



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ISPARTA İLİ BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ İDARİ PERSONELİ YEME
FARKINDALIĞI VE FİZİKSEL AKTİVİTELERİNİN YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİ

SALIHA BETÜL ÖZMUMCU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU

Tez No: 191

ISPARTA-2019

KABUL ve ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı
Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma,
aşağıdaki jüri tarafından **Yükseklisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 16/09/2019

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU
Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Üye : Prof. Dr. Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU
Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Üye : Dr. Öğretim Üyesi Özgür ÖNAL
Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Üye : Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ
Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

ONAY: Bu yüksekisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Nilgün GÜRBÜZ
Enstitü Müdürü

BEYAN

“Isparta İli Bir Üniversite Hastanesi İdari Personeli Yeme Farkındalığı ve Fiziksel Aktivitelerinin Yaşam Kalitesine Etkisi” adlı Yüksek Lisans tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Saliha Betül ÖZMUMCU



Danışman

Prof. Dr. Ahmet Nesimi KIŞIOĞLU



TEŞEKKÜR

Eğitimim süresince yanında çalışmaktan onur ve mutluluk duyduğum, bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum, her zaman ilgi, anlayış ve desteğini gördüğüm, mütevaziliği, dürüstlüğü ve yardımseverliği ile bize her zaman örnek olan değerli danışman hocam, Prof. Dr. Ahmet Nesimi Kişioğlu'na sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Her türlü desteğiyle tez süresi boyunca mesleki bilgi ve beceri edinmemde büyük emeği olan, yardımlarını hiç esirgemeyen, sürekli bana destek olan çok değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Özgür Önal'a teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca, kendisinin öğrencisi olma fırsatı bulduğum, her konuda bana destek olan çok değerli hocalarım Prof. Dr. Ersin Uskun ve Hikmet Orhan'a çok teşekkür ederim.

Gerek eğitim, gerek tez süresi boyunca tüm destekleri için Uzm. Dr. Özgür Başaran'a teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemi sağlayan babam Mehmet Ali Alagöz, annem Hatice Alagöz'e, sevgi ve destekleri için her zaman yanımda olan ve bana güç veren, eşim Kadir Özmumcu ve kızlarım Zeynep ve Beren Özmumcu'ya sevgilerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yeme Farkındalığı.....	3
2.2. Fiziksel Aktivite	6
2.2.1. Fiziksel Aktiviteyi Etkileyen Faktörler	7
2.3. Yaşam Kalitesi	9
2.3.1. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi	9
2.3.2. Yaşam Kalitesi Tanımı	10
2.3.3. Yaşam Kalitesinin Çeşitleri	12
2.3.4. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	13
2.3.5. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	15
3. GEREÇ ve YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Amacı	16
3.2. Araştırmanın Tipi	16
3.3. Kullanılan Gereçler	16
3.3.1. Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi Kısa Formu (IPAQ-International Physical Activity Questionnaire Short Form).....	17
3.3.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-Quality of life is defined by the World Health Organization Quality of Life.....	19
3.3.3. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30).....	20
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.5. Araştırmanın Evreni	22

3.6. Bağımlı ve Bağımsız Değişken	22
3.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	23
3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri.....	23
3.9. Süre ve Olanaklar	24
3.10. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler	24
3.11. Etik Açıklamalar	25
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	60
7. ÖZET.....	63
ABSTRACT	63
8. KAYNAKLAR	65
9. EKLER.....	72

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FA	: Fiziksel Aktivite
FAS	: Fiziksel Aktivite Seviyesi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
YK	: Yaşam Kalitesi
IPAQ	:Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (International Physical Activity Questionnaire)
WHOQOL	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği (Quality of life is defined by the World Health Organization Quality of Life)
MET	: Metabolik Eşdeğer (Metabolic Equivalent)
YFÖ	: Yeme Farkındalık Ölçeği
BMH	: Bazal Metabolizma Hızı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri	26
Tablo 2. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı. 27	27
Tablo 3. Araştırma Grubunun Vücut Kompozisyon Özelliklerine Göre Dağılımı28	28
Tablo 4. Araştırma Grubunun Yaş, Cinsiyet ve BKİ Durumlarına Göre MET Kategorilerinin Değerlendirilmesi.....	29
Tablo 5. Araştırma Grubunun Medeni Hal, Görev, Kurum Çalışma Yılı, Toplam Çalışma Yılı, Eğitim Durumu, Sigara İçme Durumu, Kronik Rahatsızlık Durumlarına Göre MET Kategorilerinin Değerlendirilmesi30	30
Tablo 6. Araştırma Grubunun Vücut Kompozisyonlarına Göre MET Kategorilerinin Değerlendirilmesi.....	31
Tablo 7. Araştırma Grubunun YFÖ Skor Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	32
Tablo 8. Araştırma Grubunun YFÖ Skor Ortalamalarının Vücut Kompozisyon Özelliklerine Göre Dağılımı	33
Tablo 9. Araştırma Grubunun WHOQOL BREF Genel Sağlık Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı ...	34
Tablo 10. Araştırma Grubunun WHOQOL BREF Genel Sağlık Puan Ortalamalarının Vücut Kompozisyon Özelliklerine Göre Dağılımı ..	35
Tablo 11. Araştırma Grubunun WHOQOL BREF Fiziksel Sağlık Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı ...	36
Tablo 12. Araştırma Grubunun WHOQOL BREF Fiziksel Sağlık Puan Ortalamalarının Vücut Kompozisyon Özelliklerine Göre Dağılımı ..	37
Tablo 13. Araştırma Grubunun WHOQOL BREF Psikolojik Alan Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı ...	38
Tablo 14. Araştırma Grubunun WHOQOL BREF Psikolojik Alan Puan Ortalamalarının Vücut Kompozisyon Özelliklerine Göre Dağılımı ..	39
Tablo 15. Araştırma Grubunun WHOQOL BREF Sosyal İlişkiler Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	40
Tablo 16. Araştırma Grubunun WHOQOL BREF Sosyal İlişkiler Puan	

Ortalamalarının Vücut Kompozisyon Özelliklerine Göre Dağılımı ..	41
Tablo 17. Araştırma Grubunun WHOQOL BREF Çevre Alan Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı ...	42
Tablo 18. Araştırma Grubunun WHOQOL BREF Çevre Alan Puan Ortalamalarının Vücut Kompozisyon Özelliklerine Göre Dağılımı ..	43
Tablo 19. Yeme Farkındalığı ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Multiple Lineer Regresyon Çoklu Analiziyle İncelenmesi	45
Tablo 20. MET Kategorisini Etkileyen Faktörlerin Multiple Lineer Regresyon Çoklu Analiziyle İncelenmesi	46
Tablo 21. WHOQOL BREF Ölçeği Alt Boyutlarının Gruplar Arası İlişkilerinin Pearson Korelasyon Analiziyle İncelenmesi	48

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	16
--	----



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çalışma hayatı, yaşamın sürekliliğini sağlayan sosyal bir faaliyet olarak, ortaya çıkışı insanlığın varoluşuna kadar uzanan, insan yaşamının en önemli alanlarından biridir. Yaşam standartlarının yükselmesi, meslek hayatının yoğun ortamından doğan sorunlar, insanların fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarını arttırmaktadır. Fakat bireyler çoğu zaman bu ihtiyaçları giderememekte, mesleki yaşamdan kaynaklanan sorunlar bunların önüne geçmektedir (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre yaşam kalitesini, bireylerin, hayat içerisindeki durumlarını, ait oldukları kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, algılama ve değerlendirme biçimidir. Söz konusu değerlendirme, bireylerin beklentileri, hedefleri, hayat standartları ve hayata ilişkin kaygıları ile ilişkili olarak şekillenir. Yine DSÖ'nün tanımına göre, yaşam kalitesi, bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, özgürlük seviyesi, sosyal ilişkileri ve yaşadığı çevrenin başlıca özellikleriyle etkileşimleri gibi çok sayıdaki etkenle ilişki içerisinde şekillenen, karmaşık ve geniş bir kavramdır (2).

Günümüzde yaşam kalitesini arttırarak yaşamak, uzun yaşamak kadar önemli bir konu haline gelmiştir. Sağlıklı yaşlanmak ve yaşa bağlı oluşabilecek sağlık risklerini çeşitli yöntemlerle en aza indirebilmek için temel etkenler beslenme ve fiziksel aktivitedir.

Yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerden biri beslenmedir. Son yıllarda sağlıklı beslenme kavramı birçok alt başlığa ayrılmış olup, beslenme üzerine çalışmalar daha da spesifik yapılabilmektedir. Bu alt başlıklardan biri de yeme farkındalığıdır. Yeme farkındalığı, 'Ne yenildiğinden çok, nasıl ve neden yeme davranışının oluştuğunu fark ederek, fiziksel açlık-tokluk kavramını içselleştirip duygu ve düşüncelerin etkisinin farkında olarak, çevresel etmenlerden etkilenmeden, besin seçimlerini yargılamadan burada ve şu anda tüketilecek olan besine odaklanarak yeme' olarak tanımlanmıştır. Yeme davranışına verilen dikkatin artırılması, tüketilen besinin içselleştirilmesi ile besin tüketimi sırasında düşünce ve duygulara olan hassasiyetin azaltılması ile daha sağlıklı besin seçimleri

yapılabilmektedir. Yeme farkındalığı besin aşermelerini azaltmakta ağırlık kontrolünü sağlamaya yardımcı olmakta ve böylece ağırlık kontrolünün sağlanmasında etkin rol oynamaktadır. Fiziksel sağlık, sosyal, psikolojik sağlık kavramlarını da etkilemekte, dolayısıyla yaşam kalitesi için önem arz etmektedir (3).

Yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden bir diğeri olan fiziksel aktivite (FA) ise, günlük yaşamımızda kas ve eklemlerimizi kullanarak enerji harcanmasını içeren, kalp ve solunum hızını artıran, farklı şiddetlerde yapılabilen, yorgunlukla sonuçlanan aktivitelerdir (4, 5). Son yıllarda teknolojinin ilerlemesiyle birlikte ulaşım araçlarının artmasından dolayı yürüme mesafesinin ve yürüyüşe ayrılan zamanın kısalması, bilgisayar başında geçirilen sürenin artması ve işlerin bilgisayarlardan yapılmasının yaygınlaşması gibi durumlar fiziksel aktivite seviyesinin (FAS) düşmesine neden olmaktadır (6, 7, 8).

Sağlıklı olmak her insanın temel hakkı olup, bunun sağlanması ve sürdürülmesi en başta kişinin kendi sorumluluğu olup, sağlık personellerinin temel amacıdır. Sağlığı geliştirmek için olumlu sağlık davranışının kazandırılması ve sürdürülmesi gerekir. Bu nedenle hastane personelinin sağlık davranışlarının incelenmesi ve eksik oldukları konularda desteklenmesi halk sağlığı açısından önemlidir. Bu araştırma, bir üniversite hastanesi idari personeli, yeme farkındalığı ve fiziksel aktivitelerinin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yeme Farkındalığı

Toplumun sosyal ve ekonomik yönden istenen gelişmişlik düzeyine ulaşabilmesi için bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı ve yeterli bireylere ihtiyaç vardır. Sağlıklı bireyler için ise sağlıklı beslenme çok önemli bir yapıtaştır. Beslenme, besinlerin üretiminden hücrede kullanımına kadar geçen tüm evrelerde insan-besin ilişkisini inceleyen bilim dalıdır. Beslenme, anne karnından ölüme dek insanları etkilemektedir. Bu nedenle yaşam boyunca dikkat edilmesi gereken konulardandır.

Beslenme, insanın büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan öğeleri vücuduna alıp kullanabilmesi şeklinde tanımlanır. Beslenme, açlığı bastırmak, karın doyurmak değil, insanın büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan öğeleri vücuduna alıp kullanabilmesidir. Amaç kişinin yaşına, cinsiyetine, içinde bulunduğu fizyolojik duruma (çocuk, gebe vb.) göre bütün besin öğelerinden yeterli miktarda sağlayabilmektir. İnsanlar için ihtiyaçtan da öte bir durumdur ve mutlak gerekliliktir. Sağlıkların sürdürülebilmesi, mutlu ve başarılı bir yaşam için sağlıklı beslenme önemlidir (9).

Yeme davranışı, yaşam boyu sürmekte ve bebeklikten okul çağına doğru hızla gelişmektedir. Yeme davranışı ve duygu durumu arasındaki ilişki bilim insanları tarafından uzun süredir araştırılmaktadır. Yaşamın sürdürülebilmesi için gerekli olan yeme davranışı ve yemek yeme işlevi, kişiye verdiği doyumun yanında yetersiz beslenme, aşırı beslenme, yeme bozuklukları gibi bazı sağlık sorunlarına da yol açabilmektedir. Duygusal ve bilişsel unsurlar da dahil olmak üzere kişinin psikolojik özellikleri, yeme alışkanlıklarını etkileyebilmektedir. Bu durum, yalnızca fazla kilolu ve obez bireyleri değil, ideal vücut ağırlığına sahip olan bireyleri de etkileyebilmektedir. Gün içerisinde yaşanan duygu değişimlerinde, stresle başa

çıkımda güçlük yaşandığı durumlarda ya da bilinçsiz diyet uygulamaları sonucunda yeme davranışı olumsuz etkilenebilmekte, sonuç olarak yanlış beslenme alışkanlıkları ortaya çıkabilmektedir. Son yıllarda bireylerin duygu durumlarının farkına varması ve başa çıkabilmesi için yeme farkındalığının artırılmasının üzerinde durulmaktadır. Sağlıklı yeme tutum ve davranışlarının kazanılmasında ve kontrolünde yeme farkındalığı yetisinin gelişmişliğinin özellikle vücut ağırlığı kontrolünde ve yeme bozukluklarında tedavinin etkinliğinin artırılmasında önemli rolü olduğu bilinmektedir (10).

Yeme farkındalığı, basitçe tüketilen besine ya da içeceğe odaklanarak yeme olarak ifade edilebilir. 'Mindfulness' sözcüğünün tam karşılığı olan 'Bilinçli Farkındalık' kavramı ise 'şu ana kayıtsız şartsız bilinçli olarak dikkatini vermeyi içeren bir farkındalık' olarak ifade edilmiştir (11).

Farkındalık kavramı daha çok yeme farkındalığı kapsamında özellikle porsiyon kontrolünü sağlama, duygusal yemeyi engelleme, aşırı yemeyi durdurabilme gibi faktörler ile vücut ağırlığı yönetiminde önemli rol oynamaktadır.

Yapılan bir araştırmada, farkındalık stres eğitimi ile yeme davranışının değiştirilmesi hedeflenmiştir. Farkındalık eğitimleri sonrasında, duygusal yeme ve kontrolsüz yeme durumlarının anlamlı şekilde düştüğü görülmüştür (12).

Yapılan randomize kontrollü bir araştırmada, katılımcılara farkındalık eğitimi verilmiştir. Eğitim sonrasında, müdahale grubunda, katılımcıların beden kitle indeksi (BKİ) değerinin azaldığı ve fiziksel aktivite durumlarının arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca uygulanan ölçeklerin alt faktörleri incelenmiş ve katılımcıların dışsal yeme ile duygusal yeme durumları ve tıknırcasına yeme semptomları azalmıştır (13).

Bilinçli farkındalık kavramı, yeme davranışları açısından değerlendirildiğinde yeme farkındalığı olarak ifade edilmektedir.

Yeme farkındalığı, açlığın ortaya çıkmasından itibaren, o an durmak, düşünmek ve sonrasında harekete geçmek ile yediklerinin farkında olarak bilinçli tüketmektir (14). Yeme farkındalığı, Türkiye'de yapılan bir çalışmada ilk defa Türkçe olarak 'Ne yenildiğinden çok, nasıl ve neden yeme davranışının oluştuğunu fark ederek, fiziksel açlık-tokluk kavramını içselleştirip duygu ve düşüncelerin etkisinin farkında olarak, çevresel etmenlerden etkilenmeden, besin seçimlerini

yargılamadan o anda tüketilecek olan besine odaklanarak yeme' olarak tanımlanmıştır (3). Yemek yeme eylemi esnasında, yeme davranışına odaklanması, tüketilen besinin benimsenmesi ile besin tüketimi sırasında düşünce ve duygulara olan duyarlılığın azaltılması ile daha sağlıklı besin seçimleri yapılabilmektedir (15, 16). Yeme farkındalığı otomatik ve dikkatin verilmediği tepkileri azaltma potansiyeline sahiptir. Farkına varma ile ihtiyaç dışı yiyecek-içeceklerin tüketimi azalmaktadır (17, 18, 11). Otomatik yeme durumlarında gerçekleşen bozulmuş yeme düzeni ve aşermeler yeme farkındalığı ile düzeltilmektedir (14). Dürtüsel yeme de otomatik yemeye benzer olarak hızlı besin tüketimine yol açmakta ve vücut ağırlığı denetimini zorlaştırabilmektedir. Dürtüsel yeme sırasında kişi dikkatini toplamada zorlanabilmekte, dolayısıyla tatmini ertelemeyi başaramamaktadır (19). Tıkınırcasına yeme bozukluğunda da yeme farkındalığı müdahaleleri sıklıkla kullanılmakta ve duygusal yeme ile otomatik yeme davranışlarının azaltılmasına yardımcı olmaktadır. Yapılan randomize kontrollü bir araştırmada içinde tıkınırcasına yeme bozukluğu olan hafif şişman, obez gruplar arasında grup eğitimleri (özdenetime giriş, yeme farkındalığı egzersizleri, tıkinma tetikleyicileri, açlık türleri, tat alma ve doyma ipuçları, doyunluk, affetme, iç ses/bilgelik, değerlendirme) ve takip (pratikler, gözlemler, vücut ağırlığı yönetimi) uygulanmıştır. Eğitimlerin sonrasında yapılan değerlendirmelerde hafif şişman ve obez gruplarda tıkınırcasına yemesi olan bireylerin %95'inin artık tıkınırcasına yeme bozukluğunun tanı kriterlerine uymadığı belirtilmiştir. Yeme farkındalığı eğitimlerinin tıkinma epizodlarına ve vücut ağırlığı kaybına yüksek oranda etkisinin olduğu bulunmuştur (20). Enerji değeri düşürülmüş diyet programının hazırlandığı, beslenme eğitimlerinin de desteklendiği geleneksel diyet tedavileri yerine yeme farkındalığı kazandırılmasının sonuçlarının daha etkin olduğu görüşü hâkimiyet kazanmaktadır. Diyet tedavisinin tek başına yeterli olmadığı yanında davranış değişikliğinin de eklenmesi gerektiği araştırmalarda gösterilmiştir (21, 22). Diyet odaklı müdahalelerin vücut ağırlığı kaybında kalıcı bir çözüm olmadığını, davranışsal müdahalelerin yeme ve doyma ile ilgili farkındalık kazandırarak sağlıklı yeme alışkanlıklarına yönlendirme ile daha kalıcı çözümlere ulaşabileceği düşünülmektedir (19). Bu durum göz önüne alındığında obezitenin risk faktörlerinden biri olan enerji alımının artmış olması durumu yeme farkındalığı ile ilişkilendirilebilmektedir.

