

T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KAHVALTI ALIŞKANLIKLARININ
BEDEN KİTLE İNDEKSİ İLE VÜCUT BİLEŞENLERİNE ETKİSİ**

TUĞÇE UZUN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Atilla Senih MAYDA

DÜZCE, 2023

T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KAHVALTI ALIŞKANLIKLARININ
BEDEN KİTLE İNDEKSİ İLE VÜCUT BİLEŞENLERİNE ETKİSİ**

TUĞÇE UZUN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Atilla Senih MAYDA

DÜZCE, 2023

TEZ ONAYI



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

13.03.2023

Tuğçe UZUN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, yol gösterip rehberlik eden değerli danışman hocam Prof. Dr. Atilla Senih MAYDA'ya,

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince gerekli kolaylıkları sağlayan başta hastane müdürü Zekeriya KAPLAN olmak üzere Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'ndeki yöneticilerime,

Ders dönemim ve tez çalışmamda bana yardımcı olan Doç. Dr. Mehmet Ali SUNGUR, Dr. Öğr. Üy. Nehir YÜKSEL, Arş. Gör. Hasan DURMUŞ ve Arş. Gör. Hilal KARADENİZ'e,

Tez çalışmam sürecinde yardımlarını esirgemeyen çalışma arkadaşlarım Fatma ÇAKIR, Hatice ÇATANA ve Elif YILDIZ'a,

Bu süreçte işlerimi kolaylaştıran sevgili stajyerlerim Sena ALTUN ve Şevval KALMUKOĞLU'na,

Desteklerini her zaman hissettiğim yakın arkadaşlarıma,

Öğrenim hayatım boyunca aldığım bütün kararlarda her zaman yanımda olan, bugünlere gelmemde büyük emek veren annem, babam ve kardeşime,

sevgilerimi sunar, sonsuz teşekkürlerimi iletirim.

Tuğçe UZUN

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGE VE KISALTMALAR.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Obezite.....	6
2.1.1. Obezitenin Tanımı.....	6
2.1.2. Obezitenin Sınıflandırılması.....	6
2.1.3. Obezitenin Epidemiyolojisi.....	8
2.2. Beslenme.....	9
2.2.1. Beslenme ve Yeterli ve Dengeli Beslenme Tanım ve Önemi.....	9
2.2.2. Besin ve Besin Öğeleri.....	10
2.2.2.1. Proteinler.....	11
2.2.2.2. Karbonhidratlar.....	11
2.2.2.3. Yağlar.....	12
2.2.2.4. Vitaminler.....	13
2.2.2.5. Mineraller.....	15
2.2.2.6. Su.....	16
2.2.3. Besin Grupları.....	16
2.2.3.1. Süt ve Süt Ürünleri Grubu.....	17
2.2.3.2. Et ve Et Ürünleri, Yumurta ve Kuru Baklagiller ile Yağlı Tohumlar Grubu.....	17
2.2.3.3. Sebze ve Meyve Grubu.....	17
2.2.3.4. Ekmek ve Tahıl Grubu.....	18
2.3. Kahvaltı.....	19
2.3.1. Kahvaltının Tanımı ve Önemi.....	19
2.3.2. Kahvaltı Öğünün Atlanması ve Etkileri.....	20

2.4. Vardiyalı Çalışma Sistemi.....	22
2.4.1. Vardiyalı Çalışmanın Tanımı.....	22
2.4.2. Sağlık Çalışanlarında Vardiya Uygulaması.....	22
2.4.3. Vardiyalı Çalışmanın Sağlığa Etkileri.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı.....	25
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	25
3.3. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	26
3.4. Araştırma Verilerinin Analizi.....	27
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	27
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu.....	27
4. BULGULAR.....	28
4.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular.....	28
4.2. Sağlık Çalışanlarının Antropometrik Ölçümleri.....	29
4.3. Sağlık Çalışanlarının Kronik Hastalık Durumları.....	30
4.4. Sağlık Çalışanlarının Beslenme Alışkanlıkları.....	31
4.5. Sağlık Çalışanlarının Kahvaltı Alışkanlıkları.....	32
4.6. Her Gün Düzenli Kahvaltı Yapmayan Sağlık Çalışanlarında Görülen Şikayetler.....	34
4.7. Sağlık Çalışanlarının Kahvaltı Öğünü ile İlgili Düşünceleri.....	34
4.8. Sağlık Çalışanlarının Değişkenlere Göre BKİ Değerleri ve Yağ Oranları.....	35
4.9. Sağlık Çalışanlarının Kahvaltı Yapma Sıklığının Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımları.....	36
4.10. Sağlık Çalışanlarının BKİ Gruplarının Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımları.....	38
5. TARTIŞMA.....	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
6.1. Sonuçlar.....	51
6.2. Öneriler.....	53
7. KAYNAKLAR.....	54
8. EKLER.....	61

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ark	Arkadaşları
BKİ	Beden kitle indeksi
CARDIA	Koroner Arter Risk Gelişimi Çalışması
cm	Santimetre
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
kg	Kilogram
KHFR	Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması
kcal	Kilokalori
max	Maksimum
m ²	Metrekare
min	Minimum
n	Sayı
SD	Standart deviation (standart sapma)
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TURDEP	Türk Diyabet Epidemiyoloji Çalışması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
X	Ortalama

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1. Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri.....	28
Tablo 2.1. Araştırmaya katılanların antropometrik ölçüm değerleri.....	29
Tablo 2.2. Araştırmaya katılanların BKİ sınıflamasına göre dağılımları.....	30
Tablo 3. Araştırmaya katılanların kronik hastalık durumlarına göre dağılımları.....	30
Tablo 4. Araştırmaya katılanların beslenme alışkanlıklarına göre dağılımları.....	31
Tablo 5. Araştırmaya katılanların kahvaltı alışkanlıklarına göre dağılımları.....	33
Tablo 6. Araştırmaya katılan her gün düzenli kahvaltı yapmayan kişilerin şikayetlerine göre dağılımları.....	34
Tablo 7. Araştırmaya katılanların kahvaltı öğünü ile ilgili düşüncelerine göre dağılımları.....	35
Tablo 8. Araştırmaya katılanların değişkenlere göre BKİ değerleri ve yağ oranlarına göre dağılımları.....	36
Tablo 9. Araştırmaya katılanların kahvaltı yapma sıklığının çeşitli değişkenlere göre dağılımları.....	37
Tablo 10. Araştırmaya katılanların BKİ gruplarının çeşitli değişkenlere göre dağılımları.....	38

ÖZET

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KAHVALTI ALIŞKANLIKLARININ BEDEN KİTLE İNDEKSİ İLE VÜCUT BİLEŞENLERİNE ETKİSİ

Tuğçe UZUN

Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Atilla Senih MAYDA

Mart 2023, 68 sayfa

Sağlık çalışanlarının kahvaltı alışkanlıklarının ve kahvaltı öğününe karşın tutumlarının saptanması ile vücut analizlerinin yapılarak bunlar arasında anlamlı farklılıklar olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırma kesitsel olarak planlanmıştır. Araştırma Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde Eylül 2021-Temmuz 2022 tarihlerinde yürütülmüştür. Anket formu yüz yüze uygulanmış, katılımcıların boy ve kilo ölçümleri ile vücut analizleri yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 23.0 paket programı kullanılmıştır. Testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın örneklemini 132'si kadın, 68'i erkek olmak üzere toplam 200 kişi oluşturmuştur. Araştırmaya katılanların çoğunluğu %39.5 (n=79) ile hemşire ve hemşire yardımcısıdır. Araştırmaya katılanların %62'si (n=124) düzenli mesai ile çalışırken %38'i (n=76) nöbet usulü ile çalışmaktadır. BKİ değerlerine bakıldığında kadınlarda ortalama sonuç 25.07 ± 4.29 , erkeklerde ise 26.79 ± 3.46 'dır. Kadınların %50.8'i normal, erkeklerin %44.1'i hafif kilolu BKİ aralığındadır. Kadınların yağ oranları ortalama $\%28.27\pm6.84$, erkeklerin ise $\%21.31\pm4.89$ 'dur. Çalışma şekli ile kahvaltı yapma sıklığı arasında anlamlı bir ilişki ($p=0.018<0.05$) bulunduğu görülmektedir. Ayrıca kahvaltı yapma sıklığı ile kronik hastalık varlığı arasında anlamlı bir ilişki ($p=0.007<0.05$) bulunmuştur. Düzenli kahvaltı yapmayan katılımcılarda kronik hastalık varlığı daha fazladır. BKİ grupları ile medeni durum ($p=0.00<0.05$), kahvaltının kiminle yapıldığı ($p=0.009<0.05$) ve kahvaltıda tüketilen besinler ($p=0.000<0.05$) arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre sağlıklı yaşam tarzı ve doğru beslenme alışkanlığının geliştirilmesi, yanlış beslenme uygulamalarının ortadan kaldırılması için sağlık çalışanlarına beslenme eğitimi verilmesi önerilmektedir. Sadece sağlık çalışanlarına değil, diğer kurum ve kuruluşlarda çalışan farklı meslek gruplarına da sağlıklı beslenme ile ilgili eğitimler verilerek toplumun bilinçlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Beden kitle indeksi, Beslenme alışkanlıkları, Kahvaltı, Öğün atlama, Vücut bileşenleri

ABSTRACT

THE EFFECTS OF BREAKFAST HABITS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS ON BODYMASS INDEXAND BODY COMPONENTS

Tuğçe UZUN

Master of Science Thesis, Department of Public Health

Supervisor: Prof. Dr. Atilla Senih MAYDA

March 2023, 68 pages

This cross-sectional study was conducted to determine the breakfast habits and attitudes of healthcare professionals towards breakfast meal and to determine whether there is a significant difference between them by body analysis. The research was carried out at Duzce University Health Application and Research Center between September 2021 and July 2022. The questionnaire form prepared by the researcher was applied face to face, and the height, weight measurements and body analyzes of the participants were made by the researcher. Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 23.0 package program was used to evaluate the data obtained from the research. The statistical significance level in the tests was evaluated as $p<0.05$. The sample of the study consisted of a total of 200 people, 132 women and 68 men. The majority of the participants in the study are nurses and nurse assistants with 39.5% ($n=79$). While 62% ($n=124$) of the participants work in regular hours, 38% ($n=76$) work on a shift basis. When the BMI values are examined, the mean result is 25.07 ± 4.29 for women and 26.79 ± 3.46 for men. According to the BMI of the participants, 50.8% of women are normal and 44.1% of men are overweight. While the mean fat percentage in women is $28.27\pm6.84\%$, it is $21.31\pm4.89\%$ in men. It is seen that there is a significant relationship ($p=0.018<0.05$) between the way of working and the frequency of having breakfast. In addition, a significant relationship was found between the frequency of having breakfast and the presence of chronic disease ($p=0.007<0.05$). The presence of chronic disease is higher in participants who do not regularly eat breakfast. There was a significant difference between BMI groups and marital status ($p=0.00<0.05$), who had breakfast with ($p=0.009<0.05$) and foods consumed for breakfast ($p=0.000<0.05$).

According to the results of the research, it is recommended to provide nutrition education to healthcare professionals in order to develop a healthy lifestyle and appropriate eating habits, to eliminate wrong nutrition practices. It is recommended to raise awareness of the society on this issue by providing trainings on healthy nutrition not only to health professionals, but also to different occupational groups working in other institutions and organizations.

Key words: Body mass index, Nutrition habits, Breakfast, Skip meals, Body components

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Ekonomik olarak büyüyen dünyada kalkınmanın artmasıyla kişilerin eğitim seviyeleri yükselmekte, gıda ve konut gereksinimleri daha kolay giderilmekte, su ve sanitasyon denetimlerinin iyileşmesiyle beraber bulaşıcı hastalıklarda ölüm oranlarında düşüşler yaşanmaktadır. Böylece kişilerin yaşam süreleri uzamaktadır. Uzayan yaşam süresi de kronik hastalıkların görülme sıklığının ve hasta yükünün artmasına neden olmaktadır.¹ Erkek ve kadın fark etmeksizin, bütün yaş gruplarında kronik hastalıklar için sağlıklı beslenme, yetersiz fiziksel egzersiz ve sigara kullanımı majör davranışsal risk faktörlerindendir.² Sadece yaşlı nüfusu değil, üretken yaş nüfusu da (20-64 yaş) kronik hastalıklardan etkilenmekte ve her yaş grubunda ölüm nedenlerinin büyük bir bölümünü kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Kronik hastalıklara bağlı ölüm oranları bütün dünyada her geçen yıl artmakta ve giderek daha da artması beklenmektedir.^{3,4} Anlaşıldığı üzere kronik hastalıklar çağımızın önemli sağlık problemlerini oluşturmaktadır ve bu hastalıklardan korunma stratejilerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlıklı beslenme kronik hastalıklardan korunmada önemli bileşenlerden biridir. Sağlıksız beslenme alışkanlıkları, kronik hastalıklara direkt olarak neden olabileceği gibi; kişilerin fazla kilolu veya obez olmalarına ve/veya yağ oranlarının yükselmesine de neden olarak kronik hastalıklar için oldukça önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır.

Yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenme; sağlığın korunması ve kaliteli olarak sürdürülmesi, hastalıklardan korunma, hastalık durumunda tedavinin etkisinin artırılması ve süresinin kısaltılmasında ana etkindir.⁵ İnsanın büyüüp gelişmesi, sağlığını sürdürmesi, üretken biçimde yaşayabilmesi için ihtiyaç duyduğu enerjinin ve besin öğelerinin vücuda yetecek miktarda düzenli ve dengeli olarak alınmasına sağlıklı beslenme denir. Yetersiz beslenme, besin öğelerinin düzenli, yeterli ve sürekli alınmamasına bağlı olarak vücudun yeterli enerjiyi oluşturamaması ve doku yapımı hasarının olması durumudur. Dengesiz beslenme ise kişinin vücudunun ihtiyacından fazla besin öğelerini tüketmesi ve bunun sonucunda vücut kilo ve yağ oranının artmasına denir.⁶ Kişinin gün içerisinde yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenmesi, yorgunluğun giderilmesini, stresle başa çıkılmasını, sağlıklı düşünülmesini ve hastalıklardan korunulmasını sağlar. Besinlerin çeşidi, vücuda alınma sıklığı ve öğünler arasında geçen süre besinlerin vücuttaki sindirim süresini etkiler. Vücuttaki hormonal

ve enzimatik dengeler vücuda alınan besinlerin miktarına ve alım aralıklarına göre değişmekte ve farklılık göstermektedir. Vücut bu değişimlere adapte olarak yaşamını sürdürmeye devam eder. Eğer uzun süre aç kalınırsa, beslenme tek yönlü olursa ya da besin alımı aşırı olursa vücuttaki hormonal ve enzimatik sistemlerin dengesi bozulur ve kişinin sağlığı olumsuz etkilenir. Vücudun protein sentezlemesi belirli bir zaman ile kısıtlı olduğu için uzun süreli açlık organizmada daha az protein tutulmasına, idrarla fazla azot atılmasına neden olur. Beslenme aralığı uzun olduğu zaman vücuttaki protein dengesi bozulmakta ve protein miktarı azalmaktayken, öğün aralıkları sık olduğunda pozitif azot dengesi sağlanmakta ve vücut protein miktarı artmaktadır. Ayrıca beslenme aralığının uzun olması vücutta depolanan yağ miktarının, dolayısıyla kandaki yağ oranının artmasına neden olur. Kandaki yağ oranlarının artması ise kolesterol, kalp hastalıkları gibi çeşitli hastalıklara neden olmaktadır. Vücuda alınan besin öğelerinin dağılımı metabolizmanın düzenli çalışmasını etkilediğinden öğün içeriği de günlük öğün sayısı kadar önemlidir. Öğünlerde yeterli miktarda protein alınmazsa vücudun ihtiyacı olan elzem aminoasitler yeterli alınamayacağı için gerekli büyüme ve gelişme sağlanamaz. Vücut canlılığını kaybeder. Bir öğünde eksik alınan aminoasitler diğer öğünde telafi edilemeyeceğinden gerekli proteinlerin gün içinde iki yerine üç öğünde alınması pozitif denge sağlar.^{7,8,9}

Gün içinde en çok ihmal edilen öğün kahvaltıdır, oysaki sağlıklı beslenme içinde kahvaltının önemi büyüktür.¹⁰ Çalışmalar, yeterli ve dengeli kahvaltının düzenli yapılması halinde beslenmeyi olumlu yönde etkilediğini ortaya koymaktadır. Yapılan klinik çalışmalar gün içinde tüketilen öğün sayısının artması ve düzenli kahvaltı yapılması ile iştah ve enerji ihtiyacında düşüş yaşandığını göstermektedir.^{11,12} Kahvaltı öğünün bir diğer faydası ise kişiler kahvaltı yaptıkları zaman gün içinde tükettikleri atıştırmalık miktarında azalma olmaktadır, böylece vücuda alınan enerji ve yağ miktarları azalmaktadır.¹³ Yapılan çalışmanın birinde insanların hem ana hem de ara öğünlerde aldığı enerji ve besinler kıyaslanmış ve kahvaltı öğününün lif, demir ve kalsiyum alımı için önemli olduğu bulunmuştur. Bu besin öğeleri hastalıkları önlemede önemlidir.¹⁴ Gözlemsel çalışmalar, kahvaltıyı düzenli olarak yapan kişilerin mikro ve makro besin öğeleri yüksek, enerji içeriği düşük, liften zengin besinleri tüketmeleri nedeniyle beslenme durumlarının daha iyi olduğunu göstermektedir.^{15,16,17} Araştırmalarda kahvaltı yapmayan veya kahvaltıda yeterli enerji ve besin ögesi almayan kişilerin ateroskleroz, kardiyometabolik risk belirteçlerinin daha yüksek olduğu

bulunmuştur. Kahvaltı yapmayan kişilerin bel çevrelerinin, beden kitle indekslerinin, kan basınçlarının, kan lipidlerinin, açlık glikoz düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Kahvaltı yapmayan kişilerin sağlıksız ve dengesiz bir beslenme düzenlerinin, sigara-alkol gibi sağlıksız alışkanlıklarının ve sağlıksız hayat tarzlarının olduğu görülmüştür. Ayrıca, kahvaltı yapmayan kişilerin fazla kilolu ya da obez olma ihtimalleri daha fazla bulunmuştur.¹⁸

Kişilerin günlük alması gereken enerji miktarları yaş, cinsiyet gibi durumlara göre değişkenlik gösterir. Bir kişi yeterli bir kahvaltı ile günlük alması gereken enerji miktarının 1/4 ünü veya 1/5 ini almalıdır. Kan şekeri seviyelerinin düzenlenmesi, açlık, yorgunluk, halsizlik gibi hislerin olmaması için kahvaltıda alınacak enerji miktarı günlük alınması gereken enerji miktarının 1/5 inin altında olmamalı ve kahvaltıda yeterli miktarda protein olmasına dikkat edilmelidir. Kahvaltı öğününde çeşitli besinlerin olmasına özen gösterilmelidir, protein kaynakları yer almalı, sebze-meyveler, süt ve ürünleri, tahıllar kahvaltıda bulunmalıdır.^{8,19}

Yapılan çalışmalar göz önüne alındığında düzenli kahvaltı yapan bireylerin, düzenli kahvaltı yapmayanlara göre BKİ'lerinin ve vücut yağ oranlarının daha düşük olması beklenmektedir. Yapılan bu araştırmada sağlık çalışanlarının kahvaltı alışkanlıklarının saptanması ve düzenli mesai saati ve nöbet usulü çalışan kişilerin kahvaltı alışkanlıklarındaki farkların belirlenmesi, sağlık çalışanlarının günün en önemli öğünü olan kahvaltıya karşı tutumlarının saptanması, düzenli kahvaltı yapmayan bireylerin kahvaltıyı atlama nedenlerinin bulunması, bireylerin BKİ ve vücut bileşenleri (vücut yağsız doku, vücut yağ ve su oranları) nin saptanması ve çeşitli değişkenlere göre BKİ ve yağ oranlarının kıyaslanması, düzenli kahvaltı yapan ve yapmayan bireyler arasında BKİ değerlerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığının bulunması amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Obezite

2.1.1.Obezitenin Tanımı

Obezite, hayat kalitesini ve süresini olumsuz yönde etkileyen bir sağlık sorunudur. Obezite, bir hastalık olarak tanımlanabilir, aynı zamanda da kronik hastalıklar için bir risk faktörüdür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), aşırı kilolu olma ve obeziteyi, kişinin sağlığını bozacak düzeyde anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlamaktadır.²⁰ Vücuda alınan enerji ile harcanan enerji dengede olmazsa vücut ağırlığının kontrolü sağlanamaz. Vücuda besinlerle alınan enerjinin fazla olması ve günümüzde hareketsiz (sedanter) yaşama bağlı olarak enerjinin yeteri kadar harcanamaması durumunda fazla enerji vücutta yağ dokusu olarak depolanır, bu durum da obezite gelişimine sebep olur. Obezite önlenabilir ölümlerin en önemli sebeplerindendir. Obezitenin ortaya çıkması birçok farklı faktöre bağlıdır. Obeziteye yol açtığı bilinen sosyo-demografik özelliklerin yanında yanlış ve fazla beslenme ile yetersiz fiziksel aktivite en önemli risk faktörleri olarak gösterilmektedir.²¹

Obezitenin geçmişten günümüze tarihçesine bakarsak, Latin kökenli bir sözcük olan “Obesus”, obezite kelimesinin kaynağıdır. Obesus, “yemek yeme” anlamına gelir ve “Obedere”nin di’li geçmiş zaman halidir. Obezite, tarihsel süreçte önceleri toplumsal olarak makbul kabul edilmiş ve obezitenin maddi imkân fazlalığını gösterdiği düşünülmüştür. Sanayi devrimiyle birlikte bu düşünceler değişmiş ve obez kişiler yavaş, sorunlu ve sağlıksız olarak düşünölmeye başlanmıştır. Zayıf olma ile güzellik algısı zamanla daha fazla kabul görmeye başlanmıştır. Yunan tıbbında boşaltım sistemini bozan, idrar çıkışını arttıran bitkilerden söz edilmiş, Hipokrat ise zayıflama ve dengeli beslenmenin öneminden bahsetmiştir.²²

2.1.2.Obezitenin Sınıflandırılması

Obezite, beden kitle indeksine, vücut yağ dağılımına ve yağ hücrelerine göre sınıflandırılmaktadır.

