beslenme Okuryazarlığı Düzeyleri								p
	Yetersiz		Sınırdaki		Yeterli		Toplam		
	S	%	S	%	S	%	S	%	
Diyetisyene Başvuru Durumu									
Evet	12	18,8	25	39,1	27	42,2	64	13,4	0,169
Hayır	102	24,8	184	44,7	126	30,6	412	86,6	
Toplam	114	23,9	209	43,9	153	32,1	476	100,0	
Teşhisi Konulan Hastalık Varlığı									
Var	29	25,2	53	46,1	33	28,7	115	24,2	0,662
Yok	85	23,5	156	43,2	120	33,2	361	75,8	
Toplam	114	23,9	209	43,9	153	32,1	476	100,0	

Diyetisyene başvuranların %42,2'si (n=27), başvuru yapmayanların %30,6'sı (n=126) “yeterli” beslenme okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Diyetisyene başvuru durumuna göre beslenme okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır (p=0,169) (Tablo 4.29.).

Teşhisi konulan ya da uzun süreli bir hastalığa sahip olan çalışanların %28,7'si (n=33), olmayanların %33,2'si (n=120) “yeterli” beslenme okuryazarlığı düzeyine sahiptir (p=0,662) (Tablo 4.29.).

Model 3. Beslenme Okuryazarlığı Düzeyi ile Bazı Değişkenler Arasındaki İlişki

Beslenme okuryazarlığı düzeyini artırabileceği ya da azaltabileceği düşünülen bazı değişkenler için risk analizi yapılmış, beslenme okuryazarlığı düzeyi ile yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu gibi faktörler düzeltilerek lojistik regresyon analizi ile OR ve %95 güven aralığı hesaplanmıştır. Beslenme okuryazarlığı düzeyi için modelin sabit katsayısı 11,077 olarak bulunmuştur. Lojistik regresyonda beslenme okuryazarlığı düzeyi (yetersiz (R), yeterli) bağımlı değişken alınarak bazı değişkenlerle bir model oluşturularak ikili lojistik regresyon yapılmıştır.

Tablo 4.30. Beslenme okuryazarlığı düzeyi ile bazı değişkenler arasındaki ilişki (AEÜ, 2015)

Beslenme Okuryazarlığı Düzeyi ¹		OR (%95GA)	p
Yaş		0,980 (0,950-1,011)	
Cinsiyet	Kadın	Referans	
	Erkek	0,599 (0,352-1,019)	
Öğrenim durumu	İlköğretim ve altı	0,173 (0,092-0,324)	<0,001
	Lise	0,792 (0,457-1,373)	
	Ön lisans ve üzeri	Referans	
Medeni durum	Evli	2,467 (1,084-5,617)	<0,005
	Bekar	Referans	
Çocuk sahibi olma durumu	Var	0,566 (0,246-1,304)	
	Yok	Referans	

¹Model 3: DSO=%78,5 / Hosmer-Lemeshow p=0,670

Ön lisans ve üzeri” öğrenim düzeyine sahip olanlara göre “ilköğretim ve altı” eğitim kurumlarından mezun olanların 5,78 (0,092-0,324) kat beslenme okuryazarlığı düzeyinin daha yetersiz olduğu bulunmuştur (p<0,001) (Tablo 4.30.).

Evlilerin bekarlara göre beslenme okuryazarlığı düzeyi 2,46 (1,084-5,617) kat yeterli olduğu bulunmuştur (p<0,005) (Tablo 4.30.).

4.3. Beden Kitle İndeksi ile İlgili Bulgular

BKİ değerlendirmesi “Bazı Sosyodemografik Özellikler”, “Beyan Edilen Sağlık ve Sağlığına Önem Verme Düzeyleri” , “Diyetisyene Başvuru ve Teşhisi Konulan Hastalıklarının Olma Durumları”, “Beslenme Okuryazarlığı ve Fiziksel Aktivite Düzeyleri” ve lojistik regresyon modelleri olmak üzere 6 alt bölümde sunulmuştur.

Tablo 4.31. Çalışanların bazı sosyodemografik özelliklerine göre beden kitle indeksi değerlerinin dağılımı (AEÜ, 2015)

		Beden Kitle İndeksi*										p
		Zayıf		Normal		Kilolu		Şişman		Toplam		
		S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	
Cinsiyet												
	Erkek	6	2,0	72	23,8	160	53,0	64	21,2	302	67,3	=0,001
	Kadın	8	5,4	57	38,8	53	36,1	29	19,7	147	32,7	
	Toplam	14	3,1	129	28,7	213	47,4	93	20,7	449	100,0	
Yaş Grupları												
	20-29	4	4,3	41	44,6	39	42,4	8	8,7	92	20,7	<0,001
	30-39	9	4,2	65	30,1	107	49,5	35	16,2	216	48,7	
	40-49	1	1,1	17	18,7	41	45,1	32	35,2	91	20,5	
	≥50	-	-	4	8,9	25	55,6	16	35,6	45	10,1	
	Toplam	14	3,2	127	28,6	212	47,7	91	20,5	444	100,0	
Öğrenim Durumu												
	İlköğretim ve altı	2	3,0	11	16,7	28	42,4	25	37,9	66	14,7	0,003
	Lise	4	3,3	35	28,9	53	43,8	29	24,0	121	26,9	
	Ön lisans ve üzeri	8	3,1	83	31,7	132	50,4	39	14,9	262	58,4	
	Toplam	14	3,1	129	28,7	213	47,4	93	20,7	449	100,0	
Medeni Durumu												
	Evli	9	2,6	84	23,9	171	48,7	87	24,8	351	78,2	<0,001
	Bekar	5	5,1	45	45,9	42	42,9	6	6,1	98	21,8	
	Toplam	14	3,1	129	28,7	213	47,4	93	20,7	449	100,0	
Çocuk Sahibi Olma Durumu												
	Evet	8	2,5	72	22,4	162	50,5	79	24,6	321	71,7	<0,001
	Hayır	6	4,7	57	44,9	51	40,2	13	10,2	127	28,3	
	Toplam	14	3,1	129	28,8	213	47,5	92	20,5	448	100,0	
Aile Tipi												
	Çekirdek aile	11	3,0	102	28,2	174	48,1	75	20,7	362	80,6	0,137
	Geniş aile	2	3,5	14	24,6	24	42,1	17	29,8	57	12,7	
	Yalnız yaşıyorum	1	3,3	13	43,3	15	50,0	1	3,3	30	6,7	
	Toplam	14	3,1	129	28,7	213	47,4	93	20,7	449	100,0	
İstihdam Şekli												
	Memur	9	3,2	83	29,3	140	49,5	51	18,0	283	63,0	0,328
	Geçici personel	5	3,0	46	27,7	73	44,0	42	25,3	166	37,0	
	Toplam	14	3,1	129	28,7	213	47,4	93	20,7	449	100,0	

* Beden kitle indeksi değerlendirmesi yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı sınıflandırmasına göre yapılmıştır.

Erkeklerin %74,2'si (n=224), kadınların %55,8'i (n=82) "kilolu ve şişman" dır. Cinsiyete göre beden kitle indeksi değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı

fark bulunmuştur, erkekler kadınlara göre daha fazla kilolu ve şişmandırlar ($p=0,001$) (Tablo 4.31.).

Çalışanlar arasında 40-49 yaş grubunun %80,3'ü ($n=73$), "50 yaş ve üzeri" grubunun %91,2'si ($n=41$) "kilolu ve şişman" dır. "40 yaş ve üzeri" grupta "kilolu ve şişman" olarak bulunma yüzdesi diğer yaş gruplarına göre daha fazladır ($p < 0,001$) (Tablo 4.31.).

"İlköğretim ve altı" öğrenim düzeyine sahip çalışanların %80,3'ü ($n=53$) "kilolu ve şişman" olarak yer almaktadır. Öğrenim düzeyi "ilköğretim ve altı" olan grupta "kilolu ve şişman" olma yüzdesi daha yüksektir ($p=0,003$) (Tablo 4.31.).

Evlilerin %73,5'i ($n=258$), bekarların %49,0'ı ($n=48$) "kilolu ve şişman" dır. Evli olan çalışanlar arasında "şişman" olma yüzdesi daha yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 4.31.).

Çocuk sahibi olanların %75,1'i ($n=241$), çocuk sahibi olmayanların %50,4'ü ($n=64$) "kilolu ve şişman" olarak bulunmuştur. Çocuk sahibi olan çalışanların "kilolu" ve "şişman" olma yüzdesi daha yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 4.31.).

Tablo 4.32. Çalışanların beyan edilen sağlık ve sağlığına önem verme düzeylerine göre beden kitle indeksi değerlerinin dağılımı (AEÜ, 2015)

		Beden Kitle İndeksi										p
		Zayıf		Normal		Kilolu		Şişman		Toplam		
		S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	
Sağlık Düzeyi												
	Orta ve altı	7	4,5	42	26,9	69	44,2	38	24,4	156	35,0	0,314
	İyi ve üzeri	7	2,4	87	30,0	141	48,6	55	19,0	290	65,0	
	Toplam	14	3,1	129	28,9	210	47,1	93	20,9	446	100,0	
Sağlığına Önem Verme												
	Orta ve altı	7	3,6	57	28,9	87	44,2	46	23,4	197	44,4	0,616
	İyi ve üzeri	7	2,8	71	28,7	122	49,4	47	19,0	247	55,6	
	Toplam	14	3,2	128	28,8	209	47,1	93	20,9	444	100,0	

Sağlığını “iyi ve üzeri” olarak beyan edenlerin %67,6’sı (n=196) “kilolu ve şişman” olarak bulunmuştur (p=0,314) (Tablo 4.32.).

Sağlığına “iyi ve üzeri” düzeyde önem verenlerin %68,4’ü (n=169) “kilolu ve şişman” kategorisinde yer almaktadır (p=0,616) (Tablo 4.32.).

Tablo 4.33. Çalışanların diyetisyene başvuru ve teşhisi konulan hastalıklarının olma durumlarına göre beden kitle indeksi değerlerinin dağılımı (AEÜ, 2015)

Beden Kitle İndeksi												
												p
Zayıf		Normal		Kilolu		Şişman		Toplam				
S	%	S	%	S	%	S	%	S	%			
Diyetisyene Başvuru Durumu												
Evet	4	6,3	11	17,5	20	31,7	28	44,4	63	14,0	<0,001	
Hayır	10	2,6	118	30,6	193	50,0	65	16,8	386	86,0		
Toplam	14	3,1	129	28,7	213	47,4	93	20,7	449	100,0		
Teşhisi Konulan Hastalık Varlığı												
Var	2	1,8	30	27,0	45	40,5	34	30,6	111	24,7	0,024	
Yok	12	3,6	99	29,3	168	49,7	59	17,5	338	75,3		
Toplam	14	3,1	129	28,7	213	47,4	93	20,7	449	100,0		

Diyetisyene başvuranların %76,1’i (n=48) “kilolu ve şişman” olarak bulunmuştur (p<0,001) (Tablo 4.33.).

Teşhisi konulan ya da uzun süreli bir hastalığı olduğu beyan eden çalışanların %1,8’i (n=2) “zayıf”, %27,0’ı (n=30) “normal”, %40,5’i (n=45) “kilolu”, %30,6’sı

(n=34) “şışman” olarak bulunmuştur. Herhangi bir hastalığı olan çalışanların “şışman” olma yüzdesi daha yüksektir (p=0,024) (Tablo 4.33.).

Tablo 4.34. Çalışanların beslenme okuryazarlığı düzeyleri ve fiziksel aktivite düzeylerine göre beden kitle indeksi değerlerinin yüzde dağılımı (AEÜ, 2015)

		Beden Kitle İndeksi										p
		Zayıf		Normal		Kilolu		Şişman		Toplam		
		S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	
Beslenme Okuryazarlığı Düzeyleri												
Yetersiz	-	-	29	25,9	60	53,6	23	20,5	112	24,9	0,014	
Sınırdaki	10	5,2	66	34,4	74	38,5	42	21,9	192	42,8		
Yeterli	4	2,8	34	23,4	79	54,5	28	19,3	145	32,3		
Toplam	14	3,1	129	28,7	213	47,4	93	20,7	449	100,0		
Fiziksel Aktivite Düzeyleri												
İnaktif	5	2,8	66	36,7	70	38,9	39	21,7	180	40,1	0,048	
Minimal Aktif	6	3,1	49	25,0	101	51,5	40	20,4	196	43,6		
Aktif	3	4,1	14	19,2	42	57,5	14	19,2	73	16,3		
Toplam	14	3,1	129	28,7	213	47,4	93	20,7	449	100,0		

Beslenme okuryazarlığı düzeyi yetersiz bulunan çalışanların %74,1’i (n=83) “kilolu ve şışman”dır. Beslenme okuryazarlığı düzeyi sınırdaki bulunan çalışanların “kilolu” olma yüzdesi diğer gruplara göre daha düşüktür (p=0,014) (Tablo 4.34.).

Fiziksel aktivite düzeyleri incelendiğinde; “inaktif” olan çalışanların %21,7’si (n=39) “şışman” olarak bulunmuştur. Fiziksel olarak inaktif olanların “şışman” olma yüzdesi daha yüksektir (p=0,048) (Tablo 4.34.).

Model 4. Beden Kitle İndeksi ile Bazı Değişkenler Arasındaki İlişki

BKİ değerlerini artırabileceği ya da azaltabileceği düşünülen bazı değişkenler için risk analizi yapılmış, BKİ ile yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, diyetisyene başvuru durumu ve teşhisi konulan hastalık varlığı gibi faktörler düzeltilerek lojistik regresyon analizi ile OR ve %95 güven aralığı hesaplanmıştır. BKİ için modelin sabit katsayısı 0,054 olarak bulunmuştur. Lojistik regresyonda BKİ (normal ve altı (R), kilolu ve üstü) bağımlı değişken alınarak bazı değişkenlerle modeller oluşturularak ikili lojistik regresyon yapılmıştır.

Tablo 4.35. Beden kitle indeksi ile bazı değişkenler arasındaki ilişki (AEÜ, 2015)

Beden Kitle İndeksi ¹		OR (%95GA)	p
Yaş		1.065(1.028-1.103)	<0,001
Cinsiyet	Kadın	Referans	<0,001
	Erkek	2,407(1,491-3,883)	
Öğrenim durumu	İlköğretim ve altı	1,557(0,746-3,248)	Referans
	Lise	0,918(0,547-1,541)	
	Ön lisans ve üzeri	Referans	
Medeni durum	Evli	1,263(0,654-2,439)	Referans
	Bekar	Referans	
Çocuk sahibi olma durumu	Var	1,611(0,828-3,133)	Referans
	Yok	Referans	
Diyetisyene başvuru durumu	Evet	1,826(0,921-3,621)	Referans
	Hayır	Referans	
Teşhisi konulan hastalık varlığı	Var	Referans	Referans
	Yok	1,410(0,815-2,439)	

¹Model 4: DSO= %72,9/ Hosmer-Lemeshow p=0,724

Modelde yaşın beden kitle indeksine etkisi incelendiğinde anlamlı sonuç çıkmıştır. Yaşın ilerlemesi çalışanların “kilolu ve şişman” olma riskini 1.06 (1,028-1,103) kat artırmaktadır (p<0,001) (Tablo 4.35.).

Erkeklerin “kilolu ve şişman” olma riski kadınlardan 2,40 (1,49-3,88) kat daha yüksektir (P<0,001) (Tablo 4.35.).

Model 5. Beden Kitle İndeksi ile Bazı Değişkenler Arasındaki İlişki

BKİ değerlerini artırabileceği ya da azaltabileceği düşünülen bazı değişkenler için risk analizi yapılmış, BKİ ile fiziksel aktivite düzeyi, beslenme okuryazarlığı düzeyi ve beslenme alışkanlıkları gibi faktörler düzeltilerek lojistik regresyon analizi ile OR ve %95 güven aralığı hesaplanmıştır.