2.2. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, bazal seviyenin üzerinde enerji harcamasını artıran, iskelet kaslarının kontraksiyonu ile oluşan vücut hareketleri olarak tanımlanır (23, 24, 25). Diğer bir deyişle, enerji harcamasını artıran tüm aktiviteler fiziksel aktivite olarak bilinir. Genellikle toplam enerji harcaması üç faktörden oluşur. Bunlar, istirahat metabolik hızı, besin alımı ile artan enerji harcaması, fiziksel aktivite veya kassal aktivite ile oluşan enerji harcamasıdır. İstirahat metabolik hızı en temel faktördür. Dinlenme anında solunum ve dolaşımı da içeren fonksiyonlar için istemsiz kas kontraksiyonunun ve vücut ısısının sürdürülmesinde gerekli olan enerji miktarıdır (Total enerji harcamasının %60-70'i). Besin alımı ile artan enerji harcaması (Total enerji harcamasının %10'u), besinlerin sindirimi ve boşaltım sistemi için gereklidir. Bununla beraber, fiziksel aktivite veya kassal aktivite nedeniyle enerji harcaması kişiler arası farklılığın en önemli kaynağıdır. Toplam enerji harcamasının %20-30'udur (26, 27). Fiziksel aktivite ile ilişkili enerji harcamasına katkıda bulunan değişik seviyede aktiviteler vardır. Fiziksel aktivite tip, şiddet ve amacı da içeren birçok yolla sınıflandırılabilir (26). Çünkü kas kontraksiyonunun hem mekanik hem de metabolik özellikleri vardır. Mekanik veya metabolik özelliklerle ilgili sınıflamalardan biri seçilebilir. Ancak böyle bir yaklaşım bazı karışıklıklara yol açmaktadır. Örneğin, mekanik sınıflama ekstremite hareketinin ürettiği kas kontraksiyonunu vurgulamaktadır. İzometrik veya statik, izotonik veya dinamik egzersiz gibi. Metabolik sınıflama ise, kasılma için oksijenin uygunluğunu içerir; aerobik veya anaerobik kasılma gibi. Bir aktivite ister aerobik ister anaerobik olsun, temel olarak aktivitenin şiddetine dayanır. Birçok aktivite hem statik ve dinamik kontraksiyonları hem de aerobik ve anaerobik metabolizmayı içerir. Sonuçta aktiviteler, genellikle farklı özelliklerin baskın olmasına göre sınıflandırılmaktadır (28).

FA ile ilişkili enerji harcamasına katkıda bulunan değişik seviyede aktiviteler vardır. FA tipleri iş, ev, ulaşım (seyahat, iş), serbest zaman aktiviteleri olarak gruplara ayrılmaktadır (29).

Egzersiz ise, zindeliği ve sağlığı geliştirmek için özel olarak planlanmış ve yapısal belirli bir süre devam eden hareketlerdir (30). Diğer bir tanımla, planlı yapılandırılmış, istemli, fiziksel uygunluğun bir ya da birkaç unsurunu geliştirmeyi amaçlayan sürekli aktivitelerdir (31).

Spor ise, kişinin kendi kendisini ya da rakibini aşmasını hedefleyen, rekabet içeren, belirli kurallarla sınırlanan, bireysel veya takım olarak yapılan kurallarla yönetilen fiziksel aktivitelerdir (26).

Sedanter davranış ise haftada 5 gün, günde 30 dakikadan az orta şiddette aktivite yapma veya 20 dakikadan az şiddetli fiziksel aktivite yapma olarak tanımlanmaktadır.

2.2.1. Fiziksel Aktiviteyi Etkileyen Faktörler

Fiziksel aktiviteyi etkileyen faktörler için, biyolojik, fiziksel ve sosyal vre önemli rol oynamaktadır. Bu belirleyiciler aynı zamanda fiziksel aktivitelere katılımı kolaylaştırıcı faktörler olarak da ifade edilmektedir. Fiziksel aktivitenin engelleyici faktörlerinden ise en önemlisinin zaman eksikliği olduğu ifade edilmektedir. Fiziksel aktiviteyi etkileyen başlıca faktörler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

Demografik ve Biyolojik Faktörler

Yaş, meslek, ocuk sayısı, eğitim, cinsiyet, kalıtım, kronik hastalık varlığı, gelir düzeyi, medeni durum ve sosyo – ekonomik durum, yaralanma hikayesi, ırk ve obezite.

Psikolojik, Zihinsel ve Duygusal Faktörler

Davranışlar, egzersizden zevk alma, sağlık ve egzersiz hakkında bilgi, yetersiz zaman, ruhsal durum bozukluğu, inanç, ruh sağlığı, kendine güven, motivasyon, stres.

Beceriler ve Davranışsal Nitelikler

Çocukluk ve yetişkinlik dönemindeki aktivite hikayesi, A tipi kişilik, alkol, beslenme alışkanlıkları, spor geçmişi, okul sporları, engellerle başa çıkma becerileri, sigara içme durumu.

Sosyal ve Kültürel Faktörler

Sosyal sınıf, egzersiz modelleri, grup uyumu, aile ve arkadaş grupları fiziksel aktiviteye katılımında önemli rol oynamaktadır. İşverenlerce sağlanan sosyo-kültürel ortam, çalışanların fiziksel aktiviteye katılımı açısından belirleyicidir. Özellikle masa başı işlerde çalışan bireylerin sayısının artması fiziksel aktiviteye katım oranlarında da azalmaya neden olduğundan iş ortamında fiziksel aktivite olanaklarının sağlanması, spor ve fitness aktivitelerine katılma ve aktif ulaşım fırsatlarının sunulması önem taşımaktadır (26, 32).

Fiziksel Çevre

Mevsim/hava koşulları, programların maliyeti, yoğun trafik, ev ekipmanları (egzersiz bisikleti, egzersiz videosu), yürüme/bisiklete binme ve rekreasyonel alanların (basketbol veya golf sahası, jimnastik salonu, park) varlığı ve bu alanların kolay ulaşılabilir olması, suç işleme oranı ve güvenlik, fiziksel aktivitenin yapıldığı zeminin yüzeyi vb. gibi etkenler fiziksel aktiviteyi etkilemektedir (33, 34, 35). Kent planlamaları veya fiziksel çevre, hareketli yaşam tarzının artması veya azalmasına neden olabilmektedir. Doğru yapılan bir şehir planlaması, gündelik yaşam, iş, alışveriş ve hobi gibi aktiviteleri etkilemekte, bireyleri bisiklet kullanma ve yürümeye teşvik etmektedir. Diğer ulaşım araçları yerine bisiklet kullanmaya teşvik eden bazı Avrupa ülkeleri bulunmaktadır.

2.3. Yaşam Kalitesi

2.3.1. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi

Mutluluk, manalı hayat, güzel hayat, kendini iyi anlama, rahat bir hayat, hayattaki amaçlar gibi konuların antik zaman filozofları tarafından tartışma konusu olması bu terimleri kendi bünyesinde barındıran yaşam kalitesi (YK) kavramının felsefi temellerinin, oldukça eskiye dayandığını göstermektedir (34). Yaşam kalitesi konusunda temel oluşturan ilk düşünceler ilk filozoflardan Aristo ve tıp alanında Hipokrat tarafından ortaya konduğu ifade edilmektedir. Aristo, makalelerinde mutluluğun temeline ve güzel bir hayat için gerekli olan konulara değinmiştir. Aristo, hayatın asıl gayesinin en yüksek seviyeye ve hayatın müsaade ettiği en iyi hale sahip olmak olduğunu savunmuştur. Dolayısıyla bu sonuca ulaşan kişi en yüksek yaşam kalitesine sahip olur. Tıp alanında bakıldığında ise, Hipokrat zamanında doktorlara, hastaların iyi edilmesi ile şikayetlerinin giderilmesi esnasında, iyi olma halinin en üst seviyeye çıkarılması konusunda mesuliyet alma bilincinin kavratıldığı bilinmektedir.

Tarihte kaliteli yaşamı sorgulayan birçok düşünür olmuştur. Sokrates başta olmak üzere, Aristoteles, Konfüçyüs, Montaign, Mevlana, Yunus Emre, Fuzuli, Goethe, Kant gibi düşünürler sayılabilir. Denemeler eserinde ‘Gerçek felsefe bize hayatta kalmayı öğreten felsefedir. Halbuki bize hayatta kalmayı hayat geçtikten sonra öğretiyorlar. Felsefenin insanlara, yaşamaya başlarken de, ölüme giderken de söyleyecek çok şeyleri vardır. Düşüncelerimizin en iyi aynası yaşamlarımızın akışıdır. İnsanın en büyük ve en onurlu eseri doğru dürüst yaşamaktır. Bilimlerin en zoru, en çetini hayatı iyi yaşamasını bilmektir.’ diyen Montaign, yaşamı fizyolojik bir durumdan anlamlı hale getirmenin yollarıyla ilgilendiğini göstermiştir (37).

Terim olarak ise yaşam kalitesi, ilk olarak Priestley’in 1943’teki ‘Cumartesi Işıkları’ (Daylight on Saturday) adlı oyununda kullanılmıştır (38, 39). Yaşam kalitesi için yapılan ilk araştırmalar; 1973’te yayınlanmış olup, son zamanlarda bu konuyla yapılan çalışmalar oldukça artmıştır (40). Yıllardır filozofların tartışma konusu olan

yaşam kalitesi, böylece üzerinde sadece felsefe yapılan bir konu değil, aynı zamanda edebiyat, ekonomi, sağlık, psikoloji gibi konularla da bütünleşmiştir (41).

2.3.2. Yaşam Kalitesi Tanımı

Kalite, ulaşılması hedeflenen mükemmellik düzeyidir. Kalite kavramı nesnel bir kavramdır ve iyiliğin bir derecesidir. İnsanların, nesnelere ya da yaşantıların nitelikçe nasıl olduğunu belirten, onun diğer varlıklardan ayıran üstünlüklerini ölçen ve değerlendiren bir özelliktir.

Yaşam kalitesi ise, Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi ışığında değerlendirilmesi gereken daha öznel bir kavramdır (41, 42, 43). Maslow, fizyolojik gereksinimlerin önce, öteki gereksinimlerin ise kişi için sonradan ortaya çıkan lüks bir gereksinim olduğuna değinmiştir. En temel gereksinimler açlık, susuzluk gibi fizyolojik gereksinimler olup, en üst düzey gereksinim ise, kendini gerçekleştirmedir (44).

Yaşam, kalite (nitelik) ve kantite (nicelik) olarak iki boyutta değerlendirilebilmektedir. Yaşamın niceliği, hayatın süresi olarak tanımlanabilir, ancak kalitesi ise bireyin içinde bulunduğu fiziki çevre ve sosyoekonomik durum gibi birçok faktörü içine alan çok boyutlu bir kavramdır. Yaşam kalitesi ise gelir durumu, çevre şartları, özgürlük gibi birçok değişkene bağlı olan karmaşık bir kavram olup, önemli belirleyicilerinden birisi ise sağlık olmaktadır (45).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, yaşam kalitesi; bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde kendi yaşamını nasıl algıladığıdır; bireyin amaçları, umutları, standartları ve endişeleri ile ilişkilidir (46). Literatürde genel olarak tek bir yaşam kalitesi tanımlaması bulunmamaktadır (47). YK'nin tanımına ilişkin birçok akademik çalışma olup, kullanım alanlarına göre farklılık göstermektedir. Yaşam kalitesini 1939'da ilk kez Thorndike, 'Sosyal evrenin bireyde yansıyan tepkisi' şeklinde ifade etmiştir (48). Patric ve Ericson ise yaşam kalitesini; ölüm ve yaşam süresi, engellilik, sosyal, psikolojik ve fiziksel sağlığın algılanması ve sosyal- kültürel dezavantajları

içeren temel bir kavram şeklinde tanımlamıştır. Fayos yaşam kalitesini; bireylerin hayatlarını değerli buldukları şekilde devam ettirme yetileri olarak ifade etmiştir. Bunlar; mutluluk, memnuniyet, gereksinim duyulan memnuniyet, kendini gerçekleştirebilme yetisidir.

Yaşam kalitesi kısaca; bireyin fonksiyonel durumu, tam bir iyilik halinde olması ve hayattan zevk alabilmesi şeklinde de tanımlanabilir. Bu tanımlamaların ortak noktaları; kişilerin yaşam doyumu, mutluluğa ve memnuniyete erişmesidir. Yani birey yaşadıklarından ne kadar hoşnut olursa, yaşam kalitesi de olumlu yönde artacaktır (49).

Yaşam kalitesi tanımlarına bakıldığında, araştırmacıların yaşam kalitesi kavramına farklı tanımlar getirdikleri görülmektedir. Bu tanımların bir kısmı yaşam kalitesini çevresel özelliklerle, bir kısmı ekonomik özelliklerle açıklarken, bir kısmı ise sosyolojik ve psikolojik özelliklerle açıklamaktadır. Araştırmacıların bu konuda kullandıkları göstergeleri dört grupta toplamak mümkündür:

1. Kişisel – İçsel Alan: (Değerler, inançlar, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkma vb)

2. Sosyal Alan: (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun sağladığı olanaklar vb)

3. Dışsal – Doğa Çevre Alanı: (Hava, su kalitesi vb)

4. Dışsal – Toplumsal Çevre Alanı: (Kültürel, sosyal ve dini kurumlar, okul, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım, alışveriş gibi toplumsal olanaklar) (50).

Yaşam kalitesi hakkındaki yayınlar çok hızlı bir gelişme göstermektedir. Bu gelişim 1990'larda giderek artış göstermiştir. 1992'de yayın hayatına başlayan 'International Society of Quality of life' isimli bilimsel dergi, sadece sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi araştırmaları yayınlamıştır (51).

2.3.3. Yaşam Kalitesinin Çeşitleri

Yaşam kalitesi, kavram olarak çok yönlüdür ve ekonomik, toplumsal, ruhsal, ekolojik ve sağlık açısından yaşam kalitesi olarak çeşitlere ayrılmaktadır.

Ekonomik Yaşam Kalitesi

Ekonomik yaşam kalitesi refah ve yaşam seviyesi açısından daha iyi duruma gelme olarak tarif edilebilir. Aylık gelir, kişi başına düşen gayri safi gelir miktarı, istihdam gibi durumlar ne kadar iyiyse ekonomik yaşam kalitesi düzeyi yüksektir.

Toplumsal Yaşam Kalitesi

Meslek edinme, sağlık durumu, eğitim durumu, kültür gibi sosyolojik etmenler toplumsal yaşam kalitesini etkileyen durumlardır.

Ruhsal Yaşam Kalitesi

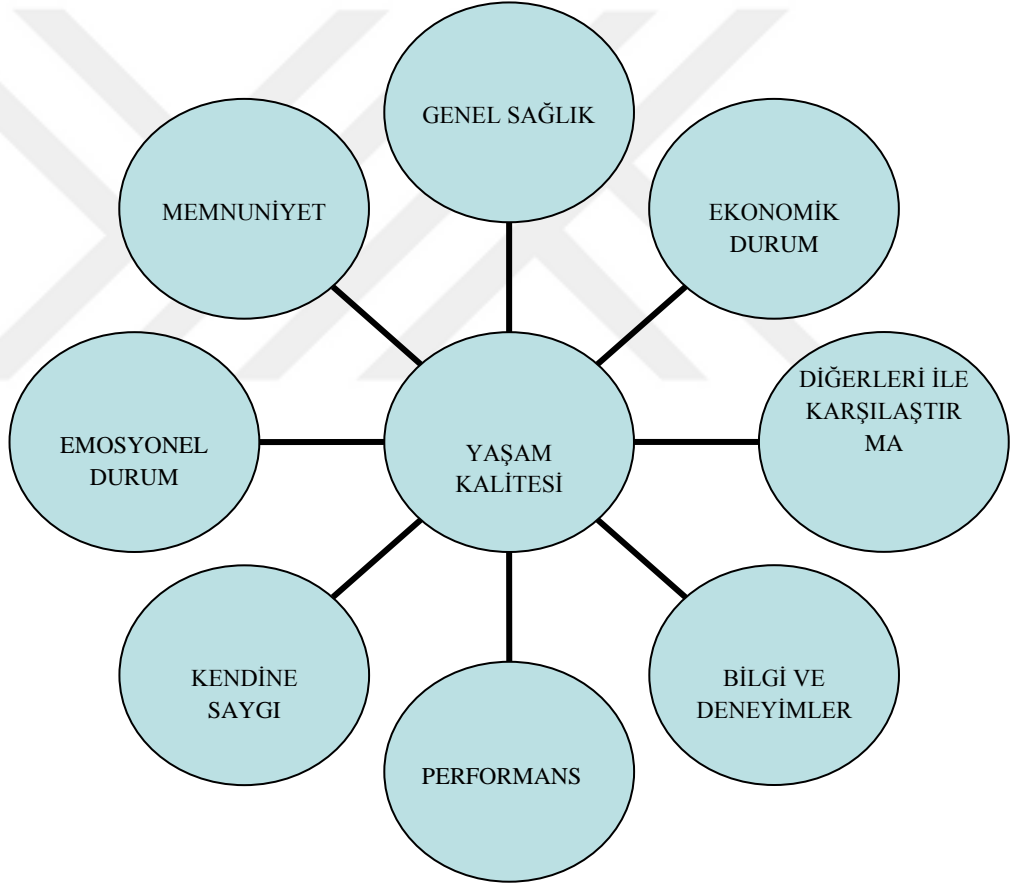
Mutluluk ve mutluluğu doğrudan etkileyen durumlar, kişinin aile ve iş hayatındaki mutluluk, çevresiyle olan sağlıklı iletişimi, ruhsal yaşam kalitesini arttıran etmenlerdir.

