

**MERSİN İLİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN BESLENME TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ ARAŞTIRILMASI**

ARMAĞAN ŞAŞMAZ



ŞUBAT 2022

**MERSİN İLİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN BESLENME TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ ARAŞTIRILMASI**

**BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ARMAĞAN ŞAŞMAZ

**BESLENME VE DİYETETİK DALINDA YÜKSEK LİSANS DERECESESİ İÇİN
GEREKLİ ÇALIŞMALAR YERİNE GETİRİLMİŞTİR.**

ŞUBAT 2022

ONAY SAYFASI

BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

...../...../.....

YÜKSEK LİSANS TEZ ONAY FORMU

Program Adı:	
Öğrencinin Adı Soyadı:	
Tezin Adı:	
Tez Savunma Tarihi:	

Bu Tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğu Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tarafından onaylanmıştır tarafımızca.

Prof. Dr. Ahmet ÖNCÜ

Enstitü Müdürü

Bu tez tarafımızca okunmuş, nitelik ve içerik açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak yeterli görülmüş ve kabul edilmiştir

	Ünvanı, Adı Soyadı	İmza
Tez Danışmanı:		
2. Üye :		
3. Üye :		



Bu tezde ki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.

Ad, Soyad: Armağan Şaşmaz

İmza:

ÖZET

MERSİN İLİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN BESLENME TUTUM VE DAVRANIŞLARININ ARAŞTIRILMASI

Şaşmaz, Armağan

Beslenme ve Diyetisyenlik Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Gökçen Garipoğlu

Şubat 2022, 96 Sayfa

Hekimler sağlığın korunmasından, tanı ve tedavi süreçlerine kadar tüm sağlık hizmetleri içinde çalışmaktadır. Hekimlerin sorumlulukları nedeniyle yaptıkları işler yorucu ve streslidir. Bu araştırma ile Mersin'deki hekimlerin sağlıklı beslenme tutum ve davranışlarının araştırılması amaçlanmıştır. Kesitsel tipte planlanan bu çalışma Kasım 2020 ile Ekim 2021 aralığında Mersin ilinde gerçekleştirildi. Çalışmanın evrenini Mersin ilinde çalışan hekimlerden oluşmaktadır. Çalışmaya 315 kişinin katılması planlandı, 275 kişiyle çalışma tamamlandı. Katılımcılar sosyodemografik özellikler anketi, beslenme tutum ve davranış anketi, Beslenme kaydı, Sağlıklı Beslenmeye ilişkin Tutum Ölçeği (SBİTÖ) ile değerlendirilmiştir. Veriler Google anket aracılığıyla çevrimiçi olarak elde edilmiştir. İstatistiksel analizlerde anlamlılık $p<0,05$ olarak alınmıştır.

Çalışmaya katılan hekimlerin 138'i (%50,2) kadın, 137'si (%49,3) erkek idi. Katılımcıların yaş ortalamasının $48,0\pm 10,2$ yıl olarak saptandı. Hekimlerin yüzde 50,6'sı kilolu aralıkta yer alırken, yüzde 10,9'u da şişman grupta yer alıyordu. Hekimlerin yüzde 54,9'u sağlıklı beslenme konusunda eğitim almışken, yüzde 81,8'inin beslenme eğitimine ihtiyaç duyduğu kaydedildi. Temel besin gruplarının günlük tüketim oranları incelendiğinde, yetersiz beslenmenin tahıl grubunda yüzde 79,9, süt ve süt ürünlerinde yüzde 77,2, et grubunda yüzde 51,2, kuru baklagil

grubunda yüzde 49,0, sebze grubunda %90,2 ve meyve grubunda da yüzde 70,9 olduğu saptandı. Değerlendirme sonucu SBİTÖ'den alınan puanlara göre hekimlerin yüzde 64,7'sinde yüksek puan saptanırken, yüzde 21,1'inde de çok yüksek olduğu tespit edildi. Düzenli egzersiz yapan ve 50 yaş üzerinde olan hekimlerin tutum ölçek puanının diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Düzenli egzersiz yapan hekimlerde; yaş ve çalıştıkları branş grubunun, aylık gelir düzeylerinin, et, kuru baklagil, süt, meyve, sebze gibi besin gruplarının tüketilmesinin ve beslenme eğitimi alınmasının besin tüketimi ile ilişkili olduğu bulundu ($p<0,05$).

Çalışmamızda Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği (SBİTÖ) puanlarının yüksek bulunması hekimlerin beslenme tutumlarının iyi olduğunu göstermektedir. Ancak hekimlerin TÜBER-2015'e göre tüketmesi gereken günlük besin gruplarının düşük olması çelişki yaratmaktadır. Bu sonuçtan yola çıkarak hekimlerin sağlıklı beslenmeye ilişkin davranışlarının yetersiz olduğu yorumu yapılabilir. Hekimlerin sağlıklı beslenme konusunda sahip oldukları bilgi ve tutumu davranışa yansıtamadığı düşünülmektedir.

Hekimlerin beslenme eğitimine ihtiyaç duydukları, bu eğitimleri ağırlıklı olarak diyetisyenlerden almak istedikleri kaydedildi. Katılımcıların temel besin gruplarından yüzde 49,0 – 90,2 oranında günlük yetersiz tüketim yaptıkları tespit edildi. Yetersiz beslenme ile yoğun iş temposunun birleşmesi, hekimlerin uzun vadede yaşam kalitelerinde ve iş verimlerinde düşüşe yol açabilir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme Davranışı, Beslenme Tutumu, Hekim, Sağlıklı Beslenme, Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF NUTRITIONAL ATTITUDES AND BEHAVIORS OF DOCTORS WHO WORKING IN MERSIN

Sasmaz, Armagan

Master's Program in Nutrition and Dietetics

Supervisor: Dr. Instructor Member Gokcen Garipoglu

February 2022, 96 Pages

Doctors work in all health services, from health protection to diagnosis and treatment processes. Due to the responsibilities of doctors, the work they do is tiring and stressful. With this research, it was aimed to investigate the healthy eating attitudes and behaviors of doctors in Mersin.

This cross-sectional study was carried out in Mersin between November 2020 and October 2021. The universe of the study consists of doctors working in Mersin. It was planned that 315 people would participate in the study, and the study was completed with 275 people. Participants were evaluated by sociodemographic characteristics questionnaire, nutritional attitude and behavior questionnaire, nutritional record, and Attitudes towards Healthy Eating Scale (SBIAS). Data were obtained online through Google survey. Significance was taken as $p < 0,05$ in statistical analysis.

Of the doctors participating in the study, 138 (50,2%) were female and 137 (49,3%) were male.

The mean age of the participants was $48,0 \pm 10,2$ years. While 50,6% of the doctors were in the overweight range, 10,9 percent were in the obese group.

While 54,9% of the doctors received training on healthy nutrition, it was noted that 81,8% of them needed nutrition education. When the daily consumption rates of basic food groups are examined, it was determined that malnutrition was 79,9 percent in the cereal group, 77,2 percent in the milk and dairy products, 51,2 percent in the meat group, 49,0 percent in the legumes group, 90,2% in the vegetable group and 70,9 percent in the fruit group. As a result of the evaluation, 64,7% of the physicians were found to have a high score according to the scores obtained from the SBIÖ, while it was found to be very high in 21,1 percent. It was determined that the attitude scale score of the doctors who exercised regularly and were over 50 years old was higher than the other groups ($p < 0,05$). Doctors who exercise regularly; Age and branch group they work in, monthly income levels, consumption of food groups such as meat, legumes, milk, fruit and vegetables, and receiving nutrition education were found to be associated with food consumption ($p < 0,05$).

The high scores on the Attitudes towards Healthy Eating Scale (SBIAS) in our study indicate that doctors nutritional attitudes are good. However, the fact that the daily food groups that doctors should consume according to TUBER-2015 are low creates a contradiction. Based on this result, it can be interpreted that the behaviors of physicians regarding healthy nutrition are insufficient. It is thought that doctors are not able to reflect their knowledge and attitude about healthy nutrition to behavior.

It was noted that doctors need nutrition education and they want to receive these trainings mainly from dietitians. It was determined that the participants made insufficient daily consumption of 49,0 – 90,2 percent from the basic food groups. The combination of malnutrition and intense work schedule can lead to a decrease in the quality of life and work efficiency of doctors in the long term.

Keywords: Physician, Healthy Nutrition, Nutritional Attitude, Nutritional Behavior, Attitude Scale Towards Healthy Nutrition.

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitim hayatım boyunca bilgi ve tecrübelerinden sıkça faydalandığım, tezimin yazım aşamasında her zaman ilgi ve desteğini hissettiren saygıdeğer tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Gökçen GARİPOĞLU'na,

Tezimin yazım aşamasında akademik bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen, her koşulda destekçim olan sevgili babam Prof. Dr. C. Tayyar ŞAŞMAZ'a,

Tezimin istatistiksel analiz kısmında her zaman yardımcı olan sayın hocam Prof. Dr. Handan ANKARALI'ya,

Tezimin Mersin'deki hekimlerde yapılabilmesi ve veri toplama aşamasında iş birliği içinde olan Mersin Tabip Odası Yönetim Kurulu'na,

Hayatımın her aşamasında maddi ve manevi tüm desteğini yanımda hissettiğim, beni bugünlere getiren sevgili annem Esin ŞAŞMAZ'a,

Hayatımın her anında olduğu gibi tez yazım sürecimde de beni her zaman destekleyen canım eşim Uzm. Fzt. Yaren ŞAŞMAZ'a,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

İNTİHAL.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vii
TEŞEKKÜR.....	ix
İÇİNDEKİLER.....	x
TABLolar LİSTESİ.....	xii
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiv
Bölüm 1: Giriş.....	1
Bölüm 2: Genel Bilgiler.....	3
2.1 Sağlıklı Beslenme.....	3
2.2 Besin Öğeleri ve Sağlıklı Bir Diyetin İçindeki Önemi.....	4
2.2.1 Karbonhidratlar.....	5
2.2.2 Protein.....	6
2.2.3 Yağ.....	6
2.2.4 Mineraller.....	8
2.2.5 Vitaminler.....	8
2.2.6 Su.....	9
2.3 Besin Grupları.....	10
2.3.1 Tahıl ve tahıl grubu besinler.....	10
2.3.2 Süt ve süt ürünleri.....	11
2.3.3 Et ve et ürünleri.....	11
2.3.4 Kuru baklagiller.....	11

2.3.5 Sebze ve meyve grubu.....	12
2.3.6 Besin gruplarından günlük tüketim önerisi.....	12
2.4 Beslenme Davranışını Etkileyen Faktörler.....	14
2.4.1 Sağlıklı besinlerin varlığı.....	15
2.4.2 Ekonomik durum.....	16
2.4.3 Eğitim düzeyi.....	16
2.4.4 Sosyokültürel çevre.....	17
2.4.5. Coğrafi çevre.....	17
2.4.6 Yaş.....	18
2.4.7 Cinsiyet.....	18
2.5 Başlıca Beslenme Düzeyleri	19
2.5.1 Yetersiz Beslenme.....	19
2.5.2 Dengesiz Beslenme.....	20
2.5.3 Fazla Beslenme.....	21
2.6 Beslenme ile Sağlık Sorunları Arasındaki İlişki.....	21
2.7 Sağlık Çalışanlarında Beslenme Üzerine Çalışmalar	22
Bölüm 3: Yöntem.....	25
3.1 Çalışma Tasarımı.....	25
3.2 Antropometrik Ölçümler.....	27
3.3 Çalışmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	27
3.4 Çalışmanın Hipotezleri.....	28
3.5 Çalışma Grubuna Alınacak Kişilerin Seçimi	28

3.6. Değerlendirme Kriterleri.....	29
3.7. İstatistiksel Analiz.....	29
3.8. Bütçe.....	30
3.9. Etik Kurul ve Resmi İzler.....	30
Bölüm 4: Bulgular.....	31
Bölüm 5: Tartışma.....	53
Bölüm 6: Sonuç.....	62
KAYNAKÇA.....	65
EKLER.....	71
A. Anket	
B. SBİTÖ'nün Kullanım İzni	
C. Mersin Tabip Odası İzin Yazısı	
D. Etik Kurul Onayı	

TABLolar LİSTESİ

TABLolar

Tablo 1 Sağlıklı Beslenmede Besin Gruplarının Yaş ve Cinsiyete Göre Önerilen Günlük Porsiyon Miktarı.....	14
Tablo 2 TÜBER-2015'te Yaş ve Cinsiyete Göre Besin Gruplarının Porsiyon Ölçüsünde Tüketim Önerileri.....	26
Tablo 3 Çalışmaya Katılanların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	31
Tablo 4 Çalışmaya Katılan Hekimlerin Yaş ve Antropometrik Ölçümlerinin Dağılımı.....	32
Tablo 5 Çalışmaya Katılanların Bazı Tutum Davranış ve Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı.....	33
Tablo 6 Çalışmaya Katılanların Beslenme Eğitimi Alma ve İstedikleri Eğitim Konularına Göre Dağılımı.....	34
Tablo 7 Çalışmaya Katılanların Günlük Sıvı Tüketimine Göre Dağılımı.....	35
Tablo 8 Çalışmaya Katılanların Öğün Özelliklerine Göre Dağılımı.....	35
Tablo 9 Çalışmaya Katılan Kişilerin Fastfood Tüketimine Göre Dağılımı	36
Tablo 10 Çalışmaya Katılanların Besin Desteği Kullanımına Göre Dağılımı	37
Tablo 11 Çalışmaya Katılanların Besin Gruplarından Günlük Tüketimlerine Göre Dağılımı.....	37
Tablo 12 Çalışmaya Katılanların SBİTÖ Puanına Göre Dağılımı.....	38
Tablo 13 Hekimlerin Demografik Özelliklerine Göre Beslenme Eğitim İhtiyacının Dağılımı.....	39
Tablo 14 Hekimlerin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre SBİTÖ Puan Dağılımı.....	40

Tablo 15 Hekimlerin Besin Gruplarından Günlük Tüketimleri ile SBİTÖ Puan Dağılımı.....	41
Tablo 16 Hekimlerin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Öğün Atlamanın Dağılımı	42
Tablo 17 Tahıl Grubu ile İlgili Sorulara Verilen Cevapların Demografik Özelliklerle İlişkisi	43
Tablo 18 Et Yumurta Grubu ile İlgili Sorulara Verilen Cevapların Demografik Özelliklerle İlişkisi.....	45
Tablo 19 Süt Peynir Grubu ile İlgili Sorulara Verilen Cevapların Demografik Özelliklerle İlişkisi.....	46
Tablo 20 Kuru baklagil Grubu ile İlgili Sorulara Verilen Cevapların Demografik Özelliklerle İlişkisi.....	47
Tablo 21 Sebze Grubu ile İlgili Sorulara Verilen Cevapların Demografik Özelliklerle İlişkisi.....	48
Tablo 22 Meyve Grubu ile İlgili Sorulara Verilen Cevapların Demografik Özelliklerle İlişkisi.....	49
Tablo 23 Hekimlerin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Fastfood Besin Tüketiminin Dağılımı.....	50
Tablo 24 Hekimlerin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Günlük Su ve Sıcak İçecek Tüketiminin Dağılımı.....	52
Tablo 25 Hekimlerin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Düzenli Vitamin Takviyesi Alımının Dağılımı.....	53

KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
SBİTÖ	Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği



Bölüm 1

Giriş

Beslenme; bireyin büyümesi ve gelişmesi, verimli ve sağlıklı olarak hayatını devam ettirmesi, mevcut sağlığının korunması ve yaşam kalitesinin iyileştirilebilmesi için ihtiyaç duyduğu besin öğelerinin temin edilip, vücutta kullanılması olarak tanımlanmaktadır (Pieniak, Zakowska-Biemans, Kostyra, Raats, 2016). Vücudun büyüme, gelişme ve işlev görmesi için ihtiyaç duyulan besin öğelerinin ve enerjinin yeterli miktarda alınması “yeterli beslenme”, besin öğelerinin farklı besin gruplarından gereksinimi karşılayacak kadar alınması ise “dengeli beslenme” olarak tanımlanmaktadır (Besler, 2015). Yaşamın her döneminde fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı olmak ve bu durumu sürdürebilmek yeterli ve dengeli beslenme sayesinde mümkün olmaktadır (Yurtseven, Eren, Vehid, Köksal, Ergingöz ve Erdoğan, 2014). Yapılan çalışmalarda beslenme ile pek çok hastalık arasında doğrudan ilişki olduğuna dair bilimsel kanıtlar bulunmaktadır (Kaner, Soylu, Başmısırlı ve İnanç, 2015; Şahin, 2014; Cash, Beresford, Henderson, McTiernan, Xiao, Wang ve Patrick, 2012; Anderson, Quinn, Glanz, Ramirez, Kahwati, Johnson, Buchanan, Archer, Chattopadhyay, Kalra ve Katz, 2009; WHO, 2003).

Çalışma saati, çalışma şekli, çalışma süresi gibi faktörlerin beslenme düzeni üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir. Hastaneler, yedi gün 24 saat hizmet veren, vardiya veya nöbet sistemiyle çalışılan kurumlardır. Sağlık çalışanları, alışılmışın dışında gün ve saatlerde çalışan, çeşitli hayati sorumluluklara sahip, iş temposu ve stres düzeyi yüksek bir meslek grubudur. Özellikle vardiyalı çalışmanın sağlık çalışanlarında depresyon, anksiyete, bellek ve konsantrasyon bozuklukları, uyku hali, sirkadiyanritim bozukluğu ve yorgunluk gibi fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara yol açtığı rapor edilmektedir (Günaydın, 2014; Dolu, Elalmış ve Keloğlan, 2013; Selvi, Özdemir, Özdemir, Aydın ve Beşiroğlu, 2010; Özemir ve Aktaş, 2006).

Sağlık çalışanları içinde hekimler sağlıkla ilgili en yoğun ve uzun süreli eğitimi alan ve birincil görevleri birey ve toplumun sağlığını koruyup geliştirmek olan bir meslek grubudur. Sağlık hizmetlerinin her alanında aktif olarak görev alan ve insanlarla doğrudan ilişki kuran hekimler yoğun bir çalışma temposu içinde çalışmaktadırlar. Kliniklerde tanı ve tedavi süreçlerinde hastaların sağlığı ile ilgili

yaşamsal konularda kritik kararlar vermektedirler. Hem kendi sağlıklarını korumak hem de çevresinde bulunan insanlara ve hastalara rol model olmaları nedenleriyle hekimlerin sağlıklarına özen göstermeleri beklenmektedir. Bunun başında da sağlıklı beslenme tutum ve davranışları gelmektedir. Yapılan çalışmalarda farklı meslek gruplarının beslenme durumlarına ilişkin araştırmalar yapılmış; ancak doğrudan hekimlerin beslenme durumları ile ilgili araştırmaların oldukça sınırlı olduğu tespit edilmiştir (Akçakanat, Toraman ve Çarıkçı, 2015; Özçelik ve Sürücüoğlu, 2000; Enginoğlu, Üçgün, Yürekli ve Uskun, 2021).

Hekimler sağlık meslek grubu içinde aldıkları eğitim ve sorumluluklar nedeniyle sağlık ekibinin liderleridir. Mesleki uygulamalarında doğru karar verebilmeleri ve üretken bir yaşam sürebilmeleri için sağlıklı olmaları ve bunun içinde sağlıklı beslenme tutum ve davranışları sergilemeleri gerekmektedir. Mesai içi, mesai dışı vardiyalı ya da nöbet gibi farklı çalışma şekilleri içinde çalışan hekimlerde beslenme tutum ve davranışları öne çıkmaktadır. Ülkemizde hekimlerde beslenme tutum ve davranışlarını değerlendiren bir tez çalışmasına ulaşılamamıştır. Aynı şekilde literatürde de bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu nedenlerle, sağlık hizmetinin merkezinde yer alan hekimlerin beslenme tutum ve davranışlarının belirlenmesine ve bu tutum ve davranışların hekimlerin demografik ve mesleki özellikleri ile ne yönde değiştiğine dair bilimsel bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışma ile Mersin ilinde çalışan hekimlerin beslenme tutum ve davranışlarının araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaç çerçevesinde; Hekimlerin beslenme tutum ve davranış konularında yeterli ve yetersiz oldukları alanları belirlemek, Hekimlerin beslenme tutum ve davranışlarını olumsuz etkileyen sosyal ve mesleki özellikleri belirleyerek, risk gruplarını tespit etmek ve Hekimlerde beslenme konusunda yapılacak eğitimlere bilimsel kanıtlar oluşturulması hedeflenmektedir.

Bölüm 2

Genel Bilgiler

2.1 Sağlıklı Beslenme

Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık bireyin sadece hastalık ve sakatlığının olmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik içinde bulunması olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2010). Sağlıklı olma ile beslenme arasında sıkı bir ilişki bulunmaktadır. İnsanın yaşama sağlıklı bir başlangıç yapması ve yaşamını sürdürebilmesi için sağlıklı beslenmeye ihtiyaç duyulmaktadır. Maslow'un ihtiyaçlar piramidinde beslenme fiziksel ihtiyaçlar içinde sayılmakta olup, piramidin tabanında beslenmeye ilk sırada yer verilmektedir (Kula ve Çakar, 2015; Erkoç, Çom, Keskinlik ve Karakaya, 2011).

Beslenme; bireyin büyümesi ve gelişmesi, verimli ve sağlıklı olarak hayatını devam ettirmesi, mevcut sağlığını koruması ve yaşam kalitesini iyileştirilebilmesi için ihtiyaç duyulan besin öğelerinin temin edilip vücutta kullanılması olarak tanımlanmaktadır (Besler, 2015). Vücudun büyüme, gelişme ve işlevlerini yerine getirebilmesi için ihtiyaç duyulan besin öğeleri ve enerjinin yeterli miktarda alınması "yeterli beslenme", besin öğelerinin her birinin gereksinimi karşılayacak kadar alınması ise "dengeli beslenme" olarak tanımlanmaktadır (Pekcan vd., 2016). Beslenme sadece günlük enerjinin alınması değildir. İnsanın tek bir besin öğesinden ya da besin grubundan günlük ihtiyaç duyduğu enerjiyi alması mümkün değildir. İnsanın karbonhidrat, yağ, protein, vitamin ve mineraller gibi farklı besin öğelerine ihtiyaç duyması, günlük diyetimizde besin çeşitliliğinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle yaşamın her döneminde fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı olmak ve bu durumun sürdürebilmesinde yeterli ve dengeli beslenmenin önemi vurgulanmaktadır (Öztek, 2020; Baysal, Aksoy, Bozkurt, Merdol, Pekcan, Besler, Keçecioglu, Mercanlıgil ve Yıldız, 2008).

İnsan yaşamı anne karnından ölünceye kadar farklı fizyolojik dönemlerden geçmektedir. En hızlı büyüme ve gelişme dönemi anne karnında başlayıp, bebeklik ve çocukluk döneminde olmaktadır. Yeterli ve dengeli beslenme fiziksel olduğu kadar bilişsel fonksiyonların da gelişmesini olumlu yönde etkilemektedir (Demircioğlu ve

Yabancı, 2003). Erişkinlik dönemi genetik olarak sahip olduğumuz fiziksel büyüklüğe ulaştığımız ve uzun süren bir çalışma dönemi içinde olduğumuz dönemdir. Yaşlılık dönemi ise çalışma ve fiziksel aktivitenin azaldığı ve yaş artışıyla giderek daha da azaldığı bir dönemdir. İnsanın yaşam dönemlerinde ihtiyaç duyduğu besin miktarı değişmektedir. Bununla beraber cinsiyet, toplumda ki rollerimiz ve yaptığımız iş de besine olan ihtiyacımızı değiştirmektedir. Hangi yaş döneminde ve hangi rolde olursak olalım, ihtiyaç duyduğumuz besinin her zaman besin ögesi ve besin gruplarından yeterli ve dengeli miktarda alınması önerilmektedir (Öztek, 2020; Baysal, 2003).