Tablo 4.36. Beden kitle indeksi ile bazı değişkenler arasındaki ilişki (AEÜ, 2015)

Beden Kitle İndeksi ¹		OR (%95GA)	p
Fiziksel aktivite düzeyi	İnaktif ve minimal aktif	0,565 (0,377-0,847)	<0,001
	Aktif	Referans	
Beslenme okuryazarlığı düzeyi	Yetersiz ve sınırdan	0,707 (0,435-1,148)	Referans
	Yeterli	Referans	
Beslenme alışkanlıkları	Kötü ve orta	0,785 (0,524-1,176)	Referans
	İyi	Referans	

¹Model 5: DSO=%68,2 / Hosmer-Lemeshow p=0,356

Fiziksel aktivite düzeyi “inaktif ve minimal aktif” olanların aktif olanlara göre “kilolu ve şişman” olma riski 1,76 (0,377-0,847) kat daha fazladır (p<0,001) (Tablo 4.36.).

Modelde beslenme okuryazarlığı düzeyinin ve beslenme alışkanlıklarının beden kitle indeksi üzerine etkisi incelendiğinde anlamlı sonuç çıkmamıştır (Tablo 4.36.).

5. TARTIŞMA

Sağlığın geliştirilmesinde sağlıklı beslenme davranışlarının ve fiziksel aktivitenin önemli bir yeri bulunmaktadır. Sağlıksız beslenmenin yanı sıra fiziksel aktivitenin de yetersiz olması “şişmanlık” sorununun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması için beslenme okuryazarlığının yükseltilmesi önerilmektedir. Beslenme okuryazarlığı, BKİ, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkileri saptamak amacıyla bu çalışma planlanmıştır. Bu çalışma kapsamında AEÜ’de çalışan toplam 476 memur ve geçici personel ile görüşülmüştür. Çalışmada YBOYDA, BAP anket formu ve UFAA-Kısa Form kullanılmıştır. Bu değerlendirme araçlarından elde edilen puanlar ile bazı sosyodemografik değişkenlerin karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular aşağıda tartışılmıştır.

5.1. Tanımlayıcı Özellikler

Bu çalışma kadınlar arasında “ilköğretim ve altı” öğrenim durumuna sahip olma yüzdesi erkeklerin 2 katıdır ($p=0,006$) (Tablo 4.1.). TÜİK’in 2015 yılındaki verilerine göre 25 ve üzeri yaştaki kişilerin cinsiyetlerine göre bitirdiği son öğrenim kurumu incelendiğinde, okuryazar olmayan kadınların erkeklerden 1,6 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (103). Bu durum, kadının toplumsal statüsünün düşük olması nedeniyle daha vasıfsız işlerde çalışmaya yönelmesine yol açmasının bir göstergesi olarak da değerlendirilebilir.

Çalışanların %81,3’ü çekirdek aile yapısına sahiptir ($p=0,451$) ve çalışanların hane büyüklüğü ortalaması 2 kişidir (0,934) (Tablo 4.2.). 2013 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre hane halkı büyüklüğü ortalama 3,6 (kentsel alanlarda 3,6 ve kırsal alanlarda 3,9 kişi) kişidir (104). Ülkemizdeki durum ile gözlenen farkın, araştırmaya katılan personelin öğrenim düzeyinin yüksek olması, modern toplumlarda aile yapısının zaman içinde değişime uğrayarak geleneksel geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına hızla geçişi, öğrenim düzeyi giderek artan kadının iş hayatına katılması ve aile planlaması yöntemlerini etkin olarak kullanabilmesi nedeniyle istedikleri az sayıda çocuğa sahip olmalarından bunun yanı sıra %29,1’inin çocuk sahibi olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma grubundaki çalışanların %65,6'sı sağlık durumunu “iyi ve üzeri” olarak beyan etmiştir. Erkekler, sağlıklarının kadınlara göre daha iyi olduğunu beyan etmişlerdir ($p=0,018$) (Tablo 4.4.). 2015 yılı TÜİK'in yaptığı “Yaşam Memnuniyeti Araştırması” verilerine göre erkeklerin %66,2'si, kadınların %56,6'sı genel sağlık durumundan memnun olduğunu beyan ettiği şeklindedir (105). Yapılan bu çalışmanın verileri, bu bulguları destekler niteliktedir. Araştırmada, öğrenim düzeyi daha yüksek olan çalışanlar sağlığının daha iyi olduğunu düşünmektedirler ($p=0,047$) (Tablo 4.6.). Bu durum, öğrenim düzeyi yüksek olan memurların yaşam koşullarına bağlı olarak sağlık düzeylerinin daha iyi olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışanların %25,2'si görme ve/veya işitme sorunu olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.7.). TÜİK 2014 “Sağlık Araştırması” verilerine göre, 15 yaş ve üzeri kişilerde görme sorunu varlığı toplam %6,9 iken işitme sorunu varlığı toplam %5,3 olarak bulunmuştur (106). Bu çalışmada görüşülen bireylerin sosyodemografik özelliklerinin (daha ileri yaş grubu, öğrenim düzeyinin yüksek olması, sağlık algılarının daha fazla olması, sağlık kuruluşlarına ulaşılabilirliklerinin daha kolay olması, vb.) farklı olmasının sonuçların bu kadar farklı olmasına neden olduğunu düşündürmektedir.

Hekim tarafından teşhisi konmuş uzun süre tedavi olmasını gerektiren ya da sürekli ilaç kullanmasını gerektiren bir hastalığı bulunma yüzdesi erkeklerde %21,8 ve kadınlarda %29,0'dır (Tablo 4.8.). Çalışanların %16,2'si “diyabet”, %14,4'ü “kalp-damar hastalığı”, %13,5'i “yüksek tansiyon”, %6,3'ü “böbrek hastalığı” ve %5,4'ü “yüksek kolesterol” hastalığı olduğunu beyan etmiştir (Tablo 4.9.). TÜİK 2014 verilerine göre bireylerin son 12 ay içerisinde yaşadığı başlıca hastalık/sağlık sorunlarının cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde hipertansiyon %16,1, diyabet %9,0, koroner kalp hastalığı %8,5 ve böbrek ile ilgili sağlık sorunları %7,5 olarak bulunmuştur (106). Araştırma grubunda Türkiye ortalamasına göre diyabet ve kalp hastalığının daha yüksek, yüksek tansiyon ve böbrek hastalıklarının daha düşük olduğu görülmektedir. Araştırma grubumuzun Türkiye ortalamasına göre daha genç olmasının yanı sıra beslenmeyle ilişkili hastalıkların ilerleyen süreçte daha da artacağı düşünülmektedir.

Son 6 ay içerisinde sağlık kuruluşuna başvurma yüzdesi kadınlarda (%61,9) daha yüksektir ($p=0,074$) ve son 6 ay içerisinde kadınlar erkeklerden yaklaşık 1,16 kat daha fazla sağlık kuruluşuna başvurmuşlardır ($p=0,066$) (Tablo 4.10.). Kaya tarafından yapılan “Ankara Metropolitan Alanda Sağlık Hizmetlerinin Potansiyel ve Gerçekleşen Kullanılabilirliği” başlıklı araştırmada kadınların erkeklerden daha fazla doktora gittiklerini belirtmiştir (107). Bu araştırmada da kadınların daha fazla sağlık kuruluşlarına başvurdukları saptanmıştır.

Türkiye geneli ile uyumlu olan bu çalışma bulgularında en son başvuru alan sağlık kuruluşu arasında ilk üç sırayı hastaneler (%59,9), aile hekimliği (%30,2) ve özel sağlık kuruluşları (%9,9) almaktadır ($p=0,274$) (Tablo 4.12.). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014 verilerine göre, yıllara ve kurum türlerine göre toplam hekime müracaat sayısı incelendiğinde benzer şekilde ilk üç sırayı hastaneler, aile hekimliği ve özel sağlık kuruluşları almaktadır (108).

Son 6 ay içerisinde sağlık kuruluşuna başvuruların %61,3’ü “sağlık yakınması”, %19,9’u “hastalık izlemi”, %16,2’si “ilaç yazdırma” ve %8,3’ü “laboratuvar tetkik sonucunun değerlendirilmesi” nedeniyle, %4,1’i “aşı” ve %1,9’u “sağlık kontrolü” gibi koruyucu hizmetlerden yararlanmak için başvurduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.12.). Bireylerin sağlığını korumaları, geliştirmeleri bu doğrultuda hastalıkların önlenmesi için öncelikle koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanmaları ile mümkündür. Oysa, araştırma grubumuzda tedavi edici sağlık hizmetlerinden yararlanma çok daha ön planda yer almaktadır.

Çalışma grubundaki erkeklerin %48,1’i ve kadınların %35,5’i halen sigara içtiği belirtilmiştir. Erkeklerde sigara kullanma davranışı kadınlara göre 1,35 kat daha yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 4.13.). Türkiye Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (GATS) 2012 verilerine göre tütün kullanımı erkeklerde (%41,5) kadınlardan (%13,1) 3,16 kat, 2014 yılı TÜİK verilerine göre ise erkeklerde (%47,4) kadınlardan (%17,9) 2,64 kat daha fazla kullandıkları bulunmuştur. Türkiye GATS sonuçlarında öğrenim ve ekonomik düzeyi yüksek olan kadınlarda sigara kullanım sıklığı yüksek olarak bulunmuştur. Bu çalışmada kadınlar arasında sigara kullanımının Türkiye ortalamasından daha yüksek olması, çalışmanın üniversitede yapılmış olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Çalışma grubunda erkeklerin günde içtikleri sigara sayıları kadınlardan daha fazladır ($p<0,001$) (Tablo 4.13.). Sigara kullanan erkeklerin %33,3'ü ($n=47$), kadınların %34,0'ı ($n=17$) uyandıktan sonra “ilk 30 dakika içinde” sigara içtiklerini belirtmişlerdir ($p=0,016$) (Tablo 4.13.). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 verilerine göre her gün sigara kullanan erkeklerin %42,7'sinin, kadınların %39,7'sinin uyandıktan sonra “ilk 30 dakika içinde” sigara içtikleri bulunmuştur (109). Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine göre gün içinde ilk sigara içme zamanının uyandıktan sonraki ilk 30 dakikada olması ağır bağımlılık olarak değerlendirilmektedir. Bu bilgi doğrultusunda bu çalışmada sigara kullanan her 5 erkekten ikisinin ve her 5 kadından ikisinin ağır nikotin bağımlılığı olduğu düşünülmektedir, Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasında da Türkiye verileri bu çalışma bulgularını desteklemektedir (110).

Araştırma grubunun %15,5'i alkollü içki içtiklerini belirtmişlerdir. Erkekler kadınlardan 2,26 kat daha fazla alkollü içki içmektedir ($p=0,003$) (Tablo 4.14.). TÜİK 2014 Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, alkollü içki kullanım sıklığı %14,9 olup erkekler kadınlardan 4,18 kat daha fazla alkollü içki içmektedirler (106). Bu çalışma grubunda da erkekler daha fazla alkollü içki içtiklerini belirtmişlerdir ancak, erkek ve kadınlar arasındaki yüzde farkı Türkiye ortalamasına göre daha düşüktür. Kesitsel bir araştırmada yer alan az sayıda soru ile bu durumu açıklamak çok zordur, bu nedenle konuya özel araştırmaların yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada çalışanların %54,5'i beslenme konusunda bilgilerini “yeterli” olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 4.15.). Bu çalışmada görüşülen çalışanların beslenmeyle ilgili takip ettikleri haber kaynaklarında ilk 3 sırayı sırasıyla “televizyon” (%55,5), “internet” (%49,6) ve “yazılı basın” (%25,9) almaktadır (Tablo 4.16.). Dönmez'in çalışmasında (2014), Başkent Organize Sanayi Bölgesinde bulunan bir fabrikada çalışan işçiler ($n=150$) beslenme konusunda bilgi kaynaklarını “sosyal çevre/yazılı-görsel yayınlar” ve “doktor/diyetisyen” olarak belirtilmişlerdir (111). Aktaş ve Cebirbay'ın “Tüketicilerin Beslenme Bilgilerine Erişmede Kullandıkları Kitle İletişim Araçları” başlıklı çalışmalarında ($n=575$), bilgi kaynaklarını sırasıyla “TV” (%29,1), “gazete-dergi” (%25,7), “radyo” (%23,0) ve “internet” (%22,1) olarak bulmuşlardır (112). Bu çalışmada elde edilen bulgular

diğer çalışmalardan çok farklı olmamakla birlikte ilk sıralarda sosyal medya ve internetin yer alması kişilerin günlerinin büyük bir çoğunluğunun teknolojiyle iç içe olmasından/masa başında internette geziniyor ve/veya çalışıyor olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra teknolojinin hızla gelişmesi ve gündelik yaşamda giderek daha fazla kullanılmasının da bu durumu etkileyebileceği düşünülmektedir.

Kişilerin tercih ettiği haber kaynaklarının güvenilir bilgi sağlaması da büyük önem arz etmektedir. Araştırmada yer alan çalışanların beslenme konusunda güvendiği kaynaklarda ilk 3 sırayı “doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli” (%60,6), “beslenme uzmanı/diyetisyen” (%53,8) ile “kamu sağlık kuruluşları” (%25,8) almaktadır (Tablo 4.16.). Bu durum, eğitim düzeyi yüksek olan çalışma grubunun “televizyon ve sosyal medya” gibi bilgi kaynaklarını kullanırlarken, uzmanlarla iletişim ile kişisel iletişim ile bilgi almayı daha fazla önemsediklerini düşündürmektedir.

Kadınlar, erkeklerden 2,35 kat daha fazla diyetisyene başvuru yaptıklarını belirtmişlerdir ($p<0,001$) (Tablo 4.17.). Kadınların hayatı boyunca erkeklerden 2 kat daha fazla diyet yaptığı bulunmuştur. Çalışanların %72,3’ü zayıflamak amacıyla diyet yaptıklarını ve %53,1’i bu diyet programını “diyetisyen/beslenme uzmanı”ndan aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.18.). Çayır ve arkadaşlarının çalışmasında, bir üniversite hastanesinin beslenme ve diyet bölümüne başvuranlar arasında kadınların erkeklerden daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bu durumun, bulgularımıza benzer olduğu görülmektedir (113). Kadınlar, toplumun sosyal ve kültürel örüntüsüne bağlı olarak beden görünümünü erkeklere göre daha fazla önemsemektedirler. Kadınlarda görsel olarak çekici olma gerekliliğine ilişkin algı, çocukluk yaşlarından itibaren gelişmektedir. Bu nedenle de kadınlar zayıflamak için daha fazla çaba sarf etmektedirler (114).

5.2. Beslenme Alışkanlıkları ile İlişkili Etmenler

Çalışanların yarısı (%51,5) “kötü” beslenme alışkanlığına sahiptir, yani her iki kişiden biri yetersiz ve dengesiz beslenmektedir (Tablo 4.19). Kadınlar erkeklere göre 1,71 kat daha fazla kötü beslenme alışkanlığı puanına sahiptirler ($p=0,005$)

(Tablo 4.23.). Bu bulguların tersine Ceviz'in kamuda çalışanlarla yaptığı çalışmasında, kadınlar erkeklerden daha yüksek beslenme davranış puanları almışlardır (115). Erçim ve Pekcan'ın çalışmasında da genç erişkin yaş grubundaki (19-35 yaş) kadınların sağlıklı beslenme puanlarını erkeklere göre daha yüksek bulmuşlardır (116). Bizim sonuçlarımızın farklı olma nedeni idari personel arasında erkeklerin fazla olması, çalışma statüsünün daha düzenli beslenme davranışlarını ortaya çıkarmış olması olabilir.

Bekarların evlilere göre beslenme alışkanlığının iyi olma durumu 2,50 kat daha yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 4.23.). Bu çalışmada erkeklerin daha fazla büro hizmetlerinde çalışması, daha çok profesyonel meslek gruplarında olması nedeniyle düzenli beslenme alışkanlıklarına sahip oldukları söylenebilir. Hem erkeklerin hem de evlilerin düzenli yaşam tarzına sahip olmaları düzenli beslenme davranışlarını desteklemektedir. Yaşam tarzının ön plana çıktığı görülen bu araştırmada ulaşılan kişilerin oldukça homojen bir sosyoekonomik yapıya sahip olması nedeniyle öğrenim durumu gibi temel faktörlerin analizde ortaya çıkmamasına neden olmuş olabilir.