Beden Kitle İndeksine göre: Obezite çalışmalarında DSÖ tarafından kabul gören bir antropometrik ölçüm yöntemi olan beden kitle indeksi (BKİ), boy ölçümleri ile vücut

ağırlığı kullanılarak kolaylıkla hesaplanabilen, cinsiyet ayrımı yapılmadan bütün kişilere uygulanabilen, yaygın ve geçerli boy-ağırlık indeksi olarak kabul edilmektedir. Kolay hesaplandığından obezitenin klinik tanısında kullanımı yaygındır. BKİ'nin kısıtlı olduğu noktalar, sadece boy ve kiloya bağlı olması, yaşa, fiziksel aktivite düzeyi ve cinsiyete göre değişkenlik gösteren yağlanma düzeylerini dikkate almamasıdır.

BKİ, vücut ağırlığının (kilogram cinsinden), boyun karesine (metre cinsinden) bölünmesi ile "Vücut ağırlığı (kg)/ boy (m²)" basitçe hesaplanabilmektedir. BKİ'nin 18.5 kg/m²'den az olması zayıf, 18.5-24.99 kg/m² arası olması normal, 25-29.99 kg/m² arası kilo fazlalığı, hafif şişmanlık (hafif kiloluluk) ya da pre-obez olarak kabul edilir. 30 kg/m² ve daha yüksek olan BKİ ise obeziteyi gösterir. BKİ 30-34.99 kg/m² aralığı 1. dereceden obezite, BKİ 35-39.99 kg/m² aralığı 2. dereceden obezite ve BKİ ≥ 40 kg/m² morbid obezite olarak alt sınıflara ayrılabilir.^{7,20,23} Yağ oranları değerlendirilecek olursa ortalama vücut ağırlığında olan erkeklerin vücut yağ oranı %15-20, kadınların ise %25-30 arasındadır. Yağ oranının erkeklerde %25, kadınlarda ise %30'un üstüne çıkması obeziteyi oluşturmaktadır.²⁴

Vücut yağ dağılımına göre: Bouchard vücutta biriken yağın yerleşim yerine göre obeziteyi dört kategoriye ayırmıştır.

Tip-I: Ovoid tipte vücut yağı tüm vücutta eşit oranlarda dağılmaktadır.

Tip-II: Abdominal obezite ya da android obezitede deri altı yağ gövdede özellikle de göbek bölgesinde yoğunlaşmıştır. Bu obezite tipinin insülin direnci ile ilişkisi gösterilmiştir. Android obezite hastalıklar açısından daha fazla risk oluşturmaktadır.

Tip-III: Bu tip obezitede visceral yağ karın bölgesinde yoğunlaşmıştır. Glukoz intoleransı, hiperlipidemi ve hipertansiyon ile aralarında ilişki gösterilmiştir.

Tip-IV: Jinoid obezite ise gluteal bölgelerde deri altında aşırı yağ birikmesi ile karakterize olan armut tipi obezitedir. Jinoid obezite, obezite ile ilişkili hastalıklar açısından fazla risk oluşturmamaktadır.^{20,25}

Yağ hücresine göre: Hipertrofik ve hipersellüler obezite olarak ikiye ayrılır.

Hipertrofik obezite yaygın olarak erişkin dönemde ortaya çıkar. Santral yerleşimli, büyümüş ve lipit içeriği artmış yağ hücrelerinin birikimi ile karakterizedir.

Hipersellüler obezite ise çocukluk çağında görülür. Periferik yerleşimli, artmış yağ hücresi sayısı söz konusudur.²⁶

2.1.3.Obezitenin Epidemiyolojisi

Dünya genelinde obezite görülme sıklığı 1975 ile 2016 yılları arasında yaklaşık üç katına çıkmıştır. 2016 yılında, 18 yaş ve üzeri, 650 milyondan fazlasının obezitesi olan 1.9 milyardan fazla yetişkin aşırı kilolu bulunmuştur. 2016 yılında 18 yaş ve üzeri erkeklerin %39'u ve kadınların %40'ı fazla kilolu olarak tespit edilmiştir. Genel olarak 2016 yılında dünya yetişkin nüfusunu yaklaşık olarak %13 oranında (erkekler %11 ve kadınlar %15) obezitesi olan bireyler oluşturmuştur.^{20,23} Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde obezite oranı 1999-2000 yılları arasında %30.5 olarak açıklanırken, bu oran 2017-2018 yılları arasında %45'e çıkmıştır.²⁷ Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü raporuna göre Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü ülkelerinde yaşayan iki yetişkin kişiden biri obezdir. Yetişkin obezitesinin en yaygın görüldüğü ülkeler ABD, Yeni Zelanda, Meksika ve Macaristan olarak bildirilirken yetişkin obezitesinin en az rastlandığı ülkeler Kore ve Japonya'dır. Bu rapora göre obezitenin 2030 yılına kadar artışının devam edeceği öngörülmekte ve bu artışın en çok İsviçre ve Kore'de olması beklenmektedir.²⁸

Türkiye'de de obezite prevalansı tüm dünyada olduğu gibi giderek artmaktadır. Ülkemizde 1997-98 yılları arasında yapılan Türk Diyabet Epidemiyoloji Çalışması 1 (TURDEP I) çalışmasına 540 merkezden 20 yaş ve üzeri 24788 kişi katılmış ve genel popülasyonda %22 (kadınlarda %29, erkeklerde %13) oranında obezite prevalansı olduğu saptanmıştır. Yaş dağılımına göre obezite sıklığının 30'lu yaşların ortalarında yükseldiği, 45-65 yaşları arasında ise en yüksek düzeye ulaştığı bulunmuştur. Obezite sıklığı kırsal bölgede %19.6 iken kentsel bölgede %23.8 olarak tespit edilmiştir. Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde diğer bölgelere göre obezite oranı daha azdır. TURDEP I çalışması yapıldıktan 12 yıl sonra, aynı merkezlerde 26500 erişkin ile TURDEP II çalışması yapılmış, obezite sıklığı genel toplumda %35 (erkeklerde %27, kadınlarda %44) ve olarak bulunmuştur. TURDEP II sonuçları, TURDEP I popülasyonunun cinsiyet ve yaş grubu dağılımına göre ayarlandığında, erişkin Türk toplumunda obezite prevalansı 1998 yılında %22.3 iken 2010 yılında %40 artarak %31.2'e yükselmiştir. Bu sonuçlardan son 12 yılda erkeklerde obezitenin %107, kadınlarda ise %34 oranında arttığı tespit edilmiştir. Obezite 20-24 yaş grubundan sonra 50-54 yaş grubuna kadar hem kadınlarda hem de erkeklerde devamlı artma eğilimi, bu yaştan sonra ise ileri yaşlara kadar azalma eğilimi göstermektedir. Obezite prevalansı Doğu Anadolu Bölgesi'nde en düşük olmakla birlikte diğer bölgelerde birbirine yakın

bulunmuştur.²⁹ Türkiye'deki aile hekimlerine kayıtlı nüfustan örneklem yapılarak 18.444 kişinin katıldığı Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışmasında (KHRF 2013) bulgulara göre 20 yaş ve üzeri katılımcılarda obezite oranı, kadınlarda %34, erkeklerde %17.9 olmak üzere toplamda %26.4 olarak tespit edilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında 35 yaşından sonra nüfusun yarısından fazlasının fazla kilolu ya da obez olduğu görülmektedir. Ayrıca obezite sıklığı 55-64 yaş aralığında kadınlarda %57, erkeklerde %26 olarak saptanmıştır.³⁰ Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2016 yılında Türkiye'de 15 yaş ve üzerindeki bireylerde obezite oranı %19.6 iken, bu oran 2019 yılında %21.1'e yükselmiştir. Aynı verilerin cinsiyet ayrımına göre dağılımına bakıldığında 2019 yılında kadın nüfusunun %24.8'i, erkek nüfusunun ise %17'si obez ve kadınların %30.4'ü, erkeklerin ise %39.7'si pre-obezdir.³¹

2.2.Beslenme

2.2.1.Beslenme ve Yeterli ve Dengeli Beslenme Tanım ve Önemi

Vücudun işleyişi için gerekli olan besin ve öğelerinin vücuda alınması, sindirilmesi, emilimi ve metabolizması beslenmenin basit tanımıdır. Yeterli ve dengeli beslenme, vücudun gelişim ve büyümesi, çalışması ve yenilenmesi için ihtiyaç duyulan besin öğelerinin her birinin yeterli miktarda alınması ve gerekli şekilde kullanılmasıdır. Yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenme, sağlığın korunması ve kaliteli olarak sürdürülmesi, hastalıklardan korunma, hastalık oluştuktan sonra tedavi etkinliğinin artırılması ve süresinin kısaltılmasında önemli bir etkidir. Obezitenin de önlenmesi ve tedavisinde en önemli etken dengeli ve sağlıklı beslenmedir. Sağlıklı beslenme, insanın büyüme ve gelişmesi, sağlığını koruması, üretken olarak yaşayabilmesi için gerekli olan enerji ve besin öğelerinden her birini vücuduna düzenli ve dengeli şekilde, yeterli ve gerekli miktarda alması ve vücutta kullanmasıdır. Bu besin öğelerinin vücuda yeterli, dengeli ve düzenli alınmaması durumu yetersiz beslenmedir. Yetersiz beslenme, yeterli enerjinin sağlanamamasına ve doku yapımının hasara uğramasına sebep olur. Dengesiz beslenme ise kişinin gereğinden çok yemesi ile kilosunun ve yağ oranının artmasıdır. Yetersiz beslenme de dengesiz beslenme de sağlığın bozulmasına yol açar.^{5,6,7,32}

Beslenme ve iş verimi üzerine yapılan çalışmalar; yeterli ve dengeli beslenen insanların, düzensiz beslenen insanlara oranla verimlerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Dengeli ve yeterli beslenmeyen kişilerin planlama ve çalışma becerileri

daha düşüktür. Bir yandan Dünyada yetersiz beslenme sonucu çok fazla insan çeşitli hastalıklara yakalanırken, bir yandan da yanlış ve aşırı beslenme sonucu çalışamaz hale gelen insanların yanı sıra yaşamını yitiren insanlarda mevcuttur.³³ Yeterli ve dengeli beslenme bütün toplumun gelişebilmesi için esas koşulların en önemlilerinden biridir. Sadece bireylerin hayatsal faaliyetlerinin sürdürülmesi için değil, toplumun sağlıklı ve üretken yaşayabilmesi, sosyal ve ekonomik refahın artması için de yeterli ve dengeli beslenme çok önemlidir. Bu sebeplerden dolayı günümüzde üzerinde önemle durulması gereken konuların başında beslenme yer alır. Beslenmeyle ilgili yapılan çalışmalar, yetersiz beslenme gibi aşırı beslenmenin de sağlıklı olumsuz şekilde etkilediğini ortaya koymaktadır.³⁴

Beslenmenin amacı; kişilerin yaş, cinsiyet, hareket, çalışma ve özel durumlarına göre ihtiyaç duyulan enerjinin ve besin öğelerinden her birinin gerekli ve yeterli miktarlarda vücuda alınmasıdır.³²

2.2.2.Besin ve Besin Öğeleri

Besin yenilebilen ve yenildiğinde yaşam için gerekli besin öğelerini sağlayan hayvan ve bitki dokuları olarak tanımlanır. Besin öğesi ise besinlerin içinde bulunan, enerji sağlayan, doku yapım veya yenilenmesinde rol alan, hayat döngüsünü düzenleyen, vücudun ihtiyacı olan tüm organik ve inorganik maddelerdir.³⁵ Yapılan çalışmalar, bireyin büyüme ve gelişmesi, sağlıklı şekilde hayatını sürdürmesi için 50'den fazla besin öğesine ihtiyaç duyduğunu göstermiştir. Bazı besinler belirli besin öğelerini fazla miktarda içerirken, diğer besin öğelerinde fakir olabilir. Obezite, diyabet, kanser gibi kronik hastalıklardan korunmada besin çeşitliliğinin sağlanması ve farklı besin öğelerinin alınması önemlidir. Kişilerin ihtiyaç duyduğu bu besin öğelerini altı başlıkta toplayabiliriz:³²

1. Proteinler
2. Karbonhidratlar
3. Yağlar
4. Vitaminler
5. Mineraller
6. Su

2.2.2.1. Proteinler

Aminoasitlerin zincirler şeklinde birbirlerine bağlanması ile meydana gelen büyük organik bileşikler proteinlerdir. Proteinler sindirim sisteminde yapı taşlarını oluşturan aminoasitlere ayrılır. Aminoasitler kan yoluyla karaciğere ve diğer dokular ile organlara taşınır. Gerekli olduğunda tekrar belirli düzende birleşerek doku ve organ yapılarında bulunurlar. Bir kısım aminoasit de karaciğerde yedek aminoasit olarak saklanır. Proteinler büyüme ve gelişmenin sağlanması, hücrelerin yenilenmeleri, bağışıklık sistemi ile vücuttaki işleyişin düzenlenmesinde görev alan hormonlar ve enzimler için gerekli besin öğeleridir. Proteinler kişinin enerji ihtiyacının karbonhidratlar ve yağlardan karşılanamadığı durumlarda enerji kaynağı olarak kullanılabilir.

Özel aminoasit dizilimleri her proteinin kendisine özgü özelliklerinin olmasını sağlar. Proteinlerin işlevlerinin çoğu, kendisini oluşturan aminoasitlerin özelliklerine göredir. Proteinlerin yapımı için gerekli aminoasitlerin bazıları vücutta sentezlenemediği için mutlaka besinler ile dışarıdan alınmalıdır. Bu aminoasitlere elzem aminoasitler denir.^{36,37}

Yetişkin insan vücudunun ortalama %16'sı proteinden oluşmaktadır. Günlük diyetle enerjinin %10-20'sinin proteinlerden gelmesi önerilir.³⁷ Vücut enerji anlamında proteinleri depolamaz. Sadece kısa süreli yetersizlikleri giderecek şekilde, az ölçüde protein yedek olarak vücutta saklanabilir. Eğer vücuda yeterli protein alınamazsa, yıkılan hücreler yenilenemez.³⁸

2.2.2.2. Karbonhidratlar

Karbonhidratlar, doğada en çok bulunan temel ve organik maddedir. Vücut için enerji ve besin kaynağıdır. Beyin dokusu enerji için sadece karbonhidratları kullanır. Kanın pıhtılaşmasında görev alır, üreme ve bağışıklık sisteminde önemli rol oynar. Vücutta su ve elektrotların dengede tutulmasını sağlar. Lif (posa) ile asit ve gaz oluşturarak bağırsağın peristaltik hareketlerini artırır ve dışkının daha hızlı dışarı atılmasını sağlar, böylelikle bağırsakta bulunan atık maddelerin uzun süre kalarak zararlı etkiler oluşturmalarını önler.³²

Karbonhidratlar, şeker molekülü sayısına göre basit ve kompleks olmak üzere iki gruba ayrılır. Basit karbonhidratlar; glukoz veya glikoz, fruktoz, galaktoz, sukroz, laktoz ve maltozdur. Basit şekerler besine tatlı tadını verir. Basit karbonhidratlara glisemik karbonhidratlar da denilir. Kompleks karbonhidratlar, nişasta ve diyet posası (lif) içerir.

Posa yani lif, sindirilemeyen bileşiklerdir. Lifler doygunluğu sağlarlar ve sindirim sistemini korurlar. Sindirim sonucu karbonhidratlar vücutta basit şekere ayrılır. Kana glukozun (şekerin) geçişi ile pankreastan insülin salgılanır. İnsülin hücrelere glukoz taşır ve glukoz enerji için kullanılır.³⁶

Karbonhidratlar vücut için en ekonomik ve en hızlı enerji kaynağıdır. Günlük alınan diyet enerjisinin %45-60'ının karbonhidratlardan gelmesi önerilir. Günlük fazla alınan karbonhidrat glikojen olarak depolandıktan sonra geri kalanı yağa dönüşür ve depolanır.³⁷ Eğer karbonhidratlar yeterli alınamazsa vücutta normalden çok ketonlar ve asitler oluşur. Vücut sıvılarının asiditesinin artması ve kanın alkalitesinin azalması durumuna ketozis denir. Kanın alkalitesinin çok azalması bayılma, şok geçirme ve komaya sebep olur.³⁵

2.2.2.3.Yağlar

Yağ, gliserin ve yağ asitlerinden oluşan bir esterdir. Yağlar sindirim sisteminde yapı taşlarını oluşturan yağ asitlerine ayrılarak emilir. Bir bölümü enerji için kullanılırken bir bölümü de depolanır. Bir kısmı da vücudun düzenli işleyişinde görevli hormonların ve kolesterolün yapımına katılır. Deri altında bulunan yağ vücut ısısını düzenler. Organların çevresini sararak dış etkilerden korur. Hücre membranının bileşiminde bulunur. Prostoglandinler ve steroid hormonları için hammadde. Yağda eriyen (çözünen) vitaminler ve vücut için önemli olan bazı kimyasal yapıların alınması ve taşınması için yağlar önemlidir. Yağ mideyi yavaş terk eder, bu nedenle doygunluk hissi sağlar.^{32,35,36}

Yağ asitleri, doymuş yağ asitleri ve doymamış yağ asitleri olarak ikiye ayrılır. Doymuş yağ asitleri yapıları gereği sıkışık bir şekilde istiflenebilirler ve canlıların kimyasal enerjiyi yoğun bir şekilde depolamalarını sağlarlar. Doymuş yağlar, oda ısısında katı halde bulunur. Doymamış yağların ise yapıları daha farklı olup oda sıcaklığında sıvı formdadır. Doymamış yağlar tekli doymamış yağlar ve çoklu doymamış yağlar olarak ikiye ayrılır.³² Doymuş yağ asitleri ile tekli doymamış yağ asitleri vücutta sentezlenir fakat çoklu doymamış yağ asitleri vücutta sentezlenemez. İnsan vücudunda sentezlenemeyen esansiyel yağ asitlerinin dışarıdan alınması gerekir.³⁹

Günlük diyet enerjisinin %20-35'inin yağlardan gelmesi ve trans yağ asidi alımının ise enerjinin %1'inden az olması önerilmektedir. Toplam yağdan gelen enerjinin %10'u

(tercih %7-8) doymuş yağlardan %12-15'i tekli doymamış yağlardan ve %7-10'u ise çoklu doymamış yağlardan gelmelidir.³⁷ Besinlerden günlük aldığımız enerjinin, günlük harcadığımız enerjiden daha yüksek olması durumunda yakılamayan enerji yağ olarak depolanacağından vücudun yağ oranı artar, tersi durumdaysa azalır. Vücut yağı başlıca enerji deposudur ve vücuda gerekli enerji miktarı alınmazsa bu depodan kullanılır.³²

2.2.2.4.Vitaminler

Vücut için elzem olan ve vücuttaki kimyasal olay ve tepkimelerin oluşmasını ve bunların oluşum hızını etkileyen en basit organik maddelerdir. İnsan vücudunda az miktarda olmalarına karşın vücuttaki etkileri çok fazladır. Vitaminler vücutta meydana gelen biyokimyasal tepkimeleri düzenlerler. Vitaminler vücudun sağlıklı gelişimi, sindirim fonksiyonları, enfeksiyonlara karşı bağışıklık kazanması açısından önemlidir. Ayrıca vücudumuzun karbonhidrat, yağ ve proteini metabolizmasında görev alırlar. Kemik ve dişlerin yapısına katılma, zararlı maddelerin etkilerinin azaltılması gibi çeşitli başka yararları da bulunmaktadır.^{32,36,40}

Vitaminler; yağda (A, D, E ve K) ve suda (B grubu ve C) eriyen (çözünen) vitaminler olarak iki gruba ayrılır. Suda eriyen vitaminlerin fazlası vücut sıvıları ile atılırken, yağda eriyen vitaminlerin fazlası atılmayarak yağ dokusunda depolanır.³²

A vitamini, görme, üreme, büyüme, embriyo gelişmesi, kan yapımı, bağışıklık sistemi ve doku hücresi farklılaşmasında gerekli bir vitamindir. Bağışıklık sistemini güçlendirir. Kemik dokusunun ve üreme sisteminin gelişiminde yardımcıdır. A vitamini ön maddesi olan karotenoidler bir antioksidan olarak görev yaparlar ve çeşitli kanser türlerinden ve yaşlanmaya bağlı hastalıklardan korunmaya yardımcı olurlar.

D vitamini eksikliğinde diş ve kemiklerde bozukluk ve eğrilik olarak tanımlanan raşitizm ortaya çıkar. Eklemlerde şişkinlik görülebilir. Kalsiyum metabolizmasının denetlemesinde ve düzenlemesinde D vitamini önemlidir. Ayrıca kalsiyumun kemiklere taşınma ve yerleşimine katkı sağlar. Aynı zamanda fosfor metabolizmasında da görevleri vardır.

E vitamini, hücre zarını korur. Damar içerisindeki akışkanlığı sağlayarak damar tıkanıklığını engeller. Katarakt oluşumunu geciktirir, peptik ülser oluşumunu önlemeye yardımcıdır, üreme üzerinde etkilidir.

K vitamini, karaciğerde kanın pıhtılaşmasını sağlayan madde sentezi için gereklidir.

B1 vitamininin önemi enerji metabolizmasında rol almasıdır. Değişik besinlerle vücuda alınan besin öğelerinin vücutta enerjiye çevrilmesi ve önemli enerji kaynaklarından biri olan karbonhidratlardan enerji yapımında görevlidir.

B2 vitamini karbonhidrat, protein ve yağların metabolizmasında görev alır. Eksikliğinde dermatit denilen deride yaralar ile dudaklarda ve göz çevresinde kesik şeklinde yaralar oluşur. Sinir sisteminde bozulmalar ve anemi (kansızlık) görülebilir. Gözde yanma ve kızarıklık görülebilir.