Ekolojik Yaşam Kalitesi

Birey ve çevre arasındaki etkileşimden doğan pozitif her durumun, yaşam kalitesini arttırıcı özelliği vardır. Kişiyi etkileyen çevresel şartlar ve çevre-insan arasındaki karşılıklı etki yaşam kalitesini etkileyen faktörlerdendir (52, 53).

2.3.4. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Yaşam kalitesi objektif ve subjektif göstergelere sahiptir. YK'nin objektif göstergeleri; fiziksel aktivite yapabilme yetisi, çalışma durumu, fonksiyonel yetersizlik, hastalık semptomları, sağlık durumu ile algıları içeren fizyolojik konuları içermektedir. Subjektif göstergeler ise; emosyonel iyilik hali, yaşam doyumu, psikolojik etki ile ilgili konuları içermektedir.



Şekil 1. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Yaşam kalitesinin tüm yönlerini değerlendirmede gerekli olduğu varsayılan özellikleri saptayarak farklı bir yaklaşım geliştiren; bireyin memnuniyetinin, önceki bilgi ve deneyimlerden, performans yeteneğinden, başka bireyler ile karşılaştırmasından, kendine saygısından, genel sağlığından, emosyonel ve ekonomik durumlarından etkilendiğini belirtmektedir (54). Yaşam kalitesini etkileyen durumlar maddeler halinde aşağıdaki gibi ifade edilebilir:

Yaşam Kalitesini Azaltan Durumlar

1. Temel gereksinimlerin karşılanmaması
2. Kronik yorgunluk ve bitkinlik
3. Beden imgesinin değişmesi
4. Öz bakım davranışları ile günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği
5. Seksüel fonksiyonlarda bozulma
6. Destek sistemlerindeki yetersizlikler
7. Akut ya da kronik sağlık sorunları
8. Geleceğe ait ilgili kaygılar

Yaşam Kalitesini Arttıran Durumlar

1. Fonksiyonel olarak yeterli olma
2. Güven içinde yaşama
3. Ekonomik ve sosyal güvence içinde olma
4. Rahatlık ve gereken konfora sahip olma
5. Anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olma
6. Yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olma
7. Eğlence ve zevk aldığı aktivitelerin içinde olma

8. Mahremiyete değer verilmesi
9. Kendini ifade edebilme
10. Özgün bir birey olarak algılanma
11. Huzur içinde olma, inanç ve değerlere saygı gösterilmesi
12. İtibar görme (55).

2.3.5. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Yaşam kalitesinin belirleyicileri kişiden kişiye, dönemden döneme değişkenlik gösterebildiğinden, yaşam kalitesini ölçmek için farklı bir takım ölçeklerin geliştirilmesi ihtiyacı ortaya çıkmıştır (45). Günümüzde genel olarak yaşam kalitesi araştırmalarını, sosyoloji biliminin daha çok yaptığı söylenebilir (56). YK'nin değerlendirmeleri genel olarak üç araştırma tasarımı içinde kullanılmaktadır. Bunlar:

1. Geniş örneklerle gerçekleştirilen ve YK'yı belirleyen bileşenleri tanımlayan kesitsel ya da randomize olmayan longitudinal araştırmalar
2. Bir programın ya da tedavinin sağlık üzerine etkilerini değerlendiren maliyet-etkinlik ile maliyet-yarar araştırmaları
3. Randomize kontrollü klinik girişimler

Geçmişte yaşam kalitesi kavramı daha dar kapsamlı olarak ele alınmaktaydı. Ancak günümüzde, yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılan çok sayıda ölçek geliştirilmiştir. Yaşam kalitesi ölçekleri, uygulandıkları topluluklara göre genel ve özgün olarak gruplanabilmektedir (45).

Bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek için, çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Ölçeklerin puanlarına göre değerlendirmeler yapılmaktadır (57).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma, Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan idari personelin, yeme farkındalığı ve fiziksel aktivitelerinin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel analitik tipte bir çalışmadır.

3.3. Kullanılan Gereçler

Araştırmanın sosyo-demografik bilgilerle ilgili verileri 'Kişisel Bilgi Formu' (EK-3), yaşam kalitesi değişkeniyle ilgili verileri, 'Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-BREF)' (EK-4) fiziksel aktivite değişkeniyle ilgili verileri 'Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi Kısa Formu (IPAQ Short Form - International Physical Activity Questionnaire Short Form)' (EK-5) ile ve yeme farkındalığı ile bilgileri ise 'Yeme Farkındalığı Ölçeği' (EK-6) ile elde edilmiştir. Katılımcıların biyoelektrik empedans analiz sonuçlarıyla ilgili verilere ise, analiz sonucu alınan sonuç kağıdı değerlendirilerek ulaşılmıştır.

3.3.1. Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi Kısa Formu (IPAQ- International Physical Activity Questionnaire Short Form)

Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi (IPAQ), 15-65 yaş arasındaki katılımcıların fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (58). IPAQ, uluslararası arenada günlük olarak yapılan fiziksel aktiviteyi bireysel raporlara dayanarak fiziksel aktivite düzeyi hakkında geçerli ve karşılaştırılabilir bilgi elde etmek amacıyla geliştirilmiştir. IPAQ geliştirme çalışmaları 1998 yılında Cenevre’ de başlamış olup, 12 ülkede yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları ile devam etmiştir. Sonuçlar, ölçeğin toplumda fiziksel aktiviteye katılma yaygınlığını gösterebileceğini ve bu amaçla ölçeğin birçok farklı kültür ve ortamda uygulanabileceğini düşündürmüştür (59). Türkiye’ de Öztürk tarafından 2005 yılında üniversitelerde eğitim-öğretim gören öğrencilerde ayrıca Hacettepe Üniversitesi Spor Bilimleri ve Teknolojisi Yüksekokulu Tarafından 2007 yılında IPAQ anketinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (60).

Anketin sekiz versiyonu vardır. Dört kısa, dört uzun form olarak geliştirilmiştir. Bunlar telefon ile sorgulama, görüşme ve kendi kendine uygulanabilir yöntemler olarak bilinmektedir. Ayrıca “son 7 gün” veya “herhangi bir haftada” biçimli soru tipleri de bulunmaktadır (61, 62, 63).

IPAQ’ın kısa formu 7 sorudan oluşmaktadır ve yürüme, orta şiddetli ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman ve otururken harcanan zaman hakkında bilgi sağlamaktadır.

MET, istirahat metabolik hızının katlarıdır. Ortalama bir kişi için spesifik bir aktivitenin metabolik hızının istirahat metabolik hızına bölünmesine eşittir. 1 MET istirahat oksijen tüketimine eşittir. Ortalama olarak dakikada 200-250 mL O₂ tüketildiğinden, 2 MET’lik iş için istirahatın 2 misli veya 500 mL oksijen tüketimi gerekir. MET vücut ağırlığının birimi başına gerekli oksijen tüketimi olarak ifade edilir (mL/kg/dk).

IPAQ anketinin sınıflandırılması aşağıdaki şekildedir:

İnaktif (Kategori 1): Fiziksel aktivitenin en alt seviyesidir. Kategori 2 veya 3 için olan kriterleri karşılamayan durumlar ‘inaktif’ olarak düşünülmektedir.

Orta Aktif (Kategori 2): Aşağıdaki 3 kriterden herhangi birine girenler ‘minimal aktif’ olarak sınıflandırılabilir:

a) Şiddetli aktivitenin, 3 veya daha fazla gün, günde en az 20 dakika yapılması veya,

b) 5 veya daha fazla gün orta şiddetli aktivite veya yürümenin günde en az 30 dakika yapılması veya,

c) Minimum en az 600 MET-dk/haftayı sağlayan 5 veya daha fazla gün yürüme, orta şiddetli veya şiddetli aktivitenin birleşimi.

Yukarıdaki kriterlerden herhangi birini karşılayan bireyin, fiziksel aktivitenin minimal seviyesine ulaştığı gösterilmiştir. Bu seviye, günlük yaşam boyunca biriken bir aktivitenin taban seviyesinden daha az olarak düşünülmektedir (Yaklaşık bir saat yürüyüşe denk gelir).

Aktif (Kategori 3): Minimum fiziksel aktivite önerilerini geçen insanlar için ‘aktif’ ayrı bir kategori olarak hesaplanmıştır. Bu ölçüm yaklaşık olarak en az günde bir saat veya daha fazla olan orta şiddetli bir aktiviteye eşittir. Bu kategori, sağlıkla ilgili yararların sağlanmasında gereken aktivite düzeyidir. Kategori 3 aktivitenin daha yüksek eşiğinde yer alır ve alt populasyon grubundaki farklılığın ayırt edilmesi için yararlıdır. ‘Aktif’ olarak sınıflandırmak için iki kriter vardır:

a) Minimum en az 1500 MET-dk/haftayı sağlayan en az 3 gün şiddetli aktivite veya,

b) Minimum en az 3000 MET-dk/haftayı sağlayan 7 veya daha fazla gün yürüme, orta şiddetli veya şiddetli aktivitenin kombinasyonu.

IPAQ Oturma Sorusu

IPAQ oturma sorusu ek bir belirleyicidir. Fiziksel aktivitenin skorlamasının bir parçasında yer almaz. Oturma verisi ortanca ve çeyrekliklerle rapor edilmemektedir. Sedanter (oturma) davranışlar üzerine az veri vardır ve kategorisel seviye olarak gösterilen kabul edilmiş bir eşik değeri yoktur (64).

3.3.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF- Quality of life is defined by the World Health Organization Quality of Life)

DSÖ, 1991 yılında başladığı ve bireylerin iyilik hallerini ve yaşam kalitelerini ölçmek amacıyla devam ettiği çalışmalarının sonunda WHOQOL adında bir yaşam kalitesi ölçeği geliştirmiştir. Akabinde 26 sorudan oluşan WHOQOL'un kısa bir formu olan Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) oluşturulmuştur. WHOQOL-BREF, fiziksel sağlık, psikolojik alan, sosyal ilişkiler ve çevre olmak üzere çeşitli alanlarda ölçüm yapan 26 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılırken 1 soru daha eklenmiş ve WHOQOL-BREF-TR adında 27 soruluk bir ölçek meydana gelmiştir. WHOQOL-BREF-TR, ilk iki soruda genel olarak yaşam kalitesini değerlendirirken, diğer sorularda şu alt alanlarda değerlendirme yapmaktadır:

1-Fiziksel Sağlık: Bu alanda, eğlence faaliyetleri, ilaçlara ve tedaviye bağlılık, hareketlilik ve yorgunluk, acı, rahatsızlık, uyku, dinlenme ve iş gücü değerlendirilmektedir.

2-Psikolojik Alan: Bu alanda beden algısı ve dış görünüm, olumsuz ve olumlu hisler, özsaygı, maneviyat, düşünme, dikkat ve bellek değerlendirilmektedir.

3-Sosyal İlişkiler: Bu alanda bireysel ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam değerlendirilmektedir.

4-Çevresel Alan: Bu alanda, ekonomik kaynaklar, özgürlük ve fiziki güvenlik, sağlık ve sosyal hizmetlerine erişim-kullanım, ev ortamı, yeni bilgilere ulaşılma fırsatı, boş zaman aktiviteleri ve çevrenin fiziki durumu (kirlilik, trafik, iklim, gürültü) ve ulaşım imkanları değerlendirilmektedir (65).

3.3.3.Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)

Yeme farkındalığı ölçeği genel popülasyonda yeme eylemine verilen dikkatin kalitesini değerlendirmek amacıyla için geliştirilmiştir. İlk kez Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer ve Toney (2006) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Köse, Tayfur, Birincioğlu ve Dönmez (2017) tarafından yapılmıştır. Cronbach α katsayısı 0,733 olarak tespit edilmiştir. Türkçeye uyarlanması esnasında 28 soruluk testte bazı maddeler değiştirilmiş ve yeni maddeler eklenerek Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) olarak yeni bir ölçek oluşturulmuştur. Bu ölçek 7 alt boyut içermektedir.

1. Disinhibisyon (kendini tutma, miktar ve zaman kontrolü)
2. Duygusal Yeme (duygusal açlık, iyi hissetme ve tatmin için yeme),
3. Yeme Kontrolü (yeme hızını ayarlama, yeme işlevinin kontrolünü elinde tutma),
4. Odaklanma (yemeğin kendisine-tadına odaklanma, yemek yerken başka aktivite ve düşüncelere ara verme),
5. Yeme Disiplini (planlama, hazırlama, dengeleme, bulundurma, düzen, saat),
6. Farkındalık (fiziksel açlık-tokluk farkındalığı, kalori ve besin değeri bilgisi, sağlıklı beslenme bilgisi, alışkanlık farkındalığı),

7. Enterferans (koku, görüntü, ses gibi duyuşal etmenlere, davet, besin çeşitliliği veya reklam gibi çeldiricilerle baş edebilme).

Sorular 5'li likert ölçeğine göre değerlendirilmiş ve bu testin puanlama yönergesi ve alt boyutları aşağıdaki gibidir:

7 alt boyut ve 30 madde

1. Düşünmeden Yeme (5 madde) : 4, 14, 17, 20, 26
2. Duygusal Yeme (5 madde): 21, 22, 23, 28, 30
3. Yeme Kontrolü (4 madde): 3, 6, 27, 29
4. Farkındalık (5 madde): 8, 9, 12, 13 15
5. Yeme Disiplini (4 madde): 1, 18, 24, 25
6. Bilinçli Beslenme (5 madde): 2, 7, 11, 16, 19
7. Enterferans (Dış etmenlerden etkilenme) (2 madde): 5, 10

Ölçekte 20 ters madde bulunmaktadır. 1, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24, 25 ve 27.sorular düz puanlandırılmaktadır. Geriye kalan sorular ters* puanlandırılmaktadır. {*Ters Puanlama (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)}

Ölçeğin her bir alt boyutundan alınan yüksek puan bireyin ilgili alt boyutun değerlendirdiği özelliğe sahip olduğunu göstermektedir. Ölçek ayrıca toplam yeme farkındalığı puanı vermektedir. Ölçek puanlanırken alt boyutların ve toplam puanın ortalaması alınmaktadır. Toplam ölçek puanı veya alt boyutlarının puanları ne kadar yüksek ise yeme farkındalığı o kadar yüksektir (66).

Katılımcıların biyoelektrik impedans analizi için ise Tanita BC-418 MA segmental vücut analizi cihazı kullanılmıştır. Biyoelektrik İmpedans Analiz, vücut bileşiminin saptanmasında kullanılan dolaylı bir yöntemdir. 6 elektrot yardımıyla vücuda elektriksel zayıf bir akım (mikroAmper =50 kHz) verilerek oluşan direnç ölçülmektedir. Ölçümler genellikle sabah saatlerinde ve aç karnına, elbiseli, ayakkabısız ve çorapsız, üzerinde metal takı vb. olmadan yapılmıştır. Cihaza ölçüm öncesi bireylerin isimleri, cinsiyeti, yaşı ve boy uzunlukları (cm) girilmiőtir. Cihaz üzerindeki 4 adet elektroda ayaklarının topuk ve ön kısımlarını ayrı ayrı yerleőtirmeleri, sağ ve sol elleriyle de birer elektrod tutmaları istenmiştir. Cihaz ile bireylerin kilolarına, BKİ'lerine, vücut yağ kg ve vücut yağ yüzdelerine, metabolizma yaşlarına ve vücut su oranlarına bakılmıőtır (67).

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırma 10.01.2019-10.02.2019 tarihleri arasında, katılımcılara bizzat ulaşılarak yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden personele, araştırmacı rehberliğinde formların eksiksiz doldurulması sağlanmıştır. Çalışma, hastane mesai saatleri içerisinde yürütülmüştür.

3.5. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi'nde çalışan 476 idari personel oluşturmaktadır. Örneklem, evreni bilinen örnekleme hesabı kullanılarak, %50 sıklık, %5 hata payı ve desen etkisi 1 alınarak 213 saptanmıştır. Örnekleme yöntemi olarak olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü 215 kişi dahil edilmiştir.