Bu çalışmada ikili analizlerde, yaş grupları, öğrenim durumu, çocuk sahibi olma ve istihdam şeklinin beslenme alışkanlıklarını etkilemediği bulunmuştur (Tablo 4.20.). Erçim ve Pekcan da çalışmalarında, yaş gruplarına göre beslenme davranışları arasında fark bulamamışlardır (116). Yurtseven ve arkadaşları da, masa başı çalışanlarının yaş ve öğrenim durumuna göre beslenme alışkanlıkları indeksi risk puanı açısından fark bulamamışlardır (117).

Sağlığını “iyi ve üzeri” olarak beyan edenler “orta ve altı” olarak algılayanlardan 3,54 kat daha iyi beslenme alışkanlıklarına sahiptir ($p=0,011$) (Tablo 4.21.). Sağlığına “iyi ve üzeri” düzeyde önem verenler, “orta ve altı” düzeyde önem verenlerden beslenme alışkanlıkları 2,67 kat daha iyidir ($p=0,012$) (Tablo 4.21.). Bu durum sağlığını iyi olarak önem veren kişilerin sağlıklı davranışlara sahip olma ve kendini gerçekleştirme becerilerinin daha iyi olması şeklinde açıklanabilir.

Diyetisyene başvuran çalışanlarda kötü beslenme alışkanlığına sahip olma yüzdesi (%65,6) diyetisyene başvurmayanlara göre daha yüksektir ($p=0,008$) (Tablo 4.22.). Kötü beslenme alışkanlıkları, BKİ değerlerinin daha yüksek olmasına ve

genel sağlık düzeyinin daha düşük olmasına yol açmaktadır. Bu nedenle kişilerin zayıflamak ve daha sağlıklı beslenebilmek amacıyla diyetisyene başvurdukları düşünülmektedir.

Teşhisi konulan ya da uzun süreli herhangi bir hastalığı olanların %55,7'si “kötü” beslenme alışkanlığına sahiptir ($p=0,587$) (Tablo 4.22.). Sözen ve arkadaşları, metal sektöründe bir işyerinde çalışan 28-56 yaşlarındaki 278 erkek işçiyle yaptıkları çalışmada kronik hastalık varlığı ile beslenme alışkanlıkları arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (118).

Bu çalışmada, beslenme alışkanlıklarının bağımlı değişken olarak değerlendirildiği lojistik regresyon modelinde demografik değişkenlerin, cinsiyet ve medeni durumun beslenme alışkanlıklarını etkilediği bulunmuştur buna karşın yaş, öğrenim durumu, çocuk sahibi olma, diyetisyene başvuru, beyan edilen sağlık düzeyi ve beslenme okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.23.).

5.3. Fiziksel Aktivite ile İlişkili Etmenler

Araştırmaya katılan çalışanların %15,8'inin fiziksel aktivite düzeyi “aktif” olarak bulunmuştur (Tablo 4.19). Çalışmada erkekler kadınlardan 1,92 kat daha fazla fiziksel olarak aktiftir ($p<0,001$) (Tablo 4.24.). Genç ve arkadaşları çalışmalarında, genç erişkin erkeklerin (25-40 yaş) toplam orta ve yüksek şiddetli fiziksel aktivite değerlerini kadınlardan daha yüksek bulduklarını belirtmişlerdir (119). Vural ve arkadaşları, masa başında çalışan erkeklerin fiziksel aktivite düzeylerinin kadınlara göre daha yeterli olduğunu belirtmişlerdir (120). Bu çalışmanın sonuçları da literatür ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Çalışanların yaş gruplarına göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında fark bulunamamıştır ($p=0,772$) ancak, yaş arttıkça fiziksel olarak aktif olma yüzdesi az da olsa artmaktadır (Tablo 4.24.). TBSA'ya (2010) göre, her iki cinsiyette de 19 yaş üzerindeki kişilerin fiziksel aktivite yapmama yüzdesinin %70,0'ın üzerine çıktığı ve yaşın ilerlemesiyle birlikte fiziksel egzersiz yapmayanların yüzdesinin arttığı ifade edilmektedir (67). Ancak, bu çalışmanın evreni oldukça sınırlı ve özel bir grup

olduğu için, katılımcıların fiziksel olarak aktif olmanın öneminin farkında oldukları şeklinde yorumlanabilir.

“Lise ve altı” eğitim kurumlarından mezun olanlar “ön lisans ve üzeri” eğitim kurumlarından mezun olanlara göre 3,62 kat fiziksel olarak daha fazla aktiftir ($p<0,001$) (Tablo 4.24.). “Ön lisans ve üzeri” eğitim kurumlarından mezun olanların diğer gruplara göre fiziksel olarak “inaktif” olma yüzdesi daha yüksektir. Geçici personel olarak çalışanlar memurlardan 2,89 kat daha fiziksel olarak “aktif” olarak bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.24.). Bulut tarafından 18-65 yaşlarındaki bir grupta yapılan bir çalışmada personelin öğrenim düzeyi yükseldikçe fiziksel aktivite düzeyinin azaldığı rapor edilmiştir, bu sonuçlar ile araştırmanın bulguları benzerlik göstermektedir. Ayrıca, fiziksel aktivite düzeyinin özel şirket personelinde daha yüksek olduğunu belirtmiştir (121). Bu durumun, öğrenim düzeyi daha yüksek olan idari personelin çok fazla fiziksel aktivite gerektirmeyen masa başı işlerde çalışıyor olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Yüksek aktivite düzeyine sahip hizmet personeli ise daha fazla güç ve enerji harcaması gerektiren, bazen daha fazla mesai yapmayı gerektiren (güvenlik, yemekhane, temizlik gibi) işlerde çalışmaktadır.

Medeni durumunu “evli” olarak belirtenlerin %15,9’u, bekârların %15,1’i fiziksel olarak “aktif” bulunmuştur. Bekâr olanlar, evlilere göre fiziksel olarak daha aktiftir ($p=0,030$) (Tablo 4.24.). Deniz’in, özel ve kamuya ait işyerlerinde görev yapan genç erişkin yaş grubunda (20-58 yaş), bekarların evlilere göre fiziksel aktivitelerinin fazla olduğunu belirtmiştir (122). Bulut’un yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (121). Bu çalışmanın bulguları da benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada bekârların fiziksel aktivite düzeylerinin daha yüksek olması, evlilerin çoğunlukla boş zamanlarını aileleriyle geçirmeleri ve daha ileri yaşta olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çocuğu olmayanlar, çocuğu olanlara göre fiziksel olarak 1,63 kat daha fazla aktiftir ($p=0,013$) (Tablo 4.24.). Burton ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada çocuk sahibi olanların olmayanlara göre fiziksel aktivite düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (123). Elde edilen sonuçlar bu çalışmada elde edilen sonuçlar ile uyumlu değildir, araştırmamızda çocuğu olmayan grubun genç olması ve fiziksel aktiviteye daha fazla zaman ayırması bu farklılığa yol açmış olabilir.

Araştırmaya katılan çalışanların kendi beyanları doğrultusunda sağlığını algılama düzeyi durumuna göre fiziksel aktivite düzeyleri incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0,135$) (Tablo 4.25.). Bulut'un yaptığı çalışmada da katılımcıların beyanına göre sağlık durumunu “çok iyi/iyi”, “fena değil” veya “kötü/çok kötü” olarak değerlendirenlerin fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (121).

Ancak, sağlığına “iyi ve üzeri” düzeyde önem gösterenlerin %15,8'i, “orta ve altı” düzeyde önem gösterenlerin %15,9'u fiziksel olarak “aktif” olarak bulunmuştur. Sağlığına “iyi ve üzeri” düzeyde önem veren çalışanlar diğer gruba göre fiziksel olarak daha aktiftirler ($p=0,036$) (Tablo 4.25.). İnsanlarının sağlık düzeyinin iyi olması için sağlıklı yaşam tarzına sahip olması gerekmektedir. Sağlığına önem veren kişilerin riskli davranışlardan kaçınarak sağlığını koruyacak ve geliştirecek sağlıklı yaşam ilkelerini uygulamaları beklenmektedir. Özellikle sağlıklı yaşam için tütün ve tütün ürünleri kullanmamak, alkolün zararlı kullanımı bırakmak, sağlıklı beslenmek ve düzenli fiziksel aktivite yapmak gerekmektedir.

Bu çalışmada, fiziksel aktivite düzeyinin bağımlı değişken olarak değerlendirildiği lojistik regresyon modelinde, cinsiyet, öğrenim durum, medeni durum ve sağlığına önem vermenin etkili olduğu bulunmuştur (Tablo 4.26.). Bu da ikili analizlerde tartışıldığı gibi, erkeklerin (2,24 kat), öğrenim düzeyi düşük olanların [ilköğretim ve altı (2,67 kat) ve lise (1,81 kat)] ve sağlığına önem verenlerin (1,68 kat) daha fazla fiziksel aktivitesinin olduğu, evlilerin ise daha az fiziksel aktivitesinin olduğu bulunmuştur. Beslenme davranışlarında olduğu gibi çalışma ve yaşam tarzını etkileyen temel demografik özelliklerin fiziksel aktiviteyi etkileyen temel değişken olduğu düşünülmüştür. Ayrıca model içerisinde yer alan yaş ve çocuk sahibi olma durumu arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır.

5.4. Beslenme Okuryazarlığı ile İlişkili Etmenler

Beslenme davranışlarını etkileyen faktörlerin başında beslenme okuryazarlığı gelmektedir. Beslenme okuryazarlığı, Türkiye’de yeni gelişmeye başlayan bir kavramdır.

Bu çalışmada görüşülen erkeklerin %30,8'i, kadınların %34,8'i “yeterli” beslenme okuryazarlığı düzeyine sahiptir ($p=0,673$) (Tablo 4.27.). Zoellner ve arkadaşları tarafından Aşağı Mississippi Delta bölgesinde Newest Vital Sign (En Yeni Yaşamsal Bulgu) ile yetişkinlerin beslenme okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada cinsiyete göre beslenme okuryazarlığı düzeyleri arasında fark bulamadıklarını belirtmişlerdir (124). Bu bulgularımızı desteklemektedir. Ancak, Aihara ve Mınai'nin yaşlı Japonlar üzerinde yaptığı çalışmada kadınların erkeklerden daha yeterli beslenme okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları bulunmuştur (125).

Çalışanlar arasında “20-29 yaş” grubunda olanların beslenme okuryazarlığı düzeyi %58,8'inin sınırdan ve %24,5'inin “yeterli” olduğu bulunmuştur. Beslenme okuryazarlığı düzeyi “20-29 yaş” grubunda daha yüksek olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,003$) (Tablo 4.27.). Patel ve arkadaşları tarafından the Rosa Parks Geriatric Center'daki yaşlılar üzerinde yaptıkları çalışmada beslenme okuryazarlığı puanı daha yüksek olanların daha genç olduklarını belirtmişlerdir (126).

“Ön lisans ve üzeri” eğitim kurumlarından mezun olanların “ilköğretim ve altı” grubunda yer alan çalışanlara göre beslenme okuryazarlığı düzeyi 3,39 kat daha yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 4.27.). Patel ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, beslenme okuryazarlığı düzeyi ile öğrenim düzeyi arasında pozitif bir korelasyon bulduklarını ifade etmişlerdir (126). Huizinga ve arkadaşlarının birinci basamak sağlık kuruluşuna giriş yapan 18 yaş ve üzeri yetişkinlerle yaptıkları çalışmada sayısal becerilerle öğrenim düzeyinin ilişkili olduğunu, sayısal becerileri iyi olan katılımcıların öğrenim düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (127). Beslenme okuryazarlığı aynı zamanda porsiyon kontrolü ve etiket okuma gibi konularda sayısal becerilere sahip olunmasını gerektirmektedir. Bu nedenle sayısal okuryazarlığın yüksek olması beslenme okuryazarlığı puanına olumlu olarak katkı sağladığı düşünülmektedir.

Çalışanların %23,9'u yetersiz beslenme okuryazarlığı düzeyine sahiptir (Tablo 4.19.). Memurlar, geçici personele göre daha yüksek beslenme okuryazarlığı puanına sahiptir ($p<0,001$) (Tablo 4.27.). Wall ve arkadaşlarının Canterbury Sağlık

Kurulu bölgesinde sağlıklı yaşlanma ve yaşam kursu çalışmasına ilk katılan 50 yaşındaki katılımcılar üzerinde yaptıkları gözlemsel çalışmada, daha yüksek yaşam standartlarının daha sağlıklı beslenme alışkanlıklarıyla, daha sağlıklı beslenme alışkanlıklarının da beslenme okuryazarlığı ile ilişkili olduğunu belirtmektedirler (128). Bu sonuçlar doğrultusunda yüksek yaşam standartları elde edebilmek için yüksek gelir getiren işte çalışma önemli rol oynamaktır. Bu nedenle daha düşük gelir elde eden geçici personelin, memurlardan daha yetersiz beslenme okuryazarlığına sahip olması bu durumla açıklanabileceği düşünülmektedir.

Teşhisi konulan ya da uzun süreli bir hastalığa sahip olanların %28,7'sinin, olmayanların %33,2'sinin “yeterli” beslenme okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur ($p=0,662$). Tanısı konmuş hastalığı olmayanların beslenme okuryazarlığı düzeyi hastalığı olanlardan 1,15 kat daha yüksektir (Tablo 4.29.). Kronik hastalıkların önlenmesi için uzun dönemli sağlıklı beslenme alışkanlıklarının sürdürülmesi önemlidir. Beslenmeyle ilişkili hastalıklarda olan artış daha kötü beslenme alışkanlıkları, besin seçimi, hazırlama gibi bilgi, beceri ve anlayış eksikliği ile ilişkili olabilir (10). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çeşitli çalışmalarda düşük okuryazarlık becerilerinin daha kötü sağlık ve hastalık durumuyla doğrudan ilişkili olduğu belirtilmiştir (129).

Bu çalışmada, beslenme okuryazarlığının bağımlı değişken olarak değerlendirildiği lojistik regresyon modelinde, öğrenim durumu ve medeni durumun beslenme okuryazarlığı davranışlarını etkilediği ancak yaşın, cinsiyetin ve çocuk sahibi olma durumunun etkilemediği bulunmuştur ($p<0,001$) ($p<0,005$) (Tablo 4.30.). Beslenme okuryazarlığı genel okuryazarlıkla çok ilişkili bir kavramdır. Öğrenim düzeyi yükseldikçe doğru beslenme bilgisine erişme, yorumlama kapasitesi artmaktadır. Evli olanların beslenme okuryazarlıkları bekarlardan 2.46 kat daha yeterlidir. Evlenme ile düzenli bir yaşam tarzı başlamakta ve sağlıklı beslenme için arayışlar da artabilmektedir. Evlilerin, sağlıklı beslenme için daha fazla bilgi ve deneyim kazanmaları daha yüksek olasılıktır.

5.5. Beden Kitle İndeksi ile İlişkili Etmenler

Dünyada BKİ değerlerinin yükselmesine paralel olarak obezite yüzdelerinde artış gözlenmektedir. Bu çalışmada kiloluluk yüzdesi %47,4 ve şişmanlık yüzdesi %20,7'dir. TURDEP-II çalışmasında Türk toplumunda şişmanlık sıklığının %31,2 olduğu belirtilmiştir (130). Bu çalışmada erkeklerin kadınlardan 1,32 kat daha fazla kilolu ve şişman olduğu bulunmuştur ($p=0,001$) (Tablo 4.31.). Ulaş'ın 2008 yılında yaptığı çalışmada erkeklerin BKİ değerlerinin kadınlardan anlamlı derecede fazla olduğunu bulmuştur (131). Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı-Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü'nce yapılan beyana dayalı "Ulusal Hane Halkı Araştırması" sonuçlarına göre, Türkiye'de 18 yaş ve üzeri erkeklerde "kilolu ve şişman" olma %43,3 ve kadınlarda %33,4 olarak bulunmuştur (132). Kiloluluk ve şişmanlık sorununun cinsiyete özgü bu farklılığının diğer olası nedenlerinin detaylı olarak değerlendirilmesi ve özel müdahale programlarının bu doğrultuda geliştirilmesi gerektirdiğini düşündürmektedir.