Niasin, karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında görevlidir. Niasin eksikliğinde vücutta yanma, halsizlik, iştahsızlık, derinin güneş gören kısmında simetrik yaralar olur. Eksikliğinde bulantı, ishal ve benzeri durumlarla sindirim sistemi; halsizlik, depresyon, baş ağrısı, hafıza kaybı, çevreye karşı ilgisizlik gibi durumlarla da sinir sistemi etkilenir.

Folik asit, DNA sentezindeki rolünden dolayı hücre bölünmesinde rol alır. Ayrıca kan hücrelerinin yapımında, bazı aminoasitlerin birbirine dönüşümünde, aminoasitlerden protein sentezinde ve büyümede görevlidir. Gebeliğin ilk haftalarında annenin folik asit yönünden yetersiz beslenmesi sonucu nöral tüp defekti riskinde artış görülür.

B6 vitamini, karbonhidrat, protein yağ ve metabolizmasında rol alır ve aynı zamanda bağışıklık sistemi için önemlidir. Yetersizliğinde, anemi, dermatitler, büyüme ve gelişim geriliği, konvulziyonlar ve bağışıklık sisteminde bozulmalar görülür.

B12 vitamini, bağışıklık sisteminde, protein metabolizmasında, DNA sentezinde, sinir sisteminde ve kemik iliğinde kan hücrelerinin yapımında görevlidir. Yetersizliğinde pernisiyoz anemi, sinir sisteminde bozukluk, unutkanlık, kol ve bacaklarda duyu azalması, kasılmalar, baş ağrısı, yorgunluk, depresyon, görülür.

Pantotenik asit, karbonhidrat, protein ve yağ metabolizması için gereklidir. Yağların sentezinde ve sinir sistemi ile bazı hormonların çalışmasında görevlidir.

Biotin, bazı hayvanlar için büyüme etmenidir. Karbonhidrat metabolizmasında rol alır ve enerji oluşumuna katkı sağlar.

C vitamini, bağ dokularını bir arada tutar. Zehirlenme ve ateşli hastalıklar gibi durumlarda vücudu korur ve bağışıklık sisteminin güçlenmesine yardımcıdır. Vücutta demir ve folik asit gibi kan yapımında görevli öğelerin kana geçmesini kolaylaştırır ve kullanımını artırır. Böylece kansızlığı önlenmesine yardımcı olur. Damar çeperlerini güçlendirerek kanamaya ve gözde katarakt oluşumuna engel olur. Meme kanseri ve

güneş ışınlarının oluşturduğu deri kanserlerinin gelişimini yavaşlatır. Kolajen (dokular arası protein) ve steroid hormonlarının sentezinde görev alır. Kılcal damarların güçlenmesinde, nitratların nitrozaminlere dönüşümünü önleyerek kanserojen maddelerin oluşumunu engellemede, antioksidan özelliği sebebiyle yaşam süresinin uzamasını desteklemede, tiamin, riboflavin, folik asit, pantotenik asit, A, E vitaminlerinin vücutta kullanılmasında görev alır.^{32,35,36,37,38,40,41,42}

2.2.2.5.Mineraler

Mineraller, vücudun büyüme ve gelişmesi, yaşamın devamlılığı ve sağlığın korunması için ihtiyaç duyulan inorganik maddelerdir. Doğada yaygın olarak bulunurlar. Mineraller vücudumuzda yapıyı oluşturmaları ve birçok metabolik işleyişi düzenlemeleri nedeniyle elzem besin öğeleridir. Vücudun oldukça küçük bir kısmını oluşturmalarına rağmen vücut yapısının oluşmasında çok önemlidirler.^{32,41}

Kalsiyum, kemiklerin ve dişlerin yapımı, kasların kasılması, sinirlerin çalışması, normal kan basıncının sağlanması, kanın pıhtılaşması, hücrelerin bir arada tutulması, enzimlerin aktivasyonu için gereklidir.

Fosfor, kalsiyumla birlikte kemiklerin ve dişlerin oluşumunda, besin öğelerinin metabolizmasında görev alan enzimlerin yapısında bulunur ve hücre çalışması için gereklidir. Bunların dışında fosfor vücut sıvılarının asidik ortama dönüşümünü engeller ve vücut sıvılarının dengede kalmasına yardımcı olur.

Sodyum, Klor, Potasyum, tüm vücut sıvılarında ve dokularda bulunur. Bu minerallerin vücuttaki en önemli görevleri vücut su dengesini, asit-baz dengesini ve kas çalışmasını sağlamaktır.

Magnezyum, kas ve sinir sisteminin düzenli çalışması, kemik ve dişlerin oluşumu, kan basıncının düzenlenmesi için gereklidir. Vücudun enerji metabolizmasında görev alır.

Demir, kanda bulunan oksijeni taşımakla görevlidir. Akciğerlerden dokulara oksijen, dokulardan akciğerlere karbondioksit taşır. Hücresel bağışıklığın artırılmasında etkili olan demir ayrıca enerji metabolizmasında da rol alır. Demir yetersizliğinde kansızlık görülür.

İyot, tiroit bezinde tiroit hormonlarının yapımında görev alır. Tiroit bezinin çalışması için iyot gereklidir.

Çinko, vücudun metabolizması için önemli olan enzimlerin yapısında bulunur. Büyüme ve cinsiyet organlarının gelişmesinde, hücrese bağışıklığın oluşumunda etkindir.

Flor, diş çürüklerinin önlenmesinde görevlidir.^{32,36,37,40,41}

2.2.2.6.Su

Su oksijenden sonra hayat için önemli ikinci maddedir. Besinlerin sindirilmesi, dokulara taşınması, hücrelerde kullanılması sonucu oluşan zararlı atıkların atılması, vücut ısısının düzenlenmesi, eklemlerin kayganlığının sağlanması ve elektrolitlerin işlev görmesi için elzemdir. Vücutta bütün kimyasal olaylar çözelti içinde olduğundan, vücutta yeterince su bulunması hayat için gereklidir.^{32,41}

İnsan vücudunun su içeriği yaşa ve cinsiyete göre %42 ile %71 arasında değişir. Çocukların vücudunun su oranı yüksektir ve yaş ilerledikçe suyun yerini yağ almaya başlar. Vücuttaki suyun ortalama %60'ı hücre içinde, %40'ı da hücre dışı sıvıda bulunur.^{32,41,42}

2.2.3.Besin Grupları

Beslemede çeşitlilik olması ve besin öğelerinin yeterli miktarda alınması beslenme için önemli bir konudur. İdeal beslenme besin çeşitliliği ile mümkündür. Vücuda alınması gereken besin öğeleri bir besin veya besin grubunun değil birçok besin grubunun beraber tüketilmesi ile karşılanabilmektedir.⁴³ Besinler, içerdikleri besin öğelerinin tür ve miktarları açısından farklılık gösterir. Ancak bazı besinler, içerik açısından birbirine benzediğinden birbirlerinin yerine geçebilir. Beslenme bilimi ile ilgili araştırmalar başladığında bilim insanları, besinleri gruplandırarak her grubun günde ne kadar tüketilmesi gerektiğini belirlemeye başlamışlardır. Ülkemizde günlük alınması gereken temel besinlerin planlanmasında besin üretimi ve beslenme durumu dikkate alınarak, dört besin grubu kullanılmasının uygun olacağına karar verilmiştir. Bunlar:³⁶

1. Süt ve Süt Ürünleri Grubu
2. Et ve Et Ürünleri, Yumurta ve Kuru Baklagiller ile Yağlı Tohumlar Grubu
3. Sebze ve Meyve Grubu
4. Ekmek ve Tahıl Grubu

2.2.3.1.Süt ve Süt Ürünleri Grubu

Süt ve yoğurt, peynir, dondurma gibi süttten yapılmış besinler bu gruba girer. Bu gruptaki besinler, protein, kalsiyum, fosfor, B2 vitamini olmak üzere birçok besin ögesinin önemli kaynağıdır. Süt grubu, sağlıklı kemik gelişimi için gerekli olan kalsiyum açısından çok zengin besinlerdir. Süt ve süt ürünlerinin yağ içerikleri de yüksektir. Doymuş yağ ve kolesterol ile yağda çözünen A, D, E, K vitaminlerini içerirler.^{19,32}

2.2.3.2.Et ve Et Ürünleri, Yumurta ve Kuru Baklagiller ile Yağlı Tohumlar Grubu

Bu grupta et, tavuk, balık, yumurta gibi besinler, kuru fasulye, nohut, mercimek gibi kurubaklagiller, ceviz, fındık, fıstık gibi sert kabuklu yemişler/yağlı tohumlar yer alır. Bu grup protein, demir, çinko, fosfor, magnezyum, B6, B12, B1 ve A vitamini, posa içerir. Büyüme ve gelişmeyi sağlayan, hücre yenilenmesi, doku onarımı ve görme işlevinde görev alan besin ögeleri bu gruptaki besinlerle sağlanır. Ayrıca bu gruptaki besinler kan yapımında görevli besin ögelerini de içerirler. Bu gruptaki besinlerin diğer önemleri ise sinir, sindirim sistemi ve deri sağlığında görev alan besin ögelerini fazlaca içermeleri ve hastalıklara karşı vücut direncinin artmasında etkili olan önemli besin ögelerini içeriyor olmalarıdır. Balıklar, Omega 3 yağ asitleri yönünden çok zengindirler. Yumurtanın beslenmede önemli bir yeri vardır, protein kalitesi en yüksek olan besindir. Yumurta proteinleri %100 oranında vücut proteinlerine dönüştüğü için yumurtanın proteini örnek protein olarak değerlendirilir.^{19,36}

2.2.3.3.Sebze ve Meyve Grubu

Bitkilerin yenilebilen tüm kısımları sebze ve meyve grubunda yer alır. Sebze ve meyveler yüksek miktarda su içerir. Bu gruptaki besinlerin vitamin ve mineral içerikleri çok yüksektir, enerji, yağ ve protein içerikleri ise düşüktür. Folik asit, A vitaminin ön ögesi olan beta-karoten, E, C, B2 vitamini, kalsiyum, potasyum, demir, magnezyum, posa ve diğer antioksidan özelliğe sahip bileşiklerden zengindirler. Sebzeler ve meyveler zararlı maddelerin vücuttan atılmasına yardımcı olurlar. Hücre yenilenmesi, doku onarımı, hastalıklara karşı vücut direncin artırılması, doyumluk hissinin sağlanması ve bağırsakların düzenli çalışmasına yardımcı olmaları bu besinlerin yararlarındanıdır.⁷ Meyve ve sebzelerin sağlık üzerine faydalarından yararlanabilmek için çeşitli tür ve renkleri birlikte tüketmek veya gün içinde tüketilen meyve ve sebzeleri

çeşitlendirmek gerekmektedir. Koyu sarı renkli (havuç, patates), koyu yeşil yapraklı (ıspanak, marul, kıvırcık, pazı, semizotu, brokoli vb.), nişastalı (patates, bezelye) ve diğer sebzeler (domates, soğan, taze fasulye) dengeli bir şekilde tüketilmelidir. Meyveler de içerdikleri besin ögeleri ve miktarları açısından farklılık gösterir. Bu nedenle tek tip değil farklı sebze ve meyveler tüketilmelidir. Turunçgiller grubu, üzüksü meyveler (çilek, ahududu, böğürtlen, yaban mersini, karadut gibi) ve diğer üzümler C vitamini ile çeşitli antioksidanlardan zengindir. Elma, muz, kayısı vb. meyvelerin ise potasyum içerikleri yüksektir.^{19,36}

2.2.3.4.Ekmek ve Tahıl Grubu

Türk toplumunun esas besin grubu tahıllardır. Buğday, mısır, pirinç, yulaf, çavdar gibi tahıl taneleri ile bunlardan yapılan un, gevrek, bulgur, yarma gibi benzeri ürünler bu grupta bulunur. Bu grupta yer alan besinler, vitaminler, mineraller, karbonhidratlar (nişasta, posa) ve diğer besin ögelerini içermeleri nedeniyle sağlık açısından önemlidir. Tahıllar protein de içerir fakat bu proteinin kalitesi düşüktür. Bu besinler, et, süt, yumurta, kurubaklagiller gibi besinlerle birlikte tüketilerek protein kalitesi artırılabilir. Tahıllarda az miktarda yağ da bulunur. Tahıl tanelerinde bulunan yağ, E vitamini yönünden zengindir. Tahıllar A vitamini aktivitesi gösteren ögelerle, C vitaminini neredeyse hiç içermezler. Tahıllar B12 dışındaki B grubu vitaminlerinden zengindir, özellikle B1 vitaminin en iyi kaynağıdır. Bu vitaminler genellikle tahıl tanelerinin kabuk ve öz kısmında bulunur.¹⁹ Mayalı ekmekler, içerdikleri çinko, bakır, demir gibi minerallerin emilimlerinin daha kolay olması nedeniyle mayasız olanlara göre besin değeri açısından daha iyidir. Tam tahıl unlarından veya karışık tam tahıl unlarından mayalandırılarak yapılan ekmekler tüketim için tercih edilmelidir. Bu ekmekler, besleyicilik ve sağlığı koruyuculuk açısından beyaz undan yapılan ekmeklere göre daha iyidir. Tahıl tanesi; ruşeym, kabuk ve unsu özden oluşur. Tahıl bu üç bileşeni de içerirse tam tahıl olarak tanımlanır. Tam tahıllar B vitaminleri ile demir, magnezyum, selenyum, gibi mineralleri içerir ve diyet posası (lifi) kaynağıdır. Rafine tahıllar, tahıl tanesinin öğütülerek kabuğu (kepeği) ve ruşeyminin ayrılmış halidir. Tahılların dokusunu inceltmek ve raf ömrünün uzamasını sağlamak için yapılan rafine (öğütme) işlemi posa (diyet lifi), demir ve B vitaminlerinin birçoğunu azaltmaktadır.^{32,36}

2.3.Kahvaltı

2.3.1.Kahvaltının Tanımı ve Önemi

Kahvaltı öğününün farklı tanımları bulunmaktadır. En fazla öngörülen tanım, kahvaltının günün ilk öğünü olduğu, 06:00 ile 09:59 arasında yer aldığı ve besin ve içecek tüketiminin 0 kkal üzerinde olduğu vurgulanmaktadır.⁴⁴ Kahvaltı sıklıkla ihmal edilir fakat aslında günün en önemli öğünüdür.¹⁰ Dengeli bir günlük kahvaltı, temel besinleri, makro ve mikro besin ögesi alımlarını kayda değer oranda sağlayan, diyetin dengelenmesine yardımcı olan önemli bir öğündür.⁴⁴

Her yeni güne sağlıklı ve verimli bir biçimde başlamak için kahvaltının önemi büyüktür. Akşam öğünü ile sabah kahvaltısı arasında ortalama 10-12 saat kadar fark olduğu dikkate alınırsa, bu uzun süre içerisinde vücut ihtiyaç duyduğu enerjiyi kendi depolarından karşılar. Bu nedenle kahvaltı öğününün atlanması durumunda günün geri kalanı için gerekli enerji sağlanamaz. Vücuda gerekli enerji sağlanamadığında halsizlik, baş ağrısı, dikkat dağınıklığı ve benzeri sorunlar yaşanmaktadır. Sabah tüketilen ilk öğün sadece bedene yakıt sağlamakla kalmaz aynı zamanda uyanıklık da sağlar.^{19,37}

Yetişkin bir bireyin kahvaltı öğününde günlük enerji ihtiyacının 1/4'ünü veya 1/5'ini karşılaması gerekmektedir. Kişilerin günlük enerji ihtiyaçları yaş ve cinsiyet gibi faktörlere bağlı olarak değişir, örneğin ortalama enerji ihtiyacı 2000-3000 kkal olan bir kişinin, sabah kahvaltısında 400-600 kkal arası enerji alması gerekmektedir. Bu enerjinin %15-20'si proteinlerden, %55-60'ı karbonhidratlardan ve %25-30'u da yağlardan gelmelidir. Kahvaltı öğününde çeşitli besin gruplarında bulunan besinlerden farklılık sağlanarak tüketilmesi bütün besin ögeleri ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlar. Süt grubunda bulunan besinler kahvaltı öğününde yer almalıdır. Bu gruptaki besinler, protein, kalsiyum, fosfor, riboflavin gibi birçok besin ögesi açısından zengindir. Kahvaltı esnasında alınacak yeterli protein, kan şekeri düzenler, halsizlik, açlık hissi gibi durumların giderilmesini sağlar. Bu nedenle kahvaltı öğününde yumurta, peynir gibi besinler yer almalıdır. Kahvaltı öğününde tam tahıl içeren besinlerin tüketilmesi B grubu vitaminlerinin ve lifin alınmasını sağlar. Lif (posa) alımı uzun süre doyumluk hissi sağlar. Kahvaltıda meyve ve sebzelerin tüketilmesi de lif alımını artırır ve bu öğünü besin ögeleri bakımından da dengeler. Meyve ve sebze tüketerek C vitamini alınırsa diğer besinlerde yer alan demirin emilimi artar.^{8, 19, 37}

2.3.2.Kahvaltı Öğününün Atlanması ve Etkileri

Akşam öğünü ile kahvaltı arasındaki süre yaklaşık 11–12 saattir. Bu süre kahvaltı öğünü atlandığında 16–17 saate uzayacaktır. Vücut uzun süre aç kaldığında ortaya çıkacak sorunların bu uzun açlık süresiyle alakalı olduğu varsayılmaktadır.^{8,19} Kahvaltıyı atlamak yorgunluk, baş ağrısı ve dikkat dağınıklığı gibi sorunlara yol açar. Akademik başarı olumsuz etkilenir. Kahvaltı bilgilerin akılda tutulması ve etkili başarı için önemlidir. Kahvaltı kullanılabilir enerji düzeyini artırır, beynin ihtiyaç duyduğu enerjiyi ve etkili öğrenmeyi sağlar.^{8,10}

Kahvaltıyı atlamak vücudun besin depolarını tüketir ve hastalığa karşı vücut direncinin düşmesine neden olur. Kişiler kendilerini yorgun ve aç hissederler. Anlama ve kavrayış azalır, çalışma verimi düşer. Ayrıca kahvaltıyı atlayan kişilerde egzersiz sırasında baş dönmesi, mide bulantısı ve kusma görülür. Düşük proteinli bir kahvaltı, takip eden saatlerde kan şekeri seviyelerinin açlık seviyelerinin altında olmasına neden olur. Kan şekeri belirli bir seviyede olduğunda vücut normal şekilde çalışabilir. Yüksek şeker seviyeleri de düşük kan şekeri kadar sorunludur. Düzenli öğünlerle kan şekeri seviyesi yükselmez veya düşmez, bu da vücudun dengeli bir şekilde çalışmasını sağlar. Yeterli miktarda protein kan şekerini normal seviyede tutar, açlık seviyesinin üstünde olduğu için de açlık ortaya çıkmaz. Kahvaltıda yeterli miktarda protein alınması iş performansını ve reaksiyon hızını artırır.^{6,9}

Kahvaltının beyin fonksiyonları üzerindeki etkisi, kişilerin beslenme durumuna ve kahvaltıda tüketilen besinlerin içeriğine göre değişmektedir. Sabah kahvaltısı ile bilişsel işlev arasındaki işlev üzerine yapılan çoğu araştırma, sabah kahvaltı yapan kişilerin daha iyi hafızaya sahip olduklarını göstermektedir. Kahvaltı yapan kişilerin hatırlama performansları kahvaltı yapmayanlardan daha yüksektir.⁴⁵

Kahvaltıyı atlayan kişilerin düzenli kahvaltı yapanlara göre bel çevreleri daha geniştir, yüksek tansiyona sahip olma olasılıkları ve kan lipid değerleri daha yüksektir. Kahvaltı öğününü atlamak Tip 2 diyabet riskini artırır. Düzenli olarak ve sağlıklı içeriğe sahip kahvaltı tüketen kişilerin daha düşük beden kitle indeksine sahip olduğu yapılan çalışmalarla tespit edilmiştir.¹⁹

Yapılan araştırmalarda kahvaltı yapmayan ya da kahvaltı öğününde yeterli enerji ve besin öğelerini almayan katılımcıların ateroskleroz ve kardiyometabolik risk belirteçleri daha yüksek bulunmuştur. Kahvaltı yapmayan katılımcıların bel çevrelerinin daha geniş

olduğu, ayrıca beden kitle indekslerinin, kan basınçlarının, kan lipidlerinin ve açlık glikoz seviyelerinin kahvaltı yapan katılımcılara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kahvaltı yapmayan kişilerin genel olarak daha sağlıksız bir yaşam tarzına sahip oldukları, daha dengesiz beslendikleri, alkol ve sigara tüketimlerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca, yüksek tansiyona sahip olma ve aşırı kilolu ya da obez olma ihtimalleri daha fazladır.¹⁸

Hemşireler Sağlık Çalışmasında 6 yıl boyunca izlenen kadınların (n = 46289) haftada bir kez bile kahvaltı atlamasının %28 daha yüksek tip 2 diyabet riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur.⁴⁶

Sağlık Çalışanlarının İzlem Çalışmasında (n = 29205) erkekler üzerinde yapılan prospektif çalışmada ise kahvaltı atlamanın (öğle yemeğinden önce bir şey yememek olarak tanımlanmış) %21 daha yüksek tip 2 diyabet riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur.⁴⁷

Genç erişkinlerde toplum temelli Koroner Arter Risk Gelişimi (CARDIA) çalışmasında günlük kahvaltı yapanlar ile seyrek kahvaltı yapanlar (haftada 0-3 kez) karşılaştırıldığında; metabolik sendrom, abdominal obezite, obezite ve hipertansiyon arasında ters ilişki bulunmuştur.⁴⁸

Xiumei M. ve ark. kahvaltıyı atlamanın obezite üzerindeki ilişkisini araştıran bir meta-analiz yapmışlardır. 45 gözlemsel çalışma sonucunda kahvaltı öğününü atlamanın aşırı kilo ve obezite arasında anlamlı ilişki olduğu sonucuna ulaşmışlardır.⁴⁹

Megan A. 18 yaş üstü bireylerde kahvaltı atlama ile kilo kontrolü üzerindeki etkiyi araştıran bir çalışma yapmışlardır. Çalışma yaklaşık 3.5 yıl ile 10 yıl arasında sürmüştür. Bu araştırmanın sonucunda ise kahvaltıyı daha sık tüketen bireylerde daha az kilo alımı görüldüğü bildirilmiştir.⁵⁰

Sakurai ve diğ. kahvaltı atlama sıklığı ve BKİ, bel çevresi arasındaki ilişkiyi incelemek isteyen bir çalışmaya 4430 fabrika çalışanı dahil ederek yapmıştır. Bir yıllık gözlem sonrasında bel çevresi ve BKİ değerleri alınıp değerlendirilmiştir. Bu süre sonunda kahvaltı atlamayanlar ile haftada 4 ya da 6 kez kahvaltı atlayanlar karşılaştırıldığında bel çevresi ve BKİ değerleri arasında atlayan bireylerde daha yüksek bir artış olduğu gösterilmiştir.⁵¹

2.4.Vardiyalı Çalışma Sistemi

2.4.1.Vardiyalı Çalışmanın Tanımı

Vardiyalı çalışma iş yerinin yapısına ve faaliyetlerine göre işin başlama ve bitiş zamanlarının farklılık sergilemesinden dolayı iş gününün gündüz, akşam ve gece çalışmaları şeklinde ayarlanmasıdır. Giderek değişen ekonomik ve sosyal koşullar gece saatlerinde de çalışmayı gerektirmektedir.⁵² Vardiyalı çalışma süreksiz sistem, yarı sürekli sistem, sürekli sistem, sabit ve dönüşümlü vardiya olarak beşe ayrılmaktadır. Süreksiz sistemde işyeri genelde 16 saat sabit veya dönüşümlü çalışmaktadır. Yarı sürekli sistemde işyerinde 24 saat çalışılır fakat hafta sonu ve bayram tatillerinde çalışılmaz. Sürekli sistem ise sağlık sisteminin dahil olduğu sistemdir ve yedi gün 24 saat kesintisiz çalışır. Sabit vardiyada çalışan kişi sabit olarak sabah, gece veya akşam çalışır. Dönüşümlü vardiyada ise çalışan karışık bir düzende çalışmaktadır.⁵³

Sabit vardiya düzeni, belirli saatlerde sürekli çalışmayı ifade eder. Düzenli olarak gündüz kesintisiz çalışma, düzenli olarak öğleden sonra gece yarısına kadar kesintisiz çalışma ya da düzenli olarak gece kesintisiz çalışma sabit vardiyalardır. Sabit vardiyada çalışanlar normal dışı bir süreç olmadıkça vardiya değiştirmezler.