İnsan beslenmesi çok faktörün etkili olduğu bir tutum ve davranıştır. Bu davranışın yaşadığımız coğrafya, kültür, iklim, sosyoekonomik durum, diğer sosyal ve çevresel koşullarla ilişkili olduğu ve zaman içinde değiştiği bilinmektedir (Titchenal, Hara, Caacbay, Meinke-Lau, Yang, Revilla, Draper, Langfelder, Gibby, Chun ve Calabres, 2020). Sosyoekonomik eşitsizliklerin kişiler ve toplumlar arasında beslenme tutum ve davranışını değiştirdiği, sosyoekonomik durum kötüleştikçe et tavuk balık, süt ve süt ürünü tüketimi düşerken ekmek tüketiminin arttığı rapor edilmektedir (Baysal, 2003). Ayrıca ülke içinde ve ülkeler arasında turizm ve ticaretin artması, yazılı ve görsel iletişimin yaygınlaşması beslenme tutum ve davranışları üzerinde önemli bir etki yarattığı da bildirilmektedir (Eastwood, 2003).

Sağlıklı beslenme insanın sağlıklı büyüme, gelişme ve üretken bir birey olabilmesi için gereklidir (Demircioğlu ve Yabancı, 2003). Sağlıklı beslenen bireylerin hem bulaşıcı hem de bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara karşı daha dirençli olduğu bildirilmektedir. Sağlıksız beslenen çocuklarda ve kişilerde bulaşıcı hastalıklar hem daha fazla görülmekte hem de daha ağır ve ölümcül seyretmektedir. Başta kalp damar sistemi hastalıkları, hipertansiyon, Diabetes mellitus, şişmanlık, osteoporoz ve kanserin sağlıksız beslenenlerde daha erken görüldüğü, sekel ve komplikasyonlarının da daha erken yaşlarda ortaya çıktığı rapor edilmektedir. Bu bilgiler bize sağlıklı beslenmenin sağlıklı ve üretken bir yaşam için önemini ortaya koymaktadır (Öztek, 2020; Kavas, 2003).

2.2 Besin Öğeleri ve Sağlıklı Bir Diyetin İçindeki Önemi

Besinler besin öğelerinden oluşmaktadır. Günlük besin tüketimimiz içinde fazla miktarda yer alan besin öğeleri Makro Besin Öğeleri, az miktarda yer alan besin öğeleri de Mikro Besin Öğeleri olarak tanımlanmaktadır (Koçak ve Şanlıer, 2017). Makro besin öğelerini Karbonhidratlar, Protein ve Yağlar oluştururken, mikro besin öğelerini vitamin ve mineraller oluşturmaktadır (Titchenal vd., 2020).

2.2.1 Karbonhidratlar. Karbonhidratlar insan beslenmesinde önemli bir enerji kaynağı olup, kişiler arasında günlük diyetimizin içinde enerji ihtiyacımızın büyük çoğunluğunun karbonhidratlardan sağlandığı bildirilmektedir (Estwood, 2003). Yeteri ve dengeli beslenme için günlük alacağımız enerjinin yüzde 45-65'inin karbonhidratlardan alınması önerilmektedir (Pekcan vd., 2016; Avcu, 2017). Karbonhidratların birincil yapıları monosakkarit olup, buradan disakkarit ve diğer polisakkaritlere dönüşebilmektedir. İnsan vücudunda enerji kullanımında glukozun, enerjinin depolanmasında da glikojenin merkezi konumda olduğu ve 1 gr karbonhidratın sindirim sonrasında 4 kalorilik enerji içerdiği bildirilmektedir (Pekcan vd., 2016). Vücudumuzda glikojen en çok kaslar ve karaciğerde depolanır. İhtiyaç halinde buradan glikoz olarak kana salınır ve kan şekeri seviyesinin belli bir aralıkta tutulması sağlanır (Besler, 2015).

Şeker besinlere tatlılık verir ve tüketilmesi için istek uyandırır. Bugün tükettiğimiz besinlerin büyük kısmında karbonhidratlar ya doğal olarak bulunur (ekmek, pirinç, patates, meyve vb) ya da lezzetlerini artırmak için dışarıdan besine eklenir (sos, mayonez, kahvaltılık gevrekler, gazlı içecekler vb). Ayrıca reçel ve keklerde lezzetin yanında besinin raf ömrünü uzatılmasında da karbonhidratların etkili olduğu bildirilmektedir. Yiyecek ve içeceklerin tatlandırılması için pancar ve şeker kamışı şekeri dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. Tahıl ve tahıl grubu besinler (buğday, pirinç, mısır vb) başlıca karbonhidrat kaynağı olup, günlük karbonhidrat kaynağımızın büyük bir kısmını bu grup besinlerden almaktayız. Bunun yanında meyveler, süt ve süt ürünleri, patates gibi yumrulu besinler de önemli bir karbonhidrat kaynağıdır. Sebzeler ve meyvelerde bulunan lif de bir karbonhidrat olmasına karşın, vücudumuz tarafından sindirilememektedir. Sindirilemeyen

karbonhidratların vücudumuz için enerji değeri olmasada gastrointestinal sistemin çalışması için hayati öneme sahip olduğu bilinmektedir (Estwood, 2003).

2.2.2 Protein. Proteinler aminoasitlerden sentezlenen ve vücudumuzun yapıtaşı olan besin öğeleridir. Proteinlerin sindirilmesiyle vücudumuza alınan aminoasitler, vücudumuzda ihtiyaç duyulan proteinlerin sentezinde kullanılmaktadır (Titchenal vd., 2020). Vücudumuz için gerekli olan 20 aminoasitten 12'si vücudumuz tarafından sentez edilebilirken (Esansiyel olmayan aminoasitler; trozin, sistin, asparjin, glutamin, glisin, serin, alanin, prolin, aspartik asit, glutamik asit, arginin, histidin), 8 amino asit sentezedilemez (Esansiyel aminoasitler; izolösin, lösinlizin, metionin, fenilalanin, tronin, triptofan, valin). Vücudumuzda sentez edilemeyen esansiyel aminoasitlerin günlük diyetimizin içinde diğer besinlerden alınması gerekir (Estwood, 2003).

Yetişkin bir insan vücudunun yaklaşık yüzde 16'sının proteinlerden oluştuğu hesaplanmaktadır. Proteinler vücudumuzda depo olarak değil, hücre, doku ve salgıların içinde yapı taşı olarak bulunmaktadır (Besler, 2015). Vücut hücrelerinde protein esas yapıyı oluşturur, görevli hücrelerin birleşmesiyle dokular oluşur ve dokuların birleşmesiyle de organlar meydana gelmektedir. Birçok hücre zaman içerisinde ölür ve zaman içerisinde yeni hücreler üretilmektedir. Bu sebeplerden ötürü protein vücudun büyümesi, gelişmesi ve yenilenmesi için gerekli en önemli besin öğesidir (Öztek, 2020). Proteinler vücudun savunma mekanizmasında, vücudun işlevlerini yerine getiren düzenleyici enzimlerin ve birçok hormonun temel yapı taşı içinde de yer alırlar. Bir gram proteinin 4 kalorilik enerjiye sahip olmasına karşın, vücudumuz için proteinler temel bir enerji kaynağı değildir. Vücutta öncelikle enerji ihtiyacı karbonhidrat ve yağlardan karşılanır ama bu iki grubun yetersiz kaldığı noktada proteinlerde enerji kaynağı olarak kullanılabilir (Avcu, 2017).

Et ve et ürünleri, süt ve süt ürünleri, yumurta, balık ve tavuk başlıca hayvansal protein kaynağını oluşturmaktadır. Ayrıca kuru baklagillerde başlıca bitkisel protein kaynağıdır. Günlük beslenme diyetimizin içinde, toplam enerji ihtiyacımızın yüzde 10-20'sinin hayvansal ve/veya bitkisel proteinlerden alınması önerilmektedir (Pekcan vd., 2016).

2.2.3 Yağ. Yağlar vücudumuzun başlıca enerji kaynağıdır. Vücudumuzda enerjinin depolanmasının en ekonomik şekli enerjinin yağ olarak depolanmasıdır. Karbonhidrat ve proteinlerin bir gramı 4 kalori enerji içerirken, bir gram yağ 9 kalori enerji içermektedir. Yağlar vücudumuzda enerjinin depolanması dışında hücrelerin çoğalması, hormonların sentez edilmesi, sinirlerin miyelin dokusunda ve cilt altında vücut ısısının korunmasında kullanılırlar (Estwood, 2003). Yağlar vücudumuzda enerji olarak depolanmasının yanı sıra vücudun ısı kaybını da önler. Aynı zamanda vücut sıcaklığının stabil kalmasını sağlayarak metabolizmanın çevresel etkenlerden olumsuz yönde etkilenmesini de önler (Besler, 2015). Yağlar ayrıca hormonların yapısında yer alır ve bazı vitaminlerin sindirim sisteminden emilmesini sağlar. Örneğin yağda eriyen vitaminler (Vitamin A, D, E, K) bu şekilde emilebilmektedirler (Öztek, 2020).

Yetişkin bir insan vücudunun yüzde 18'inin yağlardan oluştuğu hesaplanmaktadır. Cinsiyet burada büyük bir farklılık oluşturur. Kadınların vücudunun erkeklere göre daha yağlı olduğu bilinmektedir. Bu onların biyolojik yapısıyla ilişkilidir (Besler, 2015). Vücutta depolanan yağ insan vücudunun öncelikli enerji deposudur. Yeterli enerji vücuda alınmadığında vücudumuz ilk olarak bu depoyu kullanır. Harcanan enerji alınandan fazla olduğu zaman depolanan yağ çözülmeye başlar ve ihtiyaç duyulan enerji için kullanılır. Harcanan enerji, alınan enerjiden daha az olduğu zaman enerji vücutta yağ olarak depolanır. Yağ deposu aşırı olarak artarsa bu durum şişmanlık olarak tanımlanmaktadır (Titchenal vd., 2020). Günümüzde yaşam koşulları ve beslenme alışkanlıklarındaki değişiklik, her geçen gün hem ülkemizde hem de dünyada şişmanlığı önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak ortaya çıkarmıştır (Birinci ve Ülgü, 2021).

Besin olarak kullanılan yağlar bitkisel (doymamış yağlar) ve hayvansal (doymuş yağlar) olarak ikiye ayrılmaktadır. Besin amaçlı kullanılan bitkisel yağlar başlıca zeytin, ayçiçek, mısır, pamuk ve fındıktan elde edilmektedir. Hayvansal kaynaklı yağlar et ve et ürünleri ile süt ve süt ürünlerinden elde edilmektedirler. Sağlıklı yağ tüketiminde tek başına hiçbir yağ vücudun ihtiyaç duyduğu yağ asit ihtiyacını karşılamamaktadır. Bunun için sağlıklı yağ tüketiminde, günlük tüketilen yağların ağırlıklı olarak bitkisel yağ olması, bitkisel yağ içinde de biri zeytin yağı olmak üzere en az iki bitkisel yağın beraber kullanılması önerilmektedir (Özata ve Cömert, 2016; WHO, 2003). Buna göre sağlıklı beslenme için günlük besinlerden

alınan enerjinin yüzde 25-30'unun yağlardan alınması önerilir. Günlük diyetle alınması önerilen yağın yüzde 10'unun doymuş yağlardan (hayvansal yağlar), yüzde 12-15'inin tekli doymamış yağlardan (zeytinyağı, fındık yağı, kolza- kanola yağı) ve yüzde 7-10'unun da çoklu doymamış yağlardan (n-6 yağ asidi içeren mısır özü, soya, ayciceği ve pamuk yağı ve n-3 yağ asidi içeren balık, balık yağı, ceviz, keten tohumu) alınması önerilir (Baysal, 1996).

2.2.4 Mineraller. Yetişkin bir bireyin vücudunun yüzde 6'sının minerallerden meydana geldiği ve doğada var olan minerallerin insan vücudumuzda da belli oranlarda bulunduğu bildirilmektedir (Besler, 2015). Minerallerin enerji olarak değeri olmamakla beraber, vücudumuzdaki hücre ve organların işlevlerini yapabilmesi için hayatı göreve sahip olduğu bilinmektedir. Mineraller vücudumuzda başlıca iskelet sisteminde bulunmakla beraber, tüm hücre, doku ve sıvıların içinde de yer almaktadırlar. Kanın damar içinde dolaşımının sağlanması, hücrelerin besin ve sıvı alışverişi, böbreklerin çalışması, kalp ve kas hücrelerinin uyarılıp kasılıp gevşemesi, merkezi ve periferik sinir sisteminin çalışması minerallerin aracılığıyla yapılabilmektedir. Örneğin kalsiyum ve fosfor iskelet ve dişlerin yapı taşıdır, sodyum ve potasyum vücut içerisindeki sıvı dengesini sağlar, demir oksijenin dokulara taşınmasında hemoglobin içinde ve iyot da tiroid hormonu yapısında yer almaktadır (Estwood, 2003).

Mineraller bütün besin ögesi ve gruplarında belirli oranlarda ve çeşitlilikte bulunmakla beraber, su ve taze meyve sebzelerde daha çok bulunurlar. Dengeli ve yeterli beslenilir ve yeterli miktarda su içilirse, ihtiyaç duyulan mineraller su ve besinlerden sağlanabilir (Besler, 2015).

2.2.5 Vitaminler. Vitaminlerin enerji değeri olmaması ve vücutta çok az miktarda bulunmalarına karşın, metabolik aktivitelerdeki rolleri nedeniyle, insan vücudunda hayati bir role sahiptirler. Vitaminlerin her besinde belli miktar ve çeşitlilikte bulunduğu bilinmektedir. Vitaminler temelde suda çözünen ve yağda çözünen vitaminler olarak ikiye ayrılır. Yağda eriyen vitaminler Vitamin A, D, E ve K olarak tanımlanmaktadır. Suda eriyen vitaminler ise Vitamin C ve B grubu vitaminler (Tiamin (B1), Riboflavin (B2), Niasin (B3), biosin, pantofenik asit, vitamin

B6, folat ve vitamin B12) olarak tanımlanmaktadır. Suda eriyen vitaminler bağırsaklardan besinlerle beraber emilirken, yağda eriyen vitaminlerin bağırsaklardan emilebilmesi için besinle beraber yağ da alınmış olması gerekir. Bu nedenle diyetle yağ yetersiz olursa yağda eriyen vitaminlerin emilmesinin de yetersiz olacağı rapor edilmektedir (Titchenal vd., 2020).

Vücudumuzda her vitaminin aldığı rol farklıdır. B grubu Vitaminler besin öğelerinden enerji elde edilmesi ile ilgili biyokimyasal ve metabolik süreçlerde daha çok görev almaktadır. D vitamini fosfor ve kalsiyum minerallerinin diş ve iskelet sisteminde depolanması ve salıverilmesinde görev almaktadır. Son yıllarda bulaşıcı hastalıklardan kronik hastalıklara kadar pek çok hastalığın D vitamini ile arasında ilişki olduğuna dair bilimsel çalışmalar rapor edilmektedir (Balcı ve Toktaş, 2021). Antioksidan olarak kabul ettiğimiz A, C ve E vitaminleri ise vücuttaki hücrelerin hasarlarını önleyerek hücrelerin işlevlerini sürdürmesinde ve bazı zararlı maddelere karşı koruyucu etki göstermektedir (Besler, 2015).

Vitaminlerin ve minerallerin yetersiz alınması mikronütrient malnutrisyon olarak tanımlanmaktadır ve ikronütrient malnutrisyon ve neden olduğu sağlık sorunlarının dünyada ilk 10 içinde yer aldığı rapor edilmektedir (Bosi, 2015). Yoksul ülkelerde vitamin yetersizliklerinin daha fazla olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde de vitamin yetersizliğinin önemli bir toplum sağlığı sorunu olduğu rapor edilmektedir. Besinlerin yanlış pişirilmesi ve hazırlanması, taze sebze ve meyvelerin yetersiz tüketilmesi vitamin yetersizliğine neden olabilmektedir. Yağda eriyen vitaminler vücutta depolandığından, yetersiz alımlarının sonuçlarının daha geç görüleceği bildirilmektedir. Vitamin yetersizliğine karşı dengeli ve yeterli beslenme içinde taze meyve ve sebzelere yeterince yer verilmesi önerilmektedir (Samur, 2008; Pekcan vd., 2008).

2.2.6 Su. Yetişkin bir bireyin vücudunun yüzde 60'ının sudan oluştuğu tespit edilmiştir (Besler, 2015). Suyun vücudumuz için bir enerji değeri olmamakla beraber, su vücudumuzdaki bütün biyokimyasal ve metabolik reaksiyonlarda ve dolaşımda görev alır. Ayrıca su içerdiği minerallerle vücudumuzun mineral ihtiyacını karşılamada önemli bir besin öğesidir. Yaş grubu, yapılan iş ve yaşanan coğrafya ile

ilişkili olmakla beraber, yetişkin bir bireyin günlük 2 litre civarında su tüketmesi önerilmektedir (Eroğlu, 2018).

Su kaybı insanda kaybedilen suya bağlı olarak ciddi sonuçlara yol açabilir. Vücut suyunun yüzde 1'inin kaybı kişide susama hissi yaratırken, yüzde 3'lük su kaybında fiziksel performans kaybı, yüzde 5'lik su kaybında konsantrasyon bozukluğu, yüzde 10'luk su kaybında kas spazmı böbrek yetmezliği ve yüzde 20'lik su kaybında ise ölümün ortaya çıkacağı rapor edilmektedir (Öztek, 2020).

2.3 Besin Grupları

Hiçbir besin tek başına vücudumuz için gerekli besin öğelerini yeterince içermemektedir. Bazı besinler bazı besin öğelerini daha çok içerirken, diğer besin öğelerini daha az içerebilmektedir. Örneğin tahıl grubu besinler karbonhidratlardan daha zengin ve proteinden fakir iken, et ve et ürünleri proteinlerden daha zengin olup, karbonhidratlardan daha fakirdir. Bu nedenle besinler içerdikleri benzer besin öğeleri dikkate alınarak besin gruplarına ayrılmış ve günlük beslenme diyetinde besin gruplarının tüketimi üzerinden öneriler yapılmaktadır (Baysal vd., 2008).

2.3.1 Tahıl ve tahıl grubu besinler. Buğday, pirinç, çavdar ve yulaf gibi tahıl taneleri ve bunlardan yapılan un, bulgur, makarna, gevrek, ekmek, pasta, çörek, börek ve benzeri ürünler tahıl ve tahıl grubu besinleri oluşturmaktadır (Yücecan, 2008). Tahıllar başlıca karbonhidrat kaynaklarımız olup, bunun yanında lif ve B grubu vitaminlerinden (B12 dışındaki) zengindir. Tahıllar özellikle B1 vitamininin (Tiamin) başlıca kaynağıdır. Bu vitaminler çoğunlukla tanelerin kabuğunda bulunur. Tahılların kabuğundan tamamen ayrıştırılarak tüketilmesi, tahılların vitamin ve liflerinden besin olarak yararlanmayı düşürmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021). Ayrıca tam hali ve buğday kepeği içeren diyetlerin bağırsak florasını olumlu yönde etkilediği ve sindirim sisteminin çalışmasını düzenlediği bildirilmektedir. Bunun için tam tahıl içeren ürünlerin tüketilmesi önerilmektedir (İpek, 2018).

Tahıl ve tahıl grubu besinler günlük diyetimizde önemli bir yer tutmaktadır. Ülkemize özgü hazırlanan beslenme rehberinde, yaş ve cinsiyete göre değişimle

beraber, erişkin erkeklerde günlük olarak 4-5 porsiyon, erişkin kadınlarda da günlük 3-4 porsiyon tahıl ve ekmek grubu besinlerin tüketilmesi önerilmektedir (Tablo 1) (Pekcan vd., 2016).

2.3.2 Süt ve süt ürünleri. Süt ve süt ürünleri hayvan kaynaklı bir besin olup, insan için önemli bir protein ve mineral kaynağı olarak bilinmektedir. Süt doğrudan tüketildiği gibi, mayalanarak yoğurt, kefir ve peynir olarak da tüketilmektedir. Süt ve süt ürünleri protein, kalsiyum, fosfor, B2 vitamini (Riboflavin) ve B12 yönünden zengin olduğu bildirilmektedir. Bu gruptaki besinlerin bebeklik döneminden yaşlılık dönemine kadar her yaş grubunda düzenli olarak tüketilmesi önerilmektedir (Besler, 2015). Ülkemize özgü beslenme rehberinde yaş ve cinsiyete göre değişmekle beraber, sütü ve süt ürünlerinin günlük 2-3 porsiyon tüketilmesi önerilmektedir (Tablo 1) (Pekcan vd., 2016).

2.3.3 Et ve et ürünleri. Et ve et ürünleri hayvansal gıdalar olup, insan için çok önemli bir protein kaynağıdır. Et ve et ürünleri protein yanında demir, çinko, fosfor, magnezyum, B6, B12, B1 ve A vitamini açısından zengin besinlerdir (Yücecan, 2008). Dünyada değişik türde hayvanlardan et elde edilmekte ve tüketilmektedir. Yaşanılan coğrafya, bölgedeki hayvan popülasyonu ve inançlar hangi hayvanların etinin tüketileceğini belirlemektedir. Bu amaçla büyükbaş ya da küçükbaş hayvanlarla, piliç ve balık eti başlıca tüketilen etler arasındadır. Bu grup besinler diğer grup besinlere göre daha pahalı olduğundan, alım gücü düşük olan aile veya toplumlarda tüketimi düşmektedir (Baysal, 2003). Ülkemize özgü beslenme rehberinde et ve et ürünlerinde önerilen tüketimi yaş grubu ve cinsiyete göre değişmekle beraber, günlük 1,5 porsiyon tüketilmesi önerilmektedir (Pekcan vd., 2016).

Günümüzde işlenmiş et tüketimi, özellikle kırmızı, artmaktadır. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda işlenmiş et ile bazı kanser türleri arasında (örneğin Kolorektal Kanseri) ilişki olduğuna dair kanıtlar artmaktadır. DSÖ'nün 2015 yılında yaptığı bir açıklamada işlenmiş et ürünlerinin Grup 1 kanserojen olarak sınıflandırıldığı bildirilmektedir. Grup 1 Kanserojen; neden ile sonuç arasında ikna edici bilimsel kanıtların var olduğu anlamına gelmektedir. Bu nedenle tükettiğimiz besinler içinde işlenmiş et ürünlerinin sınırlandırılması önerilmektedir (WHO, 2015).

2.3.4 Kuru baklagiller. Kuru baklagiller bitkisel proteinden zengin besinlerdir. Mercimek, nohut, bakla, fasulye, bezelye ve börülce başlıca tüketilen kuru baklagillerdir. Protein kalitesi et ve süt ürünlerine göre düşük olmasına karşın, bitkisel olarak en kaliteli proteinleri içermektedirler. Kuru baklagiller protein yanında mineral (kalsiyum, çinko, magnezyum, demir), vitamin (B12 dışındaki B vitaminleri) ve posa yönünden zengin fakat yağ yönünden fakir besinler olarak tanımlanmaktadır (Baysal vd., 2008). Posa içeriğinin yüksek ve yağ içeriğinin düşük olması nedeniyle kuru baklagillerin haftada 2-3 porsiyon tüketilmesi önerilmektedir (Pekcan vd., 2016).

2.3.5 Sebze ve meyve grubu. Yenebilen bütün sebze ve meyveler bu grup altında toplanmaktadır. Bileşiminin önemli bir kısmı sudan oluştuğu için günlük toplam kalori ve protein alımına fazla katkı sağlamazlar. Meyve ve sebzeler başlıca vitamin (Folat, A Vitaminin öncülü Be-Karatten, E, C, B2 Vitaminleri), mineral (kalsiyum, demir, magnezyum) ve posa kaynağıdır (Sağlık Bakanlığı, 2021). Günlük ihtiyaç duyduğumuz posanın büyük bir kısmını meyve ve sebzelerden alınmaktadır. Posanın sindirim sistemimizde sindirilmemesi onun besin değerini düşürmez. Çünkü sindirim sisteminin düzenli çalışabilmesi, bağırsak içinde akışkanlığın sağlanabilmesi posa ile mümkündür (Estwood , 2003). Beslenmede posanın yetersiz olması, özellikle ileri yaşlarda, kabızlık ve kabızlığa bağlı sağlık sorunun başlıca nedenidir (Öztek, 2020). Ayrıca mevsiminde tüketilen taze meyve ve sebzelerin antioksidan etki gösterdiği bildirilmektedir. Bu nedenlerle sebze ve meyvelerin günlük besinlerimiz arasında yeterince alınmalıdır. Ülkemize özgü beslenme rehberinde bu grup besinlerden günlük 5 porsiyon tüketilmesi önerilmektedir (Tablo 1). Beş porsiyonun en az iki porsiyonunun yeşil yapraklı sebzeler ve turunçgillerden olması önerilmektedir (Yücecan, 2008).