Çalışanlardan 40 yaş ve üzeri grupta "kilolu ve şişman" olarak bulunma diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 4.31.). TBSA 2010 verilerinde de bu çalışma sonuçlarını destekler nitelikte bulgular mevcuttur. BKİ'nin yaşla beraber artış gösterdiği ve 51-64 yaş grubunda "kilolu ve şişman" olma yüzdesinin diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (67). Türkiye'yi temsil eden araştırmalara göre şişmanlık sıklığının bizim çalışmamızda daha düşük olması ≥ 50 yaş grubundan katılımcı sayısının diğer yaş gruplarına göre daha az sayıda ($n=47$) olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir (Bkz. Tablo 4.1.).

"İlköğretim ve altı" eğitim kurumlarından mezun olan grubun %80,3'ü "kilolu ve şişman" olarak yer almaktadır. İlköğretim ve altı eğitim kurumlarından mezun olanlar öğrenim durumu "ön lisans ve üzeri" olan gruptan 1,22 kat daha fazla şişmandır ($p=0,003$) (Tablo 4.31.). TBSA 2010 yılına ait verilerde de öğrenim düzeyi düşük olan katılımcıların BKİ değerlerinin yüksek olduğu bulunmuştur (67). Ayrıca kadınlarda eğitim durumu yükseldikçe BKİ değerlerinde düşme olduğu, erkeklerde ise herhangi bir değişikliğin olmadığı bulunmuştur. Çayır ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, çalışma durumları farklı olan katılımcıların öğrenim düzeyi arttıkça obezite oranının azalmakta olduğunu belirtmişlerdir (133).

Evli olanlar arasında “şişman” olma yüzdesi daha yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 4.31.). Mata ve arkadaşları dokuz Avrupa ülkesinden (Avusturya, Fransa, Almanya, İtalya, Hollanda, Polonya, Rusya, İspanya ve İngiltere) temsili örneklem ile ($n=4555$) yaptıkları çalışmada hiç evlenmemiş katılımcıların evli katılımcılardan daha düşük BKİ değerlerine sahip olduklarını bulmuşlardır. Bu durumu, evli kişilerin daha doğal besin ürünlerini tercih etmeleri ve hazır gıdalardan uzak durmaları ancak, evlilerin besinlerin uygunluğu konusunda bekârlardan daha az dikkat etmeleri ve daha az egzersiz yapmaları gibi nedenlerin etkileyeceğini düşünmüşlerdir (134). Türkiye’de ise bekar olanların genç yaş grubunda olmaları ve evlilerin daha ileri yaşlarda olmalarının yanı sıra evlilerde sedanter yaşam tarzının daha baskın olması bu farklılığa neden olmuş olabilir.

Çocuk sahibi olanların “kilolu” ve “şişman” olma yüzdesi daha yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 4.31.). Çayır ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada BKİ değerlendirmesine göre, çocuk sayısının artmasıyla şişmanlık yüzdesinin arttığını belirtmişlerdir (113). Ancak bu durumun, kişinin yaşından etkilenme olasılığı da söz konusudur.

Aile tipine göre BKİ değerlendirmesi arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0,137$) (Tablo 4.31.). Işık ve arkadaşları da benzer şekilde, Artvin ili ve ilçelerindeki aile hekimliği merkezine başvuru yapan 20 yaş üstü ($n=1929$) katılımcılarda ailedeki birey sayısı ile şişmanlık arasında ilişki bulamadıklarını belirtmişlerdir (135).

Memurların %67,5’i, geçici personelin %69,3’ü “kilolu ve şişman” olarak bulunmuştur ($p=0,328$) (Tablo 4.31.). Yurtseven ve arkadaşları, İstanbul Üniversitesi merkez kampüsünde çalışan genç erişkin (20-51 yaş) ve masa başında çalışan erkeklerin BKİ değerlerinin kadınlara kıyasla daha yüksek düzeyde olduğunu belirtmişlerdir (117). Eriksen ve arkadaşlarının 2005 ve 2010 yılları arasında çalışan yetişkinlerin BKİ değerleri ile masa başı çalışma durumu içerisinde 5 yıl boyunca meydana gelebilecek değişiklikleri belirleyebilmek için bir kohort çalışması yapmışlardır. İşyerinde oturarak vakit geçiren kadınlarda BKİ değerlerinin arttığını bulmuşlardır (136).

Diyetisyene başvurusu olanların %76,1'i "kilolu ve şişman" grubunda yer almaktadır. Diyetisyene başvuru yapanlar yapmayanlardan 2,64 kat daha fazla şişmandırlar ($p<0,001$) (Tablo 4.33.). Çalışanların başvuru nedenleri göz önüne alındığında genellikle kilolu ve şişman olan çalışanların zayıflamak amacıyla diyetisyene başvurduğu görülmektedir.

Teşhisi konulan ya da uzun süreli bir hastalığı olanların %40,5'i "kilolu" ve %30,6'sı "şişman" olarak bulunmuştur. Doktor tarafından teşhis edilen ya da uzun süreli bir hastalığa sahip olan çalışanlar herhangi bir hastalığı olmayanlardan 1,74 kat daha fazla şişman oldukları bulunmuştur ($p=0,024$) (Tablo 4.33.). Şişmanlık, yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen, çeşitli BOH'a ve prematüre ölüme yol açan risk faktörleridir. Şişmanlık sonucu ortaya çıkan BOH içerisinde tip 2 diyabet, koroner kalp hastalıkları, hipertansiyon, inme, bazı kanser türleri ve osteoartrit yer almaktadır (137). Bu nedenle kronik hastalığı olanların BKİ değerlerinin yüksek olmasının buna bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Yeterli beslenme okuryazarlık düzeyine sahip kişilerin sağlıklı beslenmeleri, bilinçli besin tercihi yapmaları, porsiyon kontrolü yapmaları, doğru zamanda ve uygun sıklıkta beslenmeleri konularında kişilerin üzerine düşeni yapması önerilmektedir (19). Yetersiz beslenme okuryazarlığına sahip olan çalışanların %74,1'i kilolu ve şişmandır. Sınırdaki beslenme okuryazarlığı düzeyine sahip olanların "kilolu" olma yüzdesi diğer gruplara göre daha düşüktür ($p=0,014$) (Tablo 4.34.). Avrupa Sağlık Okur-Yazarlığı Çalışmasında sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile bazı risk faktörleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir, şişmanlık ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında ilişki bulunmuştur (33). Bu çalışmada da sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerde şişmanlık daha fazladır. Bu da doğru beslenme bilgisine sahip olmamanın sağlıksız davranışlara neden olabileceğinin bir bulgusu olarak kabul edilebilir.

Fiziksel aktivite düzeyleri incelendiğinde; fiziksel olarak "inaktif" olanların %60,6'sı "kilolu ve şişman"dır ($p=0,048$) (Tablo 4.34.). Fiziksel aktivite ve kilo alımı arasındaki ilişkiyi saptamak için yapılan toplum temelli kesitsel çalışmalarda, fiziksel aktivite düzeyi ile kilo alımı, vücut yağı artışı, aşırı şişmanlık ya da obezite prevalansı arasında ters ilişki olduğunu göstermektedir. Fiziksel olarak aktif ve fit

olan kişilerde obezite gelişme riski fit olmayan ve fiziksel olarak inaktif kişilere göre daha azdır. Normal vücut ağırlığının sürdürülmesi için fiziksel aktivite yapılması gerekmektedir (136).

Bu çalışmada, BKİ'nin bağımlı değişken olarak değerlendirildiği lojistik regresyon modelinde, yaş, cinsiyet ve fiziksel aktivite düzeyinin şişmanlığı etkilediği bulunmuştur (Tablo 4.35. ve Tablo 4.36.). Erkeklerde (2,40 kat), yaş arttıkça (1,06 kat) ve inaktif ve minimal aktif olanlarda (1,76 kat) kilolu ve şişman olma riskinin arttığı bulunmuştur. Başka bir ifadeyle, temel demografik faktörlerin ön planda olduğu yer almaktadır. BKİ'nin bağımlı değişken olarak değerlendirildiği ikili analizlerde anlamlı çıkan öğrenim durumunun, medeni durumun, çocuk sahibi olmanın, diyetisyene başvuru yapmanın, teşhisi konulan hastalık varlığı olmanın, beslenme alışkanlıklarının ve beslenme okuryazarlığı düzeyinin yapılan ikili lojistik regresyon modellerinde şişmanlığı etkilemediği bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Sağlığının korunması ve geliştirilmesi için gerekli müdahale programlarının oluşturulmasında yetişkinlere özel risk faktörlerinin belirlenmesi ve koruyucu önlemlerin araştırılması gerekmektedir. Bu çalışmada bazı sosyodemografik özellikler, tıbbi öykü ve alışkanlıklar, sigara kullanma ve alkollü içki içme davranışları, beslenme konusunda bilgi ve davranışları ile beslenme okuryazarlığı, beslenme alışkanlıkları, BKİ ve fiziksel aktivite düzeyleri üzerine olası etkileri açıklanmaya çalışılmıştır. Bunun yanı sıra beslenme okuryazarlığının beslenme alışkanlıkları, BKİ ve fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki ilişki varlığı incelenmiştir. Yetişkinlerin beslenme okuryazarlığı düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenebilmesi ve değerlendirilebilmesi için araştırma evreninin daha büyük olduğu kesitsel, kohort ya da müdahale tipindeki çalışmaların yapılması gerekmektedir. Bu tür çalışmalardan elde edilen sonuçlar daha sağlıklı ve güvenilir bilgi edinilmesini sağlayarak yetişkinlerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi için yapılacak müdahale programlarına yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

✓ Bu çalışmada memur ve geçici personel olarak çalışma durumu erkeklerde %67,4, kadınlarda %32,6'dır. Memur olarak çalışanlar arasında erkekler, geçici personel olarak çalışanlar arasında ise kadınlar daha fazladır.

✓ Araştırma grubundaki çalışanların “ön lisans ve üzeri” eğitim kurumlarından mezun olma yüzdesi %59,2 olarak bulunmuştur. Erkek çalışanların öğrenim düzeyi kadın çalışanlara göre daha yüksektir.

✓ Bu çalışmada, çalışanların %31,0'u gelir düzeyinin düşük olduğunu beyan etmiştir.

✓ Araştırma grubundaki çalışanların %65,6'sı sağlığını “iyi ve üzeri” olarak algıladığını beyan etmiştir ve %55,6'sı sağlığına “iyi ve üzeri” düzeyde önem verdiğini belirtmiştir. Erkekler kadınlara göre, öğrenim düzeyi yüksek olan kişiler daha düşük olanlara göre sağlıklarını daha iyi olarak algılamaktadır.

✓ Araştırma grubundaki çalışanların %20,8'i görme sorunu olduğunu beyan etmiştir.

✓ Bu çalışmada, çalışanların %56,1'i son 6 ay içerisinde sağlık kuruluşuna başvuru yaptığını, %61,3'ü sağlık yakınması nedeniyle başvuru yaptıklarını, %24,2'sinin hekim tarafından tanı almış bir hastalığı bulunduğunu ve bu hastalıkların genellikle beslenmeyle ilişkili bulaşıcı olmayan hastalık olduğunu beyan etmişlerdir. Son 6 ay içerisinde sağlık kuruluşuna başvuru yüzdesi kadınlarda daha yüksektir.

✓ Araştırma grubundaki çalışanların %44,0'ı halen sigara kullandıklarını, %16,2'si kullanıp bıraktığını, %56,7'si günde 11 ve üzeri sayıda sigara içtiklerini, %33,5'i gün içinde ilk sigaralarını ilk 30 dk. içtiklerini ve %15,5'i alkollü içki içtiklerini belirtmişlerdir. Erkekler arasında sigara içme ve alkollü içki içme kullanma davranışı kadınlara göre yüksektir. Erkekler gün içinde ilk sigaralarını kadınlara göre daha erken saatte içmektedirler.

✓ Bu çalışmada, çalışanların %38,3'ü beslenme bilgisi orta düzeyde, %6,5'i yetersiz düzeyde olduğunu ve %0,6'sı hiç bilgi sahibi olmadığını beyan etmiştir. Beslenmeyle ilgili takip ettikleri kaynaklarda televizyon ve internet, güvendikleri kaynaklarda ise sağlık profesyonelleri ilk sıralarda yer almaktadır. Kadınların hayatı boyunca diyetisyene başvuru yüzdesi erkeklerden daha yüksektir. Diyeti genellikle zayıflamak amacıyla yaptıklarını belirtmişlerdir. Diyet programını genellikle diyetisyen ve doktordan aldıklarını belirtmişlerdir.

✓ Araştırma grubundaki erkeklerin, bekarların, sağlığına önem verme düzeyi iyi olanların beslenme alışkanlıklarının daha iyi olduğu bulunmuştur.

✓ Fiziksel aktivite düzeyi erkeklerde, öğrenim düzeyi düşük olanlarda, bekârlarda, geçici personelde ve sağlığına önem verme düzeyi daha iyi olanlarda daha yüksek bulunmuştur.

✓ Öğrenim düzeyi yüksek olanlarda, evlilerde ve memurlarda beslenme okuryazarlığı düzeyi daha yeterli bulunmuştur.

✓ Çalışmada erkek cinsiyet, ileri yaş ile fiziksel aktiviteyi düzeyi inaktif ve minimal aktif olan çalışanlarda istatistiksel olarak da anlamlı şekilde BKİ değerlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

✓ Çalışanların özellikle de kadınların beslenme alışkanlıklarının daha iyi olması için sağlıklı beslenme hakkında yetişkin eğitim programları düzenlenmelidir.

✓ Çalışanların yeterli ve dengeli beslenmesinin önündeki engellerin tespit edilerek iyileştirici çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

✓ Öğrenim düzeyi yüksek masa başı çalışanlar, evli ve çocuk sahibi olanlar aynı zamanda sağlığına önem verme düzeyi daha düşük olanlar özellikli grup olarak ele alınmalıdır.

✓ Masa başı çalışanları sedanter davranışlarından koruyacak önlemler alınmalı ve bilgilendirmeler yapılmalıdır. Fiziksel çevre değerlendirilmeli, sonuçlara göre fiziksel aktiviteyi destekleyecek şekilde düzenlenmelidir.

✓ Kurum içerisinde verilecek eğitimlerde öğrenim düzeyi düşük olanlar, ileri yaştaki çalışanlar, bekarlar ve geçici personel öncelikli gruplar olarak ele alınmalıdır.

✓ Çalışma saatleri içerisinde masa başı çalışanlarda fiziksel aktivite düzeyini artıracak uygulamalar hakkında bilgilendirme toplantıları yapılmalıdır.

✓ Üniversite bünyesinde çalışan diyetisyen birimlerde ziyaretler düzenleyerek sağlıklı beslenmenin önündeki engelleri araştırmalı ve karar verici mekanizmalarla bir araya gelerek yılsonu değerlendirmesi yapmalıdır.