Dönüşümlü vardiya düzeni, çalışanların gündüz, akşam ve gece olmak üzere günün farklı zamanlarında dönüşümlü olarak çalıştıkları bir sistemdir. Bu çalışma sistemi normal yaşamın dışında olduğu için sağlık, güvenlik, psikolojik, zihinsel ve sosyal esenlik için risk faktörü olarak kabul edilmektedir.⁵⁴

2.4.2.Sağlık Çalışanlarında Vardiya Uygulaması

Hastaneler, verilen hizmetlerin devamlılığını sağlamak için 7 gün 24 saat vardiyalı ve nöbet usulü ile çalışılan kurumlardır. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün genelgesinde çalışma saatlerinin planlanmasına dair ifadede, Bakanlığa bağlı yataklı tedavi kurumlarında sağlık hizmetlerinin 24 saat kesintisiz, daha etkin, dengeli, kolay ulaşılabilir, kaliteli, çağın ve modern tıbbın koşullarına elverişli olarak sunulması ve büyük şehirlerdeki hasta yoğunluğunun önüne geçilmesi için vardiyalı çalışmanın kaçınılmaz olduğu belirtilmektedir.⁵⁵

Sağlık hizmetlerinde, 24 saat kesintisiz hizmet sunumunda nöbet usulü çalışmanın yanı sıra vardiya sistemi de kullanılmaktadır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde yer alan "Hastane başhekimleri kesintisiz hizmetin devamı açısından

personel sayısını dikkate alarak fazla çalışma ve nöbet gibi hizmetlerde farklı çalışma saatleri belirleyebilir” maddesi ile her hastanenin kendi çalışma sistemini oluşturmaya olanak tanımaktadır. Bu çerçevede bazı kurumlar mesai dışı saatlerini düzenlemede Yönetmelikte geçen 24 saatlik (08:00-08:00) nöbetli çalışma sistemini benimserken, bazı kurumlar tüm mesai saatlerini üçe bölerek 8 saat olarak (08:00-16:00, 16:00-24:00, 24:00-08:00) çalışma biçimini, bazıları 12 saatlik (08:00-20:00, 20:00-08:00) iki vardiyalı çalışma biçimini, diğer kurumlar ise gündüz 8, gece 16 saatlik (08:00-16:00, 16:00-08:00) çalışma biçimini uygulamaktadırlar. Vardiya sistemi, iş alanının yapısına ve faaliyetine göre gündüz ve gece dönüşümlü olarak çalışma saatlerinin düzenlenmesi olarak tanımlanmıştır. Vardiyalı sistem planı hazırlamak güç olmasıyla beraber çalışanlar için birçok olumsuzluğu içinde barındıran bir programdır. Sağlık hizmeti veren çalışanların dikkat ve verimlilikleri hayati önem taşımaktadır. Çünkü iş akışı sırasında yapılan hatalar geri dönüşü mümkün olmayan sonuçlara sebep olmaktadır. Vardiya döngüsünün bu yüzden çok özenli planlanması gerekmektedir. Sağlık hizmetinin sunumunda ister nöbet usulü, isterse üçlü ya da ikili vardiya usulü olsun gündüz düzenli mesai sisteminin dışındaki tüm çalışma biçimleri gece çalışmayı gerektirmesi nedeniyle biyolojik ritmi etkileyebilmekte dolayısıyla fiziksel, sosyal ve ruhsal sağlığın bozulmasına neden olabilmektedir.^{56,57}

2.4.3.Vardiyalı Çalışmanın Sağlığa Etkileri

Vardiyalı çalışma, gündüz çalışmanın yanı sıra gece de çalışmayı gerektiren bir sistemdir. İnsan vücudunun gündüz çalışmaya, gece de uyumaya ve dinlenmeye eğilimli olması nedeniyle vardiyalı çalışma, uyku ve diğer fiziksel sorunlara yol açabilmektedir. Gece boyunca uyanık olmak fizyolojik fonksiyonların çoğundan sorumlu olan melatonin salgılanmasında değişikliğe neden olmakta, melatonin salgısındaki azalma immun sistemde zayıflama ve endokrin sisteminde değişikliklere yol açmaktadır. Vardiyalı çalışma, çalışanlarda normal sirkadiyen ritmi bozan ışığa maruz kalınmasına neden olmaktadır. Sirkadiyen ritimde bozulma kalp hastalığı, diyabet, obezite gibi metabolik bozukluklara, depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklara, meme kanseri gibi bazı kanser türlerinde artışa, uykusuzluk ve yorgunluğa neden olmaktadır.⁵⁸

Vardiyalı çalışma kişilerin sirkadiyen ritimlerini bozmakta ve fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Bu konuda yapılan araştırmalarda düzenli saatlerde çalışmayan kişilerde mide-bağırsak rahatsızlıklarının, kalp ve damar hastalıklarının, ani

kilo değişikliklerinin, yanlış beslenme alışkanlıklarının, fiziksel aktivite eksikliklerinin, uyku bozukluklarının ve aşırı kafein, alkol ve sigara kullanımı gibi sorunların daha yaygın olduğu gözlenmiştir. Bir çalışmada, gündüz vardiyasında çalışanların gece vardiyasına geçince serum kolesterollerinde, glukoz, ürik asit ve ürin adrenalini seviyelerinde yükseliş olduğu görölmüştür.⁵⁹

Yapılan çalışmalarda vardiyalı çalışma düzeni ile kardiyovasküler ve gastrointestinal hastalıklar arasında ilişki bulunmuştur. Bu durumun sebebinin vardiyalı çalışmaya bağlı inflamatuvar yanıtlar, otonom sinir sistemi ve glukoz ile lipid metabolizmasındaki bozukluklardan kaynaklanabileceği düşünölmektedir. Ayrıca araştırmalar bu grubun obezite, metabolik sendrom ve dislipidemi ile bağlantılı sağlık sorunlarına da daha yatkın olduğunu göstermiştir. Yanlış yeme düzen ve davranışlarının vardiyalı çalışmaya bağlı sağlık sorunlarının etiyolojisinde önemli bir rol oynadığı düşünölmektedir. Düzensiz besin alımı, öğün atlama ve yüksek kalorili besin tüketimi bu grupta yaygın olan davranış şekilleridir. Ayrıca uyku bozuklukları ve yüksek stres iş verimini düşürmekte, hizmet ile üretim kesintilerine yol açmaktadır.^{60,61}

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Araştırma kestsel olarak planlanmıştır ve Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde Eylül 2021-Temmuz 2022 tarihlerinde yürütülmüştür.

3.2.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin idari kadrosunda yer alan çalışanlar oluşturmuştur. Akademik kadroda yer alan çalışanlar çalışmaya dâhil edilmemiştir. Araştırmanın planlandığı zaman Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin özlük biriminden alınan bilgiye göre akademik personel harici 947 çalışan bulunmaktadır. Yemekhane hizmetleri, güvenlik hizmetleri gibi farklı firmalara bağlı ihale usulü çalışan personeller çıkartıldığında idari kadroda kalan çalışan sayısı 729'dur.

Örneklem kitledeki birey sayısı biliniyorsa;

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

formülü ile hesaplanır.⁶²

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülme sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmemesi sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (0.05 için 1.96)

d: Olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma (% 5 hata payı, %95 güven düzeyi için 0.05)

Sağlık çalışanlarının beslenme ve sağlık durumunun tespiti için yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının kahvaltı yapma oranı %76.6 bulunmuştur.⁶³ Buna göre örneklem sayısı;

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq} = \frac{729 \times (1.96)^2 \times (0.766) \times (0.234)}{(0.05)^2 \times (729-1) + (1.96)^2 \times (0.766) \times (0.234)} = 200$$

bulunmuştur. Basit rastgele örnekleme ile seçilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 200 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Antropometrik ölçümleri alınamayacağı ve genel yaşam biçimlerini göstermeyeceği için hamile ve emziren kadınlar çalışmaya alınmamıştır.

3.3.Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmaya katılmayı kabul eden kişiler Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin Obezite Merkezi birimine davet edilmiş, orada araştırmacı tarafından katılımcıların boy ölçümleri ve cihaz kullanılarak vücut analizleri yapılmış ve anket formları katılımcılara yüz yüze uygulanarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Çalışmaya katılan kişilerin boy uzunlukları araştırmacı tarafından sabit boy ölçerle ölçülmüştür. Boy uzunluk ölçümü yapılırken katılımcının ayaklarının birleşik olmasına ve göz ile kulak kepçesi üstü aynı hizada (Frankfort düzlemde) olmalarına dikkat edilmiştir. Boy ölçümleri 0.1 cm duyarlılıkla ölçülmüştür. Katılımcıların vücut ağırlığı, vücut yağ oranı, vücut su oranı, vücut yağsız doku ağırlığı Tanita MC 580 marka Biyoelektrik İmpedans cihazı ile ölçülmüştür. Bireylerin vücut analiz ölçümleri, ayakkabı ve çorap çıkartılarak ve üzerlerinde tenlerine değecek metal bir nesne olmadan yapılmıştır. Kişilerin BKİ değerleri DSÖ sınıflamasına göre 18.5 kg/m²'den azsa zayıf, 18.5-24.99 kg/m² aralığı normal, 25-29.99 kg/m² aralığı hafif kilolu, 30-34.99 kg/m² aralığı 1. dereceden obezite, BKİ 35-39.99 kg/m² aralığı 2. dereceden obezite ve BKİ ≥ 40 kg/m² 3. dereceden obezite olarak değerlendirilmiştir.²³

Araştırmacı tarafından literatür ve benzer çalışmalardan yararlanılarak hazırlanan anket formunda (EK-1) antropometrik ölçümler, kişisel bilgiler, günlük ana ve ara öğün tüketimleri, kahvaltı alışkanlıkları, kahvaltı yapıp yapmadıkları, kahvaltı yapmıyorlarsa nedenleri ve karşılaştıkları sorunlar, kahvaltı yapan bireylerin ne zaman, nerede ve kimlerle yaptıkları, kahvaltıda tükettikleri besinler ve kahvaltı öğününe karşı tutumlarını belirlemeye yardımcı sorular bulunmaktadır. Anket formları, antropometrik ölçümler kişilerin boy ölçüm ve vücut analizinde çıkan sonuçlarına göre, diğer sorular ise katılımcılara yüz yüze sorularak araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.4.Araştırma Verilerinin Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 23.0 paket programı kullanılmıştır. Anketlerden elde edilen sürekli değişkenler ortalama (X), standart sapma (SD), ortanca ve min-max. değerler ile kesikli değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) olarak ifade edilmiştir. Kategorik değişkenlerde gruplar arasındaki ilişki Ki-Kare, Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testleri ile analiz edilmiştir. Testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak değerlendirilmiştir.

3.5.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma yalnızca bir üniversite hastanesinde çalışanlar ile yapılmıştır. Bu sebepten araştırmadan elde edilen sonuçlar sadece bu örneklem grubunda yer alan kişilerle sınırlıdır. İleride yapılacak araştırmalarda araştırma yerinin genişletilmesi ile anket sayısının artırılması daha kapsamlı ve daha geniş örnekleme ulaşılmasını sağlar ve araştırmanın genel geçerliliği artırılabilir. Ayrıca kahvaltı alışkanlıkları ile BKİ değerleri ve vücut bileşenleri arasındaki ilişkinin incelendiği için bu çalışmada BKİ değerlerine ve vücut bileşenlerine etki edebilecek fiziksel aktivite düzeylerinin sorgulanmaması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

3.5.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanması için Düzce Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (24.12.2020 tarihli 2020/264 karar no.lu) (EK-2). Araştırmanın yapıldığı kurum izni Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliğinden yazılı olarak alınmıştır (EK-3).

4.BULGULAR

4.1.Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular

Tablo 1 de araştırmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri gösterilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, %66'sı (n=132) kadın, %34'ü (n=68) erkektir. Yaş ortalaması 34.61 ± 7.89 'dur. Araştırmaya katılanların %62.5'i (n=125) evlidir. Araştırmaya katılanların çoğunluğunu %39.5 (n=79) ile hemşire ve hemşire yardımcıları oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %62'si (n=124) düzenli mesai ile çalışırken %38'i (n=76) nöbet usulü ile çalışmaktadır.

Tablo 1.Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri

Yaş	Ortalama±StandartSapma	
	34.61±7.89	
	Sayı n (200)	Yüzde %
Cinsiyet		
Kadın	132	66.0
Erkek	68	34.0
Medeni Durum		
Evli	125	62.5
Bekar	75	37.5
Meslek		
Hemşire ve yardımcısı	79	39.5
Memur	33	16.5
Sekreter/büro personeli	29	14.5
Sağlık teknisyeni	18	9.0
Teknisyen	10	5.0
Temizlik personeli	10	5.0
Laborant	9	4.5
İdareci	5	2.5
Diğer*	7	3.5
Çalışma Şekli		
Düzenli mesai	124	62.0
Nöbet usulü	76	38.0

*Diğer: Diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, sosyal hizmetler uzmanı

4.2.Sağlık Çalışanlarının Antropometrik Ölçümleri

Tablo 2.1 de araştırmaya katılanların antropometrik ölçümleri gösterilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından kadınların boy ortalaması 161.81 ± 5.95 cm, kilo ortalaması ise 65.68 ± 11.28 kg iken erkeklerin boy ortalaması 177.44 ± 5.15 cm, kilo ortalaması ise 84.39 ± 11.30 kg dir. BKİ değerlerinin ortalamasına bakıldığında kadınlarda ortalama sonuç 25.07 ± 4.29 , erkeklerde ise 26.79 ± 3.46 'dır. Araştırmaya katılan kadınların yağ oranları ortalama $\%28.27 \pm 6.84$, su oranları ortalama $\%49.05 \pm 4.11$ 'dir. Araştırmaya katılan erkeklerin ise yağ oranları ortalama $\%21.31 \pm 4.89$, su oranları $\%55.26 \pm 3.06$ ' dir. Araştırmaya katılan bireylerin yağsız vücut dokuları ise kadınlarda ortalama 46.38 ± 5.78 kg iken erkeklerde ortalama 65.97 ± 6.45 kg dir.

Tablo 2.1.Araştırmaya katılanların antropometrik ölçüm değerleri

	Ortalama $\pm$ StandartSapma	Ortanca(min-max)
Boy (cm)		
Kadın	161.81 ± 5.95	162.00 (150.50-176.00)
Erkek	177.44 ± 5.15	177.00 (165.00-187.00)
Kilo (kg)		
Kadın	65.68 ± 11.28	64.80 (46.80-104.20)
Erkek	84.39 ± 11.30	83.50 (63.00-113.10)
BKİ		
Kadın	25.07 ± 4.29	24.70 (18.10-36.60)
Erkek	26.79 ± 3.46	26.05 (20.80-36.50)
Yağ Oranı (%)		
Kadın	28.27 ± 6.84	27.85 (14.10-44.40)
Erkek	21.31 ± 4.89	21.00 (9.90-32.40)
Su Oranı (%)		
Kadın	49.05 ± 4.11	49.00 (38.50- 60.50)
Erkek	55.26 ± 3.06	55.65 (46.20-61.40)
Yağsız Vücut Dokusu (kg)		
Kadın	46.38 ± 5.78	46.35 (34.30-67.00)
Erkek	65.97 ± 6.45	66.20 (53.60-82.30)

Tablo 2.2 de araştırmaya katılanların BKİ sınıflaması gösterilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların ve erkeklerin büyük çoğunluğu normal ve hafif kilolu BKİ aralığındadır.

Kadınların %50.8'i normal BKİ aralığında (n=67) ve %34.1'i hafif kilolu BKİ aralığındadır (n=45). Erkeklerin ise %44.1'i hafif kilolu BKİ aralığında (n=30) iken %39.7'si normal BKİ aralığındadır (n=27). Araştırmaya katılan zayıf BKİ aralığında erkek yoktur, kadınların ise %0.8'i zayıftır (n=1). Araştırmaya katılan bireylerde her iki cinsiyette de 3. derece obez BKİ aralığında olan kimse yoktur.

Tablo 2.2.Araştırmaya katılanların BKİ sınıflamasına göre dağılımları

	Sayı n (200)	Yüzde %
BKİ Sınıflaması		
Kadın		
Zayıf	1	0.8
Normal	67	50.8
Hafif Kilolu	45	34.1
1.Derece Obez	17	12.9
2.Derece Obez	2	1.5
3.Derece Obez	-	-
Erkek		
Zayıf	-	-
Normal	27	39.7
Hafif Kilolu	30	44.1
1.Derece Obez	10	14.7
2.Derece Obez	1	1.5
3.Derece Obez	-	-

4.3.Sağlık Çalışanlarının Kronik Hastalık Durumları

Tablo 3 de araştırmaya katılanların kronik hastalık durumları gösterilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun herhangi bir kronik hastalığı yoktur. Kronik hastalığı olan bireyler katılımcıların %25'ini (n=50) oluşturmaktadır. Kronik hastalığı olan katılımcıların %24'ünün (n=12) tiroid hastalığı vardır. Tiroid hastalığından sonra en sık görülen kronik hastalık %14 ile (n=7) hipertansiyondur.

Tablo 3.Araştırmaya katılanların kronik hastalık durumlarına göre dağılımları

Kronik Hastalık Varlığı	Sayı n (200)	Yüzde %
Evet	50	25.0
Hayır	150	75.0

Tablo 3.Araştırmaya katılanların kronik hastalık durumlarına göre dağılımları (devam)

Kronik Hastalıklar	Sayı n (50)	Yüzde %
Tiroid hastalığı	12	24.0
Hipertansiyon	7	14.0
İnsülin direnci	5	10.0
Anemi	5	10.0
Kalp damar hastalıkları	3	6.0
Mide barsak hastalıkları	3	6.0
Diyabet	1	2.0
Diğer*	14	28.0

*Diğer:Gilbert Sendromu, Ankilozan Spondilit(2), Kronik Böbrek Yetmezliği(2), Romatoid Artrit(2), Epilepsi(2), Kifoz, Tek Göz Körlük, Astım, Lupus, Anksiyete ve Panik Bozukluk

4.4.Sağlık Çalışanlarının Beslenme Alışkanlıkları

Tablo 4 de araştırmaya katılanların beslenme alışkanlıkları gösterilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu herhangi bir diyet yapmamaktadır. Araştırmaya katılanların %13'ü (n=26) diyet yapmaktadır. Araştırmaya katılanların %58'i (n=116) günde 3 ana öğün tüketirken, %41.5'i (n=83) günde 2 ana öğün tüketmektedir. Katılımcıların çoğu gün içinde ara öğün tüketmektedir. Katılımcıların %37.5'i (n=75) günde 1 kez ara öğün tüketirken, %33.5'i (n=67) günde 2 kez ara öğün tüketmektedir. Katılımcıların %22.5'i (n=45) ise günde hiç ara öğün tüketmemektedir. Katılımcıların %58.5'i (n=117) gün içinde ana öğün atlamamaktadır. Gün içinde ana öğün atlayan katılımcıların büyük çoğunluğu kahvaltı veya öğle yemeğini atlamaktadır. Ana öğün atlayan katılımcıların %49.4'ü (n=41) öğle yemeğini atlarken %48.2'si (n=40) ise kahvaltı öğününü atlamaktadır.