2.3.6 Besin gruplarından günlük tüketim önerisi. Besin gruplarının günlük dengeli ve yeterli miktarda tüketilmesi, günlük ihtiyaç duyacağımız makro ve mikro besin öğelerinin karşılanmasını sağlayacaktır. Bu konuda 2015 Yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) yayınlanmıştır. Bu rehber göre besin gruplarından günlük tüketilmesi gereken porsiyon miktarları Tablo 1’de

görülmektedir. Rehberde besin gruplarının porsiyon karşılıkları aşağıdaki gibi hesaplanmaktadır (Pekcan vd., 2016);

- Bir porsiyon süt, süt ürünü: 1 kupa veya 240 ml süt, 1 kupa veya 200 ml yoğurt, 1.5 kupa veya 350 ml ayran, 3 parmak veya 60 gr beyaz peynir, 2 parmak veya 40 gr kaşar peyniri.
- Bir porsiyon et, tavuk, balık: 2 küçük boy ya da 100 gr yumurta, 3-4 adet ızgara köfte, 80 gr pişmiş pırlzola veya tavuk eti, 150 gr balık.
- Bir porsiyon tahıl: 2 ince dilim veya 50 gr ekmek, yarım simit, 1 silme orta kepeçe veya 4-5 kaşık pirinç veya bulgur pilavı, 30 gr galeta.
- Bir porsiyon sebze: Bir yumruk veya 5-6 yemek kaşığı yapraklı yeşil ya da diğer renkli sebzeler
- Bir porsiyon meyve: Bir orta boy elma, 1 küçük boy armut veya ayva, 2 orta boy mandalina, 15-16 adet vişne kiraz, 15 orta boy çilek, 7-8 küçük kaysı, 2 incir, 3-4 kuru kaysı, 20-30 kuru üzüm

Tablo 1

Sağlıklı Beslenmede Besin Gruplarının Yaş ve Cinsiyete Göre Önerilen Günlük Porsiyon Miktarı (Pekcan vd., 2016)

Cinsiyet	Yaş	Ekmek, Tahıl	Et, tavuk, Balık, Yumurta	Süt, süt ürünleri	Sebze	Meyve
Erkek	2-3 yaş	2,5	0,75 -1	2,5	1-2	1,5
	4-6 yaş	2,5-3	1 – 1,5	2,5	2	1,5-2
	7-10 yaş	3-4	1,5	3	2-2,5	2
	11-14 yaş	4,5-5	1,5	3	2,5-3,5	2,5
	15-18 yaş	7-8	2	3	3,5-4	2,5-3
	18-49 yaş	5	1,5	3	3,5	2,5
	50-70 yaş	4-4,5	1,5	3	2,5-3	2- 2,5
	70 yaş ve +	4	1,5	3	2,5	2
Kadın	2-3 yaş	2,5	0,75 -1	2	1-2	1,5
	4-6 yaş	2,5	1	2,5	2	1,5
	7-10 yaş	3-3,5	1,5	3	2-2,5	2
	11-14 yaş	4-4,5	1,5	3	2,5-3	2-2,5
	15-18 yaş	4-5	1,5	3	3,5	2,5
	18-49 yaş	3,5-4	1,5	3	2,5	2
	50-70 yaş	3,5	1,5	3	2,5	2
	70 yaş ve +	3	1,5	3	2,5	2

2.4 Beslenme Davranışını Etkileyen Faktörler

Sağlıklı beslenme yaşamın her döneminde sürdürülmesi gereken temel bir davranıştır. Bu davranışlar yaşamın ilk yıllarında öğrenilmeye başlanır ve beş yaş altında büyük oranda gelişir (Pekcan vd., 2016). Beslenme davranışlarının gelişmesinde çocuğun çevresinde bulunan kişilerin beslenme tutum ve davranışları önemlidir. Özellikle anne, baba ve kardeşlerinin beslenme tutum ve davranışları çocukların beslenme davranışlarının şekillenmesinde çok önemli bir yere sahiptir (Yılmazbaş ve Gökçay, 2015).

Beslenme davranışları ilerleyen yaşlarda da değişme eğilimindedir ve bütün yaşam boyunca düşük de olsa değişebilir. Bu değişim çocuğun ve ileri yaşlarda kişilerin eğitim düzeyi, ekonomik durumu, çevresinde bulunan kişilerin beslenme

tutum ve davranışları, çevrede bulunan besinler, yaşanan coğrafyanın hem fiziksel özellikleri hem de beslenmeye dair sosyokültürel değerler, çalışma koşulları, beslenmeye dair alınan eğitimler, kronik hastalıkların varlığı beslenme tutum ve davranışlarının değişmesine ve gelişmesine yol açmaktadır (Adak, 2020, Alyakut ve Fereli, 2019). Günümüzde hazır ve paketlenmiş gıdaların yaygınlaşması, çevrede fastfood ya da kafe restoranların yaygınlığı, hazır gıdalarla ilgili medya ve reklamların yaygınlığı ve hatta hazır gıdaların albenisi yüksek ambalajları da beslenme tutum ve davranışları üzerinde güçlü bir etkiye sahip olmaktadır. Bu etki her yaş grubunda olmakla beraber çocuk ve ergenler üzerinde daha yüksektir. Yapılan bir çalışmada gıda reklamlarında reklamı yapılan gıda ürününün daha fazla tüketilmesi için sağlıklı beslenme ve sağlıkla ilgili ifade ve görsellerin daha fazla kullanıldığı bildirilmektedir. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada gıda reklamlarından etkilenecek gıda denemesi yapan öğrencilerinin oranının yüzde 77,4 olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada medyada çıkan beslenme ile ilgili haber ve bilgilerin öğrencilerin beslenmesinde olumlu etkilerinin de olduğu bildirilmektedir (Kıngır ve Kardeş, 2019). Yapılan bir derleme insanın beslenme dahil pek çok riskli davranışını değiştirmesinin kendi elinde olduğu, bu şekilde daha sağlıklı bir yaşam yaşayabileceği rapor edilmektedir (Komduur, Korthals ve Te Molder, 2008).

2.4.1 Sağlıklı Besinlerin Varlığı. Beslenme için ortamda ulaşılabilir güvenli besinlerin bulunması elzemdir (Bilici, Uyar, Beyhan ve Sağlam, 2012). Besinler tüketilebilen bitkisel ya da hayvansal dokulardan oluşmaktadır. Geçmişte tüketilen besinler o coğrafya ve iklimle daha çok ilişkili iken, günümüzde oluşan gıda sektörü gerek ülke içinde gerekse ülkeler arasında her mevsim bitkisel ve hayvansal besin çeşitliliğinin ulaşılabilir olmasını sağlamaktadır (Niyaz ve İnan, 2016). Daha önce sadece yediğimiz domates ve diğer yaz sebzelerine bütün yıl boyunca market ve manavlarda ulaşabilmektedir. Bu durum her mevsim besin çeşitliliğini artırması ve coğrafya ve iklimin sınırlayıcı etkisinden uzaklaştırırken, bu besinlerin üretim koşullarında daha fazla kimyasal ve toksik maddelerin kullanılması ve beslenme kültürünü de tek tipleştirme gibi dezavantajlara sahiptir. Sağlıklı beslenme için geleneksel gıdaların tercih edilmesi önerilmektedir. Günümüzde gıda sektörü bütün besinleri arz ve talep doğrultusunda heryere ulaştırmakla beraber, yaşanan

coğrafyanın besinleri o bölgede yaşayan insanlar için temel besinler olmayı sürdürmektedir (Kocatepe ve Tırıl, 2015).

2.4.2 Ekonomik durum. Besin olmadan sağlıklı bir beslenme yapılamaz. Ortamda besinin bulunması kadar o besine ulaşılabilirlik de önemlidir. Bu, kişi ve ailelerin ekonomik durumuyla yakından ilişkilidir. Ortamda besin olmasına karşı ailenin besin alım gücünün düşük olması o besinlerin tüketimini sınırlamakta, yeterli ve dengeli beslenmeyi olumsuz yönde etkilemektedir (Adak, 2020).

İnsanların yaşamında ekonomik koşullar sadece beslenme değil diğer temel ihtiyaçların da (barınma, eğitim, giyinme, sosyokültürel etkinliklere katılım, turistik aktivite vb) karşılanmasında esas faktördür. Gıda temini ve beslenme insan yaşamında en temel ihtiyaçlardan biri olduğu için, kişi ve aileler gelirleri içinde gıda teminine öncelik vermektedir. Gelirin düşmesi, kişi ve ailelerin daha ucuz besinlerle beslenmeye çalışmalarına ve bu da dengesiz beslenmeye yol açabilir (Adak, 2020). Özellikle düşük gelirli kişi ve ailelerin et ve balık gibi pahalı besinlere ulaşmalarında sorun yaşadıklarını, günlük besin ihtiyaçlarını daha ucuz olan tahıl ve tahıl ürünleri ile karşılamaya çalışmaktadırlar. Bu nedenle kişi ve ailelerin gelirinin düşük olması yeterli ve dengeli beslenmede olumsuz bir etki yaratmaktadır. Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonunun (TÜRK-İŞ) bir raporunda haber bülteninde ülkemizde asgari ücretin beslenme dahil temel ihtiyaçların karşılanmasında yetersiz olduğu görülmektedir (TÜRK-İŞ, 2019). Bir tekstil fabrikasında işçiler arasında yapılan çalışmada toplam gelir ile sağlıklı beslenme arasında pozitif bir korelasyonun olduğu rapor edilmektedir. Hekimler arasında yapılan bir çalışmada gelir düzeyi ile beslenme alışkanlığı arasında bir fark olmadığı rapor edilmektedir. Bu durum hekimlerin ülkemiz koşullarında ortalamanın üzerinde bir gelir düzeyine sahip olmaları ve bu düzeyde besin alışkanlığı yönünden birbirine benzer olmaları ile açıklanabilir (Şentürk, 2017).

2.4.3 Eğitim düzeyi. İnsanın tutum ve davranışlarının arkasında eğitim düzeyi önemli bir etkidir. Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin sağlıklı tutum ve davranışları öğrenmesi, yanlışlarını düzeltmesi ve bu davranışları içselleştirmesi daha yüksektir (Özenoğlu, Beyza, Karadeniz, Fatma, Bilgin, Bembeyaz ve Saha, 2021). Beslenme

tutum ve davranışlarında da eğitim düzeyinin yüksek olması daha sağlıklı tutum ve davranışların sergilenmesine neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada beslenme eğitimi alan kişilerin daha fazla normal kiloda olduğu tespit edilmiştir. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada “Sağlık ve Yaşam” başlıklı bir eğitim sonrasında, öğrencilerin sağlıklı yaşam alışkanlıkları içinde beslenme alışkanlıklarının olumlu yönde değiştiği rapor edilmektedir (Beydağ, Uğur, Sonakın ve Yürügen, 2014).

2.4.4 Sosyokültürel çevre. İnsan fizik çevre yanında bir sosyokültürel çevre içinde yaşamaktadır. Ahlaki değerler, gelenek ve görenekler, inanç, giyim kuşam değer ve alışkanlıklar yanında beslenme tutum ve davranışlar bu çevreden etkilenmektedir. Çocuk içine büyüdüğü sosyokültürün değer, tutum ve davranışları içinde büyümekte ve gelişmektedir (Attila ve diğerleri, 2015). Büyük oranda çevremizde bulunan besin çeşitliliği coğrafi ve fiziksel koşullara bağlı olmakla beraber, o besinlerin hazırlanma ve yeme sıklığı sosyokültürel çevreden etkilenmektedir (Adak, 2020). Erzurum kırsalında yapılan bir çalışmada, bölgede hayvancılığı yaygın olmasına karşın, tahıl ve tahıla dayalı beslenmenin yaygın olduğu, et ve süt tüketiminin yetersiz olduğu bildirilmektedir. Normalde hayvancılığın yaygın olması burada yaşayanlarda et ve süt tüketiminin daha fazla olması beklenirken, tahıl ve tahıla ürünlerine dayalı beslenme, beslenme üzerindeki sosyokültürel değer, tutum ve davranışların etkisini göstermektedir. (Kadıoğlu B., Kadıoğlu, Kaya ve Turan, 2010).

2.4.5 Coğrafi çevre. İnsan ekvatorundan kutuplara kadar, deniz kenarından dağların tepesine kadar çok farklı iklim kuşaklarında farklı coğrafi alanlarda yaşamlarını sürdürmektedir. Farklı iklim ve coğrafi koşullar farklı türde bitkisel ve hayvansal besinlerin yetişmesine ve tüketilmesine neden olmaktadır. Sosyoloji ve iktisadın öncülerinden olduğu kabul edilen 14. Yy. düşünürü İbn’i Haldun “Coğrafya kaderimizdir” özdeyişi gibi, yaşadığımız coğrafya neyi nasıl yiyeceğimiz üzerinde büyük bir etkiye sahiptir (Belge, 2018). İnsanın bulunduğu coğrafya içinde de zamanla besine ulaşma ve beslenme alışkanlığı da değişmektedir (Selimoğlu ve diğerleri, 2018). Ülkemizde Ege Bölgesinde yaşayanların o coğrafyada yetişen bitkisel ürünleri daha fazla tüketmeleri, Karadeniz Bölgesinde yaşayanların Karadeniz hamsisi ve

karalahanayı daha fazla tüketmeleri, İç Anadolu ve Doğu Anadolu Bölgesinde yaşayanların tahıl grubu besinleri daha fazla tüketmeleri bunun bir göstergesi olabilir. Ülkemizde batıdan doğuya doğru gidildikçe tahıl ve tahıl ürünlerinin tüketiminde artış olduğu bildirilmektedir. Bu durum coğrafyanın beslenme üzerindeki etkisini göstermektedir (Ertaş ve Karadağ, 2013, Kadioğlu vd., 2010).

2.4.6 Yaş. Yaşlanma insanın durduramayacağı fizyolojik bir süreçtir. Bebeklik, çocukluk, gençlik, erişkinlik ve yaşlılık dönemlerinin besin ihtiyacı ve çeşitliliği değişmektedir. Erişkinlik döneminde daha stabil besin ihtiyacı varken, bebeklik çocukluk ve ergenlik döneminde büyüme gelişmeye bağlı besin ihtiyacının artması, yaşlılık döneminde besin ihtiyacının azalmasına göre, günlük ihtiyaç duyulan besin miktarı değişir (Baysal vd., 2008). Ayrıca yaşlılık döneminde gastrointestinal sistemin çalışmasının yavaşlaması ve ortaya çıkan kronik hastalıklar da yaşlıların beslenme tutum ve davranışlarında değişiklik yapmalarına neden olmaktadır (Attila ve diğerleri, 2015; Besler, 2015). Yapılan çalışmalarda yaş arttıkça sabah kahvaltısı yapma sıklığı artarken, çay kola kahve tüketiminin azaldığı rapor edilmektedir (Karacif, Çelikcan, Özçakır, Uncu ve Alper, 2020; Saraç ve Yılmaz, 2015). Tıp Fakültesi Öğretim Üyelerinde yapılan bir çalışmada 40 yaş üzeri hekimlerde beslenme alışkanlığının daha fazla olumlu olduğu bildirilmektedir (Akçakanat vd., 2015).

2.4.7 Cinsiyet. Cinsiyete bağlı olarak, geçmişten günümüze toplumda rollerimizi kazanırız. Bu roller beslenme dahil diğer tutum ve davranışlarımızı da etkilemektedir. (Pekcan vd., 2016; Pekcan vd., 2008). Yapılan bir çalışmada kadınların sağlıklı beslenme ve gıda satın almada erkeklere kıyasla daha bilinçli hareket ettiklerini göstermektedir (Arıca, Güreş ve Arslan, 2016). Yapılan başka bir çalışmada da kadınların erkeklere kıyasla günlük öğün sayılarının daha fazla olduğu rapor edilmektedir (Karacif vd., 2020). Tıp fakültesi öğretim üyelerinde yapılan bir çalışmada kadın hekimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erkeklere oranla daha iyi olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni sağlıklarını korumak ve geliştirmek konusunu daha fazla önemsemeleri olabilir. İki cins arasındaki farkın kadın hekimler lehine en fazla olduğu boyut beslenme alışkanlığı boyutu olmuştur (Akçakanat vd., 2015).

2.5 Başlıca Beslenme Düzeyleri

Büyüme, gelişme, zihinsel ve diğer yaşamsal fonksiyonların yerine getirilebilmesi için günlük diyetimizin içinde bitkisel ve hayvansal besinlerin yeterli ve dengeli miktarlarda bulunması önerilmektedir. Sosyal ekonomik, kültürel ve coğrafi pek çok nedenle besinlerin yetersiz, fazla veya dengesiz alınması başlıca birincil beslenme sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlara bağlı olarak ikinci sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır.

2.5.1 Yetersiz beslenme. Bir kişinin yaş, cinsiyet ve yaptığı işe bağlı olarak günlük ihtiyaç duyduğu enerji ve besin miktarı değişmektedir. Yetersiz beslenme bu özellikler dikkate alınarak günlük ihtiyaç duyulan enerjinin alınamaması olarak tanımlanabilir (Besler, 2015). Yetersiz beslenme kişinin yaş grubuna balı olarak; büyüme döneminde olan bebek çocuk ve ergenlerin büyümesinin geri kalmasına, beş yaş altında ise zihinsel gelişme geriliğine, her yaş grubunda kilo kaybına, her yaş grubunda bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklara karşı duyarlılığın artması ve bulaşıcı hastalıkların daha ağır seyretmesine neden olabilir. Gebelik döneminde yetersiz beslenme ise intrauterin büyüme ve gelişme geriliğine yol açabilir (Attila ve diğerleri, 2015).

Yetersiz beslenme akut dönemde kilo kaybına yol açarken, kronikleşen beslenme yetersizliği büyüme gelişme döneminde yaşa göre boyun kısa olmasına neden olmaktadır. Ülkemizde beş yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre beş yaş altı çocuklarda ülkemizde yaşına göre kısa boyluluk (bodurluk) 2008 yılında yüzde 12, 2013 yılında yüzde 12 ve 2018 yılında da yüzde 6 olduğu rapor edilmektedir (TNSA, 2018).

Sağlık Bakanlığı tarafından ülkemize özgü hazırlanan beslenme rehberinde cinsiyete göre her yaş grubunda günlük ne kadar ortalama enerjiye ihtiyaç duyulduğu ve hangi besinden kaç porsiyon tüketilmesi gerektiği ile ilgili öneriler bulunmaktadır. Bu rehberde göre 18-29 yaş aralığında yüzde 50 percentilde az aktif, orta aktif, aktif ve çok aktif bir erkeğin günlük enerji ihtiyacının sırasıyla 2239 kkal/gün, 2558 kkal/gün, 2878 kkal/gün ve 3198 kkal/gün olduğu rapor edilmektedir. 60-69 yaş aralığında yüzde 50 percentilde bu değerlerin sırasıyla 1867 kkal/gün, 2134 kkal/gün, 2400 kkal/gün ve

2667 kkal/gün olduğu rapor edilmektedir. 18-29 yaş aralığında ve yüzde 50 persentil bir kadında bu değerlerin sırasıyla 1786 kkal/gün, 2041 kkal/gün, 2296 kkal/gün ve 2551 kkal/gün olduğu bildirilmektedir. 60-69 yaş ve 50 persentil kadınlarda ise bu değerlerin sırasıyla 1502 kkal/gün, 1717 kkal/gün, 1931 kkal/gün ve 2146 kkal/gün olduğu bildirilmektedir (Pekcan vd., 2016).

2.5.2 Dengesiz beslenme. Sağlıklı beslenme için günlük ihtiyaç duyulan besinlerin farklı besin gruplarından alınması ve her öğünde besin çeşitliliğinin sağlanması önerilmektedir. Çünkü beslenme sadece günlük ihtiyaç duyulan enerjinin besinlerden alınması değildir. Vücudumuzun yaşamsal fonksiyonları için enerji dışında farklı besin öğelerine de (karbonhidrat, protein, yağ, vitamin, mineral, lif, su) ihtiyacı var. Halihazırda dünyada bütün besin öğelerini yeterli miktarda içeren bir besin olmadığından, vücudumuzun ihtiyaç duyduğu besin öğelerinin farklı besin gruplarından alınması gerekmektedir. Günlük beslenme içinde besin gruplarından bu dengenin gözetilmeden tüketilmesi dengesiz beslenme olarak tanımlanmaktadır (Besler, 2015).

Dengesiz beslenme vücudun ihtiyaç duyduğu bir ya da birden çok besin öğesinin yetersizliğine neden olur. Hangi besin öğesi eksikse, ona bağlı sağlık sorunları ortaya çıkar. Örneğin sebze ve meyvelerin yetersiz tüketilmesi yetersiz lif alımına ve bu da gastrointestinal sistemin çalışmasını olumsuz yönde etkiler (Estwood, 2003). Lifler gastrointestinal sistemde sindirilmeyen karbonhidratlar olup, bağırsağın içinde kütle oluşturur ve bağırsakta akışkanlığın olmasını sağlarlar. Yetersiz lif durumunda, özellikle yaşlı kişilerde, kabızlık ve kabızlığa bağlı sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır (Attila ve diğerleri, 2015)

Dengeli beslenme için TÜBER-2015'te yaş grubu ve cinsiyete göre besin gruplarından günlük önerilen porsiyon sayıları bulunmaktadır. 18-49 yaş arası erkek ve kadınlarda sırasıyla; süt yoğurt peynir günlük 3 ve 3 porsiyon; et tavuk balık yumurta tüketimi 1,5 ve 1,5 porsiyon; haftada kuru baklagil 3 ve 3 porsiyon; günlük ekmek-tahıl tüketimi 5 ve 3,5-4 porsiyon; günlük sebze tüketimi 3,5 ve 2,5 porsiyon; günlük meyve tüketimi 2,5 ve 2 porsiyon olarak önerilmektedir (Pekcan vd., 2016).

2.5.3 Fazla beslenme. Günlük ihtiyaç duyulan besinden daha fazla alınması fazla beslenme olarak tanımlanmaktadır. Günlük ihtiyaçtan fazla alınan her bir kalori ilerde kullanılmak üzere yağ olarak depolanmaktadır. Vücutta yağ miktarının artması kendini şişmanlık olarak göstermektedir. Günümüzde yağ ve enerji içeriği yüksek, lif içeriği düşük (sebze meyveden fakir) beslenme şişmanlığı küresel boyutta artırmaktadır. Bu sorun hem çocuk hem de yetişkinlerde halen artış trendinde olup dünyanın temel kronik hastalık sorunlarından biridir (Besler, 2015; Attila ve diğerleri, 2015). Şişmanlık kendisi bir hastalık olarak değerlendirilirken aynı zamanda başta kanser, Kalp Damar Sistemi Hastalıkları ve osteoporoz olmak üzere diğer kronik hastalıkların da temel bir nedeni olarak değerlendirilmektedir. Şişmanlık başlıca fazla enerji almaya bağlı. bir sorun olmakla beraber, aynı zamanda inaktivitenin de bu sorunun büyümesine önemli bir katkı sağladığı göz ardı edilmemelidir (WHO, 2000). Bu nedenlerle DSÖ 2025 hedeflerinde kronik hastalık ölümlerini yüzde 25 düşürmeyi hedeflerken, şişmanlık artışını durdurma hedefi koymaktadır (WHO, 2013).