✓ BKİ değerlerinin normal sınırlar arasında olmasını sağlamak için değiştirilebilir risk faktörleri üzerine yoğunlaşması gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Bas Bueno-de-Mesquita, H. (2015). Noncommunicable Diseases of Major Public Health Interest and Prevention. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 27(8S), 110-111.
2. Riley, L., Guthold, R., Cowan, M., Savin, S., Bhatti, L., Armstrong, T. and Bonita, R. (2016). The World Health Organization STEPwise Approach to Noncommunicable Disease Risk-Factor Surveillance: Methods, Challenges and Opportunities. *American Journal of Public Health*, 106(1), 74-75.
3. World Health Organization (WHO). (2016a). *Noncommunicable Diseases and Their Risk Factors*.
4. WHO. (2016b). *Healthy Diet*, Erişim: 20 Mayıs 2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>
5. WHO. (2016c). *Physical Activity*. Erişim: 03 Mayıs 2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>
6. WHO. (2016d). *Obesity and Overweight*. Erişim: 19 Nisan 2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
7. Bowman, S.A. (2005). Dietary and Lifestyle Practices of Normal Weight and Overweight U.S. Adults. L.A. Ferrera (Ed.). *Body mass index: New research* (s.118-133). New York: Nova Biomedical Books.
8. Kokkinos, P. (2010). *Physical Activity and Cardiovascular Disease Prevention*. Washington: Jones and Barlett Publishers.
9. Gibbs H. ve Chapman-Novakofski K. (2013). Establishing Content Validity for The Nutrition Literacy Assesment Instrument. *Preventing Chronic Disease*, 10(3), 120-129.
10. Vidgen H.A. ve Gallegos D. (2014). Defining Food Literacy and Its Components. *Appetite*, 76(2014), 50-59.
11. Yücecan, S. (2008). *Optimal Beslenme*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.
12. Gibbs H. ve Chapman-Novakofski K. (2012) Exploring Nutrition Literacy: Attention to Assessment and The Skills Clients Need. *Health*, 4(3), 120-124.
13. Baptista, F. ve Janz, K.F. (2012). Physical Activity in Growth and Development. B.E. Ainsworth ve C.A. Macera (Ed.). *Physical Activity and Public Health Practice* (s.111). Boca Raton: CRC Press.

14. Bell, J.A., Hamer, M., T van Hees, V., Singh-Manoux, A., Kivimaki, M. ve Sabia, S. (2015). Healthy Obesity and Objective Physical Activity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 103(5), 1-2.
15. Howley, E.T. ve Thompson, D.L. (2012). *Fitness Professional's Handbook*. United States of America: Human Kinetics.
16. Buchner, D.M. (2016). Preventive and Environmental Issues. L. Goldman ve A.I. Schafer (Ed.). *Goldman-Cecil Medicine* (s.58). United States of America: Elsevier Saunders.
17. Janssen, I. (2007), Physical Activity, Fitness, and Cardiac, Vascular, and Pulmonary Morbidities, C. Bouchard, S.N. Blair, W.L. Haskell (Ed.). *Physical Activity and Health* (s.162-165). IL: Human Kinetics.
18. Gibbs, H.D., Ellerbeck, E.F., Befort, C., Gajewski, B., Kennett, A.R., Yu, Q. ve diğ erleri. (2015). Measuring Nutrition Literacy in Breast Cancer Patients: Development of a Novel Instrument. *Journal Cancer Education*, 22(5), 241-243.
19. Keser, A. ve Çıracıoğlu, E.D. (2015). Sağlık ve Beslenme Okuryazarlığı. F. Yıldırım, A. Keser (Ed.). *Sağlık Okuryazarlığı* (s.39-55). Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
20. Cajita, M.I., Cajita, T.R. ve Han, H.R. (2016). Health Literacy and Heart Failure: A Systematic Review. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(2), 121-130.
21. de Castro, S.H., Brito, G.N.O. ve Gomes, M.B. (2014). Health Literacy Skills in Type 2 Diabetes Mellitus Outpatients from an University-Affiliated Hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 6 (126), 1-4.
22. Souza, J.G., Apolinario, D., Magaldi, R.M., Busse, A.L., Campora, F. ve Jacob-Filho, W. (2014). Functional Health Literacy and Glycaemic Control in Older Adults with Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study. *British Medical Journal*, 4(2), 1-7.
23. Liechty, J. M., Saltzman, J. A., Musaad, S. M. and Team, T. S. K. (2015). Health Literacy and Parent Attitudes About Weight Control for Children. *Appetite*, 91(2015), 200-201.

24. Sansom-Daly, U. M., Lin, M., Robertson, E. G., Wakefield, C. E., McGill, B. C., Girgis, A., ve Cohn, R. J. (2016). Health Literacy in Adolescents and Young Adults: An Updated Review. *Journal of adolescent and young adult oncology*.
25. TÜİK. (2016). Erişim: 21 Mayıs 2016, <http://www.tuik.gov.tr>
26. Polan, E.U. ve Taylor, D.R. (2015). *Journey Across the Life Span Human development and health promotion*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
27. Lorraine, B. and Hernandez, M. (2011). *Foundation Concepts of Global Community Health Promotion and Education*. United States of America: Jones&Barlett Learning.
28. Spruijt-Metz, D. (2014). *Adolescence, Affect and Health*. London and New York: Psychology Press, Taylor&Francis Group.
29. Wallston, K.A. (1997). Perceived Control and Health Behaviour. A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, ve C. McManus, (Ed.) *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. United Kingdom: Cambridge University Press. (s.151).
30. Bowling, A. (2014). *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services* (Fourth Edition). London: Mc Graw Hill Education Open University Press.
31. WHO. (2016e). *Health Promotion*. Erişim: 2 Nisan 2016, http://www.who.int/topics/health_promotion/en/.
32. WHO. (2016f). *Track 2: Health Literacy and Health Behaviour*. 7th Global Conference on Health Promotion: track themes. Erişim: 12 Nisan 2016, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>
33. Bilir, N. (2014).Sağlık Okur-Yazarlığı. *Turkish Journal of Public Health*, 12(1), 63-66.
34. Carbone, E. T. and Gibbs, H. D. (2013). Measuring Nutrition Literacy: Problems and Potential Solutions. *Nutritional Disorders & Therapy*, 3(1), 1.
35. Fransen, M. P., Leenaars, K. E., Rowlands, G., Weiss, B. D., Maat, H. P. and Essink-Bot, M. L. (2014). International Application of Health Literacy Measures: Adaptation and Validation of the Newest Vital Sign in The Netherlands. *Patient Education and Counseling*, 97(3), 403-409.

36. Eyüboğlu, E. and Schulz, P. J. (2015). Validation of Turkish Health Literacy Measures. *Health Promotion International*, 31(2), 1-2.
37. WHO. (2015). *Optimizing Health Literacy: Improving Health and Reducing Health Inequities*. Australia: WHO.
38. Bass III, P. F., Wilson, J. F., Griffith, C. H, and Barnett, D. R. (2002). Residents' Ability to Identify Patients with Poor Literacy Skills. *Academic Medicine*, 77(10), 1039.
39. Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Mockbee, J. and Hale, F. A. (2005). Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *The Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-515, 520.
40. Duell, P., Wright, D., Renzaho, A. M. and Bhattacharya, D. (2015). Optimal Health Literacy Measurement for The Clinical Setting: A Systematic Review. *Patient Education and Counseling*, 98(11), 1296.
41. Durusu-Tanrıöver, M., Yıldırım, H.H., Demiray-Ready, F.N., Çakır, B. ve Akalın, H.E. (2014). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması* (Birinci Baskı). Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
42. Velardo, S. (2015). The Nuances of Health Literacy, Nutrition Literacy and Food Literacy. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 47(4), 386.
43. WHO. (2013). *Health Literacy: The Solid Facts*.
44. Haun, J. N., Valerio, M. A., McCormack, L. A., Sørensen, K. and Paasche-Orlow, M. K. (2014). Health Literacy Measurement: An Inventory and Descriptive Summary of 51 Instruments. *Journal of Health Communication*, 19(sup2), 303.
45. Vranes, A. J., Mikanovic, V. B., Vukovic, D., Djikanovic, B. and Babic, M. (2015). Education on Human Rights and Healthcare: Evidence from Serbia. *Health Promotion International*, 30(1), 101-105.
46. Üçpunar, E. (2014). *Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarlama Çalışması*. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
47. Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A. and Nurss, J. (1999). Development of A Brief Test to Measure Functional Health Literacy. *Patient Education and Counseling*, 38(1), 34.

48. McCune, R. L., Lee, H. and Pohl, J. M. (2016). Assessing Health Literacy in Safety Net Primary Care Practices. *Applied Nursing Research*, 29(1), 188-194.
49. Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W. and Crouch, M. A. (1993). Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: A Shortened Screening Instrument. *Family Medicine*, 25(6), 391-395.
50. Özdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y. ve Bilgel, N. (2010). Health Literacy Among Adults: A Study from Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464-477.
51. Shah, L. C., West, P., Bremmeyer, K. and Savoy-Moore, R. T. (2010). Health Literacy Instrument in Family Medicine: The “Newest Vital Sign” Ease of Use and Correlates. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 23(2), 195-203.
52. Obenchain, J. and Spark, A. (2016). *Food Policy: Looking Forward From The Past*.
53. Merriam Webster. (2016) *Simple Definition of Food*.
54. The American (2016). *Heritage. Food*. Erişim: 29 Mayıs 2016, <https://ahdictionary.com/word/search.html?q=food&submit.x=0&submit.y=0>
55. Boyle, M. A. and Long Roth, S. (2015). *Personal Nutrition*. Canada: Cengage Learning. Erişim: 5 Mayıs 2016
https://books.google.com.tr/books?id=AS5-BAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=personal+nutrition+boyle&hl=tr&sa=X&ved=0ahUKEwjEzJfI88_NAhWHXBQKHd6gC-MQ6AEIGjAA#v=onepage&q=personal%20nutrition%20boyle&f=false
56. Baysal, A. (2009). *Beslenme* (12. Baskı). Ankara: Hatipoğlu yayınları. (s.5-7).
57. Attila, S., Bağcı Bosi, T. (2015). Toplum Beslenmesi. Ç. Güler ve L. Akın (ed.). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (s.1210-1214). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
58. Hacettepe Üniversitesi. (2015). *Türkiye’ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
59. beslenme.gov.tr. (2016). *Besin Gruplarını Tanıyalım*. Erişim: 29 Mayıs 2016, http://beslenme.gov.tr/content/images/aile/aktiviteler/aktivite_04.jpg

60. Stein, N. (2015). *Public Health Nutrition Principles and Practice in Community and Global Health*. United States of America: Edited by Jones&Barlett Learning.
61. Güvenilir Gıda Zirvesi. (2016, Ekim). *Güvenilir Gıda Nedir?*. 5. Uluslararası Güvenilir Gıda Zirvesi. Erişim: 16 Mayıs 2016, http://www.guvenilirgidazirvesi.com/guvenilir_gida_nedir.php.
62. Ünal, M. M. (2015). *Hastane Mutfaklarından Alınan Yüzey Örneklerinde Hijyenik Durumun ve Çalışan Personelde Hijyen Farkındalığının Belirlenmesi*. Yüksek Lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
63. diet.com. (2016). *Nutrition Literacy*, Erişim: 29 Mayıs 2016, <http://www.diet.com/g/nutrition-literacy>
64. Gibbs, H. D. (2012). *Nutrition Literacy: Foundations and Development of An Instrument For Assessment*. PhD Thesis, University of Illinois at Urbana-Champaign.
65. Diamond, J. J. (2007). Development of a Reliable and Construct Valid Measure of Nutritional Literacy in Adults. *Nutrition Journal*, 6(1), 2-4.
66. Aranha, A., Patel, P., Panaich, S. and Cardozo, L. (2015). Health Literacy and Cardiovascular Disease Risk Factors Among The Elderly: A Study From a Patient-Centered Medical Home. *The American Journal of Managed Care*, 21(2), 140.
67. TBSA. (2014). *Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu*. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931, Ankara.
68. TÜİK. (2012). *TÜİK Sağlık Araştırması 2012*. Ankara: TÜİK, Yayın No:4117.
69. TÜİK. (2015, 01 Ekim). *Türkiye Sağlık Araştırması, 2014*. TÜİK Haber Bülteni. Erişim: 2 Nisan 2016, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18854>
70. TÜİK. (2015, 30 Mart). *Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2014*. TÜİK Haber Bülteni. Erişim: 2 Nisan 2016, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855>

71. Caspersen, C. J., Powell, K. E. and Christenson, G. M. (1985). Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. *Public Health Reports*, 100(2), 126.
72. Werner, W. K. Sharon, H. and Hoeger, A. (2014). *Principles and Labs for Fitness&Wellness*. USA: Cengage Learning.
73. Koşar, Ş. N. (1997). *A Comparison of selected Coronary Heart Disease Risk Factors Between High and Low Physical Activity Groups in Children Aged 11-14 Years*. Yüksek lisans tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
74. Loitz, C. C., Potter, R. J., Walker, J. L., McLeod, N. C., & Johnston, N. J. (2015). The Effectiveness of Workplace Interventions to Increase Physical Activity and Decrease Sedentary Behaviour in Adults: Protocol for A Systematic Review. *Systematic Reviews*, 4(1), 1-2.
75. THSK. (2014a). *Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 940, s. 3-5
76. Sağlık Bakanlığı. (2016). *Fiziksel Aktivite Türleri*. Erişim: 02 Mayıs 2016, <http://fizikselaktivite.gov.tr/tr/fiziksel-aktivite-ile-ilgili-bilgiler/fiziksel-aktivite-turleri/>
77. Reger-Nash, B., Smith, M. and Juckett, G. (2015). *Foundation of Wellness*. United States of America: Human Kinetics.
78. Dugdill, L., Crone, D. and Murphy, R. (2009). *Physical Activity and Health Promotion: Evidence-Based Approaches to Practice*. Singapore: Wiley-Blackwell. Erişim:6 Mayıs 2016
https://books.google.com.tr/books?id=RSS5AsWuS9cC&printsec=frontcover&dq=Physical+Activity+and+Health+Promotion:+Evidence-Based+Approaches+to+Practice&hl=tr&sa=X&ved=0ahUKEwjnkpq69M_NAhVEbxQKHATBP0Q6AEIKDAA#v=onepage&q=Physical%20Activity%20and%20Health%20Promotion%3A%20EvidenceBased%20Approaches%20to%20Practice&f=false
79. Heath, G. W. (2013) Behavioral Approaches to Physical Activity Promotion, J. K. Ehrman, P. M. Gordon, P. S. Visich, and S. J. Keteyian (Ed.). *Clinical Exercise Physiology*. (s.20). United States of America: Human Kinetics. Erişim: 6 Mayıs 2016

https://books.google.com.tr/books?id=SEXw_t6nwVYC&printsec=frontcover&dq=Clinical+Exercise+Physiology&hl=tr&sa=X&ved=0ahUKEwjajdrs9M_NAhXEPxQKHfi0DkEQ6AEIJTAA#v=onepage&q=Clinical%20Exercise%20Physiology&f=false

80. WHO. (2015, January). *Physical Activity*. Media Centre. Erişim: 30 Nisan 2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>
81. Ainsworth, B.E. (2010), Assessing the Level of Physical Activity in Adults. C. Bouchard, and P. Katzmarzyk, (Ed.). *Physical Activity and Obesity* (s.20-21). United States of America: Human Kinetics.
82. Matthews, J. (2002). Self-Report Instruments. G. Welk (Ed.). *Physical Activity Assessments for Health-Related Research*. United States of America: Human Kinetics. Erişim: 6 Mayıs 2016
https://books.google.com.tr/books?id=O9-vt1CZJp8C&printsec=frontcover&dq=Physical+Activity+Assessments+for+HealthRelated+Research&hl=tr&sa=X&ved=0ahUKEwii1rKI9c_NAhWCuxQKHZ4GAO4Q6AEILzAA#v=onepage&q=Physical%20Activity%20Assessments%20for%20Health-Related%20Research&f=false
83. Manson, R.S., (2009), Measurement of Physical Activity in Epidemiologic Studies. I. M. Lee (Ed.). *Epidemiologic Methods in Physical Activity Studies* (s.22-23). Oxford University Press. New York: Oxford University Press.
84. Nigg, C. R. (2014). *ACSM's Behavioral Aspects of Physical Activity and Exercise*. China: Wolters Kluwer, American College of Sports Medicine.
85. Clow, A. and Edmunds, S. (2014). *Physical Activity and Mental Health*. United States of America: Human Kinetics.
86. Aktif Yaşam Derneği. (2016). *Türkiye Toplum Fiziksel Aktivite Düzeyi Araştırması*. Erişim: 09 Nisan 2016, <http://www.aktifyasam.org.tr/projeler/turkiye-toplumunun-fiziksel-aktivite-duzeyi-arastirmasi>.
87. Ahi Evran Üniversitesi. (2015). Erişim: 13 Haziran 2015, <http://www.ahievran.edu.tr/index.php/2011-08-28-14-25-34/2011-08-28-14-25-35>