Tablo 4.Araştırmaya katılanların beslenme alışkanlıklarına göre dağılımları

	Sayı n (200)	Yüzde %
Diyet Yapma Durumu		
Evet	26	13.0
Hayır	174	87.0
Günlük Ana Öğün Sayısı		
2	83	41.5
3	116	58.0
4	1	0.5

Tablo 4.Araştırmaya katılanların beslenme alışkanlıklarına göre dağılımları (devam)

	Sayı n (200)	Yüzde %
Günlük Ara Öğün Sayısı		
0	45	22.5
1	75	37.5
2	67	33.5
3	11	5.5
4	2	1.0
Ana Öğün Atlama Durumu		
Evet	82	41.0
Hayır	117	58.5
Bazen	1	0.5
	Sayı n (83)	Yüzde %
Atlanılan Öğün		
Kahvaltı	40	48.2
Öğle yemeği	41	49.4
Akşam yemeği	2	2.4

4.5.Sağlık Çalışanlarının Kahvaltı Alışkanlıkları

Tablo 5 de araştırmaya katılanların kahvaltı alışkanlıkları gösterilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %76'sı (n=152) her gün düzenli kahvaltı yapmaktadır. Katılımcıların % 8'i (n=16) ise hiç kahvaltı yapmamaktadır. Katılımcıların geri kalanı ara sıra ya da sadece hafta sonları kahvaltı yapmaktadır.

Kahvaltı yapan katılımcıların (n=184) %39.1'i (n=72) uyandıktan sonra 1-2 saat içinde, %27.7'si (n=51) uyandıktan 30 dakika-1 saat içinde kahvaltı yapmaktadır. Kahvaltı yapan katılımcıların %53.3'ü (n=98) iş yerinde kahvaltı yaparken %46.7'si (n=86) evde kahvaltı yapmaktadır. Kahvaltı yapan katılımcıların %40.8'i (n=75) kahvaltıyı arkadaşları ile yaparken %29.3'ü (n=54) tek başlarına yapmaktadır. Geri kalan katılımcılar kahvaltıyı aile bireylerinin tamamı veya bazıları ile yapmaktadır.

Kahvaltı yapan katılımcıların %71.7'si (n=132) kahvaltıda peynir, yumurta, zeytin gibi klasik kahvaltılık ürünleri tüketirken %23.4'ü (n=43) simit, poğaça gibi hazır unlu mamulleri tercih etmektedir. Geri kalan kahvaltı yapan katılımcılar ise yulaf, müsli, kahvaltılık gevrek gibi besinleri kahvaltıda tüketmektedirler.

Kahvaltı öğününü bazen ya da her zaman atlayan katılımcıların (n=48) %41.7'si (n=20) kahvaltıyı işe yetişememe, zaman bulamama nedeni ile atlamaktadır. Bu nedeni

sırasıyla %16.7 (n=8) ve %14.6 (n=7) ile düzensiz çalışma saatleri ve kilo alma korkusu izlemektedir.

Tablo 5.Araştırmaya katılanların kahvaltı alışkanlıklarına göre dağılımları

	Sayı n (200)	Yüzde %
Kahvaltı yapma sıklığı		
Hergün düzenli	152	76.0
Ara sıra	23	11.5
Sadece haftasonu	9	4.5
Hiç	16	8.0
	Sayı n (184)	Yüzde %
Uyandıktan sonra kahvaltı başlangıç zamanı		
İlk 30 dk	18	9.8
30 dk-1 saat	51	27.7
1-2 saat	72	39.1
2 saat ve üzeri	43	23.4
Kahvaltı yeri		
Ev	86	46.7
İş	98	53.3
Birlikte kahvaltı yapılan kişiler		
Tek başına	54	29.3
Ailenin bazı bireyleri ile	33	17.9
Tüm aile bireyleri ile	22	12.0
Arkadaşlar ile	75	40.8
Kahvaltıda yenen besin türleri		
Peynir, zeytin, ekmek, yumurta vb.	132	71.7
Simit ,poğaça, tost vb.	43	23.4
Yulaf ezmesi, gevrek, müsli vb.	9	4.9
	Sayı n (48)	Yüzde %
Kahvaltı öğününü atlama nedenleri		
İşe yetişememe, zaman bulamama	20	41.7
Kahvaltıyı sevmeme	4	8.3
Sabah iştahsız olma	3	6.3
Düzensiz çalışma saatleri	8	16.7
Önemsememe	1	2.1
Kilo alma korkusu	7	14.6
Gerekli olmadığını düşünme	4	8.3
İlaç kullanma nedeniyle kahvaltı yapamama	1	2.1

4.6. Her Gün Düzenli Kahvaltı Yapmayan Sağlık Çalışanlarında Görülen Şikayetler

Tablo 6 da araştırmaya katılanlardan her gün düzenli kahvaltı yapmayan katılımcıların durumla ilgili şikayetleri gösterilmektedir. Araştırmaya katılan her gün düzenli kahvaltı yapmayan sağlık çalışanlarının (n=48) yaklaşık yarısının (n=23) durumla ilgili herhangi bir şikayeti bulunmamaktayken diğer yarısının (n=25) kahvaltıyı atladığı için karşılaştığı bir veya birden daha fazla şikayet bulunmaktadır. Her gün düzenli kahvaltı yapmayan katılımcıların en sık yaşadıkları sorunlar açlık hissi, baş ağrısı ve halsizliktir.

Tablo 6.* Araştırmaya katılan her gün düzenli kahvaltı yapmayan kişilerin şikayetlerine göre dağılımları

	Sayı n (48)	Yüzde %
Şikayet		
Var	25	52
Yok	23	48
Şikayetler		
Yorgunluk	4	8.3
Halsizlik	8	16.7
Açlık hissi	19	39.6
Baş dönmesi	2	4.2
Dikkatte azalma	5	10.4
Göz kararması	1	2.1
Huzursuzluk	1	2.1
Baş ağrısı	9	18.8
Sinirlilik	1	2.1

*Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretleyebilmekteydi.

4.7. Sağlık Çalışanlarının Kahvaltı Öğünü ile İlgili Düşünceleri

Tablo 7 de araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının kahvaltı öğünü ile ilgili düşünceleri verilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu kahvaltı öğününün günün en önemli öğünü olduğunu (%89, n=178) ve huzur verdiğini (%88.5, n=177) düşünmektedir. Araştırmaya katılanların %73'ü (n=146) kahvaltı öğününün iştaki verimi artırdığını, %68'i (n=136) baş ağrısı nedenlerinden birinin kahvaltı yapmamak olduğunu düşünmektedir. Kahvaltı öğününün kan şekerini dengelediğini ve iş stresini azalttığını düşünenlerin yüzdesi birbirine eşittir (%64.5, n=129). Benzer şekilde kahvaltı yapmanın çocukluktan gelen bir alışkanlık olduğunu düşünenlerle kahvaltı öğününün dikkatin toplanmasında önemli olduğunu düşünen katılımcı yüzdeleri eşittir (%63.5, n=127). Katılımcıların %49'u (n=98) kahvaltı öğününün vücut ısısının düzenlenmesinde, %45'i

ise (n=90) tansiyon düzenlenmesinde etkili olup olmadığı konusunda fikrim yok olarak belirtmişlerdir. Katılımcıların %46'sı (n=92) kahvaltı öğününün zayıflamaya etkisi yoktur düşüncesine katılmamışlardır.

Tablo 7.*Araştırmaya katılanların kahvaltı öğünü ile ilgili düşüncelerine göre dağılımları

Kahvaltı ile İlgili Düşünceler	Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok
	Sayı n (Yüzde %)		
Günün en önemli öğünüdür	178 (89.0)	20 (10.0)	2 (1.0)
Zayıflamaya etkisi yoktur	65 (32.5)	92 (46.0)	43 (21.5)
Çocukluktan gelen alışkanlıktır	127 (63.5)	64 (32.0)	9 (4.5)
Kan şekerini dengeler	129 (64.5)	19 (9.5)	52 (26.0)
Huzur verir	177 (88.5)	17 (8.5)	6 (3.0)
İşteki verimi arttırır	146 (73.0)	34 (17.0)	20 (10.0)
Tansiyonu düzenler	84 (42.0)	26 (13.0)	90 (45.0)
Baş ağrısı nedenlerinden biri	136 (68.0)	32 (16.0)	32 (16.0)
kahvaltı yapılmamasıdır			
Vücut ısısını düzenler	77 (38.5)	25 (12.5)	98 (49.0)
Dikkatin toplanmasında önemlidir	127 (63.5)	45 (22.5)	28 (14.0)
İş stresini azaltır	129 (64.5)	48 (24.0)	23 (11.5)

*Satır yüzdesi verilmiştir.

4.8.Sağlık Çalışanlarının Değişkenlere Göre BKİ Değerleri ve Yağ Oranları

Tablo 8 de araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının değişkenlere göre BKİ değerleri ve yağ oranları verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınlardan düzenli mesai ile çalışmakta olanların yağ oranları ortalama 27.62 ± 6.77 iken nöbet usulü çalışmakta olanların yağ oranları ortalaması 29.22 ± 6.9 'dur. Çalışmaya katılan erkeklerin çalışma şekline göre BKİ ve yağ oranları hemen hemen aynıdır. Çalışmaya katılan kadınlardan ana öğün atlayanların BKİ ortalamaları 26.04 ± 4.44 , yağ oranları ortalamaları 30.50 ± 6.70 iken ana öğün atlamayanların BKİ ortalamaları 24.11 ± 3.93 , yağ oranları ortalamaları 26.05 ± 6.29 'dur. Çalışmaya katılan erkeklerin ana öğün atlama durumuna göre BKİ değerleri ve yağ oranlarında farklılık yoktur. Çalışmaya katılan kadınların kahvaltı öğünü atlayanların BKİ ve yağ oranları ortalaması öğle yemeğini atlayanların BKİ ve yağ oranları ortalamasından yüksektir. Çalışmaya katılan erkeklerde ise kahvaltı öğünü atlayanların yağ oranları ortalaması 20.83 ± 2.51 iken öğle öğünü atlayanların yağ oranı ortalaması 22.88 ± 5.26 'dır. Çalışmaya katılan kadınlarda ve erkeklerde kahvaltıda tüketilen besinlere göre simit, poğaça gibi unlu mamuller tüketenlerin BKİ ve yağ oranları peynir, zeytin, yulaf, müsli vb. gibi diğer besinleri

tüketenlerin BKİ ve yağ oranlarından yüksektir. Çalışmaya katılan erkeklerde en düşük BKİ ve yağ oranı ortalaması yulaf, müsli vb. tüketen gruba ait olup sırasıyla 23.90 ± 2.85 ve 15.70 ± 3.65 'tir.

Tablo 8. Araştırmaya katılanların değişkenlere göre BKİ değerleri ve yağ oranlarına göre dağılımları

	Kadın			Erkek		
	Sayı n	BKİ Ortalama $\pm$ Standart Sapma	Yağ Oranı Ortalama $\pm$ Standart Sapma	Sayı n	BKİ Ortalama $\pm$ Standart Sapma	Yağ Oranı Ortalama $\pm$ Standart Sapma
Çalışma Şekli	132			68		
Düzenli Mesai	78	25.02 ± 4.21	27.62 ± 6.77	46	26.75 ± 3.29	21.10 ± 5.00
Nöbet Usulü	54	25.15 ± 4.45	29.22 ± 6.91	22	26.89 ± 3.88	21.77 ± 4.75
Ana Öğün Atlama Durumu	132			68		
Evet	66	26.04 ± 4.44	30.50 ± 6.70	17	26.34 ± 2.97	21.54 ± 3.64
Hayır	66	24.11 ± 3.93	26.05 ± 6.29	51	26.95 ± 3.63	21.25 ± 5.27
Atlanılan Ana Öğüne Göre	66			17		
Kahvaltı	30	26.57 ± 4.30	31.15 ± 6.60	10	26.26 ± 2.86	20.83 ± 2.51
Öğle Yemeği	35	25.52 ± 4.62	30.02 ± 6.92	6	26.68 ± 3.61	22.88 ± 5.26
Akşam Yemeği	1	28	28	1	25	20.6
Kahvaltıda Tüketilen Besinlere Göre	121			63		
Peynir, zeytin vb.	91	24.31 ± 3.98	29.96 ± 6.27	41	25.58 ± 2.73	19.84 ± 4.58
Simit, poğaç vb.	24	26.56 ± 4.39	30.56 ± 7.75	19	29.88 ± 3.28	25.44 ± 3.44
Yulaf, müsli vb.	6	24.90 ± 6.34	29.25 ± 6.93	3	23.90 ± 2.85	15.70 ± 3.65

4.9. Sağlık Çalışanlarının Kahvaltı Yapma Sıklığının Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımları

Tablo 9 da araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının kahvaltı yapma sıklıklarının çeşitli değişkenlere göre dağılımları verilmiştir. Kahvaltı sıklığında ara sıra ve sadece hafta sonları diyenler birleştirilip bazen olarak değerlendirilmiştir. Kahvaltı sıklığı ile çeşitli değişkenler arasında ilişki olup olmadığını sınamak amacıyla Ki-Kare testi uygulanmıştır. Buna göre araştırmaya katılanların kahvaltı yapma sıklığı dağılımı; cinsiyete, medeni duruma ve diyet yapma durumuna göre farklılık göstermemektedir.

Bu araştırmaya göre çalışma şekli ile kahvaltı yapma sıklığı arasında anlamlı bir ilişki ($p=0.018<0.05$) bulunduğu görülmektedir. Düzenli mesai ile çalışanlar her gün kahvaltı yapma düzenine daha çok sahiptir. Ayrıca sınıma sonucunda kahvaltı yapma sıklığı ile kronik hastalık varlığı arasında anlamlı bir ilişki ($p=0.007<0.05$) bulunduğu görülmektedir. Düzenli kahvaltı yapmayan katılımcılarda kronik hastalık varlığı daha fazladır.

Tablo 9.Araştırmaya katılanların kahvaltı yapma sıklığının çeşitli değişkenlere göre dağılımları

	Her gün düzenli	Bazen	Hiç yapmama	Toplam	İstatistik
Cinsiyet					
Kadın	95 (%72)	26 (%19.7)	11 (%8.3)	132(%100)	$\chi^2= 4.2$ $p=0.122$
Erkek	57 (%83.8)	6(%8.8)	5 (%7.4)	68(%100)	
Toplam	152 (%76)	32 (%16)	16 (%8)	200(%100)	
Medeni Durum					
Evli	95(%76)	19(%15.2)	11(%8.8)	125 (%100)	$\chi^2= 0.4$ $p=0.819$
Bekar	57(%76)	13(%17.3)	5(%6.7)	75(%100)	
Toplam	152(%76)	32(%16)	16(%8)	200(%100)	
Çalışma Şekli					
Düzenli Mesai	99(%79.8)	13(%10.5)	12(%9.7)	124(%100)	$\chi^2= 7.9$ $p=0.018$
Nöbet Usulü	53(%69.7)	19(%25)	4(%5.3)	76(%100)	
Toplam	152(%76)	32(%16)	16(%8)	200(%100)	
Kronik Hastalık Varlığı					
Evet	33(%68.7)	6(%12.5)	9(%18.8)	48(%100)	$\chi^2= 10.044$ $p=0.007$
Hayır	119(%78.3)	26(%17.1)	7(%4.6)	152(%100)	
Toplam	152(%76)	32(%16)	16(%8)	200(%100)	
Diyet Yapma Durumu					
Evet	20(%77)	3(%11.5)	3(%11.5)	26(%100)	$\chi^2= 0.8$ $p=0.656$
Hayır	132(%75.8)	29(%16.7)	13(%7.5)	174(%100)	
Toplam	152(%76)	32(%16)	16(%8)	200(%100)	

4.10.Sağlık Çalışanlarının BKİ Gruplarının Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımları

Tablo 10 da araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının BKİ gruplarının çeşitli değişkenlere göre dağılımları verilmiştir. Çalışmaya katılan erkeklerde zayıf birey olmadığı ve kadınlarda 1 tane zayıf birey olduğu için zayıf ve normal BKİ değerine sahip katılımcılar 24.99 BKİ ve altı olarak, çalışmaya katılan hafif kilolu ve çeşitli obez sınıflandırmasında yer alan katılımcılar ise 25 BKİ ve üstü olarak gruplandırılmıştır. Akşam öğününü atlayan her iki cinsiyette de birer kişi olduğundan atlanan ana öğüne göre olan sınamada akşam öğünü dahil edilmemiştir. Tüketilen besinlerde yulaf, müsli vb. diyen katılımcı sayısı az olduğu için sınamaya dahil edilmemiştir. BKİ grupları ile çeşitli değişkenler arasında ilişki olup olmadığını sınamak amacıyla Ki-Kare, Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testleri uygulanmıştır. Buna göre araştırmaya katılanların BKİ dağılımı; çalışma şekline, ana öğün atlama durumuna, atlanan ana öğüne, kahvaltı yapma sıklığına, kahvaltının ne zaman yapıldığına, kahvaltının nerede yapıldığına göre farklılık göstermemektedir. Yapılan analizlere göre medeni durum ile BKİ grupları arasında anlamlı bir ilişki ($p=0.00<0.05$) olduğu tespit edilmiştir. Evlilerin 25 BKİ ve üstü grubunda, bekarların ise 24.99 BKİ ve altı grubunda yoğunlaştığı görülmektedir. Yapılan analizlere göre kahvaltının kiminle yapıldığı ile BKİ grupları arasında anlamlı bir ilişki ($p=0.009<0.05$) bulunmaktadır. Kahvaltıyı tek başına yapan kişiler 24.99 BKİ ve altında yoğunlaşırken, arkadaşları ile yapanların 25 BKİ ve üstünde yoğunlaştığı görülmektedir. Ayrıca analiz sonucunda kahvaltıda yenilen besinlere göre BKİ seviyelerinde de anlamlı bir farklılık ($p=0.000<0.05$) olduğu görülmektedir. Gerçekleşen değerlerde peynir, zeytin, yumurta vb. tüketenler 24.99 BKİ ve altı grubunda, simit, poğaç, tost vb. tüketenler 25 BKİ ve üstü grubunda yoğunlaşmaktadır.

Tablo 10.Araştırmaya katılanların BKİ gruplarının çeşitli değişkenlere göre dağılımları

	24.99 BKİ ve altı	25 BKİ ve üstü	Toplam	İstatistik
Medeni Durum				
Evli	42(%33.6)	83(%66.4)	125(%100)	$\chi^2= 25.8$
Bekar	53(%70.7)	22(%29.3)	75(%100)	$p=0.000$
Toplam	95(%47.5)	105(%52.5)	200(%100)	
Çalışma Şekli				
Düzenli Mesai	58(%46.8)	66(%53.2)	124(%100)	$\chi^2= 0.069$
Nöbet Usulü	37(%48.7)	39(%51.3)	76(%100)	$p=0.793$
Toplam	95(%47.5)	105(%52.5)	200(%100)	

Tablo 10. Araştırmaya katılanların BKİ gruplarının çeşitli değişkenlere göre dağılımları (devam)

	24.99 BKİ ve altı	25 BKİ ve üstü	Toplam	İstatistik
Ana Öğün Atlama Durumu				
Evet	36(%43.4)	47(%56.6)	83(%100)	$\chi^2= 0.969$ $p=0.325$
Hayır	59(%50.4)	58(%49.6)	117(%100)	
Toplam	95(%47.5)	105(%52.5)	200(%100)	
Atlanan Ana Öğün				
Kahvaltı	17(%42.5)	23(%57.5)	40(%100)	$\chi^2= 0.121$ $p=0.728$
Öğle Yemeği	19(%46.3)	22(%53.7)	41(%100)	
Toplam	36(%44.4)	45(%55.6)	81(%100)	
Kahvaltı Yapma Sıklığı				
Her gün düzenli	76(%50)	76(%50)	152(%100)	$\chi^2= 3.634$ $p=0.163$
Bazen	15(%46.9)	17(%53.1)	32(%100)	
Hiç yapmama	4(%25)	12(%75)	16(%100)	
Toplam	95(%47.5)	105(%52.5)	200(%100)	
Kahvaltının Ne Zaman Yapıldığı				
30 dk ve daha az	10(%55.6)	8(%44.4)	18(%100)	$\chi^2= 1.400$ $p=0.706$
30 dk - 1 saat	28(%54.9)	23(%45.1)	51(%100)	
1 saat - 2 saat	33(%45.8)	39(%54.2)	72(%100)	
2 saat ve daha fazla	20(%46.5)	23(%53.5)	43(%100)	
Toplam	91(%49.5)	93(%50.5)	184(%100)	
Kahvaltı Yeri				
Ev	47(%54.6)	39(%45.4)	86(%100)	$\chi^2= 1.743$ $p=0.187$
İş	44(%44.9)	54(%55.1)	98(%100)	
Toplam	91(%49.5)	93(%50.5)	184(%100)	
Kahvaltı Kiminle Yapılır				
Tek başına	37(%68.5)	17(%31.5)	54(%100)	$\chi^2= 1.549$ $p=0.009$
Ailenin bazı bireyleri	15(%45.5)	18(%44.5)	33(%100)	
Ailenin bütün bireyleri	8(%36.4)	14(%63.6)	22(%100)	
Arkadaşlarla	31(%41.3)	44(%58.7)	75(%100)	
Toplam	91(%49.5)	93(%50.5)	184(%100)	

Tablo 10. Araştırmaya katılanların BKİ gruplarının çeşitli değişkenlere göre dağılımları (devam)

	24.99 BKİ ve altı	25 BKİ ve üstü	Toplam	İstatistik
Kahvaltıda Yenilenler				
Peynir, zeytin, yumurta vb.	76(%57.6)	56(%42.4)	132(%100)	$\chi^2= 15.286$ $p=0.000$
Simit, poğaç, tost vb.	10(%23.3)	33(%76.7)	43(%100)	
Toplam	86(%49.1)	89(%50.9)	175(%100)	

5.TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarının kahvaltı alışkanlıklarının ve kahvaltı öğününe karşın tutumlarının saptanması ile antropometrik ölçümlerinin yapılarak bunlar arasında anlamlı farklılıklar olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırma Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde Eylül 2021-Temmuz 2022 tarihlerinde yürütülmüştür.

Araştırmaya 132 kadın (%66) ve 68 erkek (%34) olmak üzere toplam 200 kişi katılmıştır. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 34.61 ± 7.89 'dur. Katılımcıların %62.5'i (n=125) evli, %37.5'i (n=75) bekardır. Araştırmaya katılanların çoğunluğunu %39.5 (n=79) ile hemşire ve hemşire yardımcıları oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %62'si (n=124) düzenli mesai ile çalışırken %38'i (n=76) nöbet usulü ile çalışmaktadır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından kadınların boy ortalaması 161.81 ± 5.95 cm, kilo ortalaması ise 65.68 ± 11.28 kg iken erkeklerin boy ortalaması 177.44 ± 5.15 cm, kilo ortalaması ise 84.39 ± 11.30 kg dir. BKİ değerlerinin ortalamasına bakıldığında kadınlarda ortalama sonuç $25.07 \pm 4.29 \text{ kg/m}^2$, erkeklerde ise $26.79 \pm 3.46 \text{ kg/m}^2$ 'dir. 2008 yılında Dr. Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada boy uzunluğu ortalaması 161.7 ± 5.3 cm, ağırlıklarının ortalaması 60.7 ± 9.9 kg ve BKİ değerleri ortalama $23.2 \pm 3.6 \text{ kg/m}^2$ olarak bulunmuştur.⁶⁴ İki çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının boy ortalamaları birbirine yakinken, kilo ve BKİ değerlerindeki farklılık her geçen yıl bireylerin ortalama kilolarında artış olduğunu göstermektedir. Sağlık çalışanlarının beslenme ve sağlık durumun tespiti için 2018 yılında yapılan bir çalışmada BKİ değerleri ortalama kadınlarda $25.8 \pm 4.79 \text{ kg/m}^2$, erkeklerde BKİ $27.0 \pm 3.82 \text{ kg/m}^2$ bulunmuştur.⁶³ Bu çalışma ile araştırmamızdaki sonuçlar birbirine oldukça yakındır. Sağlık çalışanları ile ilgili yapılan başka bir çalışmada ise boy uzunlukları ortalaması; kadınlarda 162.7 ± 6.5 cm, erkeklerde 173.9 ± 6.8 cm, ağırlık ortalaması; kadınlarda 62.5 ± 10.5 kg, erkeklerde ise 78.7 ± 13.1 kg olduğu görülmektedir. Kadınlarda BKİ ortalaması $23.6 \pm 4.1 \text{ kg/m}^2$; erkeklerde $26.0 \pm 4.0 \text{ kg/m}^2$ 'dir.⁶⁵ Ağırlık ve BKİ değerlerinin çalışmamız ile farklılık göstermesi katılımcıların evli (58.3) ve bekar (41.7) oranlarındaki farklılıktan kaynaklanıyor olabilir. Bir üniversite hastanesinde çalışan hekimler üzerine yapılan çalışmada ise kadın katılımcıların BKİ ortalaması 22.39 ± 3.03

kg/m², erkek katılımcıların ise 24.85±3.5kg/m² bulunmuştur.⁶⁶ Araştırmamızdaki sonuçlara kıyasla daha düşük BKİ ortalamalarına sahip olma sebepleri hekimlerin kronik hastalıklar ile fazla kilo arasındaki ilişkiyi diğer sağlık çalışanlarına kıyasla daha fazla bilmeleri ve beslenme konusunda daha dikkatli olmaları olabilir.

Sunulan araştırmaya katılan kadınların yağ oranları ortalama %28.27±6.84, su oranları ortalama %49.05±4.11, erkeklerin ise yağ oranları ortalama %21.31±4.89, su oranları %55.26±3.06'dır. Araştırmaya katılan bireylerin yağsız vücut dokuları ise kadınlarda ortalama 46.38±5.78 kg iken erkeklerde ortalama 65.97±6.45 kg dir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde sağlık çalışanlarının vücut yağ, su oranları ile yağsız doku ağırlığını karşılaştırabileceğimiz çalışmalar bulunamamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda yağ ağırlığına ve/veya kas ağırlığına bakılmıştır fakat sunulan araştırmada yağ ağırlığı yerine yağ oranları; kas ağırlığı yerine vücut yağsız dokusu vücut analiz cihazıyla saptanmıştır. Bazı çalışmalarda ise katılımcılar cinsiyete göre ayrılmamıştır. Yetişkin bireylerde yapılan bir çalışmada katılımcıların cinsiyetlerine göre ayrılmadan ortalama yağ oranı %33.7±8, yağsız vücut kütlesi ortalamaları 46±6.5 kg, vücut su oranı ortalamaları %32.1±5.6 bulunmuştur. Erkeklerin vücut yağ oranları %30.2±7.9, yağsız doku ağırlıkları ortalama 50.7±5.6 kg iken kadınların vücut yağ oranları %34.8±7.8, yağsız doku ağırlıkları ortalama 44.5±6.0 kg dir.⁶⁷ Çalışmamızda her iki cinsiyette de yağ oranlarının düşük, yağsız doku ağırlıklarının yüksek olması sağlık çalışanlarının diğer bireylere göre vücut yağ fazlalığının çeşitli kronik hastalıklarla bağlantılı olduğunu bilmesi ve beslenme konusunda daha bilgili olmaları nedeniyle vücut kompozisyonları açısından daha dikkatli olmaları olabilir. Ayrıca çalışmalarda kullanılan analiz cihazlarının farklılığı (ölçüm için gönderilen akım farklılığı ve duyarlılık farklılığı) karşılaştırma yapmayı zorlaştırmaktadır.

Araştırmamızda BKİ sınıflaması incelendiğinde, kadınların ve erkeklerin büyük çoğunluğu normal ve hafif kilolu BKİ aralığındadır. Kadınların %50.8'i normal BKİ aralığında ve %34.1'i hafif kilolu BKİ aralığındadır. Erkeklerin ise %44.1'i hafif kilolu BKİ aralığında iken %39.7'si normal BKİ aralığındadır. Obez BKİ değerlerinde kadınların %14.4'ü; erkeklerin ise %16.2'si yer almaktadır. TÜİK verilerine göre kadın popülasyonun 2019 yılında %24.8'i obez iken, erkeklerde bu oran %17'dir ve kadınların %30.4'ü pre-obez (hafif kilolu) iken, erkeklerin %39.7'si pre-obez (hafif kilolu) dir.³¹ TÜİK verileri ile sunulan çalışmadaki sonuçlar arasında benzerlik ve farklılıklar bulunmaktadır. Kadın sağlık çalışanlarında obezite oranının genelden daha

düşük olmasının sebebi beslenme konusunda daha bilgili olmaları olabilir. Sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada kadınların %62.7'si normal, %22.2'si fazla kilolu, %9.3'ü obez BKİ aralığında iken; erkeklerin %40.6'sı normal, %41.7'si fazla kilolu, %15.6'sı obez BKİ aralığındadır.⁶⁵ Çukurova Üniversitesi çalışanlarında yapılan bir araştırmada kadınların %49.7'sinin normal, %31.4'ünün hafif kilolu BKİ aralığında; erkeklerin ise %30.1'inin normal, %50.1'inin hafif kilolu BKİ aralığında olduğu bulunmuştur.⁶⁸ Kılıç, araştırmasında sağlık çalışanlarından erkeklerin %51.9'unun, kadınların %30.6'sının fazla kilolu; erkeklerin %16.3'ünün, kadınların ise %8.6'sının obez olduğunu saptamıştır.⁶⁹ Bu çalışmalarda da erkek sağlık çalışanlarının, kadın sağlık çalışanlarına göre hem fazla kilolu hem de obez olma oranlarının yüksek olması sonuçları sunulan çalışma ile paralellikler göstermektedir.

Sunulan araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun herhangi bir kronik hastalığı yoktur. Kronik hastalığı olan bireyler katılımcıların %25'ini oluşturmaktadır. Kronik hastalığı olan katılımcıların %24'ünün tiroid hastalığı vardır. Tiroid hastalığından sonra en sık görülen kronik hastalık %14 ile hipertansiyondur. Yücel'in araştırmasında sağlık çalışanlarının %20.2'sinde kronik hastalık görülmekte olup en çok belirtilen kronik hastalıklar hipotroid ve hipertansiyondur.⁶⁵ Kılıç'ın araştırmasında ise sağlık çalışanlarında görülen kronik hastalıklar, sıklık sırayla hipertansiyon, astım, kalp hastalıkları ve diyabettir.⁶⁹ Sağlık çalışanlarında yapılan başka bir çalışmada ise görülen kronik hastalıklar sırasıyla endokrin sorunlar (guatr vb.), sindirim sistemi hastalıkları, kalp-damar hastalıkları ve hipertansiyondur.⁶³ Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde yapılan bir diğer çalışmada ise katılımcıların %27.22'sinde en az bir kronik hastalık bulunmaktadır. En sık görülen hastalık %9.4 ile tiroid hastalıklarıdır.⁷⁰ Yapılan bu çalışmalarda bulunan sonuçlar araştırmamızla paralellikler göstermekte ve araştırmamızı desteklemektedir.

Sunulan araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu (%87) herhangi bir diyet yapmamaktadır. Araştırmaya katılanların %13'ü diyet yapmaktadır. Sağiroğlu'nun çalışmasında katılımcıların %77.2'si diyet yapmıyorken Kurtgil'in çalışmasında diyet yapmayan katılımcıların oranı %86.1'dir.^{70,71} Çalışmalara katılanların büyük çoğunluğunun diyet yapmaması araştırmamızla paralellik göstermektedir.

Araştırmamıza katılanların %58' i günde 3 ana öğün tüketirken, %41.5'i günde 2 ana öğün tüketmektedir. Katılımcıların çoğu gün içinde ara öğün tüketmektedir. Katılımcıların %37.5'i günde 1 kez ara öğün tüketirken, %33.5'i günde 2 kez ara öğün

tüketmektedir. Katılımcıların %22.5'i ise günde hiç ara öğün tüketmemektedir. Katılımcıların %58.5'i gün içinde ana öğün atlamamaktadır. Ana öğün atlayan katılımcıların %49.4'ü öğle yemeğini atlarken %48.2'si ise kahvaltı öğününü atlamaktadır. Sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların %65.1'inin 3 ana öğün, %24'ünün ise 2 ana öğün yediği bulunmuştur. Katılımcılardan öğün atlayanların %46.5'i öğle yemeğini, %41.4'ü kahvaltı öğününü atlamaktadır. Katılımcıların %37'si günde 1 kez ara öğün tüketirken, %31.8'i günde 2 kez ara öğün tüketmekte ve %17.7'si hiç ara öğün tüketmemektedir.⁶⁵ Sağlık çalışanları ile yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %67.3'ü günde 3 ana öğün tüketmektedir.⁶³ Çalışan kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %55'inin ana öğün atlamadığı, öğün atlayanların ise %49.4'ünün öğle öğününü atladığı gösterilmiştir.⁷² Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da öğrencilerin %50'si 3 ana öğün tüketmektedir. Katılımcıların %21'i ara öğün yapmıyor iken %34,7'sinin ara öğün sayısı 1, %31'inin ara öğün sayısı 2'dir.⁷³ Yapılan bu çalışmalarda kişilerin günlük ana öğün sayıları, en sık atlanılan ana öğünler ve oranları, günlük tüketilen ara öğün sıklıkları gibi sonuçlar çalışmamızla oldukça benzerlikler göstermektedir.

Yaptığımız araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %76'sı her gün düzenli, %11.5'i ara sıra, %4.5'i ise sadece hafta sonları kahvaltı yapmaktadır. Katılımcıların %8'i ise hiç kahvaltı yapmamaktadır. Yılmaz'ın sağlık çalışanları ile ilgili yaptığı çalışmada kahvaltı yapanların oranı %76.6 bulunmuştur.⁶³ Çalışmamızda da neredeyse aynı sonuç çıkmıştır. Yücel'in hekimlerin de yer aldığı sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmasında ise her gün kahvaltı yapma oranı %65.7, sadece hekimler ile yapılan başka bir çalışmada ise her gün kahvaltı yapanların oranı %65 bulunmuştur.^{65,66} Hekimlerin daha düzensiz çalışma saatlerine sahip olabileceği, araştırmamızda hekim dışı sağlık personelinin dahil edilmesi ve katılımcıların çoğunluğunun düzenli mesai ile çalışması nedeniyle kahvaltı yapma oranı araştırmamızda bu çalışmalara göre daha yüksek çıkmış olabilir. Çalışan kadınlarla yapılan bir araştırmada ise kadınların %73.1'i her gün düzenli, %14.6'sı ara sıra, %8.3'ü sadece hafta sonları kahvaltı yapmakta, %2.3'ü ise hiç kahvaltı yapmamaktadır.⁷² Çalışmamızla paralellik gösteren sonuçlar olmakla birlikte, farklılıklar bizim çalışmamızın iki cinsiyeti de kapsıyor olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamızda kahvaltı yapan katılımcıların %39.1'i uyandıktan sonra 1-2 saat içinde, %27.7'si uyandıktan 30 dakika-1 saat içinde kahvaltı yapmaktadır. Sevim'in

çalışmasında ise katılımcıların %42.1'i 30 dakika-1 saat içinde, %23'ü 1-2 saat içinde yapmaktadır.⁷² Hurma'nın çalışmasında ise her gün kahvaltı yapan katılımcıların %46.3'ü sabah kahvaltısını uyandıktan 30 dakika-1 saat içinde, %27.3'ü uyandıktan sonraki 30 dakika içinde, %25.7'si ise uyandıktan 1-2 saat içinde kahvaltı yapmaktadır.⁷⁴ Bu farklılıklar Sevim ve Hurma'nın çalışmalarının sadece kadınlar ile yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamızda kahvaltı yapan katılımcıların %53.3'ü iş yerinde kahvaltı yaparken %46.7'si evde kahvaltı yapmaktadır. Yılmaz'ın çalışmasında katılımcıların %52'si kahvaltıyı evde, %31.2'si iş yerinde yapmaktadır.⁶³ Sevim'in çalışmasında katılımcıların %59.8'i kahvaltıyı evde, %36.3'ü iş yerinde yapmaktadır.⁷² Fidan'ın çalışmasında ise katılımcıların %57.3'ü kahvaltı evde yapmakta iken %20.9'u hastanede (iş yerinde) yapmaktadır.⁶⁶ Araştırmamızda bu çalışmaların aksine iş yerinde kahvaltı yapan katılımcı oranı daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamıza katılanların evde kahvaltı yapacak zaman bulamamaları veya düzensiz çalışma saatleri işyerinde kahvaltı yapmalarına neden oluyor olabilir.

Araştırmamızda kahvaltı yapan katılımcıların %40.8'i kahvaltıyı arkadaşları, %17.9'u ailenin bazı bireyleri, %12'si tüm aile bireyleri ile yaparken %29.3'ü ise tek başlarına yapmaktadır. Bir çalışmada katılımcıların %42.5'i tek başına, %19.4'ü ailenin bazı bireyleriyle birlikte, %12'si ailenin tüm bireyleriyle beraber, %12'si ise arkadaşları ile kahvaltı yapmaktadır.⁷² Bu çalışma sadece kadınlarla yapıldığı için sonuçlar farklılık gösteriyor olabilir. Başka bir çalışmada ise sabah öğününü tüketen katılımcıların %21.7'si yalnız, %69'u aile veya akraba ile ve %4'ü ise arkadaşları ile tüketiyor bulunmuştur.⁶⁷ Bu çalışmada sadece çalışanlar değil emekli ve ev hanımları gibi çalışmayanlar da yer almaktadır. Bu nedenle aile ile kahvaltı yapma oranı daha yüksek, arkadaşlar ile kahvaltı yapma oranı daha düşük çıkmış olabilir. Çalışmamızda ise sadece çalışan bireyler yer aldığı için kahvaltıyı iş yerinde arkadaşlarla yapma oranı daha yüksek çıkmaktadır. Özellikle nöbet usulü çalışan kişiler çalışma saatlerine bağlı olarak öğünlerini iş yerinde arkadaşları ile yapmaya daha eğilimlidirler. Sağlık çalışanı kadınlarla yapılan bir araştırmaya göre ise katılımcıların %41.1'inin kahvaltıyı arkadaşlarıyla, %20.7'sinin tek başına, %15.6'sının ailenin bazı bireyleri ile ve %22.5'inin ise ailedeki tüm bireyler ile yaptığı gözlenmiştir.⁷⁴ Bu sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda kahvaltı yapan katılımcıların %71.7'si kahvaltıda peynir, yumurta, zeytin gibi klasik kahvaltılık ürünleri tüketirken %23.4'ü simit, poğaça gibi hazır unlu mamulleri, %4.9'u ise yulaf, müsli, kahvaltılık gevrek gibi besinleri tüketmektedirler. Bir çalışmada bireyler kahvaltı öğününde en fazla %58.0 ile peynir, zeytin, yumurta vb. tercih etmektedir. Bunu sırayla %34.2 ile poğaça, tost, simit vb. ve %4.8 ile tahıl gevreği izlemektedir.⁶³ Sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda kahvaltı öğününü bazen ya da her zaman atlayan katılımcıların %41.7'si kahvaltıyı işe yetişememe, zaman bulamama nedeni ile atlamaktadır. Bu nedeni sırasıyla %16.7 ve %14.6 ile düzensiz çalışma saatleri ve kilo alma korkusu izlemektedir. Sevim'in çalışmasında katılımcıların %55.9'unun kahvaltıyı sabah geç kalkma nedeniyle işe yetişememe-zaman bulamama nedeniyle, %19.3'ünün sabahları iştahsız olma, %8.1'inin kilo alma korkusu ile atlادıkları bulunmuştur.⁷² Kurtgil'in çalışmasında katılımcıların %67.6'sı sabah geç uyanma, %18.9'u kahvaltı yapmayı sevmeme, %9.5'i ise sabahları iştahsız olma nedeniyle kahvaltıyı atlamaktadır.⁷¹ Yılmaz'ın çalışmasında ana öğün atlama sebepleri %39.5 hazırlanmıyor olması, % 32.2 geç kalma, %17.8 zamanının olmaması bulunmuştur.⁶³ Sağıroğlu'nun çalışmasında katılımcıların %53.9'unun zaman bulamadığı için, %29.4'ünün düzensiz çalışma saatleri sebebiyle, %10.6'sının ise hazırlanmadığı için öğün atlادığı belirlenmiştir.⁷⁰ Yücel'in çalışmasında öğün atlama nedenleri değerlendirildiğinde %54.8'si fırsat bulamadığı, %30.5'i canı istemediği, %9.2'si alışkanlığının olmamasından dolayı öğün atlamaktadır.⁶⁵ İlter'in çalışmasında ise öğün atlama nedenlerine bakıldığında öğün atlayan katılımcıların %42.6'sı ya unutup ya da fırsat bulamadığı için atlادığını, %36.8'i canı istemediği için yemek yemeyip atlادığını, %7.4'ü zayıflamak için öğün atlادıklarını belirtmişlerdir.⁶⁴ Özçelik'in yaptığı çalışmada; sağlık personelinin en sık öğün atlama nedenleri düzensiz çalışma, zaman bulamama ve zayıflamayı isteme olarak saptanmıştır.⁷⁵ Başka bir araştırmada düzensiz çalışma saatlerinin, zaman yetersizliğinin çalışanların ana öğün tüketimlerini engellediği bulunmuştur.⁷⁶ Geç kalma, zaman olmaması gibi nedenler öğün atlamada ilk sırada yer alırken çeşitli çalışmalarda diğer nedenlerin değişkenlik göstermesi bazı çalışmaların sadece kahvaltı öğününü atlamayı değerlendirmesi, bazı çalışmaların ise ana öğünlerin atlanmasını değerlendirmesinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca çalışmaların katılımcılarında vardiyalı (nöbet usulü) çalışanlar varsa düzenli mesai çalışanlara göre öğün atlama nedenleri değişkenlik

göstermektedir. Bazı çalışmaların sadece kadın katılımcılar ile yapılmış olması da farklı sonuçlar çıkmasına neden olmuş olabilir.

Araştırmamıza göre kahvaltı öğününü atlayan katılımcıların en sık yaşadıkları sorunlar açlık hissi (%39.6), baş ağrısı (%18.8) ve halsizlik (%16.7) tir. Hurma'nın çalışmasında kahvaltı öğününü atlayan katılımcılarda %76 açlık hissi, ardından %64 halsizlik ve baş ağrısının ortaya çıktığı bulunmuştur.⁷⁴ Sevim'in çalışmasında katılımcıların kahvaltı yapmama durumlarında %58.3 oranında açlık hissi, %39 oranında halsizlik, % 34.5 oranında yorgunluk, %34 oranında baş ağrısı yaşadığı ortaya konmuştur.⁷² Kurtgil'in çalışmasında kahvaltı yapmayan bireylerde %64.9 oranında yorgunluk, %47.3 oranında halsizlik ve %25.7 oranında açlık hissi şikayetleri belirlenmiştir.⁷¹ Bu çalışmalardaki sonuçlar araştırmamızla paralellik göstermekte ve bulgularımızı desteklemektedir.

Araştırmamızın katılımcıları kahvaltı öğününün günün en önemli öğünü olduğunu (%89), huzur verdiğini (%88.5), kahvaltı öğününün işteki verimi artırdığını (%73) ve baş ağrısı nedenlerinden birinin kahvaltı yapmamak olduğunu (%68) düşünmektedir. Hurma'nın çalışmasında kahvaltı güne zinde başlanmasını sağlar önermesine %94.9, kahvaltı günün en önemli öğünüdür önermesine %94.2, kahvaltı yapan bireylerin işteki performansı artar önermesine %84.7, baş ağrısının sebeplerinden birisi kahvaltı yapılmamasıdır önermesine %74.2 oranında katılım olmuştur.⁷⁴ Sevim'in çalışmasında kahvaltı günün en önemli öğünüdür düşüncesine %94.2, kahvaltı yapmak huzur verir düşüncesine %88.6, kahvaltı yapan bireylerin işteki verimleri artar düşüncesine %87.5 katılım olmuştur.⁷² Sonuçlar araştırmamızla paralellik göstermektedir. Bu oranlardan yola çıkarak bireylerin kahvaltı öğününün ne kadar önemli bir öğün olduğunu bildiği yorumu yapılabilir.

Çalışmamıza katılan kadınlardan düzenli mesai ile çalışmakta olanların yağ oranları ortalama 27.62 ± 6.77 iken nöbet usulü çalışmakta olanların yağ oranları ortalaması 29.22 ± 6.9 'dur. Çalışmaya katılan kadınlardan ana öğün atlayanların BKİ ortalamaları 26.04 ± 4.44 , yağ oranları ortalamaları 30.50 ± 6.70 iken ana öğün atlamayanların BKİ ortalamaları 24.11 ± 3.93 , yağ oranları ortalamaları 26.05 ± 6.29 ' dur. Çalışmaya katılan erkeklerin çalışma şekline ve ana öğün atlama durumlarına göre BKİ ve yağ oranları hemen hemen aynı olup değişkenlik göstermemektedir. Kadınların tek öğünde sindirebildikleri ve kullanabildikleri besin miktarının az olması ve besinlerden alınan fazla enerjinin yağ ve kilo olarak depolanması nedeniyle kadınlara az az sık sık beslenme tipi daha uygun olabilir. Öğün atlayan kadınlar bir sonraki öğünde daha fazla

besin tüketiyor ve bunların da fazlası yağ olarak depolanarak yağ oranlarının ve kilolarının yüksek olmasına neden oluyor olabilir. Araştırmamıza katılan kadınlardan kahvaltıyı atlayanların BKİ ortalamaları 26.57 ± 4.30 , yağ oranları ortalamaları $\%31.15 \pm 6.60$ iken öğle yemeğini atlayanların BKİ ortalamaları 25.52 ± 4.62 , yağ oranları ortalamaları $\%30.02 \pm 6.92$ ’ dir. Erkek katılımcılarda ise kahvaltı öğününü atlayanların yağ oranları ortalaması $\%20.83 \pm 2.51$ iken öğle öğününü atlayanların yağ oranı ortalaması $\%22.88 \pm 5.26$ ’dır.

Sunulan araştırmaya katılanların kahvaltı yapma sıklığı dağılımı; cinsiyete, medeni duruma ve diyet yapma durumuna göre farklılık göstermemektedir. Bu araştırmaya göre çalışma şekli ile kahvaltı yapma sıklığı arasında anlamlı bir ilişki ($p=0.018<0.05$) bulunduğu görülmektedir. Düzenli mesai ile çalışanlar her gün kahvaltı yapma düzenine daha çok sahiptir. Avcıkaya’nın araştırmasında vardiyalı çalışan kişilerde en az tüketilen öğün kahvaltı olarak bulunmuştur.⁷⁶ Vardiyalı çalışanlar üzerinde yapılan başka bir çalışmada da çoğunluğun sabah kahvaltısını atladığı bulunmuştur.⁷⁷ Bu sonuçlar araştırmamızda çıkan sonucu destekler niteliktedir.

Araştırmamızda ayrıca kahvaltı yapma sıklığı ile kronik hastalık varlığı arasında anlamlı bir ilişki ($p=0.007<0.05$) bulunduğu görülmektedir. Düzenli kahvaltı yapmayan katılımcılarda kronik hastalık varlığı daha fazladır. Monzai ve diğ. kahvaltı atlamanın ağırlık ve kardiyometabolik risk faktörü ile ilişkili olup olmadığını araştırmışlardır. Bu çalışmanın sonucunda ise kahvaltı atlamanın daha kötü bir lipid profili, kan basıncı seviyeleri, insülin direnci ve metabolik sendromlar ile ilişkili olduğu bulunmuştur.⁷⁸ Başka bir çalışmada kahvaltı öğününün atlanması, obezite ve tip 2 diyabet riski için etkili bir faktör olarak görülmüştür.⁷⁹ Odegaard ve ark. çalışmasında sık kahvaltı yapılması daha düşük metabolik sendrom, hipertansiyon ve tip 2 diyabet ile ilişkilendirilmiştir.⁴⁸

Sunulan araştırmaya katılanların BKİ dağılımı; çalışma şekline, ana öğün atlama durumuna, atlanan ana öğüne, kahvaltı yapma sıklığına, kahvaltının ne zaman yapıldığına, kahvaltının nerede yapıldığına göre farklılık göstermemektedir. Avustralyalı yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada düzenli olarak kahvaltı yapan bireylerin beden kitle indeksi arasında kahvaltıyı atlayanlara göre bir fark bulunamamıştır.⁸⁰ Kurtgil’in çalışmasında her gün kahvaltı yapan bireyler ile her gün kahvaltı yapmayan bireylerin fazla kilolu ve obez olma oranları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.⁷¹ Bu çalışmaların sonuçları araştırmamızın

sonucunu destekler nitelikte iken bu sonuçların aksini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Yılmaz'ın çalışmasında BKİ grupları ile ortalama öğün arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur, BKİ gruplarına göre zayıf olan katılımcıların ortalama öğün sayılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.⁶⁷ Horuz'un çalışmasında kahvaltı atlayan katılımcılarda BKİ değerlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Fakat BKİ değeri ile ana öğün atlama sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır, bu sonuç çalışmamızla paralellik göstermektedir.⁷³ Sakurai ve diğ. kahvaltı atlama sıklığının BKİ ve bel çevresi arasındaki ilişkiyi incelemek için 5 yıl süren bir takipli bir çalışma yapmışlardır. Sonuç olarak ise kahvaltı atlama sıklığının BKİ ve bel çevresi arasında anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu bulmuşlardır.⁵¹ Yapılan çalışmalardan birinde günde 4 ve daha fazla öğün tüketen kişiler ile 3 ve daha az öğün tüketen kişiler kıyaslanmış, 4 ve üzerinde öğün tüketenlerin obezite riskinin %45 daha az olduğu bulunmuştur.⁸¹ Başka bir çalışmada da; öğün sıklığı alışkanlıkları ve vücut ağırlığı arasında güçlü bir ilişki çıkmıştır. Bu ilişkiye göre 3 öğün ve altında tüketenlerde obezite riski %60, 3-4 öğün tüketenlerde obezite riski %45 arttığı görülmüştür.⁸² Bu sonuçlar kahvaltıyı yapanlar ve yapmayanlar arasında beslenme alışkanlıklarındaki farklılıklar dışında yaşam tarzı farklılıklarının da olmasının muhtemel olduğunu düşündürmektedir. Yılmaz'ın çalışmasında sabah yemek yenilen yer ile BKİ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir, lokanta ve kafede sabah öğünü tüketen kişilerin BKİ değerlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.⁶⁷ Çalışmamızla farklılık göstermesinin nedeni çalışmamıza katılan kişilerin kahvaltı yeri olarak ev ve iş dışında bir yer belirtmemeleri olabilir.

Sunulan araştırmada yapılan analizlere göre medeni durum ile BKİ grupları arasında anlamlı bir ilişki ($p=0.00<0.05$) olduğu tespit edilmiştir. Evlilerin 25 BKİ ve üstü grubunda, bekarların ise 24.99 BKİ ve altı grubunda yoğunlaştığı görülmektedir. Yapılan bir çalışmada; medeni durum ile obezite arasındaki ilişki incelenmiş ve bunun sonucunda, evli bireylerin bekar bireylere oranla obezite riskinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.⁸³ Yapılan bir başka çalışmada da, evli bireylerin obezite sıklığının bekarlardan daha fazla olduğu belirlenmiştir.⁸⁴ İter'in çalışmasında medeni durumu bekar olanlarda zayıf ve normal BKİ'de olma oranı, evli, boşanmış veya dul olanlara göre daha fazladır.⁶⁴ Gök'ün çalışmasında da evli olanların daha kilolu ve obez olduğu görülmüştür.⁶⁸ Bu sonuçlar bizim bulgularımızı destekler niteliktedir. Bekar kişiler, beğenilme arzusunun evli olan kişilere göre daha fazla olması nedeniyle vücut

ağırlıklarına daha çok dikkat ediyor olabilirler. Evlenince yemek öğünlerinin daha düzenli olması ve daha yüksek kalorili besin tüketiminin artması vücut ağırlığında ve BKİ'deki artışları tetikleyebilir.

Yaptığımız araştırmada çıkan sonuçlara göre kahvaltının kiminle yapıldığı ile BKİ grupları arasında anlamlı bir ilişki ($p=0.009<0.05$) bulunmaktadır. Kahvaltıyı tek başına yapan kişiler 24,99 BKİ ve altında yoğunlaşırken, arkadaşları ile yapanlar 25 BKİ ve üstünde yoğunlaştığı görülmektedir. Yılmaz'ın çalışmasında da sabah yemek yenilen kişi ile BKİ arasında fark olduğu; aile veya akraba ile sabah öğünü tüketen kişilerin BKİ'lerinin daha yüksek, tek başına kahvaltı yapanların daha düşük olduğu tespit edilmiştir.⁶⁷ Tek başına kahvaltı yapan kişilerin BKİ'lerinin daha düşük olduğu konusunda çalışmamızı destekler niteliktedir. Kişiler başkaları ile birlikte kahvaltı yaparken sohbet ve sosyalleşme ile birlikte daha fazla besin tüketiyor olabilir. Kalabalık kahvaltı sofralarına daha fazla özenilmesi, daha çeşitli kahvaltı hazırlanması, yüksek kalorili besinlerin daha fazla yer alması gibi sebepler de başkaları ile kahvaltı yapan bireylerin kilo artışını tetikleyebilir.

Araştırmamızda yaptığımız analiz sonucunda kahvaltıda yenilen besinlere göre BKİ seviyelerinde de anlamlı bir farklılık ($p=0.000<0.05$) olduğu görülmektedir. Gerçekleşen değerlerde peynir, zeytin, yumurta vb. gibi klasik kahvaltı tüketenler 24.99 BKİ ve altı grubunda; simit, poğaç, tost vb. gibi unlu mamuller tüketenler 25 BKİ ve üstü grubunda yoğunlaşmaktadır. Simit, poğaç vb. unlu mamullerin yağ ve karbonhidrat içeriklerinin ve bunlara bağlı kalorilerinin klasik kahvaltıya göre yüksek olması kahvaltıda unlu mamuller tüketenlerin daha kilolu olmasının nedeni olabilir. Ayrıca unlu mamullerin klasik kahvaltıya göre protein içeriklerinin düşük, glisemik endekslerinin yüksek olması nedeniyle tok tutma süreleri kısadır. Böylece sonrasında atıştırma ihtiyacı duyulmasına ya da bir sonraki öğünde daha fazla yenilmesine neden olabilirler, bu da unlu mamulleri tüketenlerin klasik kahvaltı tüketen bireylere göre daha yüksek BKİ değerlerine sahip olmalarının bir diğer nedeni olabilir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Sağlık çalışanlarının kahvaltı ile ilgili alışkanlıklarını ve BKİ ile vücut kompozisyonlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada;

1. Sağlık çalışanlarının %66'sı (n=132) kadın, %34'ü (n=68) erkektir. Yaş ortalaması 34.61 ± 7.89 'dur. Araştırmaya katılanların %62.5'i (n=125) evlidir.
2. Sağlık çalışanlarının çoğunluğunu %39.5 (n=79) ile hemşire ve hemşire yardımcıları oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarının %62'si (n=124) düzenli mesai ile çalışırken %38'i (n=76) nöbet usulü ile çalışmaktadır.
3. Sağlık çalışanlarının boy ortalaması kadınlarda 161.81 ± 5.95 cm, erkeklerde 177.44 ± 5.15 cm; kilo ortalaması kadınlarda 65.68 ± 11.28 kg, erkeklerde 84.39 ± 11.30 kg dir. BKİ değerleri ise kadınlarda ortalama 25.07 ± 4.29 , erkeklerde ise 26.79 ± 3.46 'dır.
4. Sağlık çalışanı kadınlarda yağ oranları ortalama $\%28.27 \pm 6.84$, su oranları ortalama $\%49.05 \pm 4.11$, yağsız vücut dokuları 46.38 ± 5.78 kg dir. Erkeklerde ise yağ oranları ortalama $\%21.31 \pm 4.89$, su oranları $\%55.26 \pm 3.06$, yağsız vücut dokuları ortalama 65.97 ± 6.45 kg dir.
5. Sağlık çalışanı kadınların %50.8'i normal, erkeklerin ise %44.1'i hafif kilolu BKİ aralığındadır.
6. Sağlık çalışanlarının %25'inde (n=50) kronik bir hastalık vardır. En sık görülen hastalıklar tiroid hastalığı ve hipertansiyondur.
7. Sağlık çalışanlarının %13'ü (n=26) diyet yapmaktadır.
8. Sağlık çalışanlarının %58'i günde 3 ana, %41.5'i (n=83) günde 2 ana öğün tüketmektedir. %37.5'i (n=75) günde 1 kez, %33.5'i (n=67) günde 2 kez ara öğün tüketmekte iken %22.5'i (n=45) ise günde hiç ara öğün tüketmemektedir.
9. Sağlık çalışanlarının %58.5'i ana öğün atlamamaktadır. Ana öğün atlayan katılımcıların %49.4'ü öğle yemeğini %48.2'si ise kahvaltı öğününü atlamaktadır.
10. Sağlık çalışanlarının %76'sı (n=152) her gün düzenli kahvaltı yapmaktadır.
11. Kahvaltı yapan sağlık çalışanlarının (n=184) %39.1'i (n=72) uyandıktan sonra 1-2 saat içinde kahvaltı yapmaktadır, %53.3'ü (n=98) iş yerinde kahvaltı yaparken %46.7'si (n=86) evde kahvaltı yapmaktadır. %40.8'i (n=75) kahvaltıyı arkadaşlarıyla, %29.3'ü (n=54) tek başlarına yapmaktadır.

- 12.** Kahvaltı yapan katılımcıların %71.7'si kahvaltıda peynir, yumurta, zeytin gibi klasik kahvaltılık ürünleri, %23.4'ü simit, poğaça gibi hazır unlu mamulleri tüketmektedir.
- 13.** Kahvaltı öğününü atlayan sağlık çalışanları sıklıkla işe yetişememe, zaman bulamama ve düzensiz çalışma saatleri nedeniyle atlamaktadır.
- 14.** Kahvaltı öğününü atlayan sağlık çalışanlarının en sık yaşadıkları sorunlar açlık hissi, baş ağrısı ve halsizliktir.
- 15.** Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu kahvaltı öğününün günün en önemli öğünü olduğunu ve huzur verdiğini düşünmektedir.
- 16.** Sağlık çalışanı kadınlardan düzenli mesai ile çalışmakta olanların yağ oranları nöbet usulü çalışmakta olanların yağ oranlarından daha düşüktür.
- 17.** Sağlık çalışanı kadınlardan ana öğün atlayanların BKİ ve yağ oranları ortalamaları; ana öğün atlamayanların BKİ ve yağ oranları ortalamalarından daha yüksektir.
- 18.** Sağlık çalışanı kadınlardan kahvaltıyı atlayanların BKİ ve yağ oranları ortalamaları, öğle yemeğini atlayanların BKİ ve yağ oranları ortalamalarından daha yüksektir.
- 19.** Sağlık çalışanı erkeklerde kahvaltı öğününü atlayanların yağ oranları ortalaması öğle öğününü atlayanların yağ oranı ortalamasından daha düşüktür.
- 20.** Sağlık çalışanlarının çalışma şekli ile kahvaltı yapma sıklığı arasında anlamlı bir ilişki ($p=0.018<0.05$) bulunmaktadır. Düzenli mesai ile çalışanlar her gün kahvaltı yapma düzenine daha çok sahiptir.
- 21.** Sağlık çalışanlarının kahvaltı yapma sıklığı ile kronik hastalık varlığı arasında anlamlı bir ilişki ($p=0.007<0.05$) bulunmuştur. Düzenli kahvaltı yapmayan katılımcılarda kronik hastalık varlığı daha fazladır.
- 22.** Sağlık çalışanlarının medeni durumları ile BKİ grupları arasında anlamlı bir ilişki ($p=0.00<0.05$) olduğu tespit edilmiştir. Evliler 25 BKİ ve üstü grubunda, bekarların ise 24.99 BKİ ve altı grubunda yoğunlaşmaktadır.
- 23.** Kahvaltının kiminle yapıldığı ile BKİ grupları arasında anlamlı bir ilişki ($p=0.009<0.05$) bulunmaktadır. Kahvaltıyı tek başına yapan kişiler 24.99 BKİ ve altında yoğunlaşırken, arkadaşları ile yapanların 25 BKİ ve üstünde yoğunlaştığı görülmektedir.
- 24.** Kahvaltıda yenilen besinlere göre BKİ seviyelerinde de anlamlı bir farklılık ($p=0.000<0.05$) vardır. Peynir, zeytin, yumurta vb. tüketenler 24.99 BKİ ve altı grubunda, simit, poğaça, tost vb. tüketenler 25 BKİ ve üstü grubunda yoğunlaşmaktadır.

6.2.Öneriler

- 1.** Sağlık çalışanlarına yanlış ve olumsuz beslenme alışkanlıklarını değiştirmek ve sağlıklı yaşam biçimi ile en uygun beslenme alışkanlığını geliştirmek amacıyla beslenme eğitimleri verilebilir.
- 2.** Sağlık çalışanlarına kahvaltının önemi ve sağlıklı kahvaltı alışkanlıklarının kazandırılması amacıyla eğitimler verilebilir.
- 3.** Kurum yöneticileri tarafından kahvaltının önemini vurgulayan ve sağlık çalışanlarının verimlilik ve motivasyonlarını yükseltici çalışmalar yapılabilir.
- 4.** Koşul ve şartlara bağlı olarak, çalışanların kahvaltı alışkanlığı kazanması ve motive olmaları için mesainin 20-25 dakikası kahvaltı zamanı olarak planlanabilir.
- 5.** Kurum yöneticileri ve birim sorumluları, nöbetli çalışılan birimlerde çalışma gün ve saatlerinin planlanılmasında daha özenli ve anlayışlı olabilirler.
- 6.** Dengeli ve yeterli bir kahvaltı öğünü için farklı besin öğelerinin tüketilebilmesi için çeşitli besin gruplarına yer verilmelidir. Evde kahvaltı yapacak zaman bulunamıyorsa simit, poğaç gibi hızlı hazır unlu mamuller yerine tam buğday, çavdar gibi esmer sandviç ekmeğinden hazırlanan peynir gibi protein kaynağı ile sebze ve yeşillik içeren sandviçler hazırlanarak iş yerinde sağlıklı bir kahvaltı yapılabilir.
- 7.** Televizyon, radyo, internet gibi yayın kaynaklarında sağlıklı beslenme ile kahvaltı yapılmasının ne kadar önemli olduğu hakkında bilgilendirmeler yapılabilir.
- 8.** Sosyal medyada kahvaltı öğünün önemi ve kahvaltı yapmaya teşvik edici paylaşımlar yapılabilir, bilgi ve deneyimler aktarılabilir.
- 9.** Sadece sağlık kurumlarında değil, diğer kurum ve kuruluşlarda da sağlıklı beslenme ile ilgili eğitimler verilerek farklı meslek gruplarının da bilinçlendirilmesi önerilir.
- 10.** Sadece sağlık çalışanlarında değil, toplum üzerinde etkisi yüksek olan diğer meslek gruplarında da beslenme ve sağlığı etkileyen alışkanlıklar ile davranışlara yönelik araştırmaların yapılması önerilir.

7.KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). The world health report, Primary health care- now more than ever. Geneva 2008.
2. World Health Organization (WHO). Preventing chronic diseases: A vital investment. Geneva 2005.
3. World Health Organization (WHO). Meeting report, Adherence to longterm therapies: Policy for action. Geneva 2001.
4. Bilir N, Paksoy NS. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve yaşlılık sorunları. İçinde: Güler Ç, Akın L. (Eds.) *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayını; 2006: s.1019-1044.
5. Merdol TK. (Ed.) Temel Beslenme ve Diyetetik. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2015.
6. Baysal A. Genel Beslenme. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; 2018
7. Baysal A, Aksoy M, Besler T, Bozkurt N, Keçecioğlu S, Mercanlıgil S, Merdol TK, Pekcan G, Yıldız E. Diyet El Kitabı. 5. baskı, Ankara: Hatipoğlu Yayınevi; 2008.
8. Merdol TK. Kahvaltının önemi ve kahvaltı örüntümüz. Türk Mutfak Kültürü Üzerine Araştırmalar. Türk Halk Kültürünü Araştırma ve Tanıtma Vakfı, 2001 (Yayın No: 28)
9. Merdol TK. Beslenme Antropolojisi. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; 2012: s. 35-40.
10. Baysal A. Kahvaltı ve okul başarısı. Beslenme ve Diyet Dergisi. 1999; 28 (1): 1-3.
11. Jenkins DJ, Jenkins AL, Wolever TM. Low glycemic index: Lente carbohydrates and physiological effects of altered food frequency. Am J Clin Nutr. 1994; (Suppl3): 706-709.
12. Stockman NK, Schenkel TC, Brown JN, Duncan AM. Comparison of energy nutrient intakes among meals and snacks of adolescent males. Prev Med. 2004; 41(1): 203-210.
13. Farshchi HR, Taylor MA, MacDonald IA. Deleterious effects of omitting breakfast on insulin sensitivity and fasting lipid profiles in healthy lean women. Am J Clin Nutr. 2005; 81(1):16-24

14. Affenito SG, Thompson DR, Barton BA. Breakfast consumption by African-American and white girls correlates positively with calcium and fiber intake and negatively with body mass index. *J Am Diet Assoc.* 2005; 105(6): 938-945.
15. Haines PS, Gulky DK, Popkin BM. Trends in breakfast consumption of US adults between 1965 and 1991. *J Am. Diet Assoc.* 1996; 96(5): 465-470.
16. Nicklas TA, Myers L, Reger C, Beech B, Berenson GS. Impact of breakfast consumption on nutritional adequacy of the diets of young adults in Bogalusa, LA: Ethnic and gender contrasts. *J Am Diet Assoc.* 1998; 98(12): 1431-1438.
17. Nicklas TA, O'neil CE, Berenson GS. Nutrient contribution of breakfast, secular trends and the role of ready to eat cereals: A review of data from Bogalusa heart study. *Am J Clin Nutr.* 1998; 67: 757-763.
18. Uzhova I, Fuster V, Fernández-Ortiz A, Ordovás JM, Sanz J, Fernández-Friera L, López-Melgar B, J. Mendiguren JM, Ibáñez B, Bueno H, Peñalvo JL. The importance of breakfast in atherosclerosis disease. *Journal of the American College of Cardiology.* 2017; 70 (15).
19. Hacettepe Üniversitesi. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. Ankara: Merdiven Reklam Tanıtım; 2015.
20. World Health Organization, Obesity and overweight fact sheet, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, Erişim tarihi: 10.10.2022
21. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Obezite ile Mücadele Programı (2010-2014). Ankara: Şubat 2010.
22. Uğur MM. Yeme bozukluklarının tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics.* 2008;1(1):1-7.
23. World Health Organization, A healthy lifestyle - WHO recommendations, <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>, Erişim tarihi: 10.10.2022
24. Yaman M. Obezitede diyet tedavisi. *Archives of Clinical Toxicology.* 2014;1: 8-12.
25. Bouchard C. Current understanding of the etiology of obesity: genetic and nongenetic factors. *The American Journal of Clinical Nutrition* 1991;53(6):1561-1565.
26. Leung A, Robson W. Childhood obesity. *Postgraduate Medicine.* 1990;87(4):123-133.

27. Centers for Disease Control and Prevention, Adult obesity facts, <https://www.cdc.gov/obesity/data/adult.html>, Erişim tarihi: 11.10.2022
28. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Obezite Hakkında OECD Raporu, 2021. https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/yayinlar/diger/pdf/10-08-2021__6112831ba99e1__obezite_.pdf, Erişim tarihi: 11.10.2022
29. Satman İ, Ömer B, Tütüncü Y, Kalaca S, Gedik S, Dinççağ N, Karşıdağ K, Genç S, Telci A, Canbaz B, Türker F, Yılmaz T, Çakır B, Tuomilehto J. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol* 2013; 28(2): 169-180.
30. Ünal B, Ergör G, Horasan GD, Kalaça S, Sözman K. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara: 2013.
31. Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Sağlık Araştırması, 2020. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661#:~:text=Obez%20bireylerin%20oran%C4%B1%20%21%2C1%20oldu&text=Cinsiyet%20ayr%C4%B1m%C4%B1nda%20bak%C4%B1ld%C4%B1%C4%9F%C4%B1nda%3B%202019%20y%C4%B1l%C4%B1nda,sinin%20obez%20%C3%B6ncesi%20oldu%C4%9Fu%20g%C3%B6r%C3%BCld%C3%BC>. Erişim tarihi:11.10.2022
32. Baysal A. Beslenme. 18. baskı, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; 2018.
33. Çopur U. Gıda Teknolojisi. İstanbul: Devlet Kitapları, Ilıcak Matbaası; 2000; s.10-14.
34. Özmen D, Çetinkaya AÇ, Ergin D, Şen N, Erbay PD. Lise öğrencilerinin yeme alışkanlıkları ve beden ağırlığını denetleme davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6(2): 98-105.
35. Şanlıer N. Beslenme ve Besin Öğeleri. Ankara: Pegem Yayıncılık; 2002.
36. Uzun T. Obeziteyle baş etme - diyetisyen bakışıyla. İçinde: Pehlivan M, Usta E. (Eds.) *Obeziteyle Baş Etme*. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2022: s.69-89.
37. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER). Ankara: Kayıhan Ajans; 2016.
38. Müftüoğlu O. Yaşasın Hayat. 6. baskı, İstanbul: Doğan Kitap; 2003.
39. Mol S. Balık yağı tüketimi ve insan sağlığı üzerine etkileri. *Journal of Fisheries Sciences*, 2008; 2(4): 601-607.
40. Samur G. Vitaminler, Mineraller ve Sağlığımız. Ankara: Klasmat Matbaacılık; 2008.

41. Sencer E, Orhan Y. Klinik Beslenme. 1. baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2005.
42. Işıksoluğu MK. Beslenme. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları; 1981.
43. Şanlıer N, Yabancı N. Okul Çağında Beslenme. 1. baskı, İstanbul: Morpa Kültür Yayınları; 2005
44. Pereira JL, de Castro MA, Hopkins S, Gugger C, Fisberg RM, Fisberg M. Proposal for a breakfast quality index for Brazilian population: rationale and application in the Brazilian National Dietary Survey. *Appetite*, 2017; 111: 12-22.
45. Baysal A. Bilişsel yeteneğin gelişiminde beslenmenin rolü. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 1997; 26(1): 1-4.
46. Mekary RA, Giovannucci E, Cahill L, Willett WC, van Dam RM, Hu FB. Eating patterns and type 2 diabetes risk in older women: Breakfast consumption and eating frequency. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2013; 98(2):436-443.
47. Mekary RA, Giovannucci E, Willett WC, van Dam RM, Hu FB. Eating patterns and type 2 diabetes risk in men: Breakfast omission, eating frequency, and snacking. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2012; 95(5):1182-1189.
48. Odegaard AO, Jacobs DR, Steffen LM, Van Horn L, Ludwig DS, Pereira MA. Breakfast frequency and development of metabolic risk. *Diabetes Care*, 2013; 36(10):3100-3106.
49. Ma X, Chen Q, Pu Y, Guo M, Jiang Z, Huang W, Long Y, Xu Y. Skipping breakfast is associated with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Research & Clinical Practice*, 2020; 14(1): 1-8.
50. Megan A, Crory M. Meal skipping and variables related to energy balance in adults: A brief review, with emphasis on the breakfast meal. *Physiology & Behavior*, 2014; 134: 51-54.
51. Sakurai M, Yoshita K, Nakamura K, Miura K, Takamura T, Nagasawa S, Morikawa Y, Kido T, Naruse Y, Nogawa K, Suwazono Y, Sasaki S, Ishizaki M, Nakagawa H, Yoshita K, Nakamura K, Miura K, Takamura T, Nagasawa SY, Morikawa Y, Kido T, Naruse Y, Nogawa K, Suwazono Y, Sasaki S, Ishizaki M, Nakagawa H. Skipping breakfast and 5-year changes in body mass index and waist circumference in Japanese men and women. *Obes Sci Pract.*, 2017; 3(2): 162–170.
52. Acarer Ü. Vardiyalı Çalışma Düzeninin İşletmelerdeki Yeri ve Önemi. 1992, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 120 sayfa, İstanbul.

53. Tulupcu S. Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Yorgunluk Düzeyinin İş Yaşam Kalitesi ve Genel Sağlık Durumu ile İlişkisi. 2021, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 70 sayfa, Konya, (Dr. Öğr. Üyesi Emine Ergin).
54. Kazancı Yabanova E, Gece Vardiyasının İşçiler Üzerinde Yarattığı Fizyolojik, Psikolojik, Sosyolojik Ve İş Kazası Etkilerine İlişkin Bir Alan Araştırması. 2016, Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 166 sayfa, Çanakkale, (Doç. Dr. Bünyamin Bacak).
55. Ünal N, Çelebi Çakıroğlu O. Vardiyalı- Nöbet Usulü Çalışma Düzeninin Hemşirelerin Sağlığı ve İş Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. 1.Uluslararası İş Güvenliği ve Çalışan Sağlığı Kongresi. Kocaeli,2016:164-165.
56. Şehitoğlu S. Vardiyalı Çalışan ve Çalışmayan Hemşirelerde Biyolojik Ritim ve Depresyon Durumunun İncelenmesi. 2022, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 79 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Gülsüm Ançel).
57. Özdemir PG, Ökmen, AC, Yılmaz O. Vardiyalı çalışma bozukluğu ve vardiyalı çalışmanın ruhsal ve bedensel etkileri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2018; 10(1): 71-83.
58. Navara KJ, Nelson RJ. The dark side of light at night: Physiological, epidemiological, and ecological consequences. Journal of Pineal Research, 2007; 43(3): 215-224.
59. Leathert S. Health effects of internal rotation of shifts. Nursing Standard, 2000; 14(47): 34-36.
60. Seibt R, Süse T, Spitzer S, Hunger B, Rudolf M. Nutrition and health in hotel staff on different shift patterns. Occupational Medicine, 2015; 65(6):477-484.
61. Kwon J, Park JW, Park JS, Kim S, Choi H, Lim S. The relationship between night work and involuntary weight change: Data from the fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES 2010-2012). Annals of Occupational and Environmental Medicine, 2016; 28(4): 1-13.
62. Naing L, Winn T, Rusli BN. Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. Archives of Orofacial Sciences, 2006;1:9-14.
63. Yılmaz E. Sağlık Çalışanlarının Beslenme ve Sağlık Durumunun Tespiti: Ankara İli Örneği. 2018, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 145 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Nevin Şanlıer).

64. İlder N. Çalışan Kadınlarda Besin Tüketimi, Beslenme Alışkanlıkları ve Beden Kitle İndekslerinin Değerlendirilmesi. 2008, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 126 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Melda Karavuş, Doç Dr. N. Pınar Ay).
65. Yücel B. Sağlık Çalışanlarının Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. 2015, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 119 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Muhittin Tayfur).
66. Fidan F. Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerin Yeme Tutum Davranışı ve Beden Algısının Değerlendirilmesi. 2016, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 72 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Emel Tüfekçi Alphan).
67. Yılmaz S. Yetişkinlerde Öğün Sıklığının Vücut Kompozisyonu Üzerine Etkisi. 2010, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 144 sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Murat Baş).
68. Gök N. Çukurova Üniversitesi İdari Çalışanlarında Beden Kompozisyonu, Beden Algısı, Yeme ve Tartılma Alışkanlıkları. 2019, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık lisans tezi, 83 sayfa, Adana, (Doç. Dr. Hatice Kurdak).
69. Kılıç M. Yozgat İl Merkezindeki Sağlık Çalışanlarında Seçilmiş Olumsuz Sağlık Davranışlarının Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. 2011, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 117 sayfa, Kayseri, (Prof. Dr. Fevziye Çetinkaya).
70. Sağıroğlu B. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi ve Beslenme Durumu İlişkisi. 2019, İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 75 sayfa, İstanbul, (Dr. Öğr. Üyesi Hande Öngün Yılmaz).
71. Kurtgil S. Gaziantep İli Sanko Üniversitesi'nde Çalışan Yetişkin Bireylerde Kahvaltı Alışkanlığı, Besin Örüntüsü ile Kalitesinin Belirlenmesi. 2020, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 113 sayfa, Gaziantep, (Prof. Dr. Ayla Gülden Pekcan).
72. Sevim A. İstanbul İlinde Çalışan Kadınların Kahvaltı Alışkanlıklarının Araştırılması. 2019, Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 75 sayfa, İstanbul, (Dr. Öğr. Üyesi İlkay Gök).
73. Horuz D. Üniversite Öğrencilerinin Kahvaltı Yapma Alışkanlığının Gün İçinde Duygu Durum ve BKİ Arasındaki İlişki. 2020, Bahçeşehir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 117 sayfa, İstanbul, (Dr. Öğr. Üyesi Esra Mankan).

74. Hurma Y. Çalışan Kadınlarda Kahvaltı Yapma Alışkanlığı ve Kahvaltıda Tüketilen Besinler. 2015, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 73 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Türkan Kutluay Merdol).
75. Yardımcı H, Özçelik AÖ. Ankara ili Gölbaşı ilçesinde yaşayan yetişkin kadınların beslenme alışkanlıkları. Sosyal Politika Çalışmaları, 2012; 7: 28.
76. Avcıkaya D. Vardiya Çalışma Düzeni ile Çalışanların Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi. 2016, Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 89 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Zeynep Erdoğan, Prof. Dr. Funda Pınar Çakıroğlu).
77. Gökçe P. Gece Vardiyasında Çalışan Hemşirelerde Beslenme Durumunun Saptanması. 2016, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 96 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Esin Göksu Şeker).
78. Monzani A, Ricotti R, Caputo M, Solito A, Archero F, Bellone S, Prodam F. A systematic review of the association of skipping breakfast with weight and cardiometabolic risk factors in children and adolescents. what should we better investigate in the future? Nutrients, 2019; 11(2): 387.
79. Pereira MA, Erickson E, McKee P, Schrankler K, Raatz SK, Lytle LA, Pellegrini AD. Breakfast frequency and quality may affect glycemia and appetite in adults and children. J Nutr., 2011; 141 (1): 163-168.
80. Williams P. Breakfast and the diets of Australian adults: An analysis of data from the 1995 National Nutrition Survey. International Journal of Food Sciences and Nutrition, 2005; 56(1): 65-79.
81. Bertone ER, Stanek EJ, Reed GW, Hebert JR, Cohen NL. Association between eating patterns and obesity in a free-living US adult population. American Journal of Epidemiology, 2003;158: 85-92.
82. Bellisle, F, McDevitt, R, Prentgce AM. Meal frequency and energy balance. British Journal of Nutrition, 1997; 77: 57-70.
83. Taze M, Akkoyunlu Y. Üniversite çalışanlarında cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi bakımından obeziteyi etkileyen faktörler. Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi, 2010; 12: 214-218
84. Aykut M, Öztürk Y, Özer A, Aslan A. Erişkin kadınlarda şişmanlık durumu ve şişmanlığı etkileyen bazı faktörler. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 2002;744-747.

8.EKLER

EK-1:	ANKET FORMU
EK-2:	ETİK KURUL ONAYI
EK-3:	KURUM İZNİ
EK-4:	ÖZGEÇMİŞ

EK-1: ANKET FORMU

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KAHVALTI ALIŞKANLIKLARININ BEDEN KİTLE İNDEKSİ İLE VÜCUT BİLEŞENLERİNE ETKİSİ

ANKET FORMU

Açıklama: Bu anket formu size "Sağlık Çalışanlarının Kahvaltı Alışkanlıklarının Beden Kitle İndeksi ile Vücut Bileşenlerine Etkisi" konulu tez çalışması için bilgi edinmek amacıyla uygulanmıştır. Bilgiler sadece araştırma için kullanılacak ve gizli kalacaktır. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığınız, sorulara doğru ve samimi cevaplar verdiğiniz için teşekkür ederim.

Anket Sıra No:

- 1) Yaş:
- 2) Cinsiyet: a) Kadın b) Erkek
- 3) Boy (cm):
- 4) Kilo (kg):
- 5) BKİ:
- 6) BKİ Sınıflaması: a) Zayıf (BKİ < 18,50) b) Normal (BKİ 18,50-24,99)
c) Hafif Kilolu (Pre-Obez) (BKİ 25,00-29,99) d) Obez (1. Derece) (BKİ 30,00-34,99)
e) Obez (2. Derece) (BKİ 35,00-39,99) f) Obez (3. Derece) (BKİ > 40,00)
- 7) Yağ Oranı(%):
- 8) Su Oranı(%):
- 9) Yağsız Vücut Dokusu (kg) :
- 10) Mesleğiniz:
- 11) Çalışma Şekliniz: a) Düzenli mesai b) Nöbet usulü
- 12) Medeni Durumunuz: a) Evli b) Bekar
- 13) Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı? a) Evet b) Hayır
- 14) Herhangi bir kronik rahatsızlığınız varsa nedir?
a) Diyabet b) İnsülin direnci c) Hipertansiyon d) Kalp-damar hastalıkları
e) Anemi f) Tiroid hastalıkları g) Mide-bağırsak hastalıkları h) Diğer:

15) Özel bir diyet uyguluyor musunuz?

a) Evet (Lütfen belirtiniz:) b) Hayır

16) Günlük öğün sayısı: ana öğün

17) Günlük öğün sayısı: ara öğün

18) Ana öğün atlar mısınız?

a) Evet atlarım b) Hayır atlamam c) Bazen atlarım

19) Ana öğün atlıyorsanız en sık hangi ana öğünü atlıyorsunuz?

a) Sabah kahvaltı b) Öğle yemeği c) Akşam yemeği

20) Sabah kahvaltı yapma sıklığınız nedir?

a) Her gün düzenli

b) Ara sıra (haftada kez)

c) Sadece hafta sonları

d) Hiç yapmama

21) Sabah kahvaltısını uyandıktan ne kadar süre sonra yaparsınız?

a) 30 dk ve daha az b) 30 dk-1 sa. c) 1 sa.-2 sa. d) 2 sa. ve daha fazla

22) Kahvaltıyı genellikle nerede yaparsınız?

a) Evde

b) İşte

c) İşe giderken yolda

d) Diğer (lütfen açıklayınız:)

23) Kahvaltıyı genellikle kiminle yaparsınız?

a) Tek başına

b) Ailenin bazı bireyleriyle

c) Ailenin bütün bireyleriyle

d) Arkadaşlarla

24) Kahvaltıda genellikle neler tüketirsiniz?

- a) Peynir, zeytin, yumurta, reçel, bal, tereyağı, ekmek vb. yiyecekler içeren klasik kahvaltı
- b) Simit, poğaç, tost vb. hızlı-hazır yiyecekler
- c) Yulaf ezmesi, müşli, kahvaltılık gevrekler vb. ürünleri süt veya yoğurt ile
- d) Diğer (lütfe açıklayınız)

25) Sabah kahvaltısını en sık hangi nedenle atlarsınız?

- a) Sabah geç uyanma nedeniyle işe yetişememe-zaman bulamama
- b) Kahvaltı yapmayı sevmeme
- c) Sabahları iştahsız olma
- d) Düzensiz çalışma saatleri
- e) Önemsememe
- f) Kilo alma korkusu
- g) Kahvaltı yapılmaması gerektiğini düşünme
- h) Diğer (lütfe açıklayınız)

26) Sabah kahvaltı yapmadığınızda gün içinde karşılaştığınız durumlar nelerdir?

- a) Yorgunluk
- b) Halsizlik
- c) Açlık hissi
- d) Baş dönmesi
- e) Dikkatte azalma
- f) Göz kararması
- g) Çarpıntı
- h) Huzursuzluk
- i) Üşüme
- j) Baş ağrısı
- j) Bir şikayetim olmuyor
- k) Diğer (lütfe açıklayınız)

Aşağıda kahvaltı ile ilgili verilen bilgiler hakkında düşüncelerinizi belirtiniz.

SORU	KATILIYORUM	KATILMIYORUM	FIKRİM YOK
27)Kahvaltı günün en önemli öğünüdür.			
28)Kahvaltı yapmanın zayıflamaya etkisi olmaz.			
29)Kahvaltı yapmak çocukluktan gelen bir alışkanlıktır.			
30)Kahvaltı yapmak kan şekerini dengeler.			
31)Kahvaltı yapmak huzur verir.			
32)Kahvaltı yapan bireylerin iştaki verimleri artar.			
33)Kahvaltı yapmak tansiyon düzenlenmesinde etkilidir.			
34)Baş ağrısı nedenlerinde biri kahvaltı yapmamaktır.			
35)Kahvaltı vücut ısısının düzenlenmesine yardımcı olur.			
36)Kahvaltı dikkatin toplanmasında en önemli etmendir.			
37)Kahvaltı yapan bireylerin işyerindeki stresi daha azdır.			

EK-2: ETİK KURUL ONAYI

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULU KARARLARI

TOPLANTI SAYISI
18

KARAR SAYISI
2020/264

KARAR TARİHİ
24.12.2020

KARAR NO: 2020/264

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Ortak Yüksek Lisans Programı öğrencisi Tuğçe UZUN'un, "Sağlık Çalışanlarının Kahvaltı Alışkanlıklarının Beden Kitle İndeksi ile Vücut Bileşenlerine Etkisi " başlıklı yüksek lisans tez kapsamında uygulayacağı anket ölçeği Etik Kurulumuzca incelenmiş olup ilgili çalışmanın araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olmak koşulu ile uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna;

Oy birliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR.
25.12.2020

EK-3: KURUM İZNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 18.06.2021-48779



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi



Sayı : E-69898333-100-48779
Konu : Araştırma İzni-Tuğçe UZUN

18.06.2021

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 10.06.2021 tarihli, 45506 sayılı ve Araştırma İzni-Tuğçe UZUN konulu yazınız.

İlgi yazınıza istinaden, Tuğçe UZUN'un "Sağlık Çalışanlarının Kabızlık Alışkanlıklarının Beden Kitle İndeksi ile Vücut Bileşenlerine Etkisi" konulu tez çalışması ile ilgili araştırmanın Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimizde bilgilerin üçüncü şahıslar ile paylaşılmaması şartı ile uygun bulunmuştur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Kürşad ÖNEÇ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürü (Başhekim) V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *R546NUE7L5* Pın Kodu : 12792
Adres: Konya'da Yerleşken 51620 Merkez DÜZCE, T.
Telefon: 380 542 13 90 Faks: 0 380 542 13 87
e-Posta: iletisim@duzce.edu.tr Web: www.hastane.duzce.edu.tr
Kop Adres: iletisim@duzce.edu.tr

Belge Takip Adresi :
İlgi: 1401 Derya Aktan
Ünvan: Birim Evrak Sorumlusu

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-4: ÖZGEÇMİŞ

yılında Ankara’da doğan araştırmacı ilköğretimini da tamamlamıştır. 2010 yılında Burdur Bucak Adem Tolunay Fen Lisesi’nden mezun olmuş ve aynı yıl Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik bölümünde lisans eğitimine başlamıştır. 2014 yılında Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik bölümünden onur öğrencisi olarak mezun olmuştur. Araştırmacı aynı zamanda Anadolu Üniversitesi Radyo ve Televizyon Programcılığı bölümü mezunudur. 2014 Eylül- 2015 Temmuz tarihleri arasında Ankara’da özel bir merkezde diyetisyen olarak çalışmıştır. 2015 yılında Orta Doğu Teknik Üniversitesi Eğitim Fakültesi Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Eğitimi bölümüne başlamış ve 2016 yılında oradaki eğitiminden ayrılmıştır. Ağustos 2016’da Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi’nde diyetisyen olarak göreve başlamıştır. 2019 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda tezli yüksek lisans eğitimine başlamıştır. Araştırmacı, Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi’nde çalışmaya devam etmektedir.