Ülkemizde hem kadınlarda hem de erkeklerde şişmanlık önemli bir toplum sağlığı sorunudur. 2014 yılında 15 yaş üzeri erkeklerin yüzde 38,2 kilolu, yüzde 15,3'ü şişman olmak üzere toplamda yüzde 53,5'inin kilolu veya şişman olduğu, bu yüzdelerin 2019'da sırasıyla yüzde 39,7, yüzde 17,3 ve yüzde 57,0 olduğu rapor edilmektedir. 2014 yılında kadınların yüzde 29,3'ü kilolu, yüzde 24,5'i şişman olmak üzere toplamda yüzde 53,8'inin kilolu veya şişman olduğu, bu yüzdelerin sırasıyla 2019 yılında yüzde 30,4, yüzde 24,8 ve yüzde 55,2 olduğu rapor edilmektedir. 2014 yılından 2019 yılına geçen 5 yılda erkeklerde şişmanlık artarken, kadınların erkeklere kıyasla daha fazla şişman olduğu görülmektedir. Türkiye'nin Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkeleri içinde en kilolu ve şişman 9. ülke olduğu rapor edilmektedir (Birinci ve Ülgü, 2021).

2.6 Beslenme ile Sağlık Sorunları Arasındaki İlişki

Beslenme insanın sağlıklı büyüüp gelişebilmesi ve sağlıklı bir yaşam sürmesi için yeri doldurulamaz bir temel ihtiyaçtır. İnsan hücrelerinden dokulara ve sistemlerin çalışmasına kadar bütün metabolik, fiziksel ve psikolojik aktivitelerinde enerji kullanır. Bu enerjinin tek kaynağı bitkisel ve hayvansal besinlerdir. Besinlerden gelen enerji yanında karbonhidrat, protein, yağ, vitamin, mineral ve su bir taraftan bu enerji

döşümü içinde yer alırken, diğer taraftan hücre ve dokuların yenilenmesi, hormonların salgılanması besin öğeleri olmadan olamaz. Vücudumuzda bütün hücre, doku ve sistemlerin uyum içinde çalışması, görevini yerine getirmesi besinlerden elde edilen enerji ve besin öğelerine bağlıdır. Bu nedenle yeterli ve dengeli beslenme bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik için elzemdir (Öztek, 2020).

Yeterli ve dengeli beslenme insanı hem bulaşıcı hem de bulaşıcı hastalıklara karşı daha dirençli yapmaktadır. Bulaşıcı hastalıklar sağlıklı beslenen kişilerde hem daha ağır hem de daha ölümcül seyretilmektedir. Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar sağlıklı beslenmeyen bireylerde daha erken yaşlarda ortaya çıkmakta, kronik hastalıklara bağlı sekel ve komplikasyonlar daha erken yaşlarda ortaya çıkmakta ve ölümler daha erken yaşlarda olmaktadır (WHO, 2003).

Her yaş grubunda sağlıklı beslenme ile pek çok sağlık sorunu arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Şişmanlık (WHO, 2000; Anderson vd., 2009; Cash vd., 2012), metabolik sendrom (Balkan, 2013; Arslan, Atmaca, Ayvaz, Başkal, Beyhan, Bolu ve Yılmaz, 2009), kalp damar sistemi hastalıkları, hipertansiyon, diabetes mellitus, osteoporoz, anemi, iyot yetersizliği, avitaminozlar, basit guatr, raşitizm, diş çürükleri ve anemi doğrudan sağlıklı beslenme ile en fazla ilişki içinde olan hastalıklardır (Attila ve diğerleri, 2015). Ayrıca bütün kanserlerin yüzde 30'unun beslenme ile ilişkili olduğu rapor edilmektedir (WHO, 2003).

2.7 Sağlık Çalışanlarında Beslenme Üzerine Çalışmalar

Sağlık hizmetleri kişi, toplum ve çevreye yönelik boyutlarıyla multisektöryal bir alan olup, bu alan içinde başta doktor olmak üzere çok sayıda farklı sağlık mesleğinden insan çalışmaktadır (Öztek, 2020). Ülkemizde 2002 yılında 91949'u doktor 378551 sağlık çalışanı varken, bu sayının 2019 yılında 160810'u doktor olmak üzere 1033767'ye çıktığı rapor edilmektedir. Sağlık hizmetleri alanında çalışan insanlar Aile Sağlığı Merkezlerinden Eğitim ve Araştırma Hastanelerine, İl Sağlık Müdürlüklerinden Belediyelere kadar geniş bir kurum yelpazesinde kamuda ya da özelde, devlet memuru ya da sözleşmeli olarak çalışmaktadır. Sağlık hizmetleri süreklilik arzettiğinden sağlık çalışanları arasında vardiyalı çalışma, nöbet tutma ve

sahada izlem çalışmaları yaygın bir çalışma şeklidir. Bu şekilde çalışma kişi üzerinde fiziksel ve ruhsal stresleri artırıcı bir etkiye sahiptir (Birinci ve Ülgü, 2021).

Sağlık çalışanları zorlu mesleki uygulamalarını sürdürebilmek için beden, ruhen ve sosyal yönden sağlıklı olmaları gerekir. Sağlık çalışanları, alışılmışın dışında gün ve saatlerde çalışan, çeşitli hayati sorumluluklara sahip, iş temposu ve stres düzeyi yüksek bir meslek icra eden bir gruptur. Özellikle vardiyalı çalışan sağlık çalışanlarında günlük yaşam alışkanlıkları ertelenmekte ve bu da depresyon ve anksiyete problemleri, kaygı, paranoid düşünce (Selvi vd., 2010), bellek ve konsantrasyon bozuklukları, uyku hali, sirkadiyanritm bozulmaları ve yorgunluk gibi hem fiziksel hem psikolojik hem de sosyal anlamda kişilere çeşitli olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (Günaydın, 2014; Özdemir ve Aktaş, 2006). Bununla beraber vardiyalı çalışan hemşireler ile diğer çalışanlar arasında dikkat düzeyleri arasında fark olmadığını gösteren çalışma da bulunmaktadır (Dolu vd., 2013).

Literatür taramasında sağlıklı beslenme konusunda sağlık çalışanları ve diğer meslek kollarında bilimsel çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı (Özenoğlu vd., 2021), mobiya çalışanlarında beslenme durumu (Kaner vd., 2015), banka çalışanlarında sağlıklı beslenme (Akdevelioğlu 2012), fabrika işçilerinde kalori hesabı (Jaiswal, 2012), metal sektöründe çalışanlarda sağlıklı beslenme (Sözen, Bilir, Yıldız, Yıldız ve Sözen, 2009), İl sağlık müdürlüğü çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi (Çalışkan ve Saykılı, 2020), aile hekimlerine başvuran hastalarda sağlıklı beslenme (Karacif vd., 2020), aile sağlığı merkezi çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı (Bakar, 2019), yetişkin bireylerin sağlıklı beslenme düzeyleri (Akkartal, 2018), sağlıklı erişkinlerde beslenme önerileri ve danışmanlığı (Bakır, 2017), bir tekstil fabrikası çalışanlarında sağlıklı beslenme (Şentürk, 2017), sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları (Duran, Öğüt, Asgarpour ve Kunter, 2017; Yalçınkaya, Karamanoğlu ve Özer, 2007) ve ebelerin sağlıklı beslenme konusundaki bilgi düzeyi (Yücecan, Pekcan, Açık, Akal, Samur ve Rakıcıoğlu, 1994) üzerine çalışmalar yapıldığı tespit edilmiştir. Bununla beraber ülkemizde doğrudan hekimler üzerinde sağlıklı beslenme konusunda yapılmış üç çalışmaya (Akçakanat vd., 2015; Özçelik vd., 2000; Enginoğlu vd., 2021) ulaşıldı. Bunların dışında diğer sağlık çalışanları içinde hekimlerin de yer aldığı üç çalışmaya daha (Erözgür ve Ersoy, 2020; Yücel, 2015; Kılıç, 2011) ulaşıldı. Literatürde sağlıklı beslenme konusunda hekimler üzerinde sınırlı sayıda çalışma yapıldığı görülmektedir.

Bölüm 3

Yöntem

3.1 Çalışmanın Tasarımı

Kesitsel tipte planlanan bu araştırmanın Mersin’de 01 Kasım 2020 – 30 Nisan 2021 tarihleri arasında yapılması planlanmış olup, veri 15-31 Ocak 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışma evrenini Mersin Tabip Odasına üye hekimler oluşturmaktadır. Mersin’de hekimlerin yüzde 80’ni Mersin Tabip Odasına üye olup, üye hekim sayısı 1724 olarak tespit edilmiştir.

Çalışma grubuna alınacak kişi sayısı OpenEpi programı kullanılarak hesaplandı. Bu programda minimum örnek büyüklüğü hesaplanabilmesi için aşağıdaki adımlar izlenmiştir;

- i. Evrendeki kişi sayısı: Mersin Tabip Odasına kayıtlı 1724 hekim çalışma evrenini oluşturmaktadır.
- ii. Araştırma konusunun prevalansı: Literatürde hekimlerde beslenme tutum ve davranışları konusunda bir araştırmaya ulaşılamadığında, en büyük örnekleme hesabı için yüzde 50 prevalans değeri kullanıldı.
- iii. Hata düzeyi: Kabul edilebilir sınırları aşmamak için ± 5 hata düzeyi alındı.
- iv. Güven Aralığı (ConfidenceInterval, CI): Minimum örneklem büyüklüğü için CI yüzde 95 alındı.
- v. Desen etkisi (d): Kesitsel tipte prevalans çalışması olduğu için $d=1$ alındı

Minimum örnek büyüklüğü yukarıdaki değerler dikkate alındığında 315 olarak hesaplanmış olup, çalışmaya 315 kişinin alınmasına karar verilmiştir. Veri toplama sürecinde veri formunun 298 defa doldurulduğu ve sonrasında katılım olmaması üzerine veri toplama veri toplama işi durdurulmuştur. Online ortamda doldurulan veriler incelendiği zaman, 23 verinin dublike veri olduğu tespit edildi ve veri setinden çıkarıldı. Sonuçta 275 hekimin verisi değerlendirilmiştir.

Literatür taranarak beslenme tutum ve davranışları konusunda bir anket hazırlandı (EK-1). Anket dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri, ikinci bölümde beslenme tutum ve

davranışları, üçüncü bölümde beslenme kaydı ve dördüncü bölümde de Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği (SBİTÖ) yer almaktadır (Demir ve Cicioğlu, 2019).

Çalışmaya katılanların besin tüketim kaydı alındı. Bunun için TÜBER 2015'te günlük tüketilmesi önerilen besin gruplarından bir değişim karşılığı porsiyonlar alınmıştır. Buradan alınan veriler işlenip günlük tüketilen porsiyon miktarları hesaplanmıştır. Besin gruplarından günlük tüketilen porsiyonlar TÜBER-2015 verileri ile kıyaslanarak, hekimlerin besin gruplarından yaş ve cinsiyetlerine göre tüketimleri yetersiz, yeterli ve fazla olarak gruplandırılmıştır (Tablo 2) (Pekcan vd., 2016).

Tablo 2

TÜBER-2015'te Yaş ve Cinsiyete Göre Besin Gruplarının Porsiyon Ölçüsünde Tüketim Önerileri (Pekcan vd., 2016)

Besin Grubu	18-49 yaş			50-70 yaş		
	Yetersiz	Yeterli	Fazla	Yetersiz	Yeterli	Fazla
Süt ve süt ürünleri:						
Erkek	<3	3	>3	<3	3	>3
Kadın	<3	3	>3	<3	3	>3
Et, tavuk, balık:						
Erkek	<1,5	1,5	>1,5	<1,5	1,5	>1,5
Kadın	<1,5	1,5	>1,5	<1,5	1,5	>1,5
Kuru baklagil:						
Erkek	<0,4	0,4	>0,4	<0,4	0,4	>0,4
Kadın	<0,4	0,4	>0,4	<0,4	0,4	>0,4
Tahıl:						
Erkek	<5	5	>5	<4	4-4,5	>4,5
Kadın	<3,5	3,5-4	>4	<3,5	3,5	>3,5
Sebze:						
Erkek	<3,5	3,5	>3,5	<2,5	2,5-3	>3
Kadın	<2,5	2,5	>2,5	<2,5	2,5	>2,5
Meyve:						
Erkek	<2,5	2,5	>2,5	<2	2-2,5	>2,5
Kadın	<2	2	>2	<2	2	>2

SBİTÖ'nin yetişkinlerde sağlıklı beslenme tutumunu ölçmede geçerli ve güvenli olduğu bildirilmektedir. Bu ölçek 21 madde ve 4 faktörden oluşan bir yapıya sahiptir. Bu faktörler, Beslenme Hakkında Bilgi (BHB), Beslenmeye Yönelik Duygu

(BYD), Olumlu Beslenme (OB) ve Kötü Beslenme (KB) olarak adlandırılmıştır. Ölçekteki olumlu maddelere ait derecelendirme “Kesinlikle Katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Kararsızım”, “Katılıyorum”, “Kesinlikle Katılıyorum” şeklindedir. Olumlu tutum maddeleri; 1, 2, 3, 4 ve 5 olumsuz tutum maddeleri ise 5, 4, 3, 2 ve 1 şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Demir ve Cicioğlu (2019) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin kullanımı için sorumlu yazardan izin alınmıştır (EK-2).

3.2 Antropometrik Ölçümler

Çalışmada hekimlerin Beden Kütle İndeksinin (BKİ) hesaplanabilmesi için hekimlerin kilogram cinsinden ağırlık ve santimetre cinsinden boy uzunlukları sorgulandı. BKİ aşağıdaki formülle hesaplandı: $BKİ = \text{Vücut ağırlığı (kg)} / \text{Boy (m}^2\text{)}$ Yetişkinlerde BKİ'insınıflandırılması (WHO, 2005);

- $<18,5$ ise zayıf
- $18,5-24,9$ ise normal
- $25,0-29,9$ ise hafif şişman
- ≥ 30 ise şişman.

3.3 Çalışmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Hekimlerin sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, toplam aylık hane geliri vb) ve meskeli özellikleri (meslekte geçen süre, uzmanlık alanı, çalıştığı kurum vb) çalışmanın bağımsız değişkenleri olarak kullanılmıştır. Hekimlerin SBİTÖ puanı, besin gruplarından günlük tüketimlerinin yeterli olup olmaması, günlük su ve sıcak içecek tüketimi, düzenli vitamin tüketimi çalışmanın bağımlı değişkenleri olarak kullanılmıştır.

3.4 Çalışmanın Hipotezleri

1. Hekimlerin yaş grupları ile beslenme tutum ve davranışları arasında fark vardır.

2. Hekimlerin cinsiyeti ile beslenme tutum ve davranışları arasında fark vardır.
3. Hekimlerin medeni durumu ile beslenme tutum ve davranışları arasında fark vardır.
4. Hekimlerin çalıştığı kurum ile beslenme tutum ve davranışları arasında fark vardır.
5. Hekimlerin aylık hanegeliri ile beslenme tutum ve davranışları arasında fark vardır.
6. Hekimlerin BKİ ile beslenme tutum ve davranışları arasında fark vardır.
7. Hekimlerin meslekte geçen süreleri ile beslenme tutum ve davranışları arasında fark vardır.
8. Hekimlerin uzmanlık alanları ile beslenme tutum ve davranışları arasında fark vardır.
9. Hekimlerde kronik hastalık varlığı ile beslenme tutum ve davranışları arasında fark vardır.
10. Hekimlerin sigara içmesi ile beslenme tutum ve davranışları arasında fark vardır.
11. Hekimlerin alkol içmesi ile beslenme tutum ve davranışları arasında fark vardır.

3.5 Çalışma Grubuna Alınacak Kişilerin Seçimi

Veriler çevrimiçi anket platformları aracılığıyla toplanmıştır. Anket formu Google survey programı ile hazırlandı. Formun çevrimiçi linki Tabip Odası aracılığı ile üye hekimlere ulaştırıldı. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hekimler çalışma grubuna alındı ve anket formunu çevrimiçi olarak doldurdu.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

1. Son bir aydır Mersin’de özel ya da kamuya bağlı bir sağlık kurumunda çalışıyor olmak ya da emekli olarak yaşamak.
2. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek.

Çalışma dışı bırakma kriteri;

1. Çerimiçi veri formunu dolduramayacak kadar yaşlı olmak veya iletişim kurma yeteneklerini kaybetmiş olmak.

3.6. Değerlendirme Kriterleri

Birincil değerlendirme kriterleri;

- Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özelliklerinin frekansları
- Çalışmaya katılan hekimlerin mesleki özelliklerinin frekansları
- Çalışmaya katılan hekimlerin beslenme tutum ve davranışlarının frekansları
- Çalışmaya katılan hekimlerin besin kayıtlarının frekansları
- Çalışmaya katılan hekimlerin sağlıklı beslenme tutum ölçek puanlarının frekansı

İkincil değerlendirme kriterleri;

- Hekimlerin sosyo demografik ve mesleki özellikleri ile beslenme tutum ve davranışlarının karşılaştırılması

3.7. İstatistiksel Analiz

Anket formundan elde edilen verilerin analizi bilgisayar ortamında yapıldı. Veri kalite kontrolü yapıldıktan sonra katılanların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile araştırma değişkenleri yüzde, oran, orantı, ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük ve enbüyük değerler gibi tanımlayıcı istatistiklerle özetlendi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluk testleri Kolmogrow Smirnow testi ile yapıldı. Kategorik değişkenlerin karşılanmasında Pearson ki-kare testi,ki-kare test varsayımlarının karşılanmadığı durumlarda Fisher-Freeman-Haltonexact test, sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda studentt testi, ANOVA, parametrik test varsayımlarının karşılanmadığı durumlarda Man Whitney U testi ve Kruskall Wallis test kullanıldı. İstatistiksel olarak önemlilik düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

3.8 Bütçe

Çalışmanın planlanma ve yürütülmesi için herhangi bir kurum ya da kuruluşa mali destek için başvuru yapılmamıştır. Mersin Tabip Odası ile yazışma, hekimlerin çalışmaya alınması, analiz ve raporun hazırlanması online ve bilgisayar ortamında yapıldığından bir harcama yapılmamıştır.

3.9 Etik Kurul ve Resmi İzler

Çalışmanın yürütülebilmesi için Mersin Tabip Odasından resmi olarak izin istendi. Mersin Tabip Odasının 24.11.2020 tarih ve 705/2020 sayılı yazısı ile araştırmanın yapılmasına izin verilmiştir (EK-3). Araştırma projesi için Bahçeşehir Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuru yapıldı. Bilimsel Araştırmalar Araştırma ve Yayın Etiği Kurulunun 13.01.2021 tarih ve 2021/01 sayılı toplantısında araştırma projesinin Etik Kurul izni alınmıştır (EK-4).

Bölüm 4

Bulgular

Çalışmaya 137'si (yüzde 49,8) erkek 138'i (yüzde 50,2) kadın toplam 275 hekim katıldı. Hekimlerin meslekte geçen süre ortalaması $23,8 \pm 10,5$ yıl olup, 84'ünün (yüzde 30,5) 30 yıl ve üzerinde çalıştığı tespit edildi. Hekimlerin 111'inin (yüzde 40,3) dahili branşlarda uzman olduğu tespit edildi. Çalışmaya katılanların 76'sının (yüzde 27,6) tıp fakültesinde çalıştığı ve 123'ünün de (yüzde 44,7) aylık hane gelirinin 15 bin TL'den daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 3).

Tablo 3

Çalışmaya Katılanların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	137	49,8
Kadın	138	50,2
Medeni Durum		
Evli	229	83,3
Bekar	46	16,7
Meslekte Geçen Süre		
<10 yıl	33	12,0
10-19 yıl	43	15,6
20-29 yıl	115	41,9
>30 yıl	84	30,5
Branş Bilimler		
Dahili	111	40,3
Cerrahi	50	18,2
Temel	17	6,2
Pratisyen Hekim	97	35,3
Çalıştığı Kurum		
Tıp fakültesi	76	27,6
Kamu hastanesi	75	27,3
Özel hastane, klinik	35	12,7
Aile Sağlığı Merkezi	57	20,7
İl, ilçe Sağ Müdürlüğü	14	5,1
Diğer	14	5,1
Emekli	4	1,5
Aylık Hane geliri (TL)		
≤ 7500	13	4,7
7501-10000	35	12,7
10001-12500	45	16,4
12501-15000	59	21,5
>15000	123	44,7

Hekimlerin yaş ortalamasının $48,0 \pm 10,2$ yıl olduğu ve yüzde 54,5'inin 50 yaş ve üzerinde olduğu tespit edildi. Antropometrik ölçümlerde BKİ ortalamasının da

26,0±3,6 kg/m² (erkeklerde 27,1±3 kg/m², kadınlarda 25,0±3,8 kg/m²) olduğu saptandı. Hekimlerin BKİ'sine göre 139'unun (yüzde 50,6) kilolu ve 30'unun da (yüzde 10,9) şişman olduğu hesaplandı. Çalışmaya katılan hekimlerin yaş dağılımı ve BKİ grupları Tablo 4'de görülmektedir.

Tablo 4

Çalışmaya Katılan Hekimlerin Yaş ve Antropometrik Ölçümlerinin Dağılımı

Değişkenler	N	%
Yaş		
<40 yaş	59	21,5
40-49 yaş	66	24,0
50 ve +	150	54,5
BKİ grup		
18.0-24.9	106	38,5
25.0-29.9	139	50,6
30 ve +	30	10,9
Erkek BKİ grup		
18.0-24.9	31	22,6
25.0-29.9	87	63,5
30 ve +	19	13,9
Kadın BKİ grup		
18.0-24.9	75	54,3
25.0-29.9	52	37,7
30 ve +	11	8,0

Çalışmaya katılanların 139'u (yüzde 50,5) daha önce hiç sigara içmemiş ve 62'sinin de (yüzde 22,5) halen aktif sigara içicisi olduğu belirlendi. Hekimlerin 172'sinin (yüzde 62,5) aktif alkol tükettiği, 53'inin ise (yüzde 19,3) hiç alkol içmediği saptandı. Çalışma grubunda 190 (yüzde 69,1) kişinin herhangi bir kronik hastalığının olmadığı, 85 (yüzde 30,9) kişi de herhangi bir kronik hastalığın olduğu tespit edildi. En fazla tespit edilen kronik hastalığın sırasıyla Kalp Damar Hastalıkları (yüzde 12.) ve Diabetes Mellitus (yüzde 5,9) olduğu belirlendi. Hekimlerin 71'i (yüzde 25,8) düzenli olarak egzersiz yapıyorken, 150'sinin (yüzde 54,6) düzensiz egzersiz yaptığı saptandı (Tablo 5).

Tablo 5

Çalışmaya Katılanların Bazı Tutum Davranış ve Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı

Değişkenler	N	%
Sigara içme durumu		
Aktif içici	62	22,5
Bırakmış	74	27,0
Hiç içmemiş	139	50,5
Alkol içme durumu		
Aktif içici	172	62,5
Bırakmış	50	18,2
Hiç içmemiş	53	19,3
Kronik hastalıkların dağılımı		
Yok	190	69,1
Kalp Damar hastalıkları	33	12,0
Diabetes Mellitus	16	5,9
Romatolojik hastalıklar	4	1,4
KOAHA, Astım,	4	1,4
Diğer	28	10,2
Egzersiz		
Düzenli yapar	71	25,8
Düzensiz yapar	150	54,6
Yapmaz	54	19,6

*KOAHA: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Çalışmaya katılanların 151'inin (yüzde 54,9) daha önce beslenme eğitim aldığı tespit edildi. Hekimlerin 225'inin (yüzde 81,8) beslenme eğitimine ihtiyaç duyduğunu ve en çok eğitim ihtiyacının da sağlıklı beslenme (yüzde 55,8), zayıflama (yüzde 31,6) ve yaşlı beslenmesi (yüzde 14,9) üzerine olduğu belirlendi. Hekimler "Nereden bilgi edinmek istersiniz" sorusuna sırasıyla diyetisyen (yüzde 64,4), seminer-konferans (yüzde 45,3) ve doktor (yüzde 44,9) cevabını verdi (Tablo 6).