88. Ahi Evran Üniversitesi. (2016). *Genel Tanıtım*. Erişim: 22 Mayıs 2016, <http://www.ahievran.edu.tr/index.php/ueniversitemiz/geneltanim>
89. Cesur, B., Koçoğlu, G. and Sümer, H. (2015). Evaluation Instrument of Nutrition Literacy on Adults (EINLA) A Validity and Reliability Study. *Integrative Food, Nutrition and Metabolism*, 2(1), s.127-130.
90. Arslan, P., Karaağaoğlu, N., Duyar, I. ve Güleç, E. (1995). Yükseköğretim Gençlerinin Beslenme Alışkanlıklarının Puanlandırma Yöntemi ile Değerlendirilmesi. *A.Ü. Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 37(1), 155-168.
91. Duman, E. (2012). *İlköğretim 7.-8. Sınıfların Beslenme Durumları, Antropometrik Ölçümleri ile Akademik Başarılarının İlişkilendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
92. Sahebi, A. (2014). *Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri ile Akademik Başarıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara.
93. Brann, E., Sjöberg, A., Chaplin, J. E., Leu, M., Mehlig, K., Albertsson-Wikland, K. and Lissner, L. (2015). Evaluating the Predictive Ability of Childhood Body Mass Index Classification Systems for Overweight and Obesity at 18 Years. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(8), 802-804.
94. Sağlık Bakanlığı. (2012). *Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması*. Ankara: Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 894.
95. WHO. (2000). *BMI Classification*. Erişim: 12 Nisan 2016, http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
96. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (t.y.). *Obezite Nasıl Saptanır?* Erişim: 17 Nisan 2016, <http://beslenme.gov.tr/index.php?page=43>
97. Doğduay, G. (2013). *Engelli Bireye Sahip Ebeveynlerde Sporun Yaşam Kalitesine Etkisi*. Yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
98. SDP-UNIV. (2001, May). *International Physical Activity Questionnaires*. Erişim: 07 Nisan 2016, http://www.sdp.univ.fvg.it/sites/default/files/IPAQ_English_self-admin_short.pdf

99. Bozdemir Özel, C. (2014). *Metabolik Sendromlu Bireylerde Cinsiyetin Egzersiz Kapasitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
100. Bozkuş, T., Türkmen, M., Kul, M., Özkan, A., Öz, Ü., Cengiz, C. (2013). Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu'nda öğrenim Gören Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Düzeyleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi Ve İlişkilendirilmesi. *International Journal of Science Culture and Sport*, 1(3), 56-57.
101. Medikalblog. (2013, 07 Mayıs). *Seca 213 Ölçüm Çubuğu*. Medikalblog. Erişim: 2 Nisan 2016, <http://www.medikalblog.net/seca-boy-olcer/>
102. Medikalblog. (2015, 07 Temmuz). *Seca Baskül 813*. Medikalblog. Erişim: 2 Nisan 2016, <http://www.medikalblog.net/seca-baskul-813/>
103. TÜİK. (2016). *Toplumsal Yapı ve Cinsiyet İstatistikleri*. Erişim: 12 Nisan 2016, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1068
104. Hacettepe Üniversitesi. (2014). *2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara: T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK.
105. TÜİK. (2016, 23 Şubat). *Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2015*. TÜİK Haber Bülteni. Erişim: 06 Nisan 2016, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21518>
106. TÜİK. (2016). *Sağlık İstatistikleri*. Erişim: 11 Nisan 2016, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095
107. Erdem, R. ve Pirinççi, E. (2003). Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 20(1), 45.
108. Aygün, A., Pekeriçli, A., Birge Kayış, B., Soytutan, İ., Uzun, S. B. ve Özdemir, T. A. (2015, Ekim). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014*. B. Bora Başara, C. Güler ve G. K. Yentür (Ed.). Ankara: Sağlık Bakanlığı.
109. Sağlık Bakanlığı. (2014a). *Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012*. Ankara: Sağlık Bakanlığı, Yayın No:948. (s.51)
110. Bilir, N. (2009). *Sigarayı Bırakma Metodları, Önemi ve Ülkemizdeki Durum*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

111. Dönmez, H. (2014). **Başkent Organize Sanayisi Bölgesinde Bir Fabrikada Çalışan İşçilerin Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Konusunda Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi.** Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
112. Aktaş, N. ve Cebirbay, A.G.M.A. (2011). Tüketicilerin Beslenme Bilgilerine Erişimde Kullandıkları Kitle İletişim Araçları Üzerine Bir Araştırma. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(3), 49-54.
113. Çayır, A. (2009). **Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Sıklığı ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi.** Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
114. Aslan, S. H. (2001). Beden İmgesi ve Yeme Davranışı Bozuklukları ile Medya İlişkisi. *Düşünen Adam Dergisi*, 14(1), 41-47.
115. Ceviz, D. (2008). **Kamuda Çalışan Erkek ve Kadınların Fiziksel Uygunluk, Beslenme ve Spor Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi (Elazığ İli Örneği).** Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.
116. Erçim, R. E. ve Pekcan, G. (2014). Genç Yetişkinlerin Beslenme Durumunun Sağlıklı Yeme İndeksi-2005 ile Değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 42(2), 5-10.
117. Yurtseven, E., Eren, F., Vehid, S. Köksal, S., Erginöz, E. ve Erdoğan, M. S. (2014). Beyaz Yakalı Çalışanların Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 15(1), 21-25.
118. Sözen, S., Bilir, N., Yıldız, A. N., Yıldız, E.ve Sözen, T. (2009). Metal Sektöründe Bir İşyerinde Çalışanların Beslenme Alışkanlıkları ve İlişkili Antropometrik Ölçümleri. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 28(3), 8-13.
119. Genç, M., Eğri, M., Kurçer, M. A., Kaya, M., Pehlivan, E., Karaoğlu, L. ve Güneş, G. (2002). Malatya Kent Merkezindeki Banka Çalışanlarında Fizik Aktivite Sıklığı. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 9(4), 237-240
120. Vural, Ö., Eler, S. ve Güzel, N. A. (2010).Masa Başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, VIII(2), 71-74.

121. Bulut, S. (2010). *Bir Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Görev Yapan Personelin Fiziksel Aktivite Düzeyi ve İlgili Faktörlerin Belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
122. Deniz, M. (2011). *Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Sosyoekonomik Durum Arasındaki İlişkinin Araştırılması*. Yüksek lisans tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa.
123. Burton, N. W., Turrell, G., Oldenburg, B. and Sallis, J. F. (2005). The Relative Contributions of Psychological, Social, and Environmental Variables to Explain Participation in Walking, Moderate-, and Vigorous-Intensity Leisure-Time Physical Activity. *Journal of Physical Activity and Health*, 2(2), 189-194.
124. Zoellner, J., Connell, C., Bounds, W., Crook, L. and Yadrick, K. (2009). Peer Reviewed: Nutrition Literacy Status and Preferred Nutrition Communication Channels Among Adults in The Lower Mississippi Delta. *Preventing Chronic Disease*, 6(4).s.A128.
125. Aihara, Y. and Minai, J. (2011). Barriers and Catalysts of Nutrition Literacy Among Elderly Japanese People. *Health Promotion International*, 26(4), 20-23.
126. Patel, P., Panaich, S., Steinberg, J., Zalawadiya, S., Kumar, A., Aranha, A. and Cardozo, L. (2013). Use of Nutrition Literacy Scale in Elderly Minority Population. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17(10), 894-896.
127. Huizinga, M. M., Carlisle, A. J., Cavanaugh, K. L., Davis, D. L., Gregory, R. P., Schlundt, D. G. and Rothman, R. L. (2009). Literacy, Numeracy, and Portion-Size Estimation Skills. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(4), 324-328.
128. Wall, C.L., Gearry, R.B., Pearson, J., Parnell, W. Ve Skidmore, P.M. (2014). Dietary İntake in Midlife and Associations with Standard of Living, Education and Nutrition Literacy. *New Zealand Medical Journal*, 127(1397), 32-38.
129. Andrus, M.R. and Roth, M.T. (2002). Health Literacy: A Review. *Pharmacotherapy*. 22(3), 284-299.
130. Sağlık Bakanlığı. (2014b). *Türkiye Diyabet Programı 2015-2020*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 816.

131. Ulaş, B. (2008). *Malatya Asker Hastanesinde 2007 Yılında Görev Yapan Personelin Sağlıklı Beslenme Konusundaki Tutum ve Davranışları*. Yüksek Lisans tezi. İnönü Üniversitesi, Malatya.
132. Coşkun, H. (t.y.). *Türkiye’de Obezitenin Görülme Sıklığı*. T.C. Sağlık Bakanlığı Verileri.
133. Çayır, A., Atak, N. ve Köse, S. K. (2011). Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 64(1), 14-18.
134. Mata, J., Frank, R. and Gigerenzer, G. (2014). Symptom Recognition of Heart Attack and Stroke in Nine European Countries: A Representative Survey. *Health Expectations*, 17(3), 380-386.
135. Işık, E., Kanbay, Y., Aslan, Ö., Işık, K. ve Çınar, S. (2013). Aile Hekimliği Birimine Başvuran Bireylerde Obezite Sıklığı ve İlişkili Etmenler: Artvin Örneği. *Hemşirelik Dergisi*, 109-113.
136. Eriksen, D., Rosthøj, S., Burr, H. and Holtermann, A. (2015). Sedentary Work—Associations Between Five-Year Changes In Occupational Sitting Time and Body Mass Index. *Preventive medicine*, 73, 2-4.
137. Ross, R. ve Janssen I. (2012). Physical activity, fitness and obesity, C. Bouchard, S.N. Blairs, ve W.L. Haskell (Ed.). *Physical Activity and Health* (s.198-199, 207-209). USA:Human Kinetics.

EKLER

EK 1: Ek Tablolar

Tablo 4.37. Çalışanların istihdam şekline göre bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (AEÜ, 2015)

		Memur		Geçici Personel		Toplam		p
		S	%	S	%	S	%	
Cinsiyet								
	Erkek	216	71,8	105	60,0	321	67,4	0,008
	Kadın	85	28,2	70	40,0	155	32,6	
	Toplam	301	100,0	175	100,0	476	100,0	
Yaş Grupları (yıl)								
	20-29	63	21,0	39	22,7	102	21,7	<0,001
	30-39	151	50,5	79	45,9	230	48,8	
	40-49	45	15,1	47	27,3	92	19,5	
	≥50	40	13,4	7	4,1	47	10,0	
	Toplam*	299	100,0	172	100,0	471	100,0	
Öğrenim Durumu								
	İlköğretim ve altı	8	2,7	59	33,7	67	14,1	<0,001
	Lise	46	15,3	81	46,3	127	26,7	
	Ön lisans ve üzeri	247	82,0	35	20,0	282	59,2	
	Toplam**	301	100,0	175	100,0	476	100,0	
Medeni Durumu								
	Evli	237	78,7	133	76,0	370	77,7	0,489
	Bekar	64	21,3	42	24,0	106	22,3	
	Toplam	301	100,0	175	100,0	476	100,0	

* 5 kişi yaşını belirtmemiştir.

** Ki-kare testi; ilköğretim ve altı, lise ve ön lisans ve üzeri şeklinde yapılmıştır.

Tablo 4.38. Çalışanların bazı sosyodemografik özelliklerine göre beden kitle indeksi değerlerinin dağılımı (AEÜ, 2015)

		Beden Kitle İndeksi*										p
		Zayıf		Normal		Kilolu		Şişman		Toplam		
		S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	
Cinsiyet												
	Erkek	1	0,3	77	25,5	160	53,0	64	21,2	302	67,3	
	Kadın	6	4,1	59	40,1	53	36,1	29	19,7	147	32,7	
	Toplam	7	1,6	136	30,3	213	47,4	93	20,7	449	100,0	
Yaş Grupları												
	20-29	3	3,3	42	45,7	39	42,4	8	8,7	92	20,7	
	30-39	4	1,9	70	32,4	107	49,5	35	16,2	216	48,7	
	40-49	-	-	18	19,8	41	45,1	32	35,2	91	20,5	
	≥50	-	-	4	8,9	25	55,6	16	35,6	45	10,1	
	Toplam	7	1,6	134	30,2	212	47,7	91	20,5	444	100,0	
Öğrenim Durumu												
	İlköğretim ve altı	1	1,5	12	18,2	28	42,4	25	37,9	66	14,7	
	Lise	1	0,8	38	31,4	53	43,8	29	24,0	121	26,9	
	Ön lisans ve üzeri	5	1,9	86	32,8	132	50,4	39	14,9	262	58,4	
	Toplam	7	1,6	136	30,3	213	47,4	93	20,7	449	100,0	
Medeni Durumu												
	Evli	4	1,1	89	25,4	171	48,7	87	24,8	351	78,2	
	Bekar	3	3,1	47	48,0	42	42,9	6	6,1	98	21,8	<0,001
	Toplam	7	1,6	136	30,3	213	47,4	93	20,7	449	100,0	
Çocuk Sahibi Olma Durumu												
	Evet	3	0,9	77	24,0	162	50,5	79	24,6	321	71,7	
	Hayır	4	3,1	59	46,5	51	40,2	13	10,2	127	28,3	<0,001
	Toplam	7	1,6	136	30,4	213	47,5	92	20,5	448	100,0	
Aile Tipi												
	Çekirdek aile	4	1,1	109	30,1	174	48,1	75	20,7	362	80,6	
	Geniş aile	2	3,5	14	24,6	24	42,1	17	29,8	57	12,7	0,065
	Yalnız yaşıyorum	1	3,3	13	43,3	15	50,0	1	3,3	30	6,7	
	Toplam	7	1,6	136	30,3	213	47,4	93	20,7	449	100,0	
İstihdam Şekli												
	Memur	4	1,4	88	31,1	140	49,5	51	18,0	283	63,0	
	Geçici personel	3	1,8	48	28,9	73	44,0	42	25,3	166	37,0	
	Toplam	7	1,6	136	30,3	213	47,4	93	20,7	449	100,0	

* Dünya Sağlık Örgütü'ne göre beden kitle indeksi sınıflandırılması yapılmıştır.

Tablo 4.39. Çalışanların beyan edilen sağlık ve sağlığına önem verme düzeylerine göre beden kitle indeksi değerlerinin dağılımı (AEÜ, 2015)

		Beden Kitle İndeksi*										p
										Toplam		
		Zayıf		Normal		Kilolu		Şişman				
S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	
Sağlık Düzeyi												
Orta ve altı	4	2,6	45	28,8	69	44,2	38	24,4	156	35,0		
İyi ve üzeri	3	1,0	91	31,4	141	48,6	55	19,0	290	65,0		
Toplam	7	1,6	136	30,5	210	47,1	93	20,9	446	100,0		
Sağlığına Önem Verme												
Orta ve altı	3	1,5	61	31,0	87	44,2	46	23,4	197	44,4		
İyi ve üzeri	4	1,6	74	30,0	122	49,4	47	19,0	247	55,6		
Toplam	7	1,6	135	30,4	209	47,1	93	20,9	444	100,0		

* Dünya Sağlık Örgütü'ne göre beden kitle indeksi sınıflandırılması yapılmıştır.