3.6. Bağımlı ve Bağımsız Değişken

Bu araştırmanın bağımlı değişkenleri, Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği-Kısa Formu, Yeme Farkındalığı Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu'dur. Bağımsız değişkenler ise, yaş, cinsiyet, BKİ, medeni durum, görev, kurum çalışma yılı, toplam çalışma yılı, eğitim derecesi, sigara içme durumu, kronik rahatsızlık durumu, metabolizma yaşı, yağ yüzdesi ve sıvı oranıdır.

3.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Veri toplama araçlarından anket formu Ocak-Şubat 2019 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Araştırmada SPSS 22,0 (Statistical Package for Social Sciences Version 22) versiyonu ve MS Excel kullanılarak analizler ve grafikler elde edilmiştir. Çalışmaya dahil olan değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinde sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, alt ve üst değer kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerin karşılaştırmalarında ki-kare analizi, t-testi, Anova testleri ile normal olmayan değişkenlerde bu testlerin karşılıkları Kruskall Wallis kullanılmıştır. Değişkenlerin ilişkilerinin incelenmesinde ise Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Bağımlı değişkenleri etkileyen faktörlerin çoklu olarak incelenmesinde Multiple Lineer Regresyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık için $p < 0,005$ düzeyi anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3.9. Süre ve Olanaklar

	2018			2019							
	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8
Konu Seçimi	X										
Kaynak İnceleme		X									
Ön Hazırlık ve İzinler			X	X							
Veri Toplama				X	X	X					
Veri Girişi						X					
Veri Analizi						X					
Yazım							X	X	X	X	X

3.10. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler

Çalışma Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yapılmıştır. Çalışma yerinin bir araştırma hastanesi olması nedeniyle akademisyenler çalışma yapmak amacıyla çalışanlara sürekli olarak çeşitli anketler uygulamaktadır. O nedenle çalışmamızı reddedenler çok fazla olmuştur. Çalışmanın

başında tüm evrene ulaşması hedeflenmiştir. Ancak özellikle yukarıdaki sebeple, iş yoğunluğu gibi nedenlerle çalışmaya katılmayı reddetmişlerdir.

Kronik rahatsızlık durumu sorusunun cevabı için hastanın beyanı değerlendirilmiştir. Kişinin raporlu ilaçları, kan değerleri alınıp değerlendirilmelidir.

Yeme Farkındalık Ölçeği için kişinin beyanına bağlı bilgiler gerçeği yansıtmayabilir. Bu sebeple günlük takip edilip, en az 3 günlük besin tüketim sıklığı kaydı alınmalıdır. Aynı şekilde IPAQ için de kişi beyanına başvurulmuştur. Aktivite ve yeme farkındalığı için daha kapsamlı müdahale çalışmalarına ihtiyaç vardır.

3.11. Etik Açıklamalar

Çalışma için SDÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onay'ı alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan personelin yaş ortalaması $37,89 \pm 7,37$ 'dir. Personelin kurumdaki çalışma yılı ortalama $12,16 \pm 6,88$ iken, toplam çalışma yılı $15,72 \pm 7,73$ olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya katılanların ortalama BKİ değeri $26,24 \pm 4,61$ bulunmuştur. Vücut yağ yüzdeleri ortalaması $27,70 \pm 8,10$, metabolizma yaşı ortalaması $38,83 \pm 11,02$, sıvı ağırlığı $37,33 \pm 7,14$ ve sıvı oranı ortalaması $52,86 \pm 5,94$ 'tür.

Tablo 1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri

	Min.	Max.	Ort. \pmSS
Yaş	22,00	58,00	$37,89 \pm 7,37$
Kurum Çalışma Yılı	1,00	26,00	$12,16 \pm 6,88$
Toplam Çalışma Yılı	1,00	33,00	$15,72 \pm 7,73$
BKİ	17,47	45,07	$26,24 \pm 4,61$
Yağ Yüzdesi	8,70	46,80	$27,70 \pm 8,10$
Metabolizma Yaşı	19,00	61,00	$38,44 \pm 9,52$
Sıvı Oranı	38,93	66,77	$52,86 \pm 5,94$

Min: Minimum
Max: Maksimum
Ort: Ortalama
SS: Standart Sapma
BKİ: Beden Kitle İndeksi

Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde, çalışmaya katılanların %67'si kadın olup, %83,3'ü evlidir. Araştırma grubunun çoğunu %54 ile hemşireler oluşturmaktadır. Araştırma grubunun %82,7'si üniversite, %11,2'si lise mezunudur. 5 kişi yüksek lisans, 1 kişi de doktora yapmaktadır. Çalışmaya katılanların %23,3'ünde kronik rahatsızlık vardır. Aynı tabloya bakıldığında, araştırma grubunun %28,8'inin sigara içtiği görülmektedir.

Tablo 2. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	S	%
Cinsiyet		
Kadın	144	67
Erkek	71	33
Görev		
Hemşire	116	54,0
Memur	41	19,1
Teknisyen	15	7,0
Bilgisayar İşletmeni	22	10,2
Biyolog	7	3,3
Hasta Bakıcı	1	0,5
Diyetisyen	4	1,9
Hastane Müdür Yardımcısı	3	1,4
Ebe	2	0,9
Şef	1	0,5
Medeni Durum		
Evli	179	83,3
Bekar	36	16,7
Eğitim Durumu		
Üniversite mezunu	178	82,7
Lise mezunu	24	11,2
Ortaokul ve altı	7	3,3
Yüksek lisans	5	2,3
Doktora	1	0,5
Kronik Hastalık		
Yok	165	76,7
Var	50	23,3
Sigara İçme Durumu		
Hayır	144	67,0
Evet	62	28,8
Bırakmış	9	4,2
Toplam	215	100,0

Araştırma grubunun vücut kompozisyon özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde, metabolizma yaşı iyi olanların oranı %53,5, yağ yüzdesi yüksek olanların oranı %50,2, sıvı oranı 50 ve üstü olanların oranı %66,0 olarak bulunmuştur.

Tablo 3. Araştırma Grubunun Vücut Kompozisyon Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	S	%
Metabolizma Yaşı		
İyi*	115	53,5
Kötü*	100	46,5
Yağ Yüzdesi		
Normal ya da düşük	107	49,8
Yüksek	108	50,2
Sıvı Oranı		
50'nin altı	73	34,0
50 ve üstü	142	66,0
Toplam	215	100,0

*: Araştırmacıların metabolizma yaşı kendi yaşı ile aynı ya da daha düşük olanlar 'iyi', metabolizma yaşı kendi yaşından büyük olanlar ise 'kötü' olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılanların, yaş, cinsiyet ve BKİ durumlarına göre MET kategorileri değerlendirildiğinde, erkekler kadınlara göre daha aktif bulunmuştur. Bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,039). Çalışmaya katılan personelin yaş, BKİ ve MET kategorileri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p değerleri sırayla= 0,875; 0,334).

Tablo 4. Araştırma Grubunun Yaş, Cinsiyet ve BKİ Durumlarına Göre MET Kategorilerinin Değerlendirilmesi

MET KATEGORİLERİ					
	Toplam Sütun Yüzdesi n(%)	İnaktif n(%)	Orta Aktif n(%)	Aktif n(%)	p
Yaş					
40'ın altı	116 (%53,9)	49 (%42,2)	27 (%23,3)	40 (%34,5)	0,875
40 ve üstü	99 (%46,1)	43 (%43,4)	25 (%25,3)	31 (%31,3)	
Cinsiyet					
Kadın	144 (%67,0)	70 (%48,6)	33 (%22,9)	41 (%28,5)	0,039
Erkek	71 (%33)	22 (%31,0)	19 (%26,8)	30 (%42,3)	
BKİ					
25'in altı	92 (%42,8)	40 (%43,5)	18 (%19,6)	34 (%37)	0,334
25 ve üstü	123 (%57,2)	52 (%42,3)	34 (%27,6)	37 (%30,1)	
Toplam	215 (%100)	92 (%42,8)	52 (%24,2)	71 (%33,0)	

Araştırma grubunun medeni hal, görev, kurum çalışma ve toplam çalışma yılı, eğitim durumu, sigara içme durumu, kronik rahatsızlık durumlarının MET kategorileri ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p değerleri sırasıyla= 0,388; 0,528; 0,656; 0,296; 0,208; 0,527; 0,697).

Tablo 5. Araştırma Grubunun Medeni Hal, Görev, Kurum Çalışma Yılı, Toplam Çalışma Yılı, Eğitim Durumu, Sigara İçme Durumu, Kronik Rahatsızlık Durumlarına Göre MET Kategorilerinin Değerlendirilmesi

		MET KATEGORİLERİ			
		İnaktif n(%)	Orta Aktif n(%)	Aktif n(%)	p
Medeni Hal	Evli	80 (%44,7)	43 (%24,0)	56 (%31,3)	0,388
	Bekar	12 (%33,3)	9 (%25,0)	15 (%41,7)	
Görev	Sağlıkçı	56 (%45,9)	29 (%23,8)	37 (%30,3)	0,528
	Diğerleri	36 (%38,7)	23 (%24,7)	34 (%36,6)	
Kurum Çalışma Yılı	15'in altı	54 (%41,5)	30 (%23,1)	46 (%35,4)	0,656
	15 ve üstü	38 (%44,7)	22 (%25,9)	25 (%29,4)	
Toplam Çalışma Yılı	15'in altı	44 (%46,8)	18 (%19,1)	32 (%34,0)	0,296
	15 ve üstü	48 (%39,7)	34 (%28,1)	39 (%32,2)	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	17 (%54,8)	4 (%12,9)	10 (%32,3)	0,208
	Üniversite ve üstü	75 (%40,8)	48 (%26,1)	61 (%33,2)	
Sigara İçme Durumu	Hayır/Bırakmış	66 (%43,1)	34 (%22,2)	53 (%34,6)	0,527
	Evet	26 (%41,9)	18 (%29,0)	18 (%29,0)	
Kronik Rahatsızlık Durumu	Yok	68 (%41,2)	41 (%24,8)	56 (%33,9)	0,697
	Var	24 (%48,0)	11 (%22,2)	15 (%30,0)	
Toplam		92 (%42,8)	52 (%24,2)	71 (%33,0)	

Araştırma grubunun vücut kompozisyonları ile MET kategorileriyle olan ilişkisi incelendiğinde, araştırma grubunun sıvı oranları %50 ve üzeri olanlar, %50'nin altında olanlara göre daha aktif bulunmuştur (p=0,007). Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır. MET kategorilerinin metabolizma yaşı ve yağ yüzdesi ile arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır (p değerleri sırasıyla= 0,331; 0,051).

Tablo 6. Araştırma Grubunun Vücut Kompozisyonlarına Göre MET Kategorilerinin Değerlendirilmesi

MET KATEGORİLERİ					
	Toplam Sütun Yüzdesi n(%)	İnaktif n(%)	OrtaAktif n(%)	Aktif n(%)	p
Metabolizma Yaşı					
İyi*	115 (%53,5)	44 (%38,3)	29 (%25,2)	42 (%36,5)	0,331
Kötü*	100 (%46,5)	48 (%48,0)	23 (%23,0)	29 (%29,0)	
Yağ Yüzdesi					
Normal ya da düşük	107 (%49,8)	38 (%35,5)	26 (%24,3)	43 (%40,2)	0,051
Yüksek	108 (%50,2)	54 (%50,0)	26 (%24,1)	28 (%25,9)	
Sıvı Oranı					
50'nin altı	73 (%34,0)	41 (%56,2)	17 (%23,3)	15 (%20,5)	0,007
50 ve üstü	142 (%66,0)	51 (%35,9)	35 (%24,6)	56 (%39,4)	
Toplam	215 (%100)	92 (%42,8)	52 (%24,2)	71 (%33,0)	

*: Araştırmacılardan metabolizma yaşı kendi yaşı ile aynı ya da daha düşük olanlar 'iyi', metabolizma yaşı kendi yaşından büyük olanlar ise 'kötü' olarak değerlendirilmiştir.

Araştırma grubunun YFÖ skorlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımına bakıldığında, BKİ değeri 25'in altında olanların, 25'in üzerinde olanlara göre YFÖ skoru daha yüksek bulunmuştur. Ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,020). Araştırma grubunun yaş, cinsiyet, medeni durum, görev, kurum çalışma yılı, toplam çalışma yılı, eğitim durumu, sigara içme ve kronik hastalık durumları ile YFÖ skoru arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmamıştır (p değerleri sırasıyla= 0,232; 0,094; 0,715; 0,070; 0,276; 0,337; 0,445; 0,553; 0,644).

Tablo 7. Araştırma Grubunun YFÖ Skor Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

		Toplam Sütun Yüzdesi n(%)	YFÖ SKORU (ort±SD)	p
Yaş	40'ın altı	116 (%54,0)	100,9±14,7	0,232
	40 ve üstü	99 (%46,0)	103,3±14,1	
Cinsiyet	Kadın	144 (%67,0)	100,8±14,8	0,094
	Erkek	71 (%33,0)	104,3±13,5	
BKİ	25'in altı	92 (%42,8)	104,6±13,6	0,020
	25 ve üstü	123 (%57,2)	99,0±14,9	
Medeni Hal	Evli	179 (%83,3)	101,8±14,0	0,715
	Bekar	36 (%16,7)	102,8±17,0	
Görev	Sağlıkçı	122 (%56,7)	100,5±14,8	0,070
	Diğerleri	93 (%43,3)	104,0±13,8	
Kurum Çalışma Yılı	15'in altı	130 (%60,5)	101,1±13,9	0,276
	15 ve üstü	85 (%39,5)	103,3±15,3	
Toplam Çalışma Yılı	15'in altı	94 (%43,7)	100,9±14,8	0,337
	15 ve üstü	121 (%56,3)	102,8±14,3	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	31 (%14,4)	100,1±14,5	0,445
	Üniversite ve üstü	184 (%85,6)	102,3±14,5	
Sigara İçme Durumu	Hayır/Bırakmış	153 (%71,2)	101,6±15,4	0,553
	Evet	62 (%28,8)	102,8±12,1	
Kronik Rahatsızlık Durumu	Yok	165 (%76,7)	102,2±14,4	0,644
	Var	50 (%23,3)	101,1±15,0	

Araştırma grubunun, vücut yağ yüzdesi normal ya da düşük olanların, yüksek olanlara göre YFÖ skoru daha yüksek bulunmuştur (p=0,001). Ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır. Araştırma grubunun, metabolizma yaşı, sıvı oranı ve YFÖ skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır (p değerleri sırasıyla= 0,457; 0,510).

Tablo 8. Araştırma Grubunun YFÖ Skor Ortalamalarının Vücut Kompozisyon Özelliklerine Göre Dağılımı

		YFÖ SKORU		
		Toplam Sütun Yüzdesi n(%)	(ort±SD)	p
Metabolizma Yaşı	İyi*	115 (%53,5)	104,9±1,5	0,457
	Kötü*	100 (%46,5)	98,6±14,9	
Yağ Yüzdesi	Normal ya da düşük	107 (%49,8)	105,4±13,4	0,001
	Yüksek	108 (%50,2)	98,6±14,7	
Sıvı Oranı	50'nin altı	73 (%34,0)	99,3±15,2	0,510
	50 ve üstü	142 (%66,0)	103,4±13,9	

*: Tablo 8'de araştırmacılardan metabolizma yaşı kendi yaşı ile aynı ya da daha düşük olanlar 'iyi' olarak, metabolizma yaşı kendi yaşından büyük olanlar ise 'kötü' olarak değerlendirilmiştir.

Araştırma grubunun Genel Sağlık Puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımına göre, BKİ değeri 25'in altında olanların, 25 ve üzeri olanlara göre genel sağlık puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,009). Kronik rahatsızlığı olmayanların puan ortalaması (49,50±18,55), olanların puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur (59,39±17,64). Bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001). Genel Sağlık Puan Ortalamaları ile yaş, cinsiyet, medeni hal, görev, kurum çalışma yılı, toplam çalışma yılı, eğitim ve sigara içme durumları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (p değerleri sırasıyla= 0,504; 0,446; ,690; 0,724; 0,353; 0,80; 0,256; 0,225).

Tablo 9. Araştırma Grubunun WHOQOL BREF Genel Sağlık Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

		Toplam sütun yüzdesi n(%)	WHOQOL-BREF Genel Sağlık Puanı (ort±SS)	p
Yaş	40'in altı	116 (%54,0)	6,6±1,4	0,504
	40 ve üstü	99 (%46,0)	6,5±1,5	
Cinsiyet	Kadın	144 (%67,0)	6,5±1,5	0,446
	Erkek	71 (%33,0)	6,7±1,5	
BKI	25'in altı	92 (%42,8)	6,9±1,4	0,009
	25 ve üstü	123 (%57,2)	6,3±1,5	
Medeni Hal	Evli	179 (%83,3)	6,5±1,5	0,690
	Bekar	36 (%16,7)	7,0±1,4	
Görev	Sağlıkçı	122 (%56,7)	6,6±1,4	0,724
	Diğerleri	93 (%43,3)	6,5±1,6	
Kurum Çalışma Yılı	15'in altı	130 (%60,5)	6,5±1,5	0,353
	15 ve üstü	85 (%39,5)	6,7±1,4	
Toplam Çalışma Yılı	15'in altı	94 (%43,7)	6,8±1,4	0,80
	15 ve üstü	121 (%56,3)	6,4±1,5	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	31 (%14,4)	6,3±1,8	0,256
	Üniversite ve üstü	184 (%85,6)	6,6±1,4	
Sigara İçme Durumu	Hayır/Bırakmış	153 (%71,2)	6,8±1,6	0,225
	Evet	62 (%28,8)	6,5±1,4	
Kronik Rahatsızlık Durumu	Yok	165(%76,7)	6,8±1,4	0,001
	Var	50 (%23,3)	6,0±1,5	

Çalışmaya katılan araştırma grubunun Genel Sağlık Puan ortalamalarının vücut kompozisyonu özelliklerine göre dağılım tablosuna göre, metabolizma yaşı iyi olanların, kötü olanlara oranla genel sağlık puan ortalaması anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Aynı şekilde araştırma grubunun yağ yüzdesi normal ya da düşük olanların ve sıvı oranı 50 ve üzeri olanların genel sağlık puan ortalaması yüksek bulunmuştur (p değerleri sırayla $= < 0,001; 0,003$).

Tablo 10. Araştırma Grubunun WHOQOL BREF Genel Sağlık Puan Ortalamalarının Vücut Kompozisyonu Özelliklerine Göre Dağılımı

		WHOQOL-BREF Genel Sağlık Puanı		
		Toplam sütun yüzdesi n(%)	(ort±SS)	p
Metabolizma Yaşı	İyi*	115 (%53,5)	6,8±1,4	<0,001
	Kötü*	100 (%46,5)	6,3±1,5	
Yağ Yüzdesi	Normal ya da düşük	107 (%49,8)	7,0±1,4	<0,001
	Yüksek	108 (%50,2)	6,1±1,4	
Sıvı Oranı	50'nin altı	73 (%34,0)	6,2±1,6	0,003
	50 ve üstü	142 (%66,0)	6,8±1,4	

*: Tablo 10'da araştırmacılardan metabolizma yaşı kendi yaşı ile aynı ya da daha düşük olanlar 'iyi' olarak, metabolizma yaşı kendi yaşından büyük olanlar ise 'kötü' olarak değerlendirilmiştir.

Araştırma grubunun Fiziksel Sağlık Puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımına göre, erkeklerin kadınlara göre puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,002$). Bekarların evlilere, sağlıklı olmayanların sağlıklılara, kronik rahatsızlığı olmayanların olanlara göre fiziksel sağlık puanları yüksek bulunmuştur (p değerleri sırasıyla= 0,001; 0,013; $<0,001$). Fiziksel Sağlık Puan Ortalamalarının yaş, BKİ, kurum çalışma yılı, toplam çalışma yılı, eğitim ve sigara içme durumları ile aralarında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (p değerleri sırasıyla= 0,473; 0,916; 0,747; 0,823; 0,168; 0,175).

Tablo 11. Araştırma Grubunun WHOQOL BREF Fiziksel Sağlık Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

		Toplam Sütun Yüzdesi n(%)	WHOQOL BREF Fiziksel Sağlık Puanı (ort \pm SS)	p
Yaş	40'ın altı	116 (%54,0)	26,02 \pm 4,00	0,473
	40 ve üstü	99 (%46,0)	26,42 \pm 4,29	
Cinsiyet	Kadın	144 (%67,0)	25,6 \pm 4,2	0,002
	Erkek	71 (%33,0)	27,4 \pm 3,7	
BKİ	25'in altı	92 (%42,8)	26,2 \pm 4,0	0,916
	25 ve üstü	123 (%57,2)	26,2 \pm 4,3	
Medeni Hal	Evli	179 (%83,3)	25,8 \pm 4,1	0,001
	Bekar	36 (%16,7)	28,3 \pm 3,5	
Görev	Sağlıkçı	122 (%56,7)	25,6 \pm 4,3	0,013
	Diğerleri	93 (%43,3)	27,0 \pm 3,7	
Kurum Çalışma Yılı	15'in altı	130 (%60,5)	26,1 \pm 4,1	0,747
	15 ve üstü	85 (%39,5)	26,3 \pm 4,2	
Toplam Çalışma Yılı	15'in altı	94 (%43,7)	26,3 \pm 4,1	0,823
	15 ve üstü	121 (%56,3)	26,1 \pm 4,2	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	31 (%14,4)	25,3 \pm 4,3	0,168
	Üniversite ve üstü	184 (%85,6)	26,4 \pm 4,1	
Sigara İçme Durumu	Hayır/Bırakmış	153 (%71,2)	26,0 \pm 4,2	0,175
	Evet	62 (%28,8)	26,8 \pm 4,0	
Kronik Rahatsızlık Durumu	Yok	165 (%76,7)	26,8 \pm 4,0	<0,001
	Var	50 (%23,3)	24,3 \pm 4,0	

WHOQOL BREF Fiziksel Sağlık Puan Ortalamalarının vücut kompozisyon özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde, katılımcıların Fiziksel Sağlık Puan Ortalamaları metabolizma yaşı iyi olanların kötü olanlara, yağ yüzdesi normal ya da düşük olanların yüksek olanlara, sıvı oranı 50'nin üstü olanların altında olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (p değerleri sırayla= 0,016; <0,001; <0,001). Ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 12. Araştırma Grubunun WHOQOL BREF Fiziksel Sağlık Puan Ortalamalarının Vücut Kompozisyonu Özelliklerine Göre Dağılımı

		Toplam Sütun Yüzdesi n(%)	WHOQOL BREF Fiziksel Sağlık Puanı (ort±SS)	p
Metabolizma Yaşı				
	İyi*	115 (%53,5)	26,8±3,9	0,016
	Kötü*	100 (%46,5)	25,5±4,3	
Yağ Yüzdesi				
	Normal ya da düşük	107 (%49,8)	27,2±3,7	<0,001
	Yüksek	108 (%50,2)	25,2±4,3	
Sıvı Oranı				
	50'nin altı	73 (%34,0)	24,6±4,3	<0,001
	50 ve üstü	142 (%66,0)	27,0±3,8	

*: Araştırmacıların metabolizma yaşı kendi yaşı ile aynı ya da daha düşük olanlar 'iyi', metabolizma yaşı kendi yaşından büyük olanlar ise 'kötü' olarak değerlendirilmiştir.

Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri ile WHOQOL BREF Psikolojik Alan Puanı arasındaki ilişki incelendiğinde, araştırma grubunun yaş, cinsiyet, BKİ, medeni durum, görev, kurum çalışma yılı, toplam çalışma yılı, eğitim ve sigara içme durumu ile psikolojik alan puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p değerleri sırasıyla= 0,433; 0,156; 0,857; 0,069; 0,289; 0,083; 0,534; 0,121; 0,686). Kronik rahatsızlık durumu olmayanların, olanlara göre psikolojik alan puanları istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,047).

Tablo 13. Araştırma Grubunun WHOQOL BREF Psikolojik Alan Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

		Toplam sütun yüzdesi n(%)	WHOQOL BREF Psikolojik Alan Puanı (ort±SS)	p
Yaş				
	40'in altı	116 (%54,0)	22,2±3,7	0,433
	40 ve üstü	99 (%46,0)	22,5±3,3	
Cinsiyet				
	Kadın	144 (%67,0)	22,1±3,5	0,156
	Erkek	71 (%33,0)	22,8±3,7	
BKİ				
	25'in altı	92 (%42,8)	22,4±3,3	0,857
	25 üstü	123 (%57,2)	22,3±4,0	
Medeni Hal				
	Evli	179 (%83,3)	22,1±3,6	0,069
	Bekar	36 (%16,7)	23,3±3,3	
Görev				
	Sağlıkçı	122 (%56,7)	22,1±3,6	0,289
	Diğerleri	93 (%43,3)	22,6±3,4	
Kurum Çalışma Yılı				
	15'in altı	130 (%60,5)	22,0±3,7	0,083
	15 ve üstü	85 (%39,5)	22,8±3,2	
Toplam Çalışma Yılı				
	15'in altı	94 (%43,7)	22,2±3,6	0,534
	15 ve üstü	121 (%56,3)	22,5±3,5	
Eğitim Durumu				
	Lise ve altı	31 (%14,4)	21,4±4,0	0,121
	Üniversite ve üstü	184 (%85,6)	22,5±3,4	
Sigara İçme Durumu				
	Hayır/Bırakmış	153 (%71,2)	22,3±3,4	0,686
	Evet	62 (%28,8)	22,5±3,9	
Kronik Rahatsızlık Durumu				
	Yok	165 (%76,7)	22,6±3,7	0,047
	Var	50 (%23,3)	21,6±2,6	

Araştırma grubunun WHOQOL BREF psikolojik alan puan ortalamalarının vücut kompozisyonu özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde, metabolizma yaşı iyi olanların kötü olanlara göre psikolojik alan puanları daha yüksek bulunmuştur ($p=0,027$). Katılımcıların yağ yüzdesi normal ya da düşük olanların yüksek olanlara göre, sıvı oranı 50'nin üzerinde olanların, altında olanlara göre psikolojik alan puanları anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (p değerleri sırayla; 0,001; 0,045).

Tablo 14. Araştırma Grubunun WHOQOL BREF Psikolojik Alan Puan Ortalamalarının Vücut Kompozisyonu Özelliklerine Göre Dağılımı

	Toplam sütun yüzdesi n(%)	WHOQOL BREF Psikolojik Alan Puanı (ort±SS)	p
Metabolizma Yaşı			
İyi*	115 (%53,5)	22,8±3,4	0,027
Kötü*	100 (%46,5)	21,8±3,6	
Yağ Yüzdesi			
Normal ya da düşük	107 (%49,8)	23,2±3,2	0,001
Yüksek	108 (%50,2)	21,5±3,7	
Sıvı Oranı			
50'nin altı	73 (%34,0)	21,7±3,4	0,045
50 ve üstü	142 (%66,0)	22,7±3,5	

*: Araştırmacıların metabolizma yaşı kendi yaşı ile aynı ya da daha düşük olanlar 'iyi', metabolizma yaşı kendi yaşından büyük olanlar ise 'kötü' olarak değerlendirilmiştir.

WHOQOL BREF Sosyal İlişkiler Puan Ortalamaları ile katılımcıların yaş, cinsiyet, BKİ, medeni hal, görev, kurum çalışma yılı, toplam çalışma yılı, eğitim durumu, sigara içme durumu ve kronik rahatsızlık durumları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (p değerleri sırasıyla= 0,724; 0,094; 0,100; 0,235; 0,098; 0,123; 0,578; 0,540; 0,727; 0,470).

Tablo 15. Araştırma Grubunun WHOQOL BREF Sosyal İlişkiler Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

		WHOQOL BREF		
		Sosyal İlişkiler Puanı		
		Toplam sütun	(ort±SS)	p
		yüzdesi n(%)		
Yaş	40'ın altı	116 (%54,0)	11,1±2,0	0,724
	40 ve üstü	99 (%46,0)	11,2±2,0	
Cinsiyet	Kadın	144 (%67,0)	11,0±2,0	0,094
	Erkek	71 (%33,0)	11,5±2,0	
BKI	25'in altı	92 (%42,8)	10,9,7±2,1	0,100
	25 ve üstü	123 (%57,2)	11,3±2,0	
Medeni Hal	Evli	179 (%83,3)	11,2±2,0	0,235
	Bekar	36 (%16,7)	10,8±1,9	
Görev	Sağlıkçı	122 (%56,7)	10,9±2,0	0,098
	Diğerleri	93 (%43,3)	11,4±1,9	
Kurum Çalışma Yılı	15'in altı	130 (%60,5)	11,0±1,9	0,123
	15 ve üstü	85 (%39,5)	11,4±2,1	
Toplam Çalışma Yılı	15'in altı	94 (%43,7)	11,1±1,9	0,578
	15 ve üstü	121 (%56,3)	11,2±2,1	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	31 (%14,4)	10,1±2,0	0,540
	Üniversite ve üstü	184 (%85,6)	11,2±2,0	
Sigara İçme Durumu	Hayır/Bırakmış	153 (%71,2)	11,2±1,9	0,727
	Evet	62 (%28,8)	11,1±2,2	
Kronik Rahatsızlık Durumu	Yok	165 (%76,7)	11,2 ±2,0	0,470
	Var	50 (%23,3)	11,0±2,0	

Araştırma grubunun WHOQOL BREF Sosyal İlişkiler Puan ortalamaları ile metabolizma yaşı, yağ yüzdesi ve sıvı oranı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (p değerleri sırasıyla= 0,836; 0,338; 0,875).

Tablo 16. Araştırma Grubunun WHOQOL BREF Sosyal İlişkiler Puan Ortalamalarının Vücut Kompozisyonu Özelliklerine Göre Dağılımı

	Toplam sütun yüzdesi n(%)	WHOQOL BREF Sosyal İlişkiler Puanı (ort±SS)	p
Metabolizma Yaşı			
İyi*	115 (%53,5)	11,1±2,1	0,836
Kötü*	100 (%46,5)	11,2±1,9	
Yağ Yüzdesi			
Normal ya da düşük	107 (%49,8)	11,3±1,9	0,338
Yüksek	108 (%50,2)	11,0±2,1	
Sıvı Oranı			
50'nin altı	73 (%34,0)	11,1±2,2	0,875
50 ve üstü	142 (%66,0)	11,2±1,9	

*: Araştırmacıların metabolizma yaşı kendi yaşı ile aynı ya da daha düşük olanlar 'iyi', metabolizma yaşı kendi yaşından büyük olanlar ise 'kötü' olarak değerlendirilmiştir.

Araştırma Grubunun WHOQOL BREF Çevre Alanı Puan Ortalamalarının sosyodemografik özellikleri ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 17. Araştırma Grubunun WHOQOL BREF Çevre Alan Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

		Toplam Sütun Yüzdesi n(%)	WHOQOL BREF Çevre Alan Puanı (ort.±SS)	p
Yaş	40'ın altı	116 (%54,0)	28,8±4,2	0,405
	40 ve üstü	99 (%46,0)	28,2±4,8	
Cinsiyet	Kadın	144 (%67,0)	28,6±4,1	0,605
	Erkek	71 (%33,0)	28,3±5,2	
BKI	25'in altı	92 (%42,8)	28,3±4,3	0,623
	25 ve üstü	123 (%57,2)	28,6±4,7	
Medeni Hal	Evli	179 (%83,3)	28,3±4,6	0,214
	Bekar	36 (%16,7)	29,4±3,7	
Görev	Sağlıkçı	122 (%56,7)	28,8±4,2	0,349
	Diğerleri	93 (%43,3)	28,2±4,9	
Kurum Çalışma Yılı	15'in altı	130 (%60,5)	28,4±4,3	0,653
	15 ve üstü	85 (%39,5)	28,7±4,7	
Toplam Çalışma Yılı	15'in altı	94 (%43,7)	28,7±4,2	0,622
	15 ve üstü	121 (%56,3)	28,4±4,7	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	31 (%14,4)	27,7±4,7	0,264
	Üniversite ve üstü	184 (%85,6)	28,7±4,4	
Sigara İçme Durumu	Hayır/Bırakmış	153 (%71,2)	28,8±4,3	0,183
	Evet	62 (%28,8)	27,9±4,8	
Kronik Rahatsızlık Durumu	Yok	165 (%76,7)	28,6±4,6	0,528
	Var	50 (%23,3)	28,2±4,2	

Araştırma grubunun vücut kompozisyonu ile WHOQOL BREF Çevre Alan Puanları arasındaki ilişki analiz edildiğinde, araştırma grubunun metabolizma yaşı, yağ yüzdesi ve sıvı oranı ile WHOQOL BREF Çevre Alan Puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p değerleri sırasıyla= 0,883; 0,666; 0,831).

Tablo 18. Araştırma Grubunun WHOQOL BREF Çevre Alan Puan Ortalamalarının Vücut Kompozisyonu Özelliklerine Göre Dağılımı

		WHOQOL BREF Çevre Alan Puanı		
		Toplam Sütun Yüzdesi n(%)	(ort.±SS)	p
Metabolizma Yaşı				
	İyi*	115 (%53,5)	28,5±4,5	0,883
	Kötü*	100 (%46,5)	28,6±4,5	
Yağ Yüzdesi				
	Normal ya da düşük	107 (%49,8)	28,6±4,6	0,666
	Yüksek	108 (%50,2)	28,4±4,4	
Sıvı Oranı				
	50'nin altı	73 (%34,0)	28,6±4,5	0,831
	50 ve üstü	142 (%66,0)	28,5±4,5	

*: Araştırmacılardan metabolizma yaşı kendi yaşı ile aynı ya da daha düşük olanlar 'iyi', metabolizma yaşı kendi yaşından büyük olanlar ise 'kötü' olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 19’da bağımlı değişkenleri etkileyen faktörlerin çoklu analizleri irdelenmiştir. Regresyon analizinde ilgili her bir bağımlı değişken için bağımsız değişkenler arası ilişki collinearatiy diagnostic ile ölçülmüştür. Vif değeri 5 üstünde olan değişkenler çıkarılmıştır.

Yeme farkındalığı ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin multiple lineer regresyon çoklu analiziyle incelenmesi sonucu, YFÖ ile yaş, BKİ değeri ve görev arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Yaş arttıkça YFÖ skoru azalmaktadır ($p=0,002$). BKİ değeri arttıkça ise, YFÖ skoru azalmaktadır ($p<0,001$). Katılımcılarda sağlıklı olanlardan diğer meslek grubuna geçişte YFÖ skorunun arttığı bulunmuştur ($p=0,047$).

Toplam çalışma yılı arttıkça, genel sağlık puanı azalmakta ($p=0,015$), kurum çalışma yılı arttıkça, genel sağlık puanını artmaktadır ($p=0,002$). Vücut yağ yüzdesi artarken genel sağlık puanının azaldığı görülmektedir ($p=0,001$). Kronik hastalığı olmayanlardan olanlara doğru genel sağlık puanları düşmekte ($p=0,017$), YFÖ skoru artarken genel sağlık puanı artmaktadır ($p=0,001$).

Fiziksel sağlık puanlarını etkileyen faktörler incelendiğinde, katılımcıların BKİ değeri ve YFÖ skoru arttıkça fiziksel sağlık puanlarının arttığı görülmektedir (p değerleri sırasıyla= 0,016; 0,005). Evli olanlardan bekarlara doğru geçişte de fiziksel sağlık puanı artmaktadır ($p=0,005$). Kronik hastalığı olmayanlardan olanlara doğru fiziksel sağlık puanları istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşmektedir ($p=0,008$). Yağ yüzdesi artarken de fiziksel sağlık puanını düşmektedir ($p=0,002$).

Psikolojik sağlık puanlarını etkileyen faktörlere göre, YFÖ skoru artan katılımcıların psikolojik sağlık puanları da artmaktadır ($p<0,001$). Yağ yüzdesi artan katılımcıların psikolojik puanları düşmektedir ($p=0,023$). Evlilerden bekarlara doğru psikolojik sağlık puanları artmaktadır ($p=0,049$).

BKİ değeri, YFÖ skoru ve kurum çalışma yılı artarken, katılımcıların sosyal sağlık puanları da anlamlı şekilde artmaktadır (p değerleri sırasıyla= 0,003; $<0,001$; 0,033). Katılımcıları yaşı arttıkça sosyal sağlık puanı azalmaktadır ($p=0,038$).

Tablo 19. Yeme Farkındalığı ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Multiple Lineer Regresyon Çoklu Analiziyle İncelenmesi

	Beta	%95 GA	P	R ² - Durbin Watson
YFÖ				
Yaş	0,420	(0,153)-(0,686)	0,002	
BKİ	-0,978	(-1,398)-(-0,558)	<0,001	0,111- 1,929
Görev Sağlıklı(1), Diğerleri(2)	3,991	(0,048)-(7,934)	0,047	
GENEL SAĞLIK				
Yağ Yüzdesi	-0,054	(-0,085)-(-0,024)	0,001	
Kurum Çalışma yılı	0,064	(0,023)-(0,104)	0,002	
Toplam Çalışma yılı	-0,046	(-0,084)-(-0,009)	0,015	0,194- 2,052
Kronik Hastalık Durumu Yok(0), Var(1)	-0,556	(-1,009)-(-0,102)	0,017	
YFÖ Skoru	0,023	(0,010)-(0,036)	0,001	
FİZİKSEL SAĞLIK				
Yağ Yüzdesi	-0,129	(-0,209)-(-0,049)	0,002	
Medeni Durum Evli(1), Bekar(2)	2,015	(0,626)-(3,403)	0,005	0,163-1,925
Kronik Hastalık Durumu Yok(0), Var(1)	-1,743	(-3,019)-(-0,466)	0,008	
BKİ	0,168	(0,032)-(0,304)	0,016	
YFÖ Skoru	0,052	(0,016)-(0,089)	0,005	
PSİKOLOJİK SAĞLIK				
Yağ Yüzdesi	-0,341	(-0,635)-(-0,048)	0,023	
Medeni Durum Evli(1), Bekar(2)	1,198	(0,008)-(2,388)	0,049	0,185- 1,967
YFÖ Skoru	0,079	(0,048)-(0,111)	<0,001	
SOSYAL İLİŞKİLER				
Yaş	-0,056	(-0,109)-(-0,003)	0,038	
Kurum Çalışma Yılı	0,060	(0,005)-(0,115)	0,033	0,090-2,108
BKİ	0,108	(0,037)-(0,180)	0,003	
YFÖ Skoru	0,038	(0,019)-(0,057)	<0,001	

MET kategorisini etkileyen faktörlerin multiple lineer regresyon çoklu analizi ile incelenmesi sonucuna göre, inaktiflikten aktifliğe geçişte sıvı oranı arttığı bulunmuştur.

Tablo 20. MET Kategorisini Etkileyen Faktörlerin Multiple Lineer Regresyon Çoklu Analiziyle İncelenmesi

MET KATEGORİLERİ	Beta	%95 GA	p	R²-Durbin Watson
Sıvı Oranı	0,030	(0,011)-(0,050)	0,002	0,039-1,959

WHOQOL Ölçeği alt boyutlarının gruplar arası ilişkilerinin pearson korelasyon analiziyle incelenmesi sonucu fiziksel sağlık ile genel sağlık arasında pozitif yönlü iyi düzeyde ($r=0,541$) anlamlı bir ilişki vardır. Yani fiziksel sağlığın iyi olması durumu genel sağlığı olumlu olarak etkilemektedir.

Psikolojik alan ile genel ve fiziksel sağlık arasında pozitif yönlü iyi düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,583$; $0,615$). Psikolojik sağlığın iyi olmasıyla genel ve fiziksel sağlık da olumlu olarak artmaktadır. Sosyal ilişkiler ile genel sağlık arasında pozitif yönlü orta düzeyde ($r=0,313$) anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sosyal ilişkiler ile fiziksel sağlık ve psikolojik alan arasında pozitif yönlü iyi düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur (r değeri sırasıyla= $0,470$; $0,518$). Çevre alanı ile genel sağlık arasında pozitif yönlü orta düzeyde ($r=0,366$) anlamlı bir ilişki vardır. Çevre alanı ile fiziksel sağlık, psikolojik alan ve sosyal ilişkiler arasında pozitif yönlü iyi düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (r değeri sırasıyla= $0,476$; $0,539$; $0,510$).

YFÖ skoru ile genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik alan ve sosyal ilişkiler arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (r değeri sırasıyla= $0,287$; $0,211$; $0,389$; $0,243$).

MET kategorileri ile genel, fiziksel, psikolojik, sosyal sağlık, çevre sağlığı ve YFÖ skoru arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

WHOQOL BREF Ölçeği Alt Boyutlarının ve YFÖ Skorunun MET kategorisiyle ilişkisinin pearson korelasyon analiziyle incelenmesi sonucu anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 21. WHOQOL BREF Ölçeği Alt Boyutlarının Gruplar Arası İlişkilerinin Pearson Korelasyon Analiziyle İncelenmesi

	WHOQOL- BREF Genel Sağlık r-p	WHOQOL- BREF Fiziksel Sağlık r-p	WHOQOL- BREF Psikolojik Alan r-p	WHOQOL- BREF Sosyal İlişkiler r-p	WHOQOL- BREF Çevre Alan r-p	YFÖ Skoru r-p	MET Kategorileri r-p
WHOQOL BREF Genel Sağlık	1						
WHOQOL BREF Fiziksel Sağlık	0,541- <0,001	1					
WHOQOL BREF Psikolojik Alan	0,583- <0,001	0,615- <0,001	1				
WHOQOL BREF Sosyal İlişkiler	0,313- <0,001	0,470- <0,001	0,518- <0,001	1			
WHOQOL BREF Çevre Alan	0,366- <0,001	0,476- <0,001	0,539- <0,001	0,510- <0,001	1		
YFÖ Skoru	0,287- <0,001	0,211- 0,002	0,389- <0,001	0,243- <0,001	0,130- 0,057	1	
MET Kategorileri	-0,008- 0,911	0,094- 0,168	0,000- 0,999	-0,065- 0,344	-0,100- 0,144	0,088- 0,199	1

5. TARTIŞMA

Üniversite idari personeline yapılan bu çalışmada, personelin yeme farkındalıkları, fiziksel aktivite seviyeleri, sosyodemografik özellikleri, antropometrik ölçümleri ve bunların yaşam kalitelerine etkisi incelenmiştir.

Çalışmamızın tartışma bölümü 4 başlık altında sunulmuştur:

Sosyodemografik ve Antropometrik Özellikler

Çalışmamızda katılımcıların %67'si kadın olup, %83,3'ü evlidir. Araştırma grubunu çoğunu %54 ile hemşireler oluşturmaktadır.

Analizler yapılırken personel, sağlıklı ve diğerleri olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Sağlıkçı olanlar grubun %56,7'siyle çoğunluğu temsil ettiği için, tartışma bölümünde kaynak olarak, sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmalara ağırlık verilmiştir.

Araştırma grubunun %82,7'si üniversite, %11,2'si lise mezunudur. 5 kişi yüksek lisans, 1 kişi de doktora yapmaktadır. Çalışmaya katılanların %23,3'ünde kronik rahatsızlık vardır. Araştırma grubunun %28,8'inin sigara içtiği görülmektedir. Ankara ilinde HSM ve TSM'de sağlık çalışanları ile yapılmış olan çalışmada sigara içenlerin oranı çalışmamızla aynı olarak % 28,8 bulunmuştur (68). Isparta ilinde yapılmış bir çalışmada, araştırmamıza benzer şekilde katılımcıların %26,7'sinin halen sigara içtiği tespit edilmiştir (69). İnönü Üniversitesi'nde asistan hekimlerle yapılan çalışmada halen sigara içenler çalışmamızdan düşük olarak % 24,8 bulunmuştur (70). Düzce'de üniversite hastanesinde hemşirelerle yapılmış çalışmada sigara içenler % 38,3 oranı ile çalışmamızdan daha yüksektir (71).

Katılımcıların BKİ ortalaması $26,24 \pm 4,61$ 'dir. Düzce'de üniversite hastanesinde asistan hekimlerle yapılan çalışmada BKİ ortalaması $24,6 \pm 4,3$ ile bu çalışmamıza benzer şekilde bulunmuştur (72). İstanbul ilinde bir hastanede sağlık profesyoneli olan ve olmayan 858 kişi ile yapılmış bir çalışmada BKİ ortalaması $24,23 \pm 3,76$ olup araştırmamızla benzer bulunmuştur (73). Çalışmamızda BKİ ortalamasının normalden fazla bulunmasında katılımcıların çoğunluğunu hemşirelerin oluşturması büyük etkilidir. Hemşireler yoğun iş temposuyla beraber, çoğunun evli oluşu da hesaba katılırsa fiziksel aktivite için yeterli zaman bulamamaları söz konusudur. Buna ilaveten hemşire dışındaki idari personelin çoğu masa başı iş yapmaktadır. Mesleklerinin yan etkisi olarak hareketsizliğe bağlı kalori harcayamama, dolayısıyla kilo yönetimi adına bir olumsuzluk olarak gösterilebilir.

Katılımcıların yağ yüzdesi ortalamaları $\%27,70 \pm 8,10$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Zorba'nın Muğla Üniversitesi öğretim üyesi elemanları ve idari personeli üzerine yaptığı bir araştırmada, katılımcıların yağ yüzdesi ortalaması $\%20,72$ (74), Tuncel'in ODTÜ öğretim elemanları idari personeli üzerine yapılan bir diğer çalışmada ise yağ yüzdesi ortalaması $\%24,9$ bulunmuştur (75). Koca'nın ofis çalışanları üzerinde yaptığı bir çalışmada da katılımcıların yağ yüzdesi $\%24,50$ bulunmuştur (76). Görüldüğü üzere çalışmanın yapıldığı guruba göre sonuçlar farklılık göstermektedir. Katılımcıların yağ yüzdesi yüksek olanların oranı $\%50,2$ bulunmuştur. Bu yüzde her ne kadar normal ya da düşük olanların yüzdesine çok yakın da olsa, yağ yüzdesinin yüksekliği BKİ yüksekliğine göre biraz farklı değerlendirilmektedir. Örneğin ağırlığı normalden yüksek olan bir bireyin yağ yüzdesi düşük olabilir ve bu bireyin ağırlığı sağlıklı kabul edilebilir. O nedenle bireylerin vücut kompozisyonlarına göre yorum yapmak en doğrusudur.

Yetişkin bir insanın ağırlığının $\%50-70$ 'i vücut sıvısından oluşmaktadır. Çalışmamızda katılımcıların $\%66$ 'sının sıvı oranı 50'nin üzerinde bulunmuştur. Maksimum değerin 66,8 olduğu düşünülürse, genel olarak katılımcıların sıvı oranının iyi olduğu söylenebilir. Katılımcıların $\%46,5$ 'inin metabolizma yaşı olduğu yaştan fazla bulunmuştur. Metabolizma yaşı, kilo fazlalığı ve yağ yüzdesinin yüksekliğine bağlı olarak yüksek çıkmaktadır. Katılımcıların $\%50,2$ 'sinin yağ yüzdesinin yüksek

çıkacağı düşünülürse, metabolizma yaşı olduğu yaştan fazla bulunanlar da yaklaşık değer olarak bulunmuştur (%46,5).

Yaşam Kalitesi

Araştırmamızda katılımcıların WHOQOL-BREF-TR ölçeğinden aldıkları ortalama puanlara göre en yüksek puanlar çevre alan ve fiziksel sağlık alanında, sonrasında psikolojik alan ve sosyal ilişkiler puanı olarak sıralanmıştır. Çalışma verilerine göre idari personelin yaşam kalitelerinin yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Kıvanç'ın 2016'da sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini araştırdığı çalışmada ise bizim çalışmamızdan farklı olarak bu çalışmanın verilerine göre sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerinin orta düzeyde oldukları görülmektedir. Fiziksel sağlık puan ortalamasının en yüksek ($15,42 \pm 2,64$), çevre alanı puan ortalamasının ise en düşük ($13,84 \pm 2,17$) olduğu saptanmıştır (77). Bu durum da çalışmamıza göre farklılık göstermektedir.

Yıldırım ve Hacıhasanoğlu'nun 2011'de sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi ile ilgili yaptıkları araştırmada WHOQOL-BREF ölçeğine göre en yüksek puan ortalaması sosyal ilişkiler alanında ($14,53 \pm 2,99$), en düşük ortalama ise fiziksel sağlık ($12,59 \pm 1,77$) alanında bulunmuştur (78). Avcı ve Pala'nın araştırmasında WHOQOL-BREF ölçeği fiziksel sağlık puan ortalaması, $15,0 \pm 2,3$; psikolojik alan puan ortalaması, $14,5 \pm 2,3$; sosyal ilişkiler puan ortalaması, $14,0 \pm 2,8$; çevre alanı puan ortalaması, $12,9 \pm 2,1$ olarak tespit edilmiştir. Fiziksel sağlık puan ortalaması en yüksek, çevre alan puan ortalaması en düşük olarak bulunmuştur (40). Kavlu ve Pınar'ın araştırmasına göre ise psikolojik alan puanı ($13,87 \pm 2,30$) en yüksekken, çevre alan puanı ($11,66 \pm 2,29$) düşük bulunmuştur (79). Çalışmamız, fiziksel sağlık ortalamasının yüksekliği ile diğer çalışmalarla benzerlik gösterirken, çevre alan puanı açısından diğerlerinden ayrılmaktadır.

Çalışmanın yapıldığı il olan Isparta, TÜİK'in 2016'da 'İllerde Yaşam Endeksi' verilerine göre 1. sırada yer almıştır. Endeks; konut, çalışma hayatı, gelir ve

servet, sağlık, eğitim, evre, güvenlik, sivil katılım, altyapı hizmetlerine erişim, sosyal yaşam ve yaşam memnuniyeti olmak üzere yaşamın 11 boyutunu kapsamakta ve 41 gösterge ile temsil edilen bu boyutlar tek bir bileşik endeks yapısı içinde sunulmuştur (80). Dolayısıyla alışmamızda evre alan puanının yüksek çıkması bu durum ile açıklanabilir.

Çalışmamızda erkeklerin fiziksel sağlık puanı kadınlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çalışmamızla benzer şekilde Brezilya’da tıp öğrencileriyle yapılmış çalışmada erkek öğrencilerin fiziksel sağlık, farklı olarak psikolojik alan ve sosyal ilişkiler puanları kızlara göre daha yüksek bulunmuştur (81). Yine çalışmamıza paralel şekilde Erzurum’da yapılan çalışmada erkek hekimlerin fiziksel sağlık, farklı olarak psikolojik alan puanlarının kadın hekimlerden anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur (82).

Çalışmamızdan farklı olarak bir niversite hastanesinde yoğun bakım hemşireleriyle yapılan çalışmada ise erkeklerin sosyal ilişkiler, psikolojik alan ve evre alan puanları kadın hemşirelere göre daha düşük (83), Düzce’de daha önce de bahsedilen asistan hekimlerle yapılmış çalışmada cinsiyete göre alan puanları arasında anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (72). Çalışma sonuçları farklılıklar göstermektedir.

Çalışmamızdaki sonuçlar doğrultusunda, erkeklerin kadınlara göre fiziksel sağlığı daha yüksek bulunmuştur. Bu durum erkeklerin kadınlara göre kas oranının yüksek oluşu, bayanlara göre ev işlerinden dolayı yıpranma paylarının daha düşük oluşu, hastanede bayanlara göre daha rahat ve risksiz işler yapması gibi nedenlerle açıklanabilir. Yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuçların bulunması kadınların stresle baş etmesinin daha zor olması, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı nedeniyle kadınların hem iş hem de ev nedeniyle erkeklere göre daha fazla sorumlulukla karşı karşıya kalmasından kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların WHOQOL-BREF-TR leğinden aldıkları puanlar yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Çalışmamıza benzer şekilde yurtdışında anestezi doktorlarıyla ve Düzce’de asistan doktorlarla yapılan çalışmada yaşa göre ölçek puanları arasında

anlamli farklilik olmadigi bulunmuştur (84,72). Erzurum genelinde hekimlerle yapilmis bir calismada ise, 40 yas ve uzeri grubun fiziksel saglik, cevre alanı ve psikolojik alanda 40 yas altında yer alan yas gruplarına göre daha yuksek puanlar aldıkları bulunmuştur (82). Edirne’de hemşirelerle yapilmis başka bir calismada da yas ortalaması azaldıkça fiziksel saglik ve psikolojik alanın daha iyi olarak değerlendirildiğine rastlanmiştir (43). Calismamızda da, yas arttikça sosyal alan puanının düştüğü bulunmuştur. Konuyla ilgili yapilmis calismaların sonuçları seçilen örnekleme ve bölgelere göre farklilik gösterebilmektedir.

BKİ değeri 25’in altında olanlarla, 25 ve üstü olanlar arasında fiziksel saglik, psikolojik alan, sosyal ilişkiler ve cevre alan puanları açısından anlamli bir farkta rastlanmamıştır. Ancak regresyon analizi sonucu BKİ değerleri arttikça fiziksel saglik ve sosyal ilişkiler puanlarının arttığı bulunmuştur.

Kayseri’de aile saglığı merkezine başvuran hasta ve hasta yakınlarıyla yapılan bir calismada obez olmayan bireylerde fiziksel saglik ve cevre alan puanı obez olmayan bireylere göre anlamli şekilde yuksek bulunmuştur (85). Ankara’da üniversite öğrencileri ile yapilmis calismada kilolu öğrencilerin psikolojik alan puanları daha düşük bulunmuştur (86). Manisa’da bir aile saglığı merkezine kayıtlı kişilerle yapilmis calismada obez kadınlarda yaşam kalitesi fiziksel saglik ve psikolojik alan puanları daha düşük bulunmuştur (87).

Çeşitli calismalar incelendiğinde farklı alanları etkilemiş olmakla birlikte, kilo artışının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Kilo artışına bağlı olarak puanların düşüşü, kilo artışıyla beraber saglik sorunlarının çıkması, sosyallikten uzaklaşma, beden imajının beğenilmemesi olarak açıklanabilir.

Ayrıca calismamızda BKİ değeri kategorize edilirken 25’in altı ve 25’in üstü olarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların %82,3’ünün BKİ değeri 30’un altındadır. Dolayısıyla calisma sonuçları değerlendirilirken ‘BKİ değerinin artışı’ ifadesi genel olarak obezite grubunu kapsamamaktadır.

Calismamızda katılımcılardan bekar olanların fiziksel saglik puanları, evlilere göre daha yuksek bulunmuştur. Ayrıca evlilikten bekarlığa geçişte fiziksel saglik ve

psikolojik alan puanları da artmaktadır. Yapılan çalışmalarda, gruplara göre farklılıkların olmasıyla beraber, genel olarak bekar katılımcıların yaşam kalitesinin daha yüksek bulunduğu söylenebilir. Evli olanların bekarlara oranla daha fazla sorumluluk yüklenmeleri, bekarların özel yaşam için daha fazla zaman ayırabilmeleri bu durumu açıklayabilir.

Çalışmamızda, katılımcılardan sağlıklı olanların, diğerlerine göre fiziksel sağlık puanı anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Bu durum sağlıklı olanların, mesleki zorunluluktan dolayı iş temposunun daha fazla oluşu, hastalarla çok daha fazla temas halinde olmaları şeklinde açıklanabilir.

Kurumda çalışma ve toplam çalışma yılını yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde alt ölçeklerin hiçbirinde anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Ancak toplam çalışma yılı artarken genel sağlık puanı azalmakta, kurum çalışma yılı artarken genel sağlık puanının arttığı bulunmuştur. Çalışma yılı arttıkça, yaş ilerlemekte, dolayısıyla genel sağlık durumunda olumsuz yönde değişiklikler yaşanabilmektedir. Kurumda çalışma yılıyla genel sağlık puanının artışı, kurumun bir sağlık kuruluşu olması nedeniyle, sağlığı tehdit eden bir durumla karşılaşıldığında hızlı çözüm bulunabildiğiyle ve çalışanların kurumdan memnuniyetiyle açıklanabilir. Ayrıca kurum çalışma yılı arttıkça sosyal ilişkiler puanı da artmaktadır. Bu kurum hastane ortamının dinamik interaktif bir alan oluşuyla açıklanabilir.

Literatürde eğitim seviyesinin WHOQOL-BREF ölçeğinden alınan puanlara etkisine bakılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Çalışmamızda eğitim seviyesinin yaşam kalitesine bir etkisi olmadığı bulunmuştur. Benzer şekilde Perim'in sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi ile ilgili yaptığı araştırmada eğitim seviyesinin yaşam kalitesini etkilemediği sonucuna varılmıştır (43). Çalışmamızdan farklı olarak Yıldırım ve Hacıhasanoğlu'nun yaşam kalitesi ile ilgili yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe sosyal ilişkiler puan ortalaması azalmakta, psikolojik alan ve çevre alanı puan ortalaması artmaktadır (78). Musaoğlu'nun yaptığı araştırmaya göre genel yaşam kalitesi eğitim düzeyi doktora olanların daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu çalışmalar bizim çalışmamızdan farklı olarak eğitim durumunun yaşam kalitesini etkilediğini göstermektedir (88). Çalışmamızın sonucu %82,7 gibi yüksek oranını üniversite mezunlarının oluşturduğu, homojen bir dağılım olmadığı için farklılık bulunamadığı söylenebilir.

Yapılan çalışmada sigara içme durumunun yaşam kalitesini etkilemediği bulunmuştur.

Katılımcılarda, kronik rahatsızlığı olanların, genel, fiziksel sağlık ve psikolojik alan puanları olmayanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Ayrıca kronik rahatsızlığı olmayanlardan olanlara geçişte genel ve fiziksel sağlık puanları azalmaktadır. Kronik hastalıkların kişilerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemesi kişilerde ve ailelerinde maddi, manevi kayıplara neden olması nedeniyle beklenen bir sonuçtur.

Bu sonuç araştırmanın yapıldığı hastane çalışanlarının sağlık durumlarına önem verdiklerini ve kendilerini olası uzun süreli rahatsızlıklardan korumaya özen gösterdiklerini düşündürmektedir.

Metabolik yaşı iyi, yağ yüzdesinin normal, sıvı oranının normal olan katılımcıların genel, fiziksel sağlık ve psikolojik alan puanları daha yüksek bulunmuştur. Kişilerin metabolizma yaş, yağ yüzdesi ve sıvı oranlarının iyi oluşu, kilo ve yağ yüzdesi olarak sağlıklı olduklarını göstermektedir. Dolayısıyla fiziksel ve psikolojik iyi olma hali yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir. Benzer şekilde yağ yüzdesinin arttıkça genel sağlık, fiziksel sağlık ve psikolojik alan puanları azalmaktadır.

Fiziksel Aktivite

Çalışmamızın sonuçlarına göre, erkek katılımcıların %42,3'ü aktif, kadın katılımcıların ise %48,6'sı inaktif bulunmuştur. Ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır. Yıldırım ve arkadaşlarının 2019'da sağlık çalışanlarında fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi ilişkisini incelediği çalışması da, kadınların inaktiflik oranını daha yüksek bulmuştur (89). Şanlı 2008'de öğretmenler üzerinde yaptığı çalışmada (90), Vural'ın masa başı çalışanlarda yaptığı çalışmada (91), yine Özüdoğru'nun Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi personeline yaptığı çalışma da (92) çalışmamızla aynı sonuçlara ulaşmıştır. Çalışmamızın çoğunluğunu hemşirelerin olduğunu göz önüne

alırsak, yoğun mesai veya nöbetler sonucu aktiviteye yeterli zaman ayrılamaması, erkeklerin bireysel egzersiz ya da grup sporları için daha istekli oldukları, son yıllarda artan spor yapma trendine uyma isteği de de sayılabilir.

Çalışmamızda katılımcılardan MET kategorileri ile yaş ve BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Kürklü (2014)'nün yaptığı çalışmada da anlamlı bir farka rastlanmamıştır (54). Yine Brezilya'da Hallal ve arkadaşları'nın da IPAQ kullanarak yaptıkları çalışmalarında fiziksel inaktivite ile beden kitle indeksi arasında anlamlı fark bulamamış olmaları bulgumuzu destekler niteliktedir (93). Parmaksızın çalışmasında obezlerin fiziksel aktivite seviyelerinin normal bireylere göre düşük olduğu görülmektedir (63). Deniz'in 'Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Sosyoekonomik Durum Arasındaki İlişkinin Araştırılması' adlı çalışmasında da BKİ ile fiziksel aktivite arasında ters yönde ilişki tespit edilmiştir (94). FA gruplarının karşılaştırılmasında, her ne kadar evlilerin %44,7'sinin inaktif, bekarların ise %41,7'sinin aktif olduğu bulursa da, medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bekar olanların aktiflik oranının yüksek çıkması, bekarların evlilere göre daha çok serbest zamanlarının olabileceği, bekarların çoğunun evlilerden daha genç olmaları sayılabilir.

Yine Deniz'in çalışmasında bekar bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (94). Özüdoğru nun üniversite personeli üzerinde yapmış olduğu çalışmasında (92) ise evli olanların bekar olanlara göre fiziksel aktivite düzeylerinin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Sonuçların farklı olması çalışma örnekleminin farklı gruplar içeriyor olmasından kaynaklandığı için olabilir.

Fiziksel aktivite gruplarının karşılaştırılmasında eğitim durumları ve meslek grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Eğitim durumlarına göre lise ve altı olan katılımcıların %54,8'i inaktif, %12,9'u orta aktif, %32,3'ü ise aktif olarak bulunmuştur. Üniversite ve üstü olan katılımcıların ise %40,8'i inaktif, %26,1'i orta aktif, %33,2'sinin ise aktif oldukları bulunmuştur. Her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasa da her iki grubunda çoğu inaktif olarak tespit edilmiştir. Bu durum, katılımcıların çalışma ortamlarının hastane oluşu, yoğun iş temposundan kaynaklanan aktiviteye zaman ayıramama şeklinde

açıklanabilir. Yine üniversite personeli üzerinde çalışma yapan Özüdoğru'nun personelin statüleri ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı fark tespit etmemiş olması sonucumuz ile paralellik göstermektedir (92).

Katılımcıların yaş, kurum ve toplam çalışma yılı, sigara içme durumu, kronik rahatsızlık durumu, metabolik yaş ve vücut yağ yüzdeleri ile MET kategorisi arasında istatistiksel anlamda bir ilişki bulunmamıştır. Yalnızca vücut sıvı oranı 50'den düşük olan katılımcılar, 50 ve üstü olan katılımcılara göre inaktif bulunmuştur. Bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır. Ayrıca çalışmamıza göre inaktiflikten aktifliğe doğru geçişte sıvı oranı artmaktadır.

Kılınç ve arkadaşları tarafından 150 kadın üniversite öğrencisine uygulanan çalışmada yüksek ve orta düzeyde yapılan fiziksel aktivitenin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini artırmada etkili olabileceği kanısına varılmıştır. Vatansever ve arkadaşları tarafından 302 orta yaşlı kişiye yaptıkları bir araştırmada erkeklerin genel sağlık algısının fiziksel aktivite düzeyi ile anlamlı olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır. Su ve arkadaşları tarafından 680 katılımcıya uygulanan çalışmada önerilen FA düzeyinin, yaşam kalitesinin fiziksel ve zihinsel yönleriyle pozitif ilişkide olduğu gösterilmiş olup haftalık önerilen FA seviyelerini karşılayan aktif FA yapan grup fiziksel fonksiyon dışında yaşam kalitesinin diğer tüm alt ölçeklerinden daha yüksek düzeyde puan almıştır (90). Bu çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda MET kategorisiyle yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Yalnızca bireylerin aktiflik oranı arttıkça çevresel alan puanlarının düştüğü gözlenmiştir.

Çalışmamızda literatürün aksine MET kategorisiyle yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamıza benzer şekilde Vural'ın masa başı çalışanlarında yaptığı çalışmada da katılımcıların FA durumları ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (91). Blacklock ve arkadaşları Kolombiya'da yetişkinler üzerinde yaptıkları bir araştırmada bireylerin fiziksel aktiviteleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelemişler ve sadece yürüyüş fiziksel aktivitesi ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki bulmuşlardır (95).

Yeme Farkındalığı

Yeme farkındalığının daha sağlıklı yemek yeme üzerinde nedensel bir etkisi olduğu, daha az enerji alımı ile yeterli ve dengeli beslenmeyi teşvik ettiği ve sağlıklı vücut ağırlığı kaybına yardımcı olduğu bildirilmektedir. Jordan ve arkadaşları tarafından yapılan bir müdahale çalışmasında müdahale grubuna, 15 dakika boyunca müzik dinlettirilmiş bireylerin rahatlaması sağlanmıştır. Bu sırada doğru nefes alma, vücut taraması yapılmış ve beden farkındalığı oluşturulma hedeflenmiştir. Kontrol grubuna ise sadece müzik dinlettirilmiştir. Bu müdahalelerden sonra katılımcılardan bir masa etrafında oturup 3 dolu kase içerisindeki kraker, çiğ badem ve renkli boncuk çikolatayı tatmaları, istedikleri kadar yemeleri ve ne kadar lezzetli olduklarını derecelendirmeleri istenmiştir. Çalışma sonucunda müdahale grubunun kontrol grubuna göre % 24 daha az enerji aldığı bulunmuş, yeme farkındalığı ile besin tüketimi arasında nedensel bir bağlantı olduğu ifade edilmiştir. Yeme farkındalığına dayalı müdahaleler ve diğer geleneksel vücut ağırlığı azaltma stratejileri, sağlıklı yaşam için, dolayısıyla yaşam kalitesi için büyük öneme sahiptir (10).

Yeme farkındalığı ile BKİ arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar oldukça sınırlıdır. Çalışmamızda BKİ ile YFÖ arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. BKİ değeri 25'in altı olanlarda, yüksek olanlara oranla YFÖ skoru daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca yağ yüzdesi normal ya da düşük olan katılımcıların, yüksek olanlara göre YFÖ skoru daha yüksek bulunmuştur ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır.

Anderson ve arkadaşlarının 18-24 yaş arasında olan 125 erkek ve kadın ile yaptığı çalışma incelendiğinde, yeme farkındalığı ve BKİ arasında cinsiyete göre anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Kearney ve arkadaşları tarafından, 48 erkek katılımcıyla, 4 ay süresince uygulanmış müdahale çalışmasında da, ilk 8 hafta boyunca haftada bir kez 2,5 saatlik seanslar ve 6. ve 7. haftaların cumartesi günleri 7 saat süresince katılımcılarla bir araya gelinerek seanslar sürdürülmüştür. Seanslar sırasında, katılımcılara farkındalık meditasyonu pratiği konusunda eğitim verilmiş ve katılımcılar soru sorma fırsatı bulmuşlardır. Bu müdahalede öğretilen teknikler vücut

taraması, oturma meditasyonu, yoga, yürüyüş meditasyonu ve sevgi dolu şefkat meditasyonlarını içermektedir. Müdahale öncesi, sonrası ve dört ay sonrasında elde edilen veriler yeme farkındalığı ölçeği ile değerlendirildiğinde yeme farkındalığının anlamlı düzeyde arttığı ancak katılımcıların BKİ değerlerinin arttığı gözlemlenmiştir.

Yaptığımız çalışma sonucu, yeme farkındalığı ile BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. BKİ değeri artarken YFÖ skorunun da düştüğü bulunmuştur. Literatür tarandığında BKİ arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü göz önüne alınırsa, yeme farkındalığının artışının yaşam kalitesini de artırdığı sekonder ilişki olarak söylenebilir.

Çalışmamız sonucunda, yaş arttıkça YFÖ skorunun da arttığı bulunmuştur. Sağlıkçı olanlardan diğer personele geçişte de YFÖ skorunun arttığı bulunmuştur. Ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır. Ayrıca YFÖ skoru artarken genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik alan ve sosyal ilişkiler puanları da anlamlı şekilde artmaktadır. Dolayısıyla YFÖ yaşam kalitesini artıran bir faktördür. Beslenme tüm canlılar için çok önemlidir. Dolayısıyla beslenme konusunda farkındalık oluşumu yaşam kalitesini artıracaktır. Yeme farkındalığı ve yaşam kalitesi adına yapılmış bir çalışma olmadığı için, çalışmamız öncü niteliğindedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bir üniversite hastanesi idari personelinin yeme farkındalığı ve fiziksel aktivitelerinin yaşam kalitesine etkisini araştırmak adına yapılan çalışmamızın sonuçları kısaca özetlemek gerekirse;

-Erkekler kadınlara göre daha aktif,

-Sıvı oranı 50 ve üstünde olanlar, 50'nin altında olanlara göre daha aktif,

-BKİ değeri 25'in altında olanların YFÖ skoru 25 ve üstünde olanlara göre daha yüksek,

-Yağ yüzdesi normal ya da düşük olanların yüksek olanlara göre YFÖ skoru daha yüksek bulunmuştur.

Yaşam kalitesini ölçeğine göre fiziksel sağlık puanları;

-Erkeklerin kadınlara göre,

-Bekarların evlilere göre,

-Sağlıklı olmayanların sağlıklı olanlara göre,

-Kronik rahatsızlığı olmayanların olanlara göre,

-Metabolizma yaşı iyi olanların kötü olanlara göre,

-Yağ yüzdesi normal ya da düşük olanların yüksek olanlara göre,

-Sıvı oranı 50 ve üstünde olanların 50'nin altında olanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Yaşam kalitesi ölçeğine göre psikolojik alan puanları;

-Kronik rahatsızlığı olmayanların olanlara göre,

-Metabolizma yaşı iyi olanların kötü olanlara göre,

-Yağ yüzdesi normal ya da düşük olanların yüksek olanlara göre,

-Sıvı oranı 50 ve üstünde olanların 50'nin altında olanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Yaşam kalitesi ölçeğine göre sosyal ilişkiler ve çevre alan puanları açısından gruplar arası anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

-Hemşirelerde fiziksel olarak inaktif çalışanların olması her zaman bilginin eyleme dönüşmediğinin bir göstergesi olarak yorumlanmakta ve fiziksel aktiviteye yönelik eylem için farklı politikaların uygulanması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

-Fiziksel olarak inaktif olan idari personel için profesyonel yardım programları geliştirilmeli ve bu konuda kendini geliştirmek isteyen personele yeterli destek sağlanmalıdır.

-Bireylerin yaşam kalitesi konusunda bilinçli olmaları için destek gruplarında farkındalık eğitimleri verilmelidir. Farkındalık eğitimleri sağlığın bir imaj değil, bir ihtiyaç olduğu bilinci ve değerinin benimsenmesine ön ayak olabilir.

-Sağlıklı olan idari personelin fiziksel sağlık puanının daha düşük çıkması sağlıklıların yoğun iş tempolarından dolayı kendilerine zaman ayıramama olarak düşünülmektedir. Hastanede personel sayısının artırılması hem hizmet kalitesi, hem de yoğunluğun azalması adına, dolayısıyla personelin kendine zaman ayırması için çözümler olacaktır.

-Bekarlıktan evliliğe geçişte fiziksel puanların düşmesi adına, hastaneye aile dayanışması adına uzmanlar davet edilip, personel bilgilendirilmelidir.

-Çalışmamızda vücut kompozisyonunun yaşam kalitesini doğrudan etkilediği görülmektedir. O nedenle belirli aralıklarla hastane ortak kullanım alanlarına fiziksel sağlık adına bilgilendirici afişler asılmalıdır.

-İnsan odaklı çalışan sağlık personelinin sahip olduğu kişilik özellikleri ve davranışları hastayı direkt etkileyen etmenler arasındadır. Çalışanların yaşamlarının kaliteli olması, onların memnuniyet ve motivasyonunun artmasını ve bunun sonucunda da daha kaliteli hizmet sunmalarını sağlamaktadır.

-Yoğun dikkat, bilgi ve beceri gerektiren işlerde normal mesai saatleri dışında da çalışan ve yaşamsal sorumluluğa sahip olan idari personel yoğun strese maruz kalan kişilerdir. Bu nedenle yalnız bireysel olarak değil kurumsal ve sağlık politikaları ile ilgili olarak idari personelin yaşam kalitelerini etkileyen durumların tespit edilmesi ve tespit edilen durumların iyileştirilmesi gerekmektedir.

-İş yerlerinde sahip olunan aktivite, spor salonlarına erişilebilirlik ve günün belirli bir anında yarım saat gibi bir mola ihtiyacının sporla veya hareketle geçirilmesine yönelik çalışma çizelgesi bir değer ve norm haline gelebilir.

-Yeme farkındalığını zinde tutmak adına çeşitli anket ya da çalışmalar kurum diyetisyenleri aracılığıyla belirli aralıklarda çalışanlara uygulanabilir.

-Bu tür araştırmaların bir kez yapılmakla kalmayıp, belirli aralıklarla idari personelin fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kalitelerine yönelik çalışmalar yapılmalı, personelin fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi algıları takip edilerek gerekirse iyileştirici tedbirler alınmalıdır.



7. ÖZET

Isparta İli Bir Üniversite Hastanesi İdari Personeli Yeme Farkındalığı ve Fiziksel Aktivitelerinin Yaşam Kalitesine Etkisi

Bu araştırma Isparta ili bir üniversite hastanesi idari personelinin yeme farkındalığı ve fiziksel aktivitelerinin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi idari personeli oluşturmaktadır.

Veri toplama aracı olarak, kişisel bilgi formu, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve BİA ölçümü sonuçları kullanılmıştır.

Vücut kompozisyonunun iyi oluşunun yaşam kalitesini artırdığı bulunmuştur.

Çalışmada, yeme farkındalığının yaşam kalitesini artırdığı bulunmuştur. Çalışma grubunda fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır.

Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin çalışmaya katılan idari personelinin yeme farkındalığını artırmak ve vücut kompozisyonunu iyi olması adına müdahalelerin yapılması önerilmektedir. Dolayısıyla yaşam kalitesi de artacaktır.

Anahtar Kelimeler: İdari personel, yaşam kalitesi, fiziksel aktivite, yeme farkındalığı

ABSTRACT

The Effect of Mindfulness Eating and Physical Activities on the Quality of Life of Administrative Staff of a University Hospital in Isparta

This study was conducted to evaluate the effect of mindfulness eating and physical activities of the administrative staff of a university hospital in Isparta province on quality of life.

The population of the research consists of administrative staff of Isparta Süleyman Demirel University Research and Application Hospital.

Personal data form, International Physical Activity Questionnaire, World Health Organization Quality of Life Scale and BIA measurement results were used as data collection tools.

We found that good body composition improves quality of life.

In the study, it was found that mindfulness eating had an effect on increasing quality of life. There was no significant relationship between physical activity and quality of life in the study group.

It is recommended to intervene in order to increase mindfulness eating and have a good body composition of the administrative staff of Suleyman Demirel University Research and Application Hospital. Therefore, the quality of life will increase.

Keywords: Administrative staff, quality of life, physical activity, mindfulness eating.

8. KAYNAKLAR

1. Arslan C, Koz M, Gür E, Mendeş B. Üniversite Öğretim Üyelerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri ve Sağlık Sorunları Arasındaki İlişkinin Araştırılması. F.Ü. Sağlık Bil. Dergisi. 2003; 17(4): 249–258.
2. Karakurt Tosun E. Yaşam Kalitesi Ekseninde Şekillenen Alternatif Bir Kentsel Yaşam Modeli: Yavaş Kentleşme Hareketi. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2013; 1: 215-237
3. Köse G, Tayfur M, Birincioglu İ, Dönmez A. Yeme Farkındalığı Ölçeği'ni Türkçeye Uyarlama Çalışması. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2016; 3: 125-134.
4. Baltacı G. Obezite ve Egzersiz. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Yayın No:730. Ankara, 2008.
5. ACSM. (2009). ACSM's Guidelines For Exercise Testing and Prescription. Edited By Franklin BA, Whaley MH, and Howley ET. 8th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.p.:232-237
6. Haskell W.L.. Physical Activity, Sport, and Health: Toward the next century. Research Quarterly For Exercise and Sport. 1996; 67(3): 37-47
7. Ball K, Owen N, Salmon J, Bauman A, Gore C.J.. Association of physical activity with body weight and fat in men and women. International Journal of Obesity. 2001; 25(6): 914-919
8. Patton Gorman E.M.. Sedentary time in the workplace: A natural experiment of the transition to an activity - permissive workplace physical environment. Bachelor of Human Kinetics, The University of British Columbia, Master Thesis, 2012.
9. Yılmaz E. Sağlık Çalışanlarının Beslenme ve Sağlık Durumunun Tespiti: Ankara İli Örneği. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nevin Şanlıer), 2018.

10. Özkan N, Bilici S. Yeme Davranışında Yeni Yaklaşımlar: Sezgisel Yeme ve Yeme Farkındalığı. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 3(2): 16-24
11. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, Segal ZV, Abbey S, Speca M, Velting D, Devins G. Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology Science Practice*. 2004; 11(3): 230–241.
12. Mantzios M, Giannou K. Group vs. single mindfulness meditation: exploring avoidance, impulsivity, and weight management in two separate mindfulness meditation settings. *Applied Psychology Health and Well-being*. 2014; 6(2): 173-191.
13. Timmerman GM, Brown A. The effect of a mindful restaurant eating intervention on weight management in women. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2012; 44(1): 22-28.
14. Bays JC. *Mindful Eating: a guide to rediscovering a healthy and joyful relationship with food*. First edition. Shambhala Publications Vol.1. 2009; 249-251.
15. Baer RA, Fischer S, Huss DB. Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 20015; 23(4): 281–300.
16. Kontinen H, Haukkala A, Sarlio-Lahteenkorva S, Silventoinen K, Jousilahti P. Eating styles, self-control and obesity indicators. The moderating role of obesity status and dieting history on restrained eating. *Appetite*. 2009; 53(1): 131-134.
17. Beshara M, Hutchinson AD, Wilson C. Does mindfulness matter? Everyday mindfulness, mindful eating and self-reported serving size of energy dense foods among a sample of South Australian adults. *Appetite*. 2013; 67: 25-29.
18. Bays JC. *The Principles of Mindful Eating*. Erişim: (<http://thecenterformindfuleating.org>). Erişim Tarihi: 02/03/2019
19. Mantzios M, Wilson JC. Mindfulness, eating behaviours, and obesity: a review and reflection on current findings. *Current Obesity Reports* 2015; 4(1): 141-146.

20. Kristeller JL, Wolever RQ. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eating Disorders* 2011; 19(1): 49-61.
21. Alberts HJ, Thewissen R, Raes L. Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite* 2012; 58(3): 847-851.
22. Mantzios M, Wilson JC. Making concrete construals mindful: a novel approach for developing mindfulness and self-compassion to assist weight loss. *Psychology and Health* 2014; 29(4): 422-441.
23. American College of Sports Medicine, ACSM's resource manual for guidelines for exercise testing and prescription, Williams and Wilkins, Philadelphia, 2001.
24. Pate, R.R., Pratt, M., Blair, S.N., Haskell, W.L., Macera, C.A., Bouchard, C., Buchner, D., Ettinger, W., Heath, G.W., King, A.C., Kriska, A., Leon, A.S., Marcus, B.H., Morris, J., Paffenbarger, R.S., Patrick, K., Pollock, M.L., Rippe, J.M., Sallis, J., Wilmore, J.H., Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and American College of Sports Medicine, *Jama*. 1995; 273, 402-407.
25. Baranowski, T., Bouchard, C., Bar-Or, O., Bricker, T., Heath, G., Kimm, S.Y.S., Malina, R., Obarzanek, E., Pate, R., Strong, W.B., Truman, B., Washington, R., Assessment, prevalence, and cardiovascular benefits of physical activity and fitness in youth, *Med. Sci. Sport. Exerc.*, 24, S237-246, 1992.
26. Vanhees, L., Lefevre, J., Philippaerts, R., Martens, M., Huygens, W., Troosters, T., Beunen, G., How to assess physical activity? How to assess physical fitness?, *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.*, 2005; 12: 102-114.
27. McArdle, W.D., Katch, F.I., Katch, V.L., *Exercise Physiology: energy, nutrition and human performance*, 5. Bask₁, Williams and Wilkins, Philadelphia, 2001.
28. Physical Activity and Health, Centers for Disease Control and Prevention (online) <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/sgr.htm>, [10.03.2005].

29. Rivera, J.A. (2009). National Health Institute Mexico World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity and the prevention cancer: a Global Perspective; Physical Activity Goals and Recommendations. Instituto Nacional de Salud Pública.
30. Akyol, A., Bilgiç, P., Ersoy, G. (2008). Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Yayın no:729
31. Özer, K. Antropometri, Sporda Morfolojik Planlama. İstanbul. s:78,1993
32. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response. WHO Europe. Denmark, 2007.
33. Kirtland K.A, Porter, D.E, Addy C.L, Neet M.J, Williams, J.E, Sharpe P.A, Neff L.J, Kimsey D, Ainsworth B.E. Enviromental measures of physical activity supports, Am. J. Prev. Med., 2003; 24: 323-331
34. Trost, S.G, Owen, N, Bauman, A.E, Sallis, J.F, Brown, W. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. Med. Sci. Sport. Exerc. 2002; 34(12):1996-2001
35. Nahas, M.V., Goldfine, B., Collins, M.A.. Determinants of physical activity in adolescents and young adults: the basis for high school and college physical education to promote active lifestyles. Physical Educator. 2003; 60(1):42-56
36. Edisan Z, Kadioğlu F. (2013). Yaşam Kalitesi Kavramının Antik Çağlardaki Öncüleri. Lokman Hekim Dergisi. 2013; 3:1-4.
37. Bozkurt N. Kaliteli Yaşamın Felsefesi. İstanbul Ticaret Üniversitesi Dergisi. 2003; 2(3): 18-19.
38. Müezzinoğlu T. Yaşam Kalitesi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi. Üroonkoloji Derneği 2004 Güz Dönemi Konuşması, 2005.
39. Tanrıöver Ö, Akan H. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesinin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014; 5(3):6-8.

40. Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004; 30(2):81-85.
41. Gazezoğlu OU. Hemodiyaliz Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi (Muğla İli Örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mehmet Fikret Gezgin), 2015.
42. Öztürk Ö. Yaygın Gelişimsel Bozukluk Tanılı Çocuklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Kontrol Gruplarıyla Karşılaştırılarak Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Programı, İzmir, (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Serpil Erermiş), 2010.
43. Perim A. Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, Edirne, (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak), 2007.
44. Süngü A. İbn Haldun'un Eğitim Felsefesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, Isparta, (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Keman Sözen), 2009.
45. Bilir N, Özcebe H, Vaizoğlu S, Aslan D, Subaşı N, Telatar T. Van ilinde 15 yaş üzeri erkeklerde SF-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2005; (25): 663-668.
46. <https://www.dicle.edu.tr/Contents/8c442d91-9150-4cd9-b498-763f579372f4.pdf> Erişim Tarihi: 30 Mart 2019.
47. Grabe H, Meyer C, Hapke U, Rumpf H, Freyberger H, Dilling H, et al. Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2000; 250 (5): 262-268.
48. Çelik H.S. Hemodiyaliz Hastalarında Uyku Kalitesinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, İstanbul, (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Necmiye Sabuncu), 2011.

49. Güney Z. Sağlık Yöneticilerinin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Atılım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, Ankara, (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Dilaver Tengilimoğlu), 2014.
50. Tekkanat, Ç. (2008). Öğretmenlik Bölümünde Okuyan Öğrencilerde Yaşam Kalitesi ve Fiziksel Aktivite Düzeyleri, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sporda Psiko-Sosyal Alanlar Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Özgür Mülazımoğlu Ballı), 2008.
51. Top M, Özden S, Sevim M. Psikiyatride Yaşam Kalitesi. Düşünen Adam 2003; 16 (1): 18-23.
52. Erkıral C. Hemşirelerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, İstanbul, (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Aytolan Yıldırım), 2014.
53. Çelebi E. Cerrahi Servisinde Çalışan Hemşirelerin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Nihal Sunal), 2015.
54. Kürklü S, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarında Fiziksel Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesine Olası Etkilerinin İncelenmesi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Aliye Mavili Aktaş), 2014.
55. Savcı, B.A. (2006). Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. Yüksek lisans tezi, Erzurum; Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı.
56. Öksüz E, Malhan S. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri. Başkent Üniversitesi, Ankara, 2005.
57. Demirkıran, E. (2012). Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanları. İstanbul: Yüksek lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı.

58. Craig C.L, Marshall A.L, Sjostrom M, Bauman, A.E, Booth M.L, Ainsworth B.E, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis J.F, Oja P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine And Science In Sport And Exercise*. 2003; 35(8):1381-1395
59. Tekkanat, Ç. (2008). Öğretmenlik bölümünde okuyan öğrencilerde yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyleri. Yüksek lisans tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sporda Psiko-Sosyal Alanlar Anabilim Dalı.
60. Karaca A, Turnagöl H. Çalışan Bireylerde Üç Farklı Fiziksel Aktivite Anketinin Güvenirliği ve Geçerliliği. *Spor Bilimleri Dergisi*. 2007; 18(2); 68–84.
61. Bauman, A., Phongsavan, P., Schoeppe, S., Owen N. (2006) Physical activity measurement-a primer for health promotion. *Promot Educ.*: 13, 2, 92-103.
62. Nosikov, A., Gudex, C., (Ed.) (2003). EUROHIS, Developing Common Instruments for Healty Surveys. Netherland: Published on behalf of the World Healty Organization Regional Office for Europe by IOS Pres.
63. Parmaksız, H. Obezlerde Fiziksel Aktivite Seviyesinin Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Mehtap Malkoç, 2007.
64. Öztürk, M. H. Üniversitede Eğitim-Öğretim Gören Öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin Geçerliliği ve Güvenirliği ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Hülya Arıkan), 2005.
65. Ceco U. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Otistik Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Çocukların Ebeveynlerinin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Kocaeli, (Tez Danışmanı Doç. Dr. Nursu Çakın Memik), 2018.

66. Özkan N. Yetişkin Bireylerde Sezgisel Yeme ve Yeme Farkındalığının Beslenme Durumu ile İlişkisi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Saniye Bilici), 2018.
67. Işık D. Sleeve Gastrektomi Uygulanacak Hastalara Verilen Sistemik Eğitimin Ameliyat Sonrası 3 Aylık Dönemdeki Antropometrik Değerlerine Ve Besin Tüketimlerine Etkisi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, (Tez Danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Serap Gökçe Eskin), 2019.
68. Çetin F. E., Özkan S., Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Merkez İlçelerin Toplum Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2015.
69. Özçelik H., Sönmez Y., Isparta İl Merkezinde Görev Yapan Toplum Öncüsü Bazı Meslek Üyelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2012
70. Türkol E., Güneş G., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Ruhsal Sağlık Durumu, Uzmanlık Tezi, Malatya, 2012
71. Şimşekoğlu N., Mayda A. S., Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri, Düzce 2013
72. İskender S, Mayda A S, Düzce Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlilerinde Yaşam Kalitesi, Algılanan Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Düzce, 2017.
73. Çetiner H. S., Ulupınar S., Hastane Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014).
74. Zorba E, Öğretim Elemanları ve İdari Görevde Çalışan Personelin Hayat Tarzı, Aktivite Düzeyleri, Antropometrik ve Fiziksel Uygunluk Seviyeleri
75. Tuncel F. ODTÜ Öğretim Elemanlarının Yaşam Tarzları ve Aktivite Düzeyleri. 1995:1-19.

76. Koca Y. Ofis