Tablo 6

Çalışmaya Katılanların Beslenme Eğitimi Alma ve İstedikleri Eğitim Konularına Göre Dağılımı

Değişkenler	N	%
Beslenme eğitimi;		
Alan	151	54,9
Almayan	124	45,1
Beslenme eğitimine ihtiyaç duyma;		
Evet	225	81,8
Hayır	50	18,2
Beslenme eğitimi almak isterim¹(n=225)		
Zayıflama	87	31,6
Sağlıklı beslenme	152	55,3
Çocuklarda beslenme	40	14,5
Yaşlılarda beslenme	41	14,9
DM'de besleme	17	6,2
KVH'de beslenme	15	5,5
Gebelikte beslenme	22	8
Diğer	2	0,7
Nereden bilgi edinmek istersiniz? ¹ (n=225)		
Diyetisyen	145	64,4
Seminer, konferans	102	45,3
Doktor	101	44,9
Televizyon, radyo	18	8,0
Gazete, dergi	13	5,8
Sosyal medya, internet	6	2,7
Kitap, tıbbi makale	3	1,3

¹Beslenme eğitimi ihtiyacı duyan kişiler hangi konuda eğitim almak istediklerini birden çok seçenek işaretlenmiştir.

*KVH: Kardiyovasküler Hastalık

Çalışmada bulunan hekimler günlük ortalama $1,5 \pm 0,7$ litre su içmektedir. Hekimlerin 49'unun (yüzde 17,8) günlük bir litreden az su içtiği, 150'sinin (yüzde 54,6) 1-2 litre, 66'sının (yüzde 24,0) 2-3 litre ve 10'unun da (yüzde 3,6) 3 litre ve üzerinde su içtiği saptandı. Çalışmaya katılanların 123'ü (yüzde 44,7) günlük 6-10 fincan sıcak içecek tüketmektedir (Tablo 7).

Tablo 7

Çalışmaya Katılanların Günlük Sıvı Tüketimine Göre Dağılımı

Değişkenler	N	%
Günlük tüketilen su miktarı (Litre);		
<1	49	17,8
1-<2	150	54,6
2-<3	66	24,0
3 ve +	10	3,6
Günlük tüketilen sıcak içecek;		
0-5 fincan	71	25,8
6-10 fincan	123	44,7
>10 fincan	81	29,5

Çalışmaya katılan hekimlerin 150'si (yüzde 54,5) 3 ana öğün, 99'u (yüzde 36,0) ise tek ara öğünle günü tamamlamaktadır. Günlük tüketilen toplam ana ve ara öğün ortalamasının $3,7 \pm 1,1$ olduğu tespit edildi. Katılımcı hekimlerin 202'si (yüzde 73,5) tarafından öğün atladığı belirtilmiştir. Çoğunlukla atlanan öğünler sabah (yüzde 40,6) ve öğle (yüzde 41,1) öğünü olarak saptandı. Öğün atlama nedeni olarak da acıkmamak (yüzde 46) ve iş yoğunluğunun (yüzde 42,6) öne çıktığı görülmüştür (Tablo 8).

Tablo 8

Çalışmaya Katılanların Öğün Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	N	%
Günlük tüketilen ana öğün sayısı		
1	10	3,6
2	115	41,9
3	150	54,5
Günlük tüketilen ara öğün sayısı		
0	79	28,7
1	99	36,0
2	76	27,7
3	21	7,6
Öğün atlama		
Evet	202	73,5
Hayır	73	26,5

Tablo 8' (devam)

Atlanan Öğünler¹ (n=202);		
Sabah	82	40,6
Kuşluk	74	36,6
Öğlen	83	41,1
İkinci	68	33,7
Akşam	16	7,9
Gece	53	26,2
Öğün atlama nedenleri¹ (n=202)		
Ağırlık kaybetmek	33	16,3
İş yoğunluğu	86	42,6
Acıkmam	93	46,0
Diğer	20	9,9

¹Öğün atlayanlar birden çok cevap işaretlenmiştir.

Çalışmadaki hekimlerin 192'sinin (yüzde 69,8) haftalık olarak fastfood tüketmediği, 74'ünün (yüzde 26,9) haftada 1-2 defa, 6'sının (yüzde 2,2) haftada 3-4 defa ve 3'ünün de (yüzde 1,1) haftada 4'ten fazla fastfood tükettiği saptandı. En çok tüketilen fastfood'un sırasıyla pizza (yüzde 42,7) ve hamburger (yüzde 41,3) olduğu tespit edildi (Tablo 9).

Tablo 9

Çalışmaya Katılan Kişilerin Fastfood Tüketimine Göre Dağılımı

Değişkenler	N	%
Haftalık fastfood tüketimi		
Hiç	192	69,8
1-2 defa	74	26,9
3-4 defa	6	2,2
4'den fazla	3	1,1
Tüketilen fastfood ürünleri¹ (n=75)		
Hamburger	31	41,3
Pizza	32	42,7
Tantuni	6	8,0
Cips	2	2,7
Diğer	11	14,7

¹Fastfood tüketen 8 kişi tükettiği fastfoodu belirtmediği için n=75'dir. 75 kişi de birden çok cevap verdiği için yüzde toplamı yüzde 100,0'den büyüktür.

Çalışmaya katılan hekimlerin 113'ünün (yüzde 41,1) düzenli olarak vitamin takviyesi kullandığı tespit edildi. En sık kullanılan vitaminlerin sırasıyla D vitamini

(% 69,9), multivitamin (yüzde 31,0) ve B vitamini (yüzde 24,8) olduğu belirlendi (Tablo 10).

Tablo 10

Çalışmaya Katılanların Besin Desteği Kullanımına Göre Dağılımı

Değişkenler	N	%
Düzenli Vitamin Tüketirim		
Evet	113	41,1
Hayır	162	58,9
Tüketilen Vitamin (n=113)		
D vitamini	79	69,9
Multivitamin	35	31,0
B vitamini	28	24,8
Omega-3	22	19,5
Ca/Mg	18	15,9
Demir	11	9,7
Diğer	16	14,2

¹Vitamin tüketenler birden çok cevap verdikleri için toplam yüzde yüzde100.0'den fazladır.

Çalışmaya katılan hekimlerin günlük temel besin gruplarından tüketimleri TÜBER 2015 önerilerine göre gruplandırıldı (Pekcan vd., 2016). Hekimlerin tahıl grubu besinlerden günlük yetersiz, yeterli ve fazla tüketim sıklığı sırasıyla yüzde 79,9, yüzde 6,5 ve yüzde 13,6 olduğu belirlendi. Bu oranların sırasıyla süt ve süt ürününde yüzde 77,2, yüzde 12,3 ve yüzde 10,5; et tavuk balık grubunda yüzde 51,2, yüzde 2,0 ve yüzde 46,8; kuru baklagil grubunda yüzde 49,0, yüzde 23,7 ve yüzde 27,3; sebze grubunda sırasıyla yüzde 90,2, yüzde 2,6 ve yüzde 7,2; meyve grubunda ise sırasıyla yüzde 70,9, yüzde 20,1 ve yüzde 9,0 olduğu tespit edildi (Tablo 11).

Tablo 11

Çalışmaya Katılanların Besin Gruplarından Günlük Tüketimlerine Göre Dağılımı

Değişkenler ¹	N	%
Tahıl grubu (n=184)		
Yetersiz	147	79,9
Yeterli	12	6,5
Fazla	25	13,6
Süt,süt ürünü ve peynir tüketimi (n=219)		
Yetersiz	169	77,2
Yeterli	27	12,3
Fazla	23	10,5
Tablo 11 (devam)		
Et, tavuk, balık, yumurta grubu (n=205)		
Yetersiz	105	51,2
Yeterli	4	2,0
Fazla	96	46,8
Kuru baklagil grubu (n=198)		
Yetersiz	97	49,0
Yeterli	47	23,7
Fazla	54	27,3
Sebze grubu (n=194)		
Yetersiz	175	90,2
Yeterli	5	2,6
Fazla	14	7,2
Meyve grubu(n=189)		
Yetersiz	134	70,9
Yeterli	38	20,1
Fazla	17	9,0

¹Bu sorulara cevap verenler üzerinden değerlendirme yapılmış olup, TÜBER 2015'te yaş ve cinsiyete göre önerilen tüketim "Yeterli" olarak kabul edilmiştir (Pekcan vd., 2016).

Çalışmaya katılan 275 hekimin SBİTÖ'den aldıkları ortalama ölçek puanının $75,3 \pm 12,7$ olduğu saptandı. Bu ölçekten 178 (yüzde 64,7) hekimin yüksek, 58 (yüzde 21,1) hekimin de çok yüksek puan aldığı tespit edilmiştir (Tablo 12).

Tablo 12

Çalışmaya Katılanların SBİTÖ Puanına Göre Dağılımı

Değişken	N	%
Ölçek puan grup		
23-42 puan (düşük)	3	1,1
43-63 puan (orta)	36	13,1
64-84 puan (yüksek)	178	64,7
85 ve üzeri (çok yüksek)	58	21,1

Çalışmaya katılan hekimlerin demografik ve diğer özellikleri ile beslenme ihtiyacı karşılaştırıldı. BKİ 18,0-24,9 kg/m² arasında olanların ve hiç sigara içmeyenlerin diğerlerine kıyasla daha fazla beslenme eğitimine ihtiyaç duydukları ve bu farkın istatistiksel olarak da anlamı olduğu tespit edildi (sırasıyla p=0,004, p=0,032). Diğer değişkenlerle beslenme eğitimine ihtiyaç duyma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05, Tablo 13).

Tablo 13

Hekimlerin Demografik Özelliklerine Göre Beslenme Eğitim İhtiyacının Dağılımı

Değişkenler	Beslenme Eğitim İhtiyacı				Toplam	
	Evet		Hayır		N	%**
	N	%*	N	%*		
Cinsiyet						
Erkek	110	80,3	27	19,7	137	49,8
Kadın	115	83,3	23	16,7	138	50,2
Yaş grubu (yıl)						
25-49	104	83,2	21	16,8	125	45,4
50 ve +	121	80,7	29	19,3	150	54,6
BKİ grup (kg/m²)						
18.0-24.9	97	91,5 ²	9	8,5	106	38,5
25-29.9	105	75,5	34	24,5	139	50,5
30 ve üzeri	23	76,7	7	23,3	30	11,0
Medeni durum						
Evli	186	81,2	43	18,8	229	83,3
Bekar	39	84,8	7	15,2	46	16,7
Aylık gelir grup						
<=10000	40	83,3	8	16,7	48	17,5
10001-15000	87	83,7	17	16,3	104	37,8
>15000	98	79,7	25	20,3	123	44,7
Sigara						
Aktif içici	48	77,4	14	22,6	62	22,5
Bıraktım	55	74,3	19	25,7	74	26,9
Hiç içmedim	122	87,8 ¹	17	12,2	139	50,6
Alkol						
Aktif içici	143	83,1	29	16,9	172	62,5
Bıraktım	38	76,0	12	24,0	50	18,2
Hiç içmedim	44	83,0	9	18,2	53	19,3
Kronik hastalık						
Kronik h. var	64	75,3	21	24,7	85	30,9
Kronik h. yok	161	84,7	29	15,3	190	69,1
Egzersiz						
Düzenli yapar	55	77,5	16	22,5	71	25,8
Düzensiz yapar	124	82,7	26	17,3	150	54,5
Yapmaz	46	85,2	8	14,8	54	19,7
Branş Bilimler						
Dahili	91	82,0	20	18,0	111	40,3
Cerrahi	40	80,0	10	20,0	50	18,2
Temel	17	100,0	0	0,0	17	6,2
Pratisyen Hekim	77	79,4	20	20,6	97	35,3

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi ¹p<0,05, ²p<0,01, ³p<0,001 *Ki-kare önemlilik testi

SBİTÖ'den alınan puanlarla hekimlerin demografik ve diğer özellikleri karşılaştırıldığı zaman; 50 yaş ve üzerinde olan hekimlerin 50 yaş altındakilere kıyasla, düzenli olarak egzersiz yapanların egzersiz yapmayanlara kıyasla daha yüksek puan aldığı ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,039$). Cinsiyet ve diğer değişkenlerle SBİTÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$, Tablo 14).

Tablo 14

Hekimlerin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre SBİTÖ Puan Dağılımı

Değişkenler	Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Bilgi Tutum Ölçeği N	ortalama±ss
Cinsiyet		
Erkek	137	75,8±11,9
Kadın	138	74,8±12,6
Yaş grubu (yıl)		
25-49	125	73,0±10,3
50 ve +	150	77,1±13,4³
BKİ grup (kg/m²)		
18-24.9	106	77,1±12,2
25-29.9	139	74,6±11,9
30 ve üzeri	30	72,1±13,7
Medeni durum		
Evli	229	75,5±12,4
Bekar	46	74,3±11,4
Aylık gelir grup		
≤10000	48	74,2±13,6
10001-15000	104	74,5±12,0
>15000	123	76,3±12,0
Sigara		
Aktif içici	62	74,2±12,9
Bıraktım	74	75,2±12,1
Hiç içmedim	139	75,8±12,1
Alkol		
Aktif içici	172	75,6±10,7
Bıraktım	50	77,1±14,0
Hiç içmedim	53	72,5±14,8
Kronik hastalık		
Kronik h. var	85	73,8±14,0
Kronik h. yok	190	75,3±12,3
Egzersiz		
Düzenli yapar	171	77,9±12,4¹
Düzensiz yapar	150	74,5±12,4
Yapmaz	54	73,9±11,4
Beslenme eğitimi;		
Alan	151	75,6±13,1
Almayan	124	74,9±11,2
Branş Bilimler		
Dahili	111	75,9±12,3
Cerrahi	50	75,0±11,9
Temel	17	79,9±8,5
Pratisyen Hekim	97	73,9±12,9

¹ $p<0,05$

² $p<0,01$

³ $p<0,001$

*Man Whitney U testi, Kruskal Wallis testi

Süt ve peynir grubu besinleri yeterli tüketenlerin SBİTÖ puanı $82,7\pm 11,1$ olup, yetersiz ve fazla tüketenlerden daha yüksekti ($p<0,01$). Meyve grubu besinleri yetersiz tüketenlerde SBİTÖ puanı $73,5\pm 11,7$ olup, yeterli ve fazla tüketenlerden daha düşüktü ($p<0,001$). Diğer besin gruplarını yeterli/fazla tüketme ile SBİTÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$, Tablo 15).

Tablo 15

Hekimlerin besin gruplarından günlük tüketimleri ile SBİTÖ puan dağılımı

Değişkenler		Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Bilgi Tutum Ölçeği	
		N	ortalama \pm ss
Tahıl Grubu	Yetersiz	147	76,6 \pm 12,4
	Yeterli	12	72,0 \pm 11,6
	Fazla	25	77,7 \pm 11,0
Et, Yumurta Grubu	Yetersiz	105	74,8 \pm 13,3
	Yeterli	4	75,8 \pm 11,5
	Fazla	96	77,3 \pm 10,3
Kuru Baklagil Grubu	Yetersiz	97	75,8 \pm 12,3
	Yeterli	47	75,4 \pm 12,5
	Fazla	54	76,5 \pm 11,9
Süt ve Peynir Grubu	Yetersiz	169	74,4 \pm 12,1
	Yeterli	27	82,7\pm11,1¹
	Fazla	23	77,3 \pm 11,4
Sebze Grubu	Yetersiz	175	75,6 \pm 12,3
	Yeterli	5	75,6 \pm 13,5
	Fazla	14	77,4 \pm 10,8
Meyve Grubu	Yetersiz	134	73,5\pm11,7²
	Yeterli	38	79,5 \pm 12,4
	Fazla	17	82,5 \pm 8,7

¹ $p<0,01$

² $p<0,001$

*Man Whitney U testi, Kruskall Wallis testi

Erkek hekimlerin 97'si (yüzde 70,8) öğün atlarken, kadınların 105'i (yüzde 76,1) öğün atlamaktadır. Bu oran 25-49 yaş arasında yüzde 76,8 iken, 50 yaş ve üzeri grupta yüzde 70,7 olduğu tespit edildi. Cinsiyet ve yaş dahil hekimlere ait diğer

özellikler ile öğün atlama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$, Tablo 16).

Tablo 16

Hekimlerin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Öğün Atlamanın Dağılımı

Değişkenler	Öğün Atlama				Toplam	
	Evet		Hayır		N	%**
	N	%*	N	%*		
Cinsiyet						
Erkek	97	70,8	40	29,2	137	49,8
Kadın	105	76,1	33	23,9	138	50,2
Yaş grubu (yıl)						
25-49	96	76,8	29	23,2	125	45,4
50 ve +	106	70,7	44	29,3	150	54,5
BKİ grup (kg/m²)						
18-24.9	73	68,9	33	31,1	106	38,5
25-29.9	105	75,5	34	24,5	139	50,5
30 ve üzeri	24	80,0	6	20,0	30	12,0
Medeni durum						
Evli	167	72,9	62	27,1	229	83,3
Bekar	35	76,1	11	23,9	46	16,7
Aylık gelir grup						
<=10000	36	75,0	12	25,0	48	17,5
10001-15000	80	76,9	24	23,1	104	37,8
>15000	86	69,9	37	30,1	123	44,7
Sigara						
Aktif içici	46	74,2	16	25,8	62	22,5
Bıraktım	54	73,0	20	27,0	74	27,0
Hiç içmedim	102	73,4	37	26,6	139	50,5
Alkol						
Aktif içici	130	75,6	42	24,4	172	62,5
Bıraktım	31	62,0	19	38,0	50	18,2
Hiç içmedim	41	77,4	12	22,6	53	19,3
Egzersiz						
Düzenli yapar	51	71,8	20	28,2	71	25,8
Düzensiz yapar	109	72,7	41	27,3	150	54,5
Yapmaz	42	77,8	12	22,2	54	19,6
Beslenme eğitimi						
Alan	110	72,8	41	27,2	151	54,9
Almayan	92	74,2	32	25,8	124	45,1
Branş Bilimler						
Dahili	79	71,2	32	28,8	111	40,3
Cerrahi	33	66,0	17	34,0	50	18,2
Temel	12	70,6	5	29,4	17	6,2
Pratisyen Hekim	78	80,4	19	19,6	97	35,3

*Satır yüzdesi

**Ki-kare önemlilik testi

Tablo 17’de tahıl grubu besinlerin tüketimi ile ilgili sorulara verilen cevapların demografik özelliklerle ilişkisi yer almaktadır. Tablo incelendiğindetahıl grubu

besinlerin tüketimi ile ilgili verilen cevapların demografik yapıdan etkilenmediği görülmektedir (Tablo 17).

Tablo 17

Tahıl Grubu ile İlgili Sorulara Verilen Cevapların Demografik Özelliklerle İlişkisi

Değişkenler	Tahıl Grubu Tüketimi						P
	Yetersiz		Yeterli		Fazla		
	N	%	N	%	N	%	
Cinsiyet: Erkek	71	78,9	5	5,6	14	15,6	0,678
Kadın	76	80,9	7	7,4	11	11,7	
Yaş grubu: 25-49	61	83,6	7	9,0	10	12,8	0,508
50 ve +	86	81,1	5	4,7	15	14,2	
BKİ: 18-24.9	61	83,6	5	6,8	7	9,6	0,081 [¥]
25-29.9	72	80,9	3	3,4	14	15,7	
30 ve üzeri	14	63,6	4	18,2	4	18,2	
Medeni durum: Evli	121	79,1	10	6,5	22	14,4	0,871 [¥]
Diğer	26	83,9	2	6,5	3	9,7	
Aylık gelir: <=10000	25	86,2	2	6,9	2	6,9	0,674 [¥]
10001-15000	56	81,2	5	7,2	8	11,6	
>15000	66	76,7	5	5,8	15	17,4	
Sigara: Aktif içici	23	74,2	2	6,5	6	19,4	0,729 [¥]
Bıraktım	43	82,7	2	3,8	7	13,5	
Hiç içmedim	81	80,2	8	7,9	12	11,9	
Alkol; Aktif içici	95	81,9	4	3,4	17	14,7	0,080 [¥]
Bıraktım	28	84,8	3	9,1	2	6,1	
Hiç içmedim	24	68,6	5	14,3	6	17,1	
Kronik hastalık: Var	49	79,0	2	3,2	11	17,7	0,252
Yok	98	80,3	10	8,2	14	11,5	
Egzersiz: Düzenli	40	81,6	1	2,0	8	16,3	0,132
Düzensiz	84	83,2	6	5,9	11	10,9	
Yapmıyorum	23	67,6	5	14,7	6	17,6	
Beslenme eğitimi: Alan	87	81,3	7	6,5	13	12,1	0,797
Almayan	60	77,9	5	6,5	12	15,6	
Branş Bilimler	56	74,7	6	8,0	13	17,3	0,385 [¥]
Dahili	22	73,3	2	6,7	6	20,0	
Cerrahi	13	100,0	0	0,0	0	0,0	
Temel	56	84,8	4	6,1	6	9,1	
Pratisyen Hekim							

¥: Fisher-Freeman-Haltonexact testi, Pearson ki-kare testi.

*: p değeri <0.05 olan durumlarda aynı sütunda yer alan farklılıklar tamamen farklı harf ile gösterilmiştir (a ve b gibi)

Tablo 18'de et-yumurta grubu besinlerle ilgili sorulara verilen cevapların demografik özelliklerle ilişkisi yer almaktadır. Tablo incelendiğinde yetersiz et-yumurta tüketim sıklığı düzenli egzersiz yapan grupta diğer egzersiz gruplarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük, fazla tüketim sıklığı ise anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (p=0,006). Ayrıca beslenme eğitimi almayan grupta yetersiz et-yumurta tüketim sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek

bulunurken ($p=0,031$), yeterli ve fazla tüketim sıklığı açısından beslenme eğitimi alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farka rastlanmadı (Tablo 18)

Tablo 18

Et Yumurta Grubu ile İlgili Sorulara Verilen Cevapların Demografik Özelliklerle İlişkisi

Değişkenler	Et Yumurta Grubu						P
	Yetersiz		Yeterli		Fazla		
	N	%	N	%	N	%	
Cinsiyet: Erkek	51	54,3	3	3,2	40	42,6	0,316 [¥]
Kadın	54	48,6	1	0,9	56	50,5	
Yaş grubu: 25-49	42	46,2	1	1,1	48	52,7	0,301 [¥]
50 ve +	63	55,3	3	2,6	48	42,1	
BKİ: 18-24,9	44	55,0	1	1,3	35	43,8	0,780 [¥]
25-29,9	51	50,0	3	2,9	48	47,1	
30 ve üzeri	10	43,5	0	0,0	13	56,5	
Medeni durum: Evli	84	50,3	2	1,2	81	48,5	0,172 [¥]
Diğer	21	55,3	2	5,3	15	39,5	
Aylık gelir: <=10000	22	62,9	2	5,7	11	31,4	0,057 [¥]
10001-15000	38	50,0	2	2,6	36	47,4	
>15000	45	47,9	0	0,0	49	52,1	
Sigara: Aktif içici	23	57,5	2	5,0	15	37,5	0,243 [¥]
Bıraktım	24	43,6	1	1,8	30	54,5	
Hiç içmedim	58	52,7	1	0,9	51	46,4	
Alkol; Aktif içici	72	55,8	4	3,1	53	41,1	0,106
Bıraktım	19	51,4	0	0,0	18	48,6	
Hiç içmedim	14	35,9	0	0,0	25	64,1	
Kronik hastalık: Var	37	52,1	2	2,8	32	45,1	0,751
Yok	68	50,7	2	1,5	64	47,8	
Egzersiz:							0,006[¥]
Düzenli yaparım	16	31,4 ^a	1	2,0 ^a	34	66,7 ^a	
Düzensiz yaparım	64	55,2 ^b	3	2,6 ^a	49	42,2 ^b	
Yapmıyorum	25	65,8 ^b	0	0,0 ^a	13	34,2 ^b	
Beslenme eğitimi:							0,031[¥]
Alan	52	44,8 ^a	4	3,4 ^a	60	51,7 ^a	
Almayan	53	59,6 ^b	0	0,0 ^a	36	40,4 ^a	
Branş Bilimler	39	46,4	1	1,2	44	52,4	0,441 [¥]
Dahili	19	55,9	1	2,9	14	41,2	
Cerrahi	5	35,7	0	0,0	9	64,3	
Temel	42	57,5	2	2,7	29	39,7	
Pratisyen Hekim							

[¥]: Fisher-Freeman-Haltonexact testi, Pearson ki-kare testi.