Tablo 4.40. Çalışanların diyetisyene başvuru ve teşhisi konulan hastalıklarının olma durumlarına göre beden kitle indeksi değerlerinin dağılımı (AEÜ, 2015)

Beden Kitle İndeksi*												p
Zayıf				Normal		Kilolu		Şişman		Toplam		
S		%		S		%		S		%		
Diyetisyene Başvuru Durumu												
Evet		3	4,8	12	19,0	20	31,7	28	44,4	63	14,0	
Hayır		4	1,0	124	32,1	193	50,0	65	16,8	386	86,0	<0,001
Toplam		7	1,6	136	30,3	213	47,4	93	20,7	449	100,0	
Teşhisi Konulan Hastalık Varlığı												
Var		2	1,8	30	27,0	45	40,5	34	30,6	111	24,7	
Yok		5	1,5	106	31,4	168	49,7	59	17,5	338	75,3	0,029
Toplam		7	1,6	136	30,3	213	47,4	93	20,7	449	100,0	

* Dünya Sağlık Örgütü'ne göre beden kitle indeksi sınıflandırılması yapılmıştır.

EK 2: Anket Formu

**BİR ÜNİVERSİTEDE ÇALIŞAN PERSONELİN BESLENME
OKURYAZARLIĞININ BESLENME DAVRANIŞLARI VE FİZİKSEL
AKTİVİTEYLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Sayın katılımcı,

Bu soru formu, kişilerin beslenme alışkanlıklarını araştırmak amacıyla hazırlanmıştır. Soru formu dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sizlerle ilgili bazı bilgiler yer almaktadır. İkinci bölümde Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı yer almaktadır. Veri toplama aracının üçüncü bölümünde beslenme alışkanlıkları yer almaktadır. Dördüncü bölümünde ise; 7 soruluk Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (kısa form) bulunmaktadır.

Araştırma sırasında görüşülen kişilere ilişkin bilgiler gizli tutulacaktır. Sorulara doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Sorulara tarafsız, doğru ve samimi cevaplar vereceğinize inanıyoruz. Lütfen soruları tam olarak okuduktan sonra kendinize en uygun olan cevabı işaretleyiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya soru formunu yanıtlarken son verebilirsiniz. Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Lütfen soruları boş bırakmayınız.

Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.
Gülcan DEMİR ÖZDENK

ANKET NO:

I. BÖLÜM

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE BAZI ALIŞKANLIKLAR

1) Doğum yılınızı belirtiniz. (yıl olarak)

2) Cinsiyetinizi işaretleyiniz.

1. Erkek

2. Kadın

3) Öğrenim durumunuzu işaretleyiniz.

1. Okuryazar değil

5. Lise mezunu

2. Okur-yazar

6. Ön lisans mezunu

3. İlkokul mezunu

7. Lisans mezunu

4. İlköğretim/Ortaokul mezunu

8. Yüksek lisans/Doktora

4) Medeni durumunuzu işaretleyiniz.

1. Evli

3. Dul (eşi vefat etmiş)

2. Bekar

4. Boşanmış

5) Çocuğunuz var mı?

1. Evet (Kaç tane çocuğunuz olduğunu yazınız.....)

2. Hayır

6) Sağlık güvencenizi işaretleyiniz.

1. SGK

4. Diğer

2. Özel Sigorta

(Açıklayınız.....)

3. Yok

.....)

7) Halen bulunduğunuz kadroyu belirtiniz.

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| 1. Genel idare hizmetleri | 4. Avukatlık hizmetleri |
| 2. Sağlık hizmetleri | 5. Yardımcı hizmetler |
| 3. Teknik hizmetler | 6. Taşeron firma |
| 7. Diğer | |
- (Açıklayınız.....)

8) Aile tipinizi işaretleyiniz.

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. Çekirdek aile (Anne, baba ve çocuk) | 4. Yalnız yaşıyorum. |
| 2. Geniş aile (Anne, baba, çocuk ve diğer akrabalar) | 5. Diğer (Açıklayınız.....) |
| 3. Parçalanmış aile (Anne ve baba ayrı yaşıyor) | |

9) Hanenizde siz dâhil toplam kaç kişi yaşıyorsunuz?

(Belirtiniz.....)

10) Birinci derece yakınlarınız arasında sağlık çalışanı/diyetisyen var mıdır? (Birden çok seçenek işaretlenebilir.)

1. Evet, sağlık çalışanı (Mesleğini yazınız)...../ Yakınlık dereceniz.....
2. Evet, diyetisyen/ yakınlık dereceniz.....
3. Hayır

11) Sizce gelir düzeyiniz aşağıdaki ölçekte nerede yer almaktadır?

Bu ölçekte aşama 1, toplumdaki en düşük düzeye karşılık gelir; aşama 10 ise, toplumdaki en yüksek düzeye karşılık gelmektedir. (Uygun gördüğünüz sayıyı yuvarlak içine alınız.)

1 EN DÜŞÜK	2	3	4	5	ORTA DÜZEY	6	7	8	9	10 EN YÜKSEK
------------------	---	---	---	---	---------------	---	---	---	---	--------------------

12) Genel olarak sağlığını nasıl algıladığınızı ve sağlığınıza önem verme düzeyinizi uygun gördüğünüz alanlara işaretleyiniz.

	Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
Genel olarak sağlığını;					
Sağlığınıza önem verme düzeyiniz;					

13) Görme ve/veya işitme ile ilgili herhangi bir sorunuz var mı? (Birden çok seçenek işaretlenebilir.)

1. Görme ile ilgili sorunuz var. (Açıklayınız.....)
2. İşitme ile ilgili sorunuz var. (Açıklayınız.....)
3. Hayır, sorunuz yok.

14) Sigara kullanım durumunuz nedir?

- | | |
|--|------------------------|
| 1. Hiç içmedim. → (Soru 17'ye geçiniz) | 3. Halen kullanıyorum. |
| 2. Kullanıp bıraktım. → (Soru 17'ye geçiniz) | 4. Nadiren |

15) Her gün ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz?

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 10 veya daha az | 3. 21 ile 30 arası |
| 2. 11 ile 20 arası | 4. 31 ve üstü |

16) Uyandıktan ne kadar sonra ilk sigaranızı ne zaman içiyorsunuz?

- | | |
|------------------------|---------------------|
| 1. İlk 5 dakika içinde | 3. 31-60 dk. içinde |
| 2. 5-30 dk. içinde | 4. Bir saat sonra |

17) Alkollü içecek tüketir misiniz?

- | | |
|--------------------------------|------------|
| 1. Evet | 3. Nadiren |
| 2. Hayır → (Soru 19'a geçiniz) | |

18) Alkollü içecek tüketme durumuna ilişkin aşağıdaki seçeneklerden size uygun olan şıkkı işaretleyiniz.

- | | |
|------------------|----------------|
| 1. Özel günlerde | 4. Haftada bir |
| 2. Ayda bir | 5. Haftada 2-5 |
| 3. Ayda 2-3 | 6. Her gün |

19) Beslenme konusunda bilginizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- | | |
|-------------------|-----------------------------|
| 1. Yeterli | 4. Yetersiz |
| 2. Kısmen yeterli | 5. Hiç bilgi sahibi değilim |
| 3. Orta düzeyde | |

20) Beslenme ile haberleri genellikle hangi kaynaktan takip edersiniz? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

- | | |
|---|--|
| 1. Yazılı basın (gazete, dergi gibi) | 6. Sosyal Medya (facebook, twitter gibi) |
| 2. Bilimsel dergi | 7. Yakınlarımda bulunan kişilerden (aile bireyleri, arkadaşlar gibi) |
| 3. Televizyon | 8. Takip etmiyorum |
| 4. Radyo | 9. Diğer (Açıklayınız.....) |
| 5. İnternet (internette gazete, haber sayfaları gibi) | |

21) Genel olarak aşağıdaki kaynaklardan hangisinden gelen beslenme, diyet veya gıda ile ilgili bilgilere güvenirsiniz? (Birden çok seçenek işaretlenebilir.)

- | | |
|--|--|
| 1. Doktor, hemşire veya diğer sağlık personeli | 7. İnternet |
| 2. Beslenme uzmanı ya da diyetisyen | 8. Televizyon |
| 3. Aile | 9. Radyo |
| 4. Arkadaşlar | 10. Kamu sağlık kuruluşları |
| 5. Ders kitapları | 11. Özel sağlık kuruluşları |
| 6. Gazeteler veya dergiler | 12. Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşlar |

22) Şimdiye kadar bir beslenme uzmanı/diyetisyene danışmak için gittiniz mi?

- | | |
|---------|--------------------------------|
| 1. Evet | 2. Hayır → (Soru 24'e geçiniz) |
|---------|--------------------------------|

23) Son bir yıl içerisinde kaç defa gittiniz?

.....defa

24) Daha önce hiç, herhangi bir diyet yaptınız mı?

- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| 1. Evet (kaç defa.....) | 2. Hayır → (Soru 27'ye geçiniz) |
|-------------------------|---------------------------------|

25) Bu diyeti ne amaçla yaptığınızı aşağıya yazınız.

.....

.....

26) Diyet programını kimden aldınız? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. Diyetisyen/Beslenme Uzmanı | 5. Uygulanmış diyet listeleri (aile, akraba, arkadaş vb.) |
| 2. Doktor | 6. Diğer(açıklayınız.....) |
| 3. Eczacı | |
| 4. İnternet / TV | |

27) Doktor tarafından teşhisi konmuş uzun süre tedavi gerektiren ya da sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren herhangi bir hastalığınız var mı?

- | | |
|--------|------------------------------|
| 1. Var | 2. Yok → (Soru 29'a geçiniz) |
|--------|------------------------------|

28) Teşhis edilen hastalığınız aşağıdakilerden hangisi ya da hangileridir? (Birden çok seçenek işaretlenebilir.)

- | | |
|----------------------------|---------------------------------------|
| 1. Kalp-damar hastalığı | 9. İnme/felç |
| 2. Yüksek kolesterol | 10. Romatizmal hastalıklar |
| 3. Şeker Hastalığı | 11. Kanser |
| 4. Yüksek tansiyon | 12. Ruhsal ve davranışsal bozukluklar |
| 5. Kronik bronşit, amfizem | 13. Bunama |
| 6. Astım | 14. Diğer(Açıklayınız.....) |
| 7. Böbrek hastalığı | |
| 8. Karaciğer hastalığı | |

29) Son 6 (altı) ay içerisinde sağlık hizmeti almak için herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu?

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. Evet (<i>Kaç kez belirtiniz.....</i>) | 2. Hayır → (Soru 32'ye geçiniz) |
|--|---------------------------------|

30) En son sağlık hizmeti almak için nereye başvurduğunuz?

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Aile hekimi | 7. Eczane |
| 2. Özel Poliklinik | 8. Fikrim |
| 3. Özel Muayene | yok/Bilmiyorum/Hatırlamıyorum |
| 4. Devlet Hastanesi | 9. Diğer |
| 5. Özel Hastane | (Açıklayınız.....) |
| 6. Üniversite Hastanesi | |

31) En son sağlık hizmeti için hangi neden (yakınma) ile başvurduğunuz? (Birden çok seçenek işaretlenebilir.)

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1. Muayene | 7. Fikrim |
| 2. Check-up | yok/Bilmiyorum/Hatırlamıyorum |
| 3. Kontrol (daha önceki hastalık için) | 8. Diğer |
| 4. İlaç yazdırma | (Açıklayınız.....) |
| 5. Aşı | |
| 6. Laboratuvar tetkik sonucu için | |

II. BÖLÜM

YETİŞKİNLERDE BESLENME OKURYAZARLIĞI

32) Sağlık açısından en yararlı tahıl ürünü aşağıdakilerden hangisidir?

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1. Makarna | 3. Mısır unu |
| 2. Pirinç pilavı | 4. Tam buğday ekmeği |

33) Hangisi en sağlıklı yağ kaynağıdır?

- | | |
|---------------|-------------------|
| 1. Margarin | 3. Mısır özü yağı |
| 2. Kuyrukyağı | 4. Zeytinyağı |

34) Diş sağlığı için hangisi gereklidir?

- | | |
|----------|-----------|
| 1. Demir | 3. Sodyum |
| 2. İyot | 4. Flor |

35) Hangisi yüksek oranda tuz içeren bir besin değildir?

- | | |
|----------|-----------------|
| 1. Sucuk | 3. Zeytin |
| 2. Turşu | 4. Taze bezelye |

36) Kemik sağlığı için gereklidir.

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. Kalsiyum | 3. Potasyum |
| 2. Magnezyum | 4. İyot |

37) Yetişkinler her gün su içmelidir.

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. Bir – iki bardak | 3. Sekiz –on bardak |
| 2. Üç- dört bardak | 4. Susadıkça |

38) Yemekle birlikte gibi içeceklerin tüketilmesi, vücudunuzun demirden yararlanmasını azaltır.

- | | |
|------------------|------------|
| 1. Portakal suyu | 3. İhlamur |
| 2. Limonata | 4. Çay |

39) grip, nezle gibi hastalıklara karşı korur, diş etlerimizin daha sağlıklı olmasını sağlar.

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. C vitamini | 3. A vitamini |
| 2. B vitamini | 4. D vitamini |

Ayşe Hanım, market alışverişinde balık, ekmek, kutu süt, konserve, yumurta, domates alıyor. Yapması gereken diğer işlerini tamamlıyor ve iki buçuk saat sonra eve dönüyor. Eve gelir gelmez sütü ve balığı buzdolabına koyuyor.

40) Ayşe Hanım'ın aldığı yiyeceklerden en erken bozulabilecek olan hangisidir?

- | | |
|----------|------------|
| 1. Balık | 3. Domates |
| 2. Süt | 4. Yumurta |

41) Balığın en geç kaç saat içinde buzdolabına konması gerekir?

- | | |
|-----------|-----------|
| 1. 2 saat | 3. 4 saat |
| 2. 3 saat | 4. 5 saat |

Doğumdan itibaren büyüme ve gelişme, sağlıklı ve uzun bir yaşam için vücudumuza gerekli olan bütün maddeleri besinlerle alırız. Her öğünde aynı içeriğe sahip yiyeceklerle beslenirsek eksik ve tek yönlü beslenmiş oluruz. Bu tür beslenme sağlıklı değildir. Sağlıklı beslenmek için, her gün sebze, meyve, et, süt ve tahıl ürünleri gibi değişik besin gruplarından yeterince tüketilmesi, doymuş yağ, trans yağ, kolesterol, tuz ve şeker içeren besinlerin ise az tüketilmesi gerekir. Besin gruplarından herhangi biri alınmadığında, gereğinden az ya da çok alındığında ya da yağ, kolesterol, tuz, şeker oranı yüksek besinler fazla tüketildiğinde büyüme ve gelişme engellenir ve sağlık bozulur. Günümüzde insanların beslenme alışkanlıklarının değişmesi ile birlikte hareketsiz bir yaşam sürdürmesi sonucunda kalp-damar hastalıkları, pek çok kanser türü, kansızlık, yüksek tansiyon, şeker hastalığı, kemik erimesi, şişmanlık gibi sağlık sorunlarının temelinde beslenme alışkanlıkları önemli bir rol oynamaktadır. Gıdaların sağlığı olumsuz yönde etkilememesi için besinlerin taze ve temiz olması da önemlidir. Bu nedenle satın alınacak ürünlerin üretim tarihi, son kullanma tarihi, bakanlıktan izin yazısı gibi etiket bilgileri incelendikten sonra alınmalıdır.

42) Sağlıklı beslenmek için et, süt gibi besinler tüketilmelidir.

- | | |
|--------------|----------|
| 1. Fazla | 3. Az |
| 2. Yeterince | 4. Nadir |

43) Olumsuz beslenme alışkanlıkları olan insanlarda gibi hastalıklar gelişebilir.

- | | |
|--------------|--------------------|
| 1. AIDS | 3. Yüksek tansiyon |
| 2. Hepatit B | 4. Kızamık |

44) gibi bazı besinler sağlıklı beslenme için sınırlı alınmalıdır.

- | | |
|----------|-------------------|
| 1. Sebze | 3. Süt |
| 2. Tuz | 4. Tahıl ürünleri |

45) Her öğünde içeriğe sahip besinlerle beslenirsek sağlıklı beslenmiş oluruz.

- | | |
|------------|-----------|
| 1. Aynı | 3. Benzer |
| 2. Çeşitli | 4. Az |

46) Sizden sağlıklı bir besin seçmeniz istense aşağıda yer alan yiyeceklerden hangisini tercih edersiniz?

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| 1. Hamburger menü | 3. Kızarmış patates |
| 2. Salata ve balık | 4. Domates soslu makarna |

47) Aldığınız ürünün son kullanma tarihinin geçmiş olduğunu fark ettiğinizde ne yaparsınız?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1. Tarihi çok geçmemişse kullanırım | 3. İade ederim ve satıcıyı uyarırım |
| 2. Üründe renk değişimi, kötü koku vb. yoksa kullanırım | 4. Kullanmam, çöpe atarım |

48) Aşağıda yer alan besinlerin yanlarındaki harfleri tabloda yer alan uygun besin grupları bölümüne yazınız. (*Lütfen bütün şıkları aşağıdaki tablonun içerisine yerleştiriniz.*)

Süt Grubu	Ekmek ve tahıl grubu	Sebze meyve grubu	Et, yumurta ve kurubaklagil grubu

A. Süt
B. Yumurta
C. Domates

D. Peynir
E. Bulgur pilavı

F. Tavuk but kızartması

G. Makarna
H. Ekmek

J. Elma
K. Tereyağı

Porsiyon Miktarları

Not: Besinlerin bir porsiyon miktarları soruların yanındaki kutucuklarda belirtilmiştir.

BESİNLERİN BİR PORSİYON MİKTARLARI

49) Süt grubu besinler günde tüketilmelidir.

1. Bir porsiyon
2. İki porsiyon
3. Dört porsiyon
4. Beş porsiyon

*Süt bir su bardağı (200g)
2 kibrit kutusu büyüklüğünde peynir (60 g)*

50) Et, yumurta, kurubaklagil grubundan günde tüketilmelidir.

1. Bir porsiyon
2. İki porsiyon
3. Dört porsiyon
4. Beş porsiyon

*Kurubaklagil bir çay bardağı (90 g)
Et, tavuk, balık vb. 50-60 g (iki ızgara köfte kadar)
2 yumurta*

51) Sağlıklı yaşam için her gün kuruyemiş yenmelidir.

1. Sıfır
2. Bir avuç
3. İki avuç
4. Üç avuç

Ceviz, fındık badem vb. bir avuç (30 g)

Beden Kitle İndeksi=

**Ağırlık (kg)
Boy uzunluğunun
karesi(m²)**

1. Zayıf: <20
2. Normal: 20.0-24.9

3. Kilolu: 25.0-29.9
4. Şişman: 30.0-Üstü

52) 1. BKİ:

2. Değerlendirme

GIDA ETİKETİ OKUMA

Aşağıda yer alan soruları gıda etiketinde bulunan bilgiler doğrultusunda yanıtlayınız.

İçindekiler: Buğday unu, bitkisel yağ, glikoz şurubu, aroma verici, tuz, şeker, peynir altı suyu tozu, domates salçası, patates unu, kabartıcılar(sodyum ve hidrojen amonyum karbonat)

Parti-Seri no: 100003335-5444 Üretim Yeri: Sivas Türk Malı Net: 90 g

Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı'nın 2013 tarih ve 10002 sayılı izni ile

üretilmiştir.



Besin Öğeleri	100 g	1 paket (90 g)
Enerji(kcal)	456	410
Protein(g)	7.2	6.5
Karbonhidrat (g)	63.3	57.0
Yağ (g)	19.3	17.3
Sodyum (mg)	907	816

53) Bu yiyecekten üç paket yediğinizde kaç kalorilik enerji almış olursunuz?

1. 1230
2. 1368
3. 410
4. 820

54) Ürünün 100 gramındaki yağ miktarının enerji değeri kaç kaloridir? (1g yağ= 9 kcal)

1. 36.6 kcal
2. 155.7 kcal
3. 456 kcal
4. 173.7 kcal

55) Hangi hastalığı olanlar bu yiyeceği dikkatli tüketmelidir/fazla tüketmemelidir?

1. Kansızlık
2. Yüksek tansiyon
3. Kanser
4. Kemik erimesi

56) Gıda etiketi üzerinde zorunlu olarak bulunması gereken bilgilerden hangisi yukarıdaki gıda etiketinde bulunmamaktadır?

1. Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığının izni
2. Türk Standartları Enstitüsü'nün logosu
3. Son kullanma tarihi
4. Gıdanın üretildiği ülke

III. BÖLÜM

BESLENME ALIŞKANLIKLARI

57) Genellikle günde kaç öğün yemek yersiniz? öğün

58) Öğün atlıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır → (Soru 61'e geçiniz)

67) Genellikle öğle yemeklerinde neler yersiniz? (Size uyanlarını işaretleyiniz.)

Çorba Pilav Makarna	Etsiz sebze	Etli sebze	Et	Salata	Ekmek	Hamur tatlısı	Sütlü tatlı	Süt yoğurt	Tost Sandviç	Meyve	Diğer (yazınız)

68) Genellikle akşam yemeklerinde neler yersiniz? (Size uyanlarını işaretleyiniz.)

Çorba Pilav Makarna	Etsiz sebze	Etli sebze	Et	Salata	Ekmek	Hamur tatlısı	Sütlü tatlı	Süt yoğurt	Tost Sandviç	Meyve	Diğer (yazınız)

69) İşyerinde bulunduğunuz süre içerisinde sıklıkla tükettiğiniz besinler hangileridir?*(Size uyanları işaretleyiniz.)*

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. Hiç besin tüketmem | 6. Meyve/sebze/salata |
| 2. Tost hamburger/sandviç vb. | 7. Kuruyemiş |
| 3. Şekerli yiyecek ve içecekler | 8. Yağlı yiyecekler (Cips, kraker vb.) |
| 4. Süt/ayran/ yoğurt | 9. Diğer, yazınız..... |
| 5. Çay/kahve | |

70) Fast food restaurantlarına ne sıklıkta gidersiniz?

- | | |
|---------------|------------------------------|
| 1. Hiç gitmem | 3. Haftada 2-3 kez |
| 2. Her gün | 4. Diğerleri belirtiniz..... |

71) Günlük genellikle ne kadar kişisel harcamanız oluyor?.....TL**72) Günlük harcamanızda en çok parayı aşağıdakilerden hangisi yer alıyor?**

1. Yiyecek-içecek
2. Yol
3. Hijyen malzemesi
4. Sigara
5. Alkol
6. Diğer, yazınız.....

IV. BÖLÜM

ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ

Fiziksel aktivite konusundaki soruların amacı, günlük yaşamın bir parçası olarak yapılan ve enerji harcamasına yol açan fiziksel aktivite düzeyinin belirlenmesidir. Anket soruları son 7 gün içerisinde yapılan fiziksel aktivitelerin süresi ve zorluk derecesiyle ilgilidir. Lütfen son 7 gün içerisinde işte, evde, bir yerden bir yere giderken ve serbest zamanlarınızda yaptığınız fiziksel aktiviteleri (spor, egzersiz veya eğlence aktiviteleri) düşünerek anket sorularını yanıtlayınız. Görev, tatil, hastalık vb. nedenlerle son 7 gün içinde il dışındaysanız veya son 7 günün olağan bir haftanızı yansıtmadığını düşünüyorsanız “olağan” bir haftanızı düşünerek yanıt veriniz.

73. ve 74. sorular şiddetli aktivitelerle ilgilidir. Şiddetli fiziksel aktiviteler, zor fiziksel efor gerektiren ve nefes almanın normalden oldukça zor olduğu aktivitelerdir. Son 7 gün içerisinde herhangi bir zamanda en az 10 dakika süreyle yaptığınız bu aktiviteleri düşünerek soruları yanıtlayınız.

73) Son 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

1. Haftada ___ gün
2. Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (Soru 75’e geçiniz)

74) Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

1. Günde ___ saat
2. Günde ___ dakika (bir saatten kısa ise dakika olarak yazınız)
3. Bilmiyorum/Emin değilim

75. ve 76. sorular orta şiddetli aktivitelerle ilgilidir. Orta şiddetli fiziksel aktiviteler, orta derecede fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz zor nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Son 7 gün içerisinde herhangi bir zamanda en az 10 dakika süreyle yaptığınız bu aktiviteleri düşünerek soruları yanıtlayınız.

75) Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? Yürüme hariç.

1. Haftada ___ gün
2. Orta şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (Soru 77’ye geçiniz)

76) Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

1. Günde ___ saat
2. Günde ___ dakika (bir saatten kısa ise dakika olarak yazınız)
3. Bilmiyorum/Emin değilim

77. ve 78. sorular yürüme aktivitesiyle ilgilidir. Yürüme aktiviteleri, işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüşlerdir.

77) Geçen 7 gün içerisinde, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

1. Haftada ____ gün
2. Yürümedim → (Soru 79'a geçiniz)

78) Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

1. Günde ____ saat
2. Günde ____ dakika (bir saatten kısa ise dakika olarak yazınız)
3. Bilmiyorum/Emin değilim

79. soru, son 7 günde hafta içi günlerde oturarak geçirdiğiniz süreyle ilgilidir. İş yerinde, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz süreler dâhildir. Oturma süresi, masa başında, bilgisayar başında, biriyle sohbet ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyredirken geçirdiğiniz süreleri kapsamaktadır.

79) Geçen 7 gün içerisinde, hafta içi günlerde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

1. Günde ____ saat
2. Günde ____ dakika (bir saatten kısa ise dakika olarak yazınız)
3. Bilmiyorum/Emin değilim

Katılımınız için teşekkür ederiz.

EK 3: Beslenme Aışkanlığı Puanlaması

BESLENME ALIşKANLIğI PUANLAMASI

Beslenme alışkanlığı puanlama değerleri, en az 0 ile en çok 12 puan arasında yapılmıştır. Soruların puan ağırlıkları ve bunlara ilişkin açıklamalar aşağıda verilmiştir.

Soru 1: Günlük öğün sayısı ile ilgilidir. Bu soru için tam puan 4'tür. Günde üç öğünden az yemek yeme sağlık için sakıncalı olacağından bir öğün yemek yiyenlere 0 puan, iki öğün yiyenlere 1 puan verilmiştir. Günde 3-4 öğünden fazla yemek yemenin de enerji alımını artırabileceği düşüncesi ile günde 5-6 kez yiyenlere 3 puan, altı öğünden fazla yiyenlere de 1 puan verilmiştir. Günde 3-4 öğün sayısı ise 4 puanla değerlendirilmiştir.

Soru 2: Hangi öğünü atladığı ile ilgilidir. Bu soru için tam puan 6'dır. Bir gün önce akşam yemeğinden ertesi gün öğle yemeğine kadar aç durmanın bireyin sağlığına zararlı etkisi göz önünde bulundurulduğundan, sabah kahvaltısını atlayanlara 2 puan, sadece öğle ya da akşam yemeğini atlayanlara 3 puan, günde iki öğün atlayanlara 0 puan, hiç öğün atlamayanlara 6 puan verilmiştir.

Soru 3: Öğün atlama nedenleri ile ilgilidir. Bu soru için tam puan 4'tür. Yemek yemeyi unutmak veya canı istemediği için öğün atlama bireyin kendi sağlığını bilinçsiz olarak bozduğundan 0 puan, herhangi bir gerekçe ile öğün atlıyorsa 2 puan verilmiştir. Öğün atlamayanlar 4 puanla değerlendirilmiştir.

Soru 4 ve 5: Psikolojik durumun yemek yemeyi etkilemesi ile ilgilidir. Bu sorular için tam puan 9'dur. Üzüntü, yorgunluk, heyecanlı ve sevinçli durumlarda birey hiç yemek yemiyorsa 0 puan, her zamankinden az veya çok yiyorsa 2 puan, bir değişiklik olmuyorsa 9 puan verilmiştir.

Soru 6: Öğünler arası besin tüketim durumu ile ilgilidir. Bu soru için tam puan 12'dir. Öğün arası besin tüketmeyen (şekerli cay-kahve dışında) ve günde üç öğün yemek yiyenlere 12 puan verilmiştir.

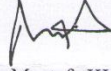
Aşırı veya normal düzeyde besin tüketimi,

$$12 - \left(\frac{\text{Normal işaret sayısı}}{4} \right) + \text{Aşırı işaret sayısı} \times 3$$

formülü kullanılarak hesaplanmıştır.

Soru 7,8 ve 9: Öğünlerde besin gruplarına göre yiyecek tüketim durumu ile ilgilidir. Bu soru için tam puan 6'dır. Sabah kahvaltısı: sadece çay, zeytin, ekmek, yağ, reçelden oluşmuşsa dengesiz değerlendirilmiş ve 2 puan verilmiştir. Bu yiyeceklerin arasına proteinli bir yiyecek (peynir ya da yumurta) girdiğinde beslenme şekli dengeli olarak kabul edilmiş ve 6 puan verilmiştir. Öğle ve Akşam: Çoğunlukla tost, sandviç veya tek tür yiyecek yenildiğinde, dengesiz 2 puan, yiyecek gruplarından en az üçü veya dördü bir arada ise, dengeli 6 puan verilmiştir. Her üç öğünde de yemek yemeyenler 0'la değerlendirilmiştir. Beslenme alışkanlığında en yüksek puan 62'dir. 35'den az puan kötü, 35-48 arası puan orta, 48'den fazla puan iyi beslenme alışkanlığı olarak değerlendirilmiştir.

EK 4: Araştırma ile İlgili Resmi İzin Belgeleri

	T.C. AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Genel Sekreterlik	22./10/2015
Sayı : 78968926-051/ 1076-5326 Konu : Etik Kurul Kararı		
Sayın : Öğr. Gör. Gülcan DEMİR ÖZDENK Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu		
Üniversitemiz Etik Kurulu Başkanlığından alınan Etik Kurul Değerlendirme Formu ekte gönderilmiştir. Bilgilerinize rica ederim.		
		 Prof.Dr.Mustafa KURT Rektör Yardımcısı
Ek:1 Adet Form		
Ahi Evran Üniversitesi Bağbaşı Yerleşkesi 40100 KIRŞEHİR Telefon: (0386) 2804045 Faks : (0386) 2804052		

AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

Araştırmacının Ünvanı, Adı Soyadı	Öğr.Gör. Gülcan DEMİR ÖZDENK
Araştırmanın Türü	☒ Yüksek Lisans Tezi ☐ Doktora Tezi ☐ Araştırma Projesi ☐ Diğer
Araştırmanın Başlığı:	" Bir Üniversitede Çalışan Personellerin Beslenme Okuryazarlığının, Beslenme Davranışları ve Fiziksel Aktiviteyle İlişkinin İncelenmesi"
Kararın Alındığı Toplantı Tarihi	08.10.2015
Toplantı / Karar Sayısı	2015-03/06

SONUÇ

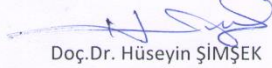
1.	☒ Kabul
2.	☐ Düzeltme gereklidir: Etik sorun olabilecek sorular/maddeler, süreçler ya da unsurlar bulunmaktadır. Açıklama:
3.	☐ Red Gerekçe, Görüş, Tavsiye ve Açıklamalar:

Prof.Dr. Levent KULA
Kurul Başkanı

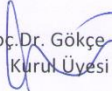
Prof.Dr. Refik BALAY
Kurul Üyesi

Prof.Dr. Nadir İLHAN
Kurul Üyesi

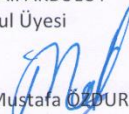

Prof. Dr. Mustafa ÖZKAN
Kurul Üyesi

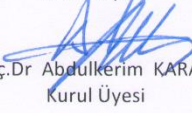

Doç. Dr. Hüseyin ŞİMŞEK
Kurul Üyesi

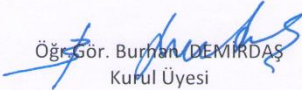

Yrd. Doç. Dr. Erman AKILLI
Kurul Üyesi


Yrd. Doç. Dr. Gökçe DEMİR
Kurul Üyesi


Doç. Dr. Ali AKBULUT
Kurul Üyesi


Yrd. Doç. Dr. Mustafa ÖZDURAN
Kurul Üyesi


Yrd. Doç. Dr. Abdülkerim KARADENİZ
Kurul Üyesi


Öğr. Gör. Burhan DEMİRDAS
Kurul Üyesi