*: p değeri <0.05 olan durumlarda aynı sütunda yer alan farklılıklar tamamen farklı harf ile gösterilmiştir (a ve b gibi)

Tablo 19’da süt-peynir grubu besinlerle ilgili sorulara verilen cevapların demografik özelliklerle ilişkisi yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, hiç alkol kullanmayanlarda yetersiz süt-peynir tüketim sıklığı ara sıra kullananlara göre

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük çıktı. Fazla tüketim sıklığı ise hiç içmeyenlerde bırakanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p=0,024$). Diğer değişkenlerle süt peynir grubu besinler tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmesi (Tablo 19).

Tablo 19

Süt peynir grubu ile ilgili sorulara verilen cevapların demografik özelliklerle ilişkisi

Değişkenler	Süt Peynir Grubu Tüketimi						p
	Yetersiz		Yeterli		Fazla		
	N	%	N	%	N	%	
Cinsiyet: Erkek	84	82,4	7	6,9	11	10,8	0,070
Kadın	85	72,6	20	17,1	12	10,3	
Yaş grubu: 25-49	79	79,0	13	13,0	8	8,0	0,537
50 ve +	90	75,6	14	11,8	15	12,6	
BKİ: 18-24,9	70	79,5	12	13,6	6	6,8	0,305 [¥]
25-29,9	80	74,8	11	10,3	16	15,0	
30 ve üzeri	19	79,2	4	16,7	1	4,2	
Aylık gelir: ≤10000	32	86,5	2	5,4	3	8,1	0,483 [¥]
10001-15000	64	79,0	10	12,3	7	8,6	
>15000	73	72,3	15	14,9	13	12,9	
Sigara: Aktif içici	33	76,7	3	7,0	7	16,3	0,208 [¥]
Bıraktım	46	83,6	7	12,7	2	3,6	
Hiç içmedim	90	74,4	17	14,0	14	11,6	
Alkol: Aktif içici	109	81,33 ^a	12	9,0 ^a	13	9,7 ^{ab}	0,024 [¥]
Bıraktım	31	77,5 ^{ab}	8	20,0 ^a	1	2,5 ^b	
Hiç içmedim	29	64,4 ^b	7	15,6 ^a	9	20,0 ^a	
Kronik hastalık: Var	53	74,6	6	8,5	12	16,9	0,065
Yok	116	78,4	21	14,2	11	7,4	
Egzersiz:							0,658
Düzenli yaparım	43	75,4	8	14,0	6	10,5	
Düzensiz yaparım	99	80,5	13	10,6	11	8,9	
Yapmıyorum	27	69,2	6	15,4	6	15,4	0,219
Beslenme eğitimi: Alan							
Almayan	92	73,1	19	15,1	15	11,9	
	77	82,8	8	8,6	8	8,6	0,696 [¥]
Branş Bilimler	67	77,0	8	9,2	12	13,8	
Dahili	30	73,2	8	19,5	3	7,3	
Cerrahi	13	81,3	2	12,5	1	6,3	
Temel	59	78,7	9	12,0	7	9,3	
Pratisyen Hekim							

[¥]: Fisher-Freeman-Haltonexact testi, Pearson ki-kare testi.

*: p değeri <0.05 olan durumlarda aynı sütunda yer alan farklılıklar tamamen farklı harf ile gösterilmiştir (a ve b gibi)

Tablo 20’de kurubaklagil grubu besinlerin tüketimi ile ilgili sorulara verilen cevapların demografik özelliklerle ilişkisi yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, sadece kuru baklagiller ile ilgili soruya verilen cevaplar açısından egzersiz grupları arasında anlamlı fark olduğu ve düzensiz egzersiz yapanların düzenli egzersiz yapanlardan daha fazla oranda “yetersiz” cevabı verdiği, buna karşın fazla

tüketimin düzenli egzersiz yapanlarda diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü (p=0,007). Bunun dışında baklagillere verilen cevapların demografik yapıdan etkilenmediği görüldü (Tablo 20).

Tablo 20

Kuru baklagil Grubu ile İlgili Sorulara Verilen Cevapların Demografik Özelliklerle İlişkisi

Değişkenler	Kuru baklagil Grubu Tüketimi						P
	Yetersiz		Yeterli		Fazla		
	N	%	N	%	N	%	
Cinsiyet: Erkek	44	47,8	23	25,0	25	27,2	0,921
Kadın	53	50,0	24	22,6	29	27,4	
Yaş grubu: 25-49	45	51,1	19	21,6	24	27,3	0,796
50 ve +	52	47,3	28	25,5	30	27,3	
BKİ: 18-24,9	41	52,6	15	19,2	22	28,2	0,736
25-29,9	44	45,8	25	26,0	27	28,1	
30 ve üzeri	12	50,0	7	29,2	5	20,8	
Medeni durum: Evli	80	49,4	36	22,2	46	28,4	0,522
Diğer	17	47,2	11	30,6	8	22,2	
Aylık gelir: <=10000	17	53,1	10	31,3	5	15,6	0,521
10001-15000	34	45,9	17	23,0	23	31,1	
>15000	46	50,0	20	21,7	26	28,3	
Sigara: Aktif içici	20	52,6	9	23,7	9	23,7	0,815
Bıraktım	28	53,8	10	19,2	14	26,9	
Hiç içmedim	49	45,4	28	25,9	31	28,7	
Alkol; Aktif içici	63	51,2	27	22,0	33	26,8	0,086
Bıraktım	22	61,1	8	22,0	6	16,7	
Hiç içmedim	12	30,8	12	30,8	15	38,5	
Kronik hastalık: Var	34	48,6	19	27,1	17	24,3	0,642
Yok	63	49,2	28	21,9	37	28,9	
Egzersiz:							0,007
Düzenli yaparım	17	35,4 ^a	9	18,8 ^a	22	45,8 ^a	
Düzensiz yaparım	64	56,6 ^b	25	22,1 ^a	24	21,2 ^b	
Yapmıyorum	16	43,2 ^{ab}	13	35,1 ^a	8	21,6 ^b	
Beslenme eğitimi: Alan							0,868
Almayan	54	47,4	28	24,6	32	28,1	
	43	51,2	19	22,6	22	26,2	
Branş Bilimler	40	48,8	19	23,2	23	28,0	0,352 [¥]
Dahili	21	61,8	8	23,5	5	14,7	
Cerrahi	7	53,8	1	7,7	5	38,5	
Temel	29	42,0	19	27,5	21	30,4	
Pratisyen Hekim							

[¥]: Fisher-Freeman-Haltonexact testi, diğerleri Pearson ki-kare testi.

*: p değeri <0.05 olan durumlarda aynı sütunda yer alan farklılıklar tamamen farklı harf ile gösterilmiştir (a ve b gibi)

Tablo 21’de sebze grubu besin tüketimi ile ilgili sorulara verilen cevapların demografik özelliklerle ilişkisi yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, uzman cerrahi branşta olanların sebze tüketimine yetersiz cevabı verme sıklığı, uzman temel bilimler ve pratisyen hekimden anlamlı düzeyde daha yüksek çıktı. Ayrıca temel bilimlerde olan ve pratisyen hekimlerin yeterli düzeyde sebze tüketme sıklığı dahili ve cerrahi hekimlerinden daha yüksek bulundu. Buna karşın cerrahi branşta olanların sebzeleri

fazla tüketme sıklığı diğer hekimlerden anlamlı düzeyde daha düşük bulundu (p=0,039, Tablo 21).

Tablo 21

Sebze Grubu ile İlgili Sorulara Verilen Cevapların Demografik Özelliklerle İlişkisi

Değişkenler	Sebze Grubu Tüketimi						P
	Yetersiz		Yeterli		Fazla		
	N	%	N	%	N	%	
Cinsiyet: Erkek	83	92,2	3	3,3	4	4,4	0,346 [¥]
Kadın	92	88,5	2	1,9	10	9,6	
Yaş grubu: 25-49	79	87,8	2	2,2	9	10,0	0,434 [¥]
50 ve +	96	92,3	3	2,9	5	4,8	
BKİ: 18-24,9	68	88,3	2	2,6	7	9,1	0,820 [¥]
25-29,9	87	91,6	2	2,1	6	6,3	
30 ve üzeri	20	90,9	1	4,5	1	4,5	
Medeni durum: Evli	147	91,9	3	1,9	10	6,3	0,145 [¥]
Diğer	28	82,4	2	5,9	4	11,8	
Aylık gelir: <=10000	30	90,9	2	6,1	1	3,0	0,416 [¥]
10001-15000	66	93,0	1	1,4	4	5,6	
>15000	79	87,8	2	2,2	9	10,0	
Sigara: Aktif içici	34	91,9	1	2,7	2	5,4	0,835 [¥]
Bıraktım	47	94,0	1	2,0	2	4,0	
Hiç içmedim	94	87,9	3	2,8	10	9,3	
Alkol: Aktif içici	108	90,0	3	2,5	9	7,5	0,467 [¥]
Bıraktım	34	97,1	0	0,0	1	2,9	
Hiç içmedim	33	84,6	2	5,1	4	10,3	
Kronik hastalık: Var	57	87,7	2	3,1	9	9,2	0,646 [¥]
Yok	118	91,5	3	2,3	8	6,2	
Egzersiz:							0,195 [¥]
Düzenli yaparım	40	81,6	3	6,1	6	12,2	
Düzensiz yaparım	100	92,6	2	1,9	6	5,6	
Yapmıyorum	35	94,6	0	0,0	2	5,4	
Beslenme eğitimi:							0,199 [¥]
Alan	97	88,2	2	1,8	11	10,0	
Almayan	78	92,9	3	3,8	3	3,6	
Branş Bilimler	76	91,6 ^{ab}	0	0,0 ^a	7	8,4 ^a	0,039 [¥]
Dahili	30	100,0 ^b	0	0,0 ^a	0	0,0 ^b	
Cerrahi	10	76,9 ^a	1	7,7 ^b	2	15,4 ^a	
Temel	59	86,8 ^a	4	5,9 ^b	5	7,4 ^a	
Pratisyen Hekim							

¥: Fisher-Freeman-Haltonexact testi, Pearson ki-kare testi.

*: p değeri <0.05 olan durumlarda aynı sütunda yer alan farklılıklar tamamen farklı harf ile gösterilmiştir (a ve b gibi)

Tablo 22’de meyve grubu besinlerin tüketimi ile ilgili sorulara verilen cevapların demografik özelliklerle ilişkisi yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, 25-49 yaş grubundaki kişilerde meyveleri yetersiz tüketme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde 50 yaş ve üzeri gruptan daha yüksek bulundu (p=0,013). Yeterli ve fazla tüketim açısından yaş grupları arasında anlamlı farka rastlanmadı. Ayrıca aylık geliri 15000 TL’nin üzerinde olanlarda meyvelerin yetersiz tüketim sıklığı diğer gelir gruplarına göre anlamlı düzeyde daha düşük bulundu, yeterli tüketim sıklığı ise 15000

TL grubunda <10000 TL grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek çıktı (p=0,045). Fazla tüketim sıklığı açısından gelir grupları arasında anlamlı farka rastlanmadı (Tablo 22).

Tablo 22

Meyve Grubu ile İlgili Sorulara Verilen Cevapların Demografik Özelliklerle İlişkisi

Değişkenler	Meyve Grubu						P
	Yetersiz		Yeterli		Fazla		
	N	%	N	%	N	%	
Cinsiyet: Erkek	69	77,5	15	16,9	5	5,6	0,139
Kadın	65	65,0	23	23,0	12	12,0	
Yaş grubu: 25-49	70	81,4 ^a	12	14,0 ^a	4	4,7 ^a	0,013
50 ve +	64	62,1 ^b	26	25,2 ^a	13	12,6 ^a	
BKİ: 18-24,9	51	70,8	16	22,2	5	6,9	0,610 [¥]
25-29,9	67	71,3	19	20,2	8	8,5	
30 ve üzeri	16	69,6	3	13,0	4	17,4	
Medeni durum: Evli	105	68,6	33	21,6	15	9,8	0,468
Diğer	29	80,6	5	13,9	2	5,6	
Aylık gelir: <=10000	26	86,7 ^a	2	6,7 ^a	2	6,7 ^a	0,045[¥]
10001-15000	55	76,4 ^a	13	18,1 ^{ab}	4	5,6 ^a	
>15000	53	60,9 ^b	23	26,4 ^b	11	12,0 ^a	
Sigara: Aktif içici	27	77,1	7	20,0	1	2,9	0,327
Bıraktım	37	72,5	7	13,7	7	13,7	
Hiç içmedim	70	68,0	24	23,3	9	8,7	
Alkol; Aktif içici	87	74,4	22	18,8	8	6,8	0,565 [¥]
Bıraktım	23	67,6	7	20,6	4	11,8	
Hiç içmedim	24	63,2	9	23,7	5	13,2	
Kronik hastalık: Var	49	74,2	12	18,2	5	7,6	0,751
Yok	85	69,1	26	21,1	12	9,8	
Egzersiz:							0,195 [¥]
Düzenli yaparım	30	66,7	10	22,2	5	11,1	
Düzensiz yaparım	74	68,5	22	20,4	12	11,1	
Yapmıyorum	30	83,3	6	16,7	0	0,0	
Beslenme eğitimi:							0,994
Alan	77	70,6	22	20,2	10	9,2	
Almayan	57	71,3	16	20,0	7	8,8	
Branş Bilimler	55	71,4	14	18,2	8	10,4	0,756 [¥]
Dahili	20	66,7	7	23,3	3	10,0	
Cerrahi	8	57,1	5	35,7	1	7,1	
Temel	51	75,0	12	17,6	5	7,4	
Pratisyen Hekim							

¥: Fisher-Freeman-Haltonexact testi, Pearson ki-kare testi. *: p değeri <0.05 olan durumlarda aynı sütunda yer alan farklılıklar tamamen farklı harf ile gösterilmiştir (a ve b gibi)

Çalışmaya katılan 58 (yüzde 25,3) evli hekim ile 25 (yüzde 54,3) evli olmayan hekim arasındaki fastfood tüketimindeki farklılık istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001). 25-49 yaş arası hekimlerin yüzde 44,0'ı haftada en az bir defa fastfood tüketirken, 50 yaş ve üzeri grupta bu oran yüzde 18,7 idi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,001). Düzenli egzersiz yapmakta olan 17 (yüzde 23,9) hekimle düzensiz egzersiz yapan 103 (yüzde 68,7) hekim ve hiç egzersiz yapmayan 35 (yüzde 64,8) hekim arasında belirgin bir fastfood tüketim farklılığı vardı ama bu fark

istatistiksel olarak anlamlı değildi. Diğer değişkenlerle fastfood tüketimi arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$, Tablo 23)

Tablo 23

Hekimlerin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Fastfood Besin Tüketiminin Dağılımı

Değişkenler	Haftada Bir veya Daha Sık Fast Food Tüketimi				Toplam	
	Evet		Hayır		N	%**
	N	%*	N	%*		
Cinsiyet						
Erkek	38	27,7	99	72,3	137	49,8
Kadın	45	32,6	93	67,4	138	50,2
Yaş grubu (yıl)						
25-49	55	44,0²	70	56,0	125	45,5
50 ve +	28	18,7	122	81,3	150	54,5
BKİ grup						
18-24.9	33	31,1	73	68,9	106	38,5
25-29.9	36	25,9	103	74,1	139	50,6
30 ve üzeri	14	46,7	16	53,3	30	10,9
Medeni durum						
Evli	58	25,3	171	74,7	229	83,3
Bekar	25	54,3¹	21	45,7	46	16,7
Aylık gelir grup						
<=10000	18	37,5	30	62,5	48	17,5
10001-15000	25	24,0	79	76,0	104	37,8
>15000	40	32,5	83	67,5	123	44,7
Sigara						
Aktif içici	17	27,4	45	72,6	62	22,6
Bıraktım	21	28,4	53	71,6	74	26,9
Hiç içmedim	45	32,4	94	67,6	139	50,5
Alkol						
Aktif içici	57	33,1	115	66,9	172	62,5
Bıraktım	12	24,0	38	76,0	50	18,2
Hiç içmedim	14	26,4	39	73,6	53	19,3
Kronik hastalık						
Kronik h. var	26	30,6	59	69,4	85	30,9
Kronik h. yok	57	30,0	133	70,0	190	69,1

Tablo 23 (devam)

Egzersiz						
Düzenli yapar	17	23,9	54	76,1	71	25,8
Düzensiz yapar	47	31,3	103	68,7	150	54,6
Yapmaz	19	35,2	35	64,8	54	19,6
Beslenme eğitimi						
Alan	46	30,5	105	69,5	151	54,9
Almayan	37	29,8	87	70,2	124	45,1
Branş Bilimler						
Dahili	32	28,8	79	71,2	111	40,4
Cerrahi	16	32,0	34	68,0	50	18,2
Temel	4	23,5	13	76,5	17	6,1
Pratisyen	31	32,0	66	68,0	97	35,3
Hekim						

*Sadır yüzdesi **Sütun yüzdesi ¹p<0,05 ²p<0.001

**Ki-kare önemlilik testi

Çalışmaya katılan erkek hekimlerin günlük ortalama 1,5±0,8, kadın hekimlerinde günlük ortalama 1,4±0,6 litre su içtiği tespit edildi. Erkeklerde günlük su tüketiminin daha fazla olduğu görülse de, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,05). Hekimlerin günlük su tüketimi ile yaş grubu, BKİ, medeni durum, aylık gelir, sigara içimi, alkol içimi, kronik hastalık varlığı, egzersiz durumu, beslenme eğitimi alıp almaması ve öğün atlama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi (p>0,05). Elli yaş altı hekimler günlük 7,6±4,1 fincan sıcak içecek tüketirken, eli ve üzeri yaştaki hekimlerin de 9,2±4,6 fincan sıcak içecek tükettiği ve bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlendi (p<0,01). Ayrıca BKİ'yi 30 ve üzeri olanlar (p=0,036), aktif sigara içicisi ya da bırakmış olanlar (p=0,021), kronik hastalığı olanlar (p=0,035) ve pratisyen hekim olanların (p=0,039) diğerlerine kıyasla daha fazla günlük sıcak içecek tükettiği ve farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu tespit edildi. Diğer değişkenlerle günlük sıcak içecek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05, Tablo 24).

Tablo 24

Hekimlerin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Günlük Su ve Sıcak İçecek Tüketiminin Dağılımı

Değişkenler	Günlük Su Tüketimi (Litre)		Günlük Sıcak Sıvı Tüketimi (fincan 100ml)	
	N	ortalama±ss	N	ortalama±ss
Cinsiyet				
Erkek	137	1,5±0,8	137	8,9±5,1
Kadın	138	1,4±0,6	138	8,0±3,7
Yaş grubu (yıl)				
25-49	125	1,5±0,6	125	7,6±4,1
50 ve +	150	1,5±0,7	150	9,2±4,6²
BKİ grup (kg/m ²)				
18-24,9	106	1,4±0,6	106	7,9±3,6
25-29,9	139	1,5±0,7	139	8,3±4,6
30 ve üzeri	30	1,5±0,8	30	10,7±5,9¹
Medeni durum				
Evli	229	1,5±0,7	229	8,5±4,3
Bekar	46	1,6±0,7	46	8,1±5,4
Aylık gelir grup				
≤10000	48	1,5±0,7	48	7,7±4,2
10001-15000	104	1,5±0,8	104	8,9±4,4
>15000	123	1,4±0,6	123	8,4±4,6
Sigara				
Her gün en az bir	62	1,4±0,7	62	9,1±4,1
Bıraktım	74	1,5±0,8	74	9,2±5,4
Hiç içmedim	139	1,5±0,6	139	7,7±4,0¹
Alkol				
Her gün en az bir	172	1,5±0,7	172	8,7±4,2
Bıraktım	50	1,5±0,6	50	8,0±5,8
Hiç içmedim	53	1,4±0,6	53	7,9±3,8
Kronik hastalık				
Kronik h. var	85	1,6±0,8	85	9,3±4,9¹
Kronik h. yok	190	1,4±0,6	190	8,0±4,2
Egzersiz				
Düzenli yapar	71	1,7±0,8	71	9,0±5,3
Düzensiz yapar	150	1,4±0,7	150	8,5±4,2
Yapmaz	54	1,4±0,7	54	7,7±4,0
Beslenme eğitimi;				
Alan	151	1,5±0,7	151	8,7±4,6
Almayan	124	1,4±0,7	124	8,1±4,2
Öğün atlama;				
Evet	202	1,5±0,7	202	8,4±4,6
Hayır	73	1,4±0,6	73	8,5±4,3
Branş Bilimler				
Dahili	111	1,5±0,7	111	8,3±4,4
Cerrahi	50	1,5±0,6	50	7,7±4,3
Temel	17	1,4±0,5	17	7,3±5,1
Pratisyen Hekim	97	1,5±0,7	97	9,1±4,4¹

¹p<0,05²p<0,01

**Man Whitney U testi, Kruskall Wallis testi

Çalışmaya katılan 43 (yüzde 31,4) erkek hekimin düzenli vitamin kullanımını ile 70 (yüzde 50,7) kadın arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu

($p < 0,001$). Dahili bilimlerdeki hekimlerin yüzde 29,7'si düzenli olarak vitamin kullanırken bu oranın Temel bilimlerde yüzde 41,2, Cerrahi bilimlerde yüzde 48,0 ve Pratisyen hekimlerde de yüzde 50,5 olduğu bulundu. Pratisyen hekimlerle Cerrahi bilimlerde çalışan hekimlerin diğer hekimlere göre daha fazla vitamin kullandığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0,05$, Tablo 25)

Tablo 25

Hekimlerin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Düzenli Vitamin Takviyesi Alımının Dağılımı

Değişkenler	Düzenli Vitamin Takviyesi Alımı				Toplam	
	Evet		Hayır		N	%**
	N	%*	N	%*		
Cinsiyet						
Erkek	43	31,4	94	68,6	137	49,8
Kadın	70	50,7²	68	49,3	138	50,2
Yaş grubu (yıl)						
25-49	53	42,4	72	57,6	125	45,5
50 ve +	60	40,0	90	60,0	150	55,5
BKİ grup						
18-24.9	50	47,2	56	52,8	106	38,5
25-29.9	52	37,4	87	62,6	139	50,6
30 ve üzeri	11	36,7	19	63,3	30	10,9
Medeni durum						
Evli	97	42,4	132	57,6	229	83,3
Bekar	16	34,8	30	65,2	46	16,7
Aylık gelir grup						
≤ 10000	21	43,8	27	56,3	48	17,5
10001-15000	40	38,5	64	61,5	104	37,8
> 15000	52	42,3	71	57,7	123	44,7
Sigara						
Aktif içici	25	40,3	37	59,7	62	22,6
Bıraktım	32	43,2	42	56,8	74	26,9
Hiç içmedim	56	40,3	83	59,7	139	50,5
Alkol						
Aktif içici	71	41,3	101	58,7	172	62,5
Bıraktım	21	42,0	29	58,0	50	18,2
Hiç içmedim	21	39,6	32	60,4	53	19,3
Kronik hastalık						
Kronik h. var	41	48,2	44	51,8	85	30,9
Kronik h. yok	72	37,9	118	62,1	190	69,1
Egzersiz						
Düzenli yapar	34	47,9	37	52,1	71	25,8
Düzensiz yapar	58	38,7	92	61,3	150	54,6
Yapmaz	21	38,9	33	61,1	54	19,6
Beslenme eğitimi						
Alan	68	45,0	83	55,0	151	54,9
Almayan	45	36,3	79	63,7	124	45,1
Branş Bilimler						
Dahili	33	29,7	78	70,3	111	40,3
Cerrahi	24	48,0¹	26	52,0	50	18,2
Temel	7	41,2	10	58,8	17	6,2
Pratisyen Hekim	49	50,5¹	48	49,5	97	35,3

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi ¹ $p < 0,05$ ² $p < 0,001$ **Ki-kare önemlilik testi

Bölüm 5

Tartışma

Mersin’de çalışan hekimlerin sağlıklı beslenme tutum ve davranışlarını araştırmayı amaçlayan bu çalışma 275 hekim katılımıyla yapılmıştır. Çalışmaya katılan hekimlerin yaş ortalaması $48,0 \pm 10,2$ olup, yüzde 54,5’inin 50 yaş ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin yüzde 49,8’inin erkek, yüzde 50,2’sinin de kadın olduğu saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin BKİ ortalamasının $26,0 \pm 3,6$ kg/m^2 (Erkeklerde $27,1 \pm 3,0$ kg/m^2 , kadınlarda $25,0 \pm 3,8$ kg/m^2) olduğu ve yüzde 38,5’inin normal kiloya sahipken, yüzde 50,6’sının kilolu, yüzde 10,9’unun da şişman olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2). Hekimlerde 2000 yılında yapılan bir çalışmada çalışmaya katılan hekimler arasında şişman olanlarının oranının yüzde 0,56 olduğu bildirilmektedir (Özçelik, 2000). Efil’in (2006) yaptığı bir çalışmada çalışmaya katılan hekimlerin ortalama BKİ’si $25,2 \pm 3,5$ kg/m^2 olduğu rapor edilmektedir. Üniversite hastanesi hekimlerinde yapılan başka bir çalışmada erkeklerin BKİ ortalamasının $24,85 \pm 3,50$ kg/m^2 iken kadınların $22,39 \pm 3,03$ kg/m^2 olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada erkeklerin yüzde 38,7’si kilolu veya şişmanken, kadınların yüzde 23,9’unun kilolu veya şişman ve erkeklerin kadınlara kıyasla daha kilolu veya şişman olduğu bildirilmektedir ($p < 0,05$) (Fidan, 2016). Sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada çalışmaya katılan erkek hekimlerin yüzde 57,7’sinin kilolu, yüzde 21,6’sının şişman, kadın hekimlerin ise yüzde 22,5’inin kilolu, yüzde 10,0’ının da şişman olduğu belirlenmiştir (Kılıç, 2011). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllığında 15 yaş üzeri kişilerin yüzde 35,0’ının kilolu, yüzde 21,1’inin de şişman olmak üzere yüzde 56,1’inin kilolu ya da şişman olduğu bildirilmektedir (Birinci ve Ülgü, 2021). Çalışma sonuçlarımız diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında hekimlerin BKİ’in diğer çalışmalara kıyasla daha yüksek ve erkeklerde BKİ yüksekliğinin diğer çalışmalarla benzer olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar bölgemizde çalışan hekimlerin BKİ’inin yüksek olduğunu ve hekimlerin daha kilolu ve şişman olduğunu göstermektedir (Tablo 4,2). Bölgemizde hekimlerin BKİ’in daha yüksek ve şişman olmasının, bölgenin beslenme alışkanlıkları ve yoğun çalışma koşullarının getirdiği sedanter bir yaşama bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin yüzde 22,5'i aktif sigara içicisi iken yüzde 62,5'inin aktif alkol tüketicisi olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3). Hekimlerde yapılan bir çalışmada hekimlerin yüzde 32,7'sinin aktif sigara içicisi ve yüzde 47,7'sinin de aktif alkol içicisi olduğu bildirilmektedir (Fidan, 2016). Hekimlerde yapılan başka bir çalışmada hekimlerin yüzde 32,2'sinin aktif sigara içicisi, yüzde 30,5'inin de aktif alkol içicisi olduğu rapor edilmektedir (Efil, 2006). Sağlık çalışanlarında yapılan başka bir çalışmada ise çalışmaya katılanların yüzde 30,2'sinin sigara, yüzde 10,3'ünün de alkol içtiği rapor edilmektedir (Yücel, 2015). Sağlık çalışanlarında yapılan başka bir çalışmada ise erkeklerin yüzde 48.1'inin her gün sigara içerken bu oranın kadınlarda yüzde 25,3 olduğu ve erkeklerde sigara içmenin daha yüksek olduğu ($p<0.001$) bildirilmektedir. Aynı çalışmada çalışmaya katılanların yüzde 87,6'sının hiç alkol içmediği, alkol içenler içinde hekimlerin ağırlıkta olduğu bildirilmektedir (Kılıç, 2011). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllığında 15 yaş üzeri kişilerde aktif sigara içicilik oranının yüzde 28,0, aktif alkol içicilik oranının ise yüzde 14,9 olduğu rapor edilmektedir (Birinci ve Ülgü, 2021). Çalışmamıza katılan hekimlerin aktif sigara içicilik oranının diğer hekim ve sağlık çalışanlarına göre orta düzeyde iken, alkol içiciliğinin çok yüksek olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 4.3). Bu durum bölgemizin bir sahil ve turizm kenti olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda hekimlerin yüzde 54,9'unun daha önce beslenme eğitimi aldığı ve yüzde 81,8'inin de beslenme eğitimine ihtiyaç duyduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Beslenme eğitim ihtiyacı beyanının BKİ'i 18,0-24,9 olan ($p<0.01$) ve hiç sigara içmeyenlerde ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.11). Hekimlerin başlıca beslenme eğitimine ihtiyaç duydukları konuların sırasıyla sağlıklı beslenme, zayıflama ve yaşlı beslenmesi olduğu saptanmıştır. Eğitim almak isteyen hekimlerin de en fazla diyetisyen ve hekimlerden eğitim almak istedikleri tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada çalışmaya katılanların yüzde 33,0'ının beslenme eğitimi aldığı bildirilmektedir (Yücel, 2015). Kınır ve Kardeş (2019) yaptığı bir çalışmada beslenme eğitimi almak isteyenlerin yüzde 37,4'ünün bu eğitimi beslenme uzmanları ve diyetisyenlerden almak istediklerini rapor etmektedir. Akkartal'ın (2018) 18-64 yaş arası kişilerde yaptığı bir çalışmada beslenme eğitiminin en çok Televizyon/radyo, internet ve diyetisyenden alınmak istendiği bildirilmektedir. Diğer çalışmalara kıyasla çalışmamızda hekimlerin daha fazla beslenme eğitimi aldığı görülmektedir.

Diğer çalışmalarda olmamakla beraber, çalışmamıza katılan hekimlerin aynı zamanda yüksek oranda beslenme eğitimine de ihtiyaç duyduğu saptanmıştır. Eğitim alınacak kanal olarak hem çalışmamızda hem de diğer çalışmalarda diyetisyenlerden bu eğitimin alınması öne çıkmaktadır. Çalışmamız hekimlerin beslenme eğitimine ihtiyaç duyduklarını ortaya koymaktadır. Ayrıca çalışmamızda sağlık eğitimine ihtiyaç duyan hekimlerin özellikle normal BKİ içinde olması ve sigara içmemesi, kendi sağlığına önem veren hekimlerin daha fazla beslenme eğitimine ihtiyaç duyduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda hekimlerin yüzde 17,8'inin günlük bir litreden az su içtiği, yüzde 54,6'sının bir iki aralığında, yüzde 24,0'ının 2 litre ve üzerinde 3 litreden az ve yüzde 3,6'sının da 3 litre ve üzerinde su içtiği saptanmıştır. Hekimlerin demografik ve mesleki özellikleri ile özellikleri ile günlük su tüketimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Tablo 4.5). İl Sağlık Müdürlüğünde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının yüzde 21,7'sinin günlük iki litre ve üzerinde su içtiği bildirilmektedir (Çalışkan vd., 2020). Sağlık çalışanlarında yapılan başka bir çalışmada da çalışmaya katılanların günlük 7,43±3,51 bardak (yaklaşık 2 litre) su içtiği bildirilmektedir (Yücel, 2015). 18-65 yaş arası kişilerde yapılan bir çalışmada da çalışmaya katılanların yüzde 58,6'sının günlük 8 bardaktan fazla su içtiği rapor edilmektedir (Karacif vd., 2020). Mersin'de hekimlerin diğer çalışmalara kıyasla günlük 2 litre ve üzerinde su tüketiminin daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum Mersin'in sıcak bir iklime sahip olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda hekimlerin yüzde 25,8'inin günlük 0-5 fincan sıcak içecek tüketirken, yüzde 44,7'sinin 6-10 fincan ve yüzde 29,5'inin de 10 fincandan fazla sıcak içecek tükettiği tespit edilmiştir ((Tablo 4.5). Hekimler arasında 50 yaş ve üzerinde olanların 50 yaş altında olanlara kıyasla ($p<0,01$), BKİ'i 30'un üzerinde olanların 18,0-24,9 arasında olanlara kıyasla ($p<0,05$), aktif sigara içicisi olanların hiç sigara içmeyenlere kıyasla ($p<0,05$), kronik hastalığı olanların ($p<0,05$) ve pratisyen hekimlerin de diğer hekimlere kıyasla ($p<0,05$) günlük sıcak içecek tüketiminin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.22). Sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada çalışmaya katılanların günlük 5,40±4,56 bardak da çay kahve tükettiği bildirilmektedir (Yücel, 2015). Sıcak içecek tüketimi konusunda sadece bir çalışmaya ulaşılabildi. Çalışma sonucumuz bu çalışma ile karşılaştırılırsa, Mersin'de hekimlerin daha fazla günlük sıcak içecek tükettiği

görülmektedir. Ayrıca çalışmamızda sigara içenlerin, şişman olanların ve 49 yaş ve üzerinde olanların daha fazla sıcak içecek tükettiği tespit edilmiştir. Bu durum sigara tüketiminin çay kahve içmeyi artıran bir faktör olmasına bağlı olabilir. Şişman olmanın sıcak içecek tüketimini artırması, sıcak içeceklerle beraber atıştırmalıkların çok tüketilmesiyle açıklanabilir. İleri yaşta olmak ile sıcak içecek tüketimi arasındaki ilişki açıklanamamıştır.

Çalışmamızda hekimlerin yüzde 54,5'inin günlük üç ana öğün, yüzde 7,6'sının günlük üç ara öğün ve ortalama $3,7 \pm 1,1$ öğün tükettiği saptanmıştır (Tablo 4.6). Hekimlerinde yapılan bir çalışmada çalışmaya katılanların yüzde 65'inin her zaman sabah kahvaltısı yaptığı, yüzde 72,3'ünün her zaman öğle yemeği ve yüzde 85,9'unun da her zaman akşam yemeği yediği rapor edilmektedir (Fidan, 2016). Hekimlerde yapılan başka bir çalışmada da hekimlerin yüzde 65,0'inin günde 3 öğün tükettiği tespit edilmiştir (Özçelik, 2000). Sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada çalışmaya katılanların yüzde 73,2'sinin günlük 3 ya da daha fazla ana öğün ve yüzde 13,4'ünün de 3 ya da daha fazla ara öğün tükettiği, yüzde 65,7'sinin her gün kahvaltısı yaptığı bildirilmektedir (Yücel, 2015). Halk Sağlığı Müdürlüğü çalışanlarında yapılan bir çalışmada çalışmaya katılanların yüzde 38'inin günlük öğün sayısının 3 olduğu bildirilmektedir (Kaya, 2017). Sağlık çalışanlarında yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların yüzde 85,1'inin 3 ana öğün, yüzde 7,8'inin de 3 ara öğün tükettiği bildirilmektedir (Ulaş ve Genç, 2010). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllığında 15 yaş üzeri kişilerin yüzde 85'inin sabah kahvaltısı yaptığı, yüzde 75,3'ünün öğle yemeği yediği ve yüzde 96,3'ünün de akşam yemeği yediği rapor edilmektedir (Birinci ve Ülgü, 2021). Çalışma bulgularına bakıldığında zaman, günlük üç öğün tüketilmesinin ağırlıkta olduğu, ara öğün tüketim sıklığının ise az olduğu görülmektedir. Çalışma bulgularımız da bu sonucu desteklemektedir. Hem diğer çalışma sonuçları hem de çalışma sonucumuza göre ara öğün tüketiminin düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Bu durum ülkemizin beslenme kültürü ile ilişkili olabilir. Aynı zamanda çalışmamız COVID-19 pandemisi esnasında yapıldığı için maske kullanımının da hekimlerin beslenme alışkanlıklarına etki ettiği düşünülebilir.

Çalışmamızda hekimlerin yüzde 73,5'i günlük beslenmeleri içinde en az bir ana veya bir ara öğün atlamaktadır. En çok atlanan ana öğünün sabah kahvaltısı, en çok atlanan ara öğünün ise öğlen öncesi ara öğün olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin başlıca öğün atlama nedeni ise "acıkmıyorum" olarak ifade edilmektedir (Tablo 4.6).

Öğün atlama ile sosyo demografik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p>0.05$, Tablo 4.14). Hekimlerde yapılan bir çalışmada katılımcıların yüzde 63,9'unun öğün atladığı ve yüzde 42,2 ile en çok atlanan öğünün sabah kahvaltısı olduğu belirtilmektedir. Yine aynı çalışmada öğün atlayanların büyük çoğunluğu atlama sebebi olarak yüzde 71,3 ile "Unuttuğu/fırsat bulamadığı için" cevabını vermiştir (Özçelik, 2000). Sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılanların yüzde 34,0'ının gün içinde öğün atladığı, en çok atlanan öğünün öğlen ve kahvaltı olduğu, başlıca öğün atlama nedenlerinin de "fırsat bulamama" ve "acıkmama" olduğu bildirilmektedir (Yücel, 2015). Sağlık çalışanlarında yapılan başka bir çalışmada çalışmaya katılan kadınların yüzde 74,2'sinin bazen ya da her zaman öğün atladığı, bu oranın erkeklerde yüzde 75,0 olduğu ve aralarında fark olmadığı bildirilmektedir. Başlıca öğün atlama nedeninin her iki cinsiyette de "fırsat bulamama" ve "can çekmeme" olduğu bildirilmektedir (Yücel, 2015). Sağlık çalışanlarında yapılan başka bir çalışmada da çalışmaya katılanların yüzde 66,7'sinin bazen veya her gün öğün atladığı, en fazla atlanan öğünün öğlen ve sabah öğünü olduğu bildirilmektedir. Başlıca öğün atlama nedenleri "canın çekmeme" ve "vakit bulamama" olarak bildirilmektedir (Ulaş vd., 2010). Sağlıklı yetişkinlerde yapılan bir çalışmada katılımcıların yüzde 46,1'inin ana öğün atladığı, en sık atlanan öğünün sabah ve öğle öğünü olduğu bildirilmektedir (Karadağ, Elibol, Yıldırım, Akbulut, Çelik, Değirmenci ve Dinler, 2016). Yapılan bir derlemede de en çok atlanan öğünlerin sabah ve öğlen öğünü olduğu, akşam öğününü atlamanın düşük olduğu bildirilmektedir (Avcu, 2017). Yapılan çalışma sonuçlarına bakıldığında zaman hem sağlık çalışanlarında hem de diğer erişkin gruplarında günlük beslenme düzeninde öğün atlamanın çok yaygın olduğu görülmektedir. Çalışmalardan başlıca atlanan öğünün sabah kahvaltısı ve onu öğle yemeğinin izlediği, en az atlanan öğünün ise akşam yemeği olduğu görülmektedir. Bu sonuçları çalışma bulgularımız da desteklemektedir. Hem çalışma sonucumuz hem de diğer çalışma sonuçlarından akşam yemeğinin daha az atlanması, yemek kültürümüzde bu yemeğe daha fazla önem verilmesinden (aileyi bir araya getiren bir etkinlik) kaynaklanabilir.

Çalışmamızda hekimlerin yüzde 69,8'i hiç fastfood besin tüketmezken, yüzde 26,9'u haftada 1-2 defa fastfood besin tükettiği saptanmıştır. En çok tüketilen fastfood besinin sırasıyla pizza ve hamburger olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.7). Hekimler arasında 50 yaş altında olanlarla ($p<0,001$) evli olmayanların ($p<0,05$) daha fazla

fastfood tükettiği ve aradaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.21). İl Sağlık Müdürlüğünde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının yüzde 36,1'inin hiç fastfood besin tüketmediği, yüzde 10,2'sinin haftada 1-2 defa, yüzde 1,2'sinin haftada 3-4 defa ve yüzde 52,5'inin de daha seyrek fastfood tükettiği rapor edilmektedir (Çalışkan vd., 2020). Günümüzde toplumda fastfood besinler artarak tüketilmektedir. Çalışma koşullarındaki değişim, fastfood besinlere ulaşımın ve tüketimin kolaylığı ve bu besinlerin lezzet artırıcı katkılarla çekiciliğinin artması ve reklamlar her geçen gün fastfood besin tüketimini artırmaktadır. Bu değişime rağmen bölgemizde hekimlerin yüzde 69.8'inin hiç fastfood besin tüketmemesi olumlu bir beslenme alışkanlığı olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamıza katılanların yüzde 41,1'inin düzenli olarak vitamin tükettiği tespit edilmiştir. En fazla tüketilen vitaminlerin ise sırasıyla D vitamini, multivitamin ve B grubu vitaminler olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8). Hekimler arasında kadınların ($p<0,001$) ve pratisyen hekimlerin ($p<0,05$) diğer hekimlere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla vitamin tükettiği belirlenmiştir (Tablo 4.23). Literatürde hekimlerde vitamin kullanımı ile ilgili bir çalışmaya ulaşamadık. Bu nedenle çalışma sonuçlarımızı diğer çalışma sonuçlarıyla karşılaştıramadık ama hekimlerin yüzde 41,1'inin düzenli olarak vitaminin tüketmesi çok yüksek olduğu düşünülmektedir. COVID-19 pandemisinde bağışıklığı güçlü tutmak ve hastalıktan korunmak amacıyla vitamin takviyelerine olan ilginin artması sonucunda yetişkin bireylerde vitamin kullanımının arttığı yorumu yapılabilir.

Çalışmamızda hekimler arasında besin gruplarından günlük yetersiz tüketimin en fazla yüzde 90,2 ile sebze grubunda, en düşük yüzde 49,0 ile kuru baklagil grubunda olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.9). İl Sağlık Müdürlüğü çalışanlarında yapılan bir çalışmada katılımcıların yüzde 8.4'ünün hiç ekmek tüketmediği, yüzde 54,8'inin günlük 1-5 dilim, yüzde 30,7'sinin günlük 6-10 dilim ve yüzde 6,0'ının da daha fazla ekmek tükettiği bildirilmektedir (Çalışkan vd., 2020). Yetişkinlerde yapılan bir çalışmada beyaz ekmeği erkeklerin ($p<0,001$), tam tahıl ekmeğini kadınların ($p<0,001$) daha fazla tükettiği; kadınların erkeklere kıyasla yoğurt, ayran ($p<0,001$) ve peynir çeşitlerini ($p<0,001$) daha fazla tükettiği; taze meyveleri erkeklerin daha fazla tükettiği; kırmızı et ve işlenmiş et ürünlerini erkeklerin daha fazla tükettiği ($p<0,001$); yeşil ve sarı yapraklı sebzeleri kadınların daha fazla tükettiği bildirilmektedir ($p<0,001$) (Şahin, 2014). Sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada çalışmaya

katılanların yüzde 13,0'ının günde 3 ve daha fazla sebze meyve tükettiği, yüzde 31,8'inin de gün içinde hiç meyve sebze tüketmediği bildirilmektedir.

Yetersiz meyve sebze tüketimi yaş artışı ile azalmaktadır (Kılıç, 2011). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllığında 19 yaş ve üzeri grupta besin gruplarından günlük tüketim gram olarak değerlendirildiği zaman; et grubundan günlük 86,8 gr, yumurta 27,7 gr, kuru baklagiller 14,9 gr, süt ve süt ürünleri 188,2 gr, sebze meyve grubundan 415 gr, ekmek ve tahıl grubundan 272,3 gr, su ve diğer içeceklerden de 1728,6 ml tüketildiği rapor edilmektedir (Birinci ve Ülgü, 2021). Besin gruplarından yeterli tüketim konusu yapılan çalışmalarda farklı yöntemle değerlendirildiği için, çalışma sonuçlarımızı doğrudan diğer çalışma sonuçlarıyla karşılaştıramadık. Bu bulgulara topluca bakılacak olursa, bölgemizde hekimlerin temel besin gruplarından günlük besin düzenleri içinde önerilen miktarda tüketmediği anlaşılmaktadır. Bu sonuç çalışma grubumuz hekimler olduğu için, beklenmeyen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda hekimlerin özellikleri ile besin gruplarından günlük tüketimleri karşılaştırıldığı zaman; düzenli egzersiz yapanlarda kurubaklagil tüketiminin daha fazla olduğu; pratisyen ve temel bilimlerde çalışan hekimlerin sebze yeterli miktarda daha fazla tükettiği; 25-49 yaş arası ve aylık geliri 15000 TL'nin altında olan hekimlerin günlük meyve tüketiminin daha düşük olduğu; hiç alkol içmeyenlerde süt peynir tüketiminin daha fazla olduğu; düzenli egzersiz yapanlarda et yumurta tüketiminin fazla ve beslenme eğitimi almayanlarda et yumurta tüketiminin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin diğer özellikleri ile besin gruplarından günlük tüketim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Bu sonuçlar üzerinden, düzenli egzersiz yapmak, alkol kullanmamak, beslenme eğitimi almak, yaş ve aylık gelirin yüksek olmasının bazı besin gruplarından günlük tüketimi olumlu yönde etkilediği düşünülebilir. Bununla beraber, daha çok diğer değişkenler yönünden besin gruplarından günlük tüketimin farklılık göstermemesi, genel olarak hekimlerin besin gruplarından benzer günlük tüketim yaptıklarını göstermektedir. Literatürde bu sonuçlarımızı karşılaştıracak bir çalışmaya ulaşamadığımız için, sonuçlarımızı benzer çalışma sonuçlarıyla karşılaştıramadık.

Çalışmamıza katılan hekimlerin SBİTÖ'den ortalama $75,27 \pm 12,7$ puan aldığı ve buna göre hekimlerin yüzde 85,8'inin sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum puanının

yüksek ya da çok yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.10). SBİTÖ puanının 50 yaş ve üzerinde olanlarda ($p<0,001$), düzenli egzersiz yapanlarda ($p<0,05$), süt ve süt ürünleri ($p<0,01$) ile meyveyi günlük yeterli düzeyde tüketenlerin ($p<0,001$) ölçek puanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.12, Tablo 4.13). Aynı ölçek kullanılarak yapılan bir çalışmada, kadınlarda SBİTÖ puanının $75,51\pm 10,32$ erkeklerde ise $75,80\pm 10,30$ olduğunu ve cinsiyetle SBİTÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı ($p>0,05$) rapor edilmektedir. Aynı çalışmada bekar olanların diğerlerine kıyasla ölçek puanının daha düşük ve farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ($p<0,001$), yaş ile ölçek puanı arasında düşük düzeyde bir korelasyon olduğu ve ilişkinin istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ($p<0,01$) fakat BKİ ile ölçek puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı ($p>0,05$) bildirilmektedir. Ayrıca çalışmaya katılanların yüzde 87,0'ının ölçekten aldıkları puan yüksek ya da çok yüksek olarak bildirilmektedir (Özenoğlu vd., 2021). Alkol kullanmayan hekimlerde Yeme Tutum Testi puanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmektedir ($p<0,05$) (Fidan, 2016). Tıp Fakültesi öğretim üyelerinde yapılan bir çalışmada, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Beslenme alışkanlıkları alt grubunda ortalama $20,28\pm 4,62$ puan (en düşük 9, en yüksek 36 puan alınıyor) aldıkları bildirilmektedir. Cinsiyet, medeni hal, branş, akademik unvan ve gelir seviyesi ile beslenme alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmediği bildirilmektedir ($p>0,05$). Aynı çalışmada 41 yaş ve üzerinde olanların, meslekte geçen süresi 17 yıl ve üzerinde olanların, sigara içmeyenlerin beslenme alışkanlığı puanlarının daha yüksek ve farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bildirilmiştir ($p<0,05$) (Akçakanat vd., 2015). Sağlık çalışanlarında yapılan başka bir çalışmada çalışmaya katılanların beslenme bilgi düzeylerinin yüzde 41,1'inde iyi, yüzde 31,9'unda da çok iyi olduğu bulunmuştur. Genel beslenme bilgisinin kadınlarda daha yüksek ve farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bildirilmektedir. Genel beslenme bilgi düzeyi yaşla beraber arttığı ve farkın istatistiksel olarak da anlamlı oldu bildirilmektedir. Genel beslenme bilgi düzeyi ile BKİ arasında bir fark bulunmamıştır. Beslenme eğitimi alanlarda genel beslenme düzeyi daha yüksek bildirilmektedir. Öğün atlamayanlarda genel beslenme düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Yücel 2015). Sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada da kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları içinde beslenme puanlarının daha yüksek ($p<0,05$) olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada ileri yaşta olanların ($p<0,05$), sigara ($p<0,001$) ve

alkol ($p<0,05$) içmeyenlerde beslenme puanının daha yüksek olduğu rapor edilmektedir (Yalçınkaya vd., 2007). Literatürde ulaşılabilen çalışmalara bakıldığı zaman, hekimlerde beslenmeye ilişkin tutum ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Beslenme tutum ve davranışlarına ilişkin yapılan çok sayıda çalışmanın ise farklı ölçek ve değerlendirmeler kullanılarak yapıldığı görülmektedir. Çalışmamızla aynı ölçeği kullanan, yetişkin normal popülasyonda sağlıklı beslenme tutum ve davranışını inceleyen Özgenoğlu ve arkadaşlarının (2021) çalışması ile çalışma sonuçlarımız karşılaştırıldığında; ölçekten alınan puanın birbirine benzer olduğu, bizim çalışmamızda yüksek ve çok yüksek kategorisinde puan alanların oranı yüzde 85,8 iken Özgenoğlu'nun çalışmasında yüzde 87,0 olarak bulunarak benzer olduğu görülmektedir. Buradan çalışmamıza katılan hekimlerle diğer erişkin popülasyonda bulunan kişilerin beslenmeye ilişkin tutumlarının benzer olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda beslenmeye ilişkin tutum ölçek puanından yüksek ve çok yüksek grubunda olanların yüzde 85,8 gibi yüksek bir sıklıkta olması hekimlerin beslenme tutumlarının iyi olduğunu göstermektedir. Fakat çalışmamızda hekimlerin TÜBER-2015'e göre günlük besin gruplarından tüketmelerinin düşük olması bir çelişki yaratmaktadır. Bu çelişki; hekimlerin sağlıklı beslenmeye dair tutumları iyi ama sağlıklı beslenmeye ilişkin davranışlarının yetersiz olması olarak değerlendirilmiştir. Bu durum, hekimlerin sağlıklı beslenme konusundaki sahip oldukları bilgi ve tutumunu davranışa yansıtmadığını göstermektedir.

Bölüm 6

Sonuç

- Çalışmaya 137'si (yüzde 49,8) erkek, 138'i kadın (yüzde 50,2) olmak üzere toplam 275 hekim katılmıştır. Çalışmaya katılan hekimlerin yaş ortalamasının $48,0 \pm 10,2$ yıl ve meslekte geçen ortalama süresinin ise $23,8 \pm 10,5$ yıl olduğu tespit edilmiştir.
- Hekimlerin bu güne kadar 151'inin (yüzde 54,9) beslenme eğitimi aldığı ve 225'i de (yüzde 81,8) beslenme eğitime ihtiyaç duymaktadır. En fazla ihtiyaç duyulan beslenme eğitimi konuları sırasıyla sağlıklı beslenme, zayıflama ve yaşlı beslenmesi olduğu belirlenmiştir. Hekimler en çok bu eğitimi diyetisyenlerden almak istemektedirler. BKİ 18,0-24,9 arasında olanlarla hiç sigara içmeyenlerin daha fazla beslenme eğitime ihtiyaç duyduğu tespit edilmiştir.
- Hekimlerin günlük ortalama $1,5 \pm 0,7$ litre su tükettiği tespit edildi. Hekimlerin 49'u (yüzde 17,8) günlük bir litreden az su tüketirken, 150'si (yüzde 54,6) bir litreden fazla iki litreden az, 66'sı (yüzde 24,0) iki litreden fazla üç litreden az ve 10'u da (yüzde 3,6) üç litreden fazla su içmektedir.
- Hekimlerin 71'i (yüzde 25,8) günde 0-5 fincan, 123'ü (yüzde 44,7) 6-10 fincan ve 81'i de (yüzde 29,5) günlük 10 fincandan fazla sıcak içecek içmektedir. BKİ 30 ve üzerinde olanlar, 50 yaş ve üzerinde olanlar, kronik hastalığı olanlar, pratisyen hekimler ve aktif sigara içicisi ve bırakanların daha fazla günlük sıcak içecekler içtiği tespit edilmiştir.
- Hekimler günlük ortalama $3,7 \pm 1,1$ ana ve ara öğün tüketmektedir. Hekimlerin 202'si (yüzde 73,5) en az bir ana veya ara öğün atlamaktadır. En fazla atlanan öğünler sırasıyla öğlen ve sabah öğünleri olduğu tespit edilmiştir.
- Hekimlerin 192'sinin (yüzde 69,8) hiç fastfood besin tüketmezken, 74'ünün (yüzde 26,9) haftada 1-2 defa, 6'sının (yüzde 2,2) haftada 3-4 defa ve 3'ünün de (yüzde 1,1) haftada 4 ve daha fazla fastfood besin tükettiği saptanmıştır. En sık tüketilen fastfood besinler sırasıyla pizza ve hamburgerdir. Evli olmayanlarla 50 yaş altında olanların daha fazla fastfood besin tükettiği saptanmıştır.

- Hekimlerin 113'ünün (yüzde 41,1) düzenli olarak vitamin tükettiği ve en sık tüketilen vitaminin de D vitamini olduğu saptanmıştır. Kadınların ve pratisyen hekimlerin daha fazla düzenli vitamin kullandığı tespit edilmiştir.
- Hekimlerin tahıl grubu besinlerden günlük yetersiz, yeterli ve fazla tüketim oranlarının sırasıyla yüzde 79,9, yüzde 6,5 ve yüzde 13,6 olduğu belirlendi. Bu oranların sırasıyla süt ve süt ürününde yüzde 77,2, yüzde 12,3 ve yüzde 10,5; et tavuk balık grubunda yüzde 51,2, yüzde 2,0 ve yüzde 46,8; kuru baklagil grubunda yüzde 49,0, yüzde 23,7 ve yüzde 27,3; sebze grubunda sırasıyla yüzde 90,2, yüzde 2,6 ve yüzde 7,2; meyve grubunda ise sırasıyla yüzde 70,9, yüzde 20,1 ve yüzde 9,0 olduğu tespit edildi. Egzersiz ile et grubu ve kuru baklagil grubu; alkol içme ile süt ve peynir grubu; yaş ve aylık gelir ile meyve grubu; brans ile sebze grubu ve sağlıklı beslenme eğitimi ile de et grubu besinlerin günlük tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Hekimlerin SBİTÖ'ten ortalama $75,3 \pm 12,7$ puan aldığı, aldıkları puanların gruplamasına göre hekimlerin 236'sının (yüzde 85,8) yüksek veya çok yüksek tutuma sahip olduğu saptanmıştır. Düzenli egzersiz yapanlarda, 50 yaş ve üzerinde olanlarda, süt ve süt ürünlerini yeterli tüketenlerde ve meyve grubu besinleri düzenli tüketenlerde SBİTÖ puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Hekimlerin SBİTÖ'ten yüksek puan almalarına karşın temel besin gruplarından günlük tüketimlerinde yetersizlik yüzde 49,0 ile yüzde 90,2 arasında değişmesi, hekimlerin sağlıklı beslenme konusunda tutum düzeyinin yüksek olmasına karşın bunu sağlıklı beslenme davranışı olarak yapmadıkları sonucuna varılmıştır.

Çalışmamız sonucunda; hekimlerin ihtiyaç duyduğu sağlıklı beslenme eğitiminin diyetisyenler tarafından verilmesi; hekimlerin temel besin gruplarından yeterli düzeyde daha fazla tüketmesi, öğün atlamaması, kilo vermesi ve düzenli egzersiz yapması için farkındalık çalışması ve eğitimlerin yapılması ve bu eğitimlerin yapılması için Mersin Tabip Odası ile iş birliği yapılması önerilir.

KAYNAKÇA

- Adak, N. 2020. Tüketim Kültüründe beslenme: Sağlıklı/sağlıksız yiyecekler. *Sosyoloji Dergisi/Journal of Sociology*, **40**(1), ss.197-248.
- Akçakanat, T., Toraman, A., & Çarıkçı, İ. 2015. Tıp fakültesi öğretim üyelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **1**(13),ss.84-97.
- Akdevelioğlu, Y. 2012. Banka çalışanlarının beslenme durumlarının değerlendirilmesi. *Acıbadem üniversitesi sağlık bilimleri dergisi*, **3**(1), ss.15-20.
- Akkartal, Ş. (2018). Gazimağusa’da yaşayan 18-64 yaş bireylerin beslenme bilgi düzeyleri ve diyet kalitelerinin değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Doğu Akdeniz Üniversitesi Beslenme Diyetetik Bölümü.
- Alyakut, Ö.,&Fereli, S. 2019. Gıda reklamlarında Kullanılan “Sağlıklı beslenme iletilerinin”değerlendirilmesi. *Selçuk İletişim*, **12**(2), ss.532-574.
- Anderson, L. M.,Quinn, T. A., Glanz, K., Ramirez, G., Kahwati, L. C., Johnson, D. B.,Buchanan LR, Archer W.R, Chattopadhyay S., Kalra G.P., Katz D.L., &Task Force on CommunityPreventive Services. 2009. The effectiveness work site nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: sistematic review. *AmericanJournal of PreventiveMedicine*, **37**(4), pp.340-357.
- Arıca, Ş. Ç., Güreş, N., & Arslan, 2016. Tüketicilerin sağlıklı beslenmeye yönelik tutumlarının incelenmesine yönelik bir araştırma. *Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **20**(2), ss.99-110.
- Arslan, M., Atmaca, A., Ayvaz, G., Başkal, N., Beyhan, Z., Bolu, E., & Yılmaz, M., 2009. *Metabolik sendrom klavuzu*. Ankara:Tuna Matbaacılık San ve Tic A.Ş.
- Avcu, E. Ç., 2017. Sağlıklı beslenme – neleri gözden kaçırıyoruz?. *Klinik Tıp Bilimleri*, **5**(5), ss.31-34.
- Bakır, B. O., 2017. Sağlıklı erişkinlerde beslenme önerileri ve danışmanlığı. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, **9**(2), ss.48-50.

- Balcı, C. ve Toktaş, C. 2021. D vitamini sentezi, metabolizması ve sağlık üzerine etkileri. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **6**(1), ss.33-47
- Balkan, F., 2013. Metabolik sendrom. *Ankara Medical Journal*, **13**(2), ss.85-90.
- Baysal, A. 1996. Sağlık beslenme ve akdeniz diyeti. *Beslenme ve Diyet Dergisi*,**25**(1), ss.21-29.
- Baysal, A. 2003. Sosyal eşitsizliklerin beslenmeye etkisi. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **25**(4), ss.66-72.
- Baysal, A., Aksoy, M., Bozkurt N., Merdol, T., Pekcan, G., Besler, T., Keçecioglu, S., Mercanlıgil, S.& Yıldız, E. 2008. *Diyet el kitabı*. 5. Baskı,Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
- Batmaz, H. (2018). Yetişkinler için beslenme bilgi düzeyi ölçeği geliştirilmesi ve geçerlik-güvenirlilik çalışması. (*Doktora tezi*). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Belge, R., 2018.İbn Haldun'un Mukaddime'sinde iktisadi coğrafya. *Öneri Dergisi*, **13**(50), ss.266-287.
- Besler, H. T. 2015. *Türkiye'ye özgü besin ve beslenme rehberi*.Ankara: Merdiven Reklam Tanıtım.
- Beydağ K. D.,Uğur, E.,Sonakın C., Yürügen B., 2014. Sağlık ve yaşam dersinin üniversite öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi.*GümüşhaneUniversityJournal Of HealthSciences*, 3(1), ss.599-609.
- Bilici, S., Uyar, F., Beyhan, Y., Sağlam, F. 2012. *Besin güvenliği*. Sağlık Bakanlığı Yayınları, yayın no:727, Reklam Kurdu Ajansı Org. Tan. Tas. Rek. San. Tic. Ltd. Şti.
- Birinci, Ş. ve Ülgü, M. M., 2021. T.C. *Sağlık istatistikleri yıllığı 2019*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Bosi A. T., 2015. Mikronütrientmalnütrisyon. *Halk sağlığı temel bilgiler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları. ss.1253-1257.
- Cash, S. W., Beresford, S. A., Henderson, J. A., McTiernan, A., Xiao, L., Wang, C. Y., &Patrick, D. L. 2012. Dietary and physical activity behaviours related to obesity-specific quality of life and work productivity: baseline results from a work site trial. *British Journal of Nutrition*, **108**(6), pp.1134-1142.

- Çalışkan, Z., & Saykılı, S., 2020. İl sağlık müdürlüğü çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve antropometrik ölçümlerinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, **9**(2), ss.1-12.
- Demir, G. T., Cicioğlu, H. İ. 2019. Sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ölçeği (SBİTÖ): geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, **4**(2), ss.256-274.
- Demircioğlu Y, Yabancı N., 2003. Beslenmenin bilişsel gelişim ve fonksiyonları ile ilişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **24**(24), ss:170-179.
- Dolu N., Elalmış, D. D., & Keloğlan S., 2013. Examination of attention level in nurses working night shifts in terms of the relationship between electrodermal activity and sex hormones. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, **50**, ss.197-201.
- Duran, Ü., Ögüt, S., Asgarpour, H., & Kunter, D., 2017. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **2**(3), ss.138-147.
- Efil, S. 2006. Sağlık çalışanlarında obezite sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Enginoğlu, H. D., Üçgün, A. B., Yürekli, M. V., Uskun E. (2021) Yaşam kalitesinin yordayıcısı olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları.: Tıp fakültesi öğretim elemanları örneği. *Turk J Public Health*, **19**(1):55-68.
- Erkoç, Y., Çom, S., Keskinliç, B., Karakaya, K., 2011. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakanlık Yayın No:814.
- Eroğlu, H. A. (2018). SU TÜKETİMİ VE VÜCUT KİTLE İNDEKSİ (VKİ): KESİTSEL BİR ÇALIŞMA ÖZ. *ISS2018*, 59.
- Erözgür, E., & Ersoy, G., 2020. Özel bir hastanedeki sağlık çalışanlarının fonksiyonel besinler ile ilgili bilgi düzeyi ve tüketim durumunun saptanması. *Zeugma*, **2**(2), ss.61-67.
- Ertaş, Y., & Gezmen-Karadağ, M., 2013. Sağlıklı beslenmede Türk mutfak kültürünün yeri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2**(1), ss.117-136.

- Eastwood, M. 2003. Principles Of Human Nutrition. Second Edition. BlackwellScience Ltd. pp:9-32.
- Fidan F. Üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin yeme tutum davranışı ve beden algısının değerlendirilmesi. 2016. *Yüksek Lisans Tezi*. T.C. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü.
- Günaydın N., 2014. Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin uyku kalitesi ve genel ruhsal durumlarına etkisi. *Journal Of PsychiatricNursing/Psikiyatri HemşireleriDerneği*, **5**(1), ss.33-40.
- Jaiswal A. A. 2012. Study on the intake and expenditure of calories among the manufacturing Workers.*HumanBiologyReview*, **1**(2), pp.151-168.
- Kadıoğlu, B., Kadıoğlu, S., Kaya, C. & Turan, Y. 2010. Kırsalda beslenme kültürü (Erzurum ili örneği). *Alınleri Zirai Bilimler Dergisi*, **18**(1), ss.20-27.
- Kaner, G., Soylu, M., Başmısırlı, E., & İnanç, N., 2015. Kayseri’de mobilya üretiminde çalışan işçilerin beslenme durumu ve alışkanlıklarının belirlenmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, **43**(3), ss.191-199.
- Karacif, F., Çelikcan, G., Özçakır, A., Uncu, Y.,Alper,Z., 2020. Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların sağlıklı beslenme hakkındaki tutumları. *TJFMPC*,**14**(4), ss.507-520.
- Karadağ, M. G., Elibol, E., Yıldırım, H., Akbulut, G., Çelik, M. G., Değirmenci, M.,& Dinler, M. F., 2016. Sağlıklı yetişkin bireylerde yeme tutum ve ortorektik davranışlar ile obezite arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Gazi MedicalJournal*, **27**, ss.107-114.
- Kaya, H. G., 2017. Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü çalışanlarının beslenme konusunda tutum ve davranışlarının saptanması. *Doktora Tezi*. T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kavas A. 2003. *Sağlıklı yaşam için doğru beslenme*. 4. Baskı. Ankara: Literatür Yayıncılık.
- Kılıç, M. (2011). Yozgat il merkezindeki sağlık çalışanlarında seçilmiş olumsuz sağlık davranışlarının sıklığı ve etkileyen faktörler. *Doktora Tezi*. T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Kıngır, S., & Kardeş, N., 2019. Medyanın sağlıklı beslenme davranışı üzerindeki etkisi. *Safran Kültür ve Turizm Araştırmaları Dergisi*, **2**(2), ss.163-176.
- Kocatepe, D. Ve Tırıl, A. 2015. Sağlıklı beslenme ve geleneksel gıdalar. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, **3**(1), ss.55-63
- KOÇAK, T., & ŞANLIER, N. (2017). Mikrobesein öğeleri ve mikrobiyota etkileşimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **6**(4), 290-302.
- Komduur, R. H., Korthals, M., & Te Molder, H. 2008. The good life: living for health and a life without risks? On a prominent script of nutrigenomics. *British Journal of Nutrition*, **101**(3), pp.307-316.
- Kula, S., & Çakar, B. 2015. Maslow ihtiyaçlar hiyerarşisi bağlamında toplumda bireylerin güvenlik algısı ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Bartın Üniversitesi İİBF Dergisi*, **6**(12), ss.191-210.
- Niyaz, C. ve İnan, İH. 2016. Türkiye’de gıda güvencesinin mevcut durumunun değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, **13**(2), ss.1-7.
- Özata, E., Cömert, M. 2016. Zeytinyağı ve Sağlıklı beslenme. *Zeytin Bilimi*, **6**(2), ss.105-110.
- Özçelik, Ö., & Sürücüoğlu, M. S. 2000. Tıp doktorlarının beslenme bilgi düzeyleri üzerine bir araştırma. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, **29**(1), ss.11-16.
- Özçelik, A. Ö., 2000. Sağlık personelinin beslenme alışkanlıkları üzerinde bir araştırma. *Gıda*, **25**(2), ss.93-99.
- Özdemir, A.P. 2006. Santral memuru kadınların beslenme durumları üzerine vardiyalı sistemde çalışmanın etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara.
- Özenoğlu, A., Beyza, G. Ü. N., Karadeniz, B., Fatma, K. O. Ç., Bilgin, V., Bembeyaz, Z., & Saha, B. S., 2021. Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığının sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumlar ve beden kütle indeksi ile ilişkisi. *Life Sciences*, **16**(1), ss.1-18.
- Öztek, Z. 2020. *Halk sağlığı kuramları ve uygulamaları*. Ankara: Bir Reklam Arısı.

- Pekcan, G. 2008. Beslenme durumunun saptanması. *Diyet El Kitabı*. Ankara: Klamat Matbaacılık.
- Pekcan, G., Özcan, C., Çakır, B., Nişancı, F., Aşan, F., Çetin, N., Demiray, S., Karaodul, G., 2008. *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Beslenme Modülleri*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Pekcan, G., Şanlıer, N. ve Baş, M. *Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TUBER)*. 2016. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031.
- Pieniak, Z., Żakowska-Biemans, S., Kostyra, E., & Raats, M. (2016). Sustainable healthy eating behaviour of young adults: towards a novel methodological approach. *BMC Public Health*, 16(1), 1-9.
- Sağlık Bakanlığı, 2021. *Temel besin grupları*. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/temel-besin-gruplari.html> [ulaşım yeri 27 Mayıs 2021]
- Samur, G., 2008. Vitaminler mineraller ve sağlığımız. Sağlık Bakanlığı Yayınları, yayın no: 727, Klamat Matbaacılık.
- Saraç, Z. F., & Yılmaz, M., 2015. Yaşlılık ve sağlıklı beslenme. *Ege Tıp Dergisi*, 54 (Ek sayı), ss.1-11.
- Selvi, Y., Özdemir, P. G., Özdemir, O., Aydın, A., & Beşiroğlu, L. 2010. Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(4), ss.238-43.
- Sözen, S., Bilir, N., Yıldız, A. N., Yıldız, E., & Sözen, T., 2009. Metal sektöründe bir işyerinde çalışanların beslenme alışkanlıkları ve ilişkili antropometrik ölçümleri. *Toplum hekimliği bülteni*, 28(3), ss.7-14.
- Şahin M. A. (2014). Yetişkin bireylerde diyet kalitesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. (*Yüksek Lisans Tezi*) T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Şentürk, B. 2017. Bir tekstil fabrikasında çalışan işçilerin beslenme durumlarının saptanması. *Yüksek Lisans Tezi*. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Titchenal, A., Hara, S., Caacbay N.A., Meinke-Lau, W., Yang, Y., Revilla, MKF., Draper, J., Langfelder, G., Gibby, C., Chun, CN., Calabres, A. 2020. *Human Nutrition: 2020 Edition*, University of Hawai'i at Mānoa Food Science and Human Nutrition Program.
- TNSA, 2018. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Yayını.
- TÜRK-İŞ, K. 2019. Açlık ve yoksulluk sınırı. *TÜRK-İŞ Haber Bülteni*, 26 Kasım.
- Ulaş, B., Genç M.F. 2010. Malatya Asker Hastanesinde 2007 yılında görev yapan personelin sağlıklı beslenme konusundaki tutum ve davranışları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(3), ss.187-193.
- WHO, 2015. Cancer: Carcinogenicity of the consumption of red meat and processed meat. WHO, <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/cancer-carcinogenicity-of-the-consumption-of-red-meat-and-processed-meat> [accessed 27 May 2021]
- WHO. 2000. WHO Technical Report Series 894. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. *Report of a WHO Consultation*, Geneva 2000.
- WHO 2010. *Basic documents*. World Health Organization.
- WHO. 2013. For The Prevention and Control Noncommunicable Diseases 2013-2020. *Global Action Plan*, Basım yeri: World Health Organization publication.
- WHO. 2005. Surveillance of chronic disease risk factors: country level data and comparable estimates.
- WHO. 2003. Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. *WHO Technical Report Series 916*, WHO Geneva.
- Yalçınkaya, M., Özer, F. G., & Karamanoğlu, A. Y. 2007. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), ss.409-420.
- Yılmazbaş, P., & Gökçay, G. 2015. İlk iki yaşta sağlıklı beslenme ve sağlıklı beslenme alışkanlığının geliştirilmesi. *Çocuk Dergisi*, 13(4), ss.147-153.

Yurtseven E., Eren F., Vehid S., Köksal S., Ergingöz E., & Erdoğan M. S.2014. Beyaz yakalı çalışanların beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 15(1), ss.20-26.

Yücecan, S., Pekcan, G., Açık, S., Akal, E., Samur, G. E., &Rakıcıoğlu, N. 1994. İstanbul, Muğla, Tokat ve Yozgat illerindeki ebelerin beslenme konusundaki bilgi düzeylerinin ve eğitim programının etkinliğinin belirlenmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 23(2), ss.247-254.

Yücecan, S., 2008. Optimal beslenme, *Sağlık Bakanlığı yayınları yayın no, 726*, Klasmat Matbacılık.

Yücel, B., 2015. Sağlık çalışanlarının beslenme alışkanlıkları ve beslenme bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*.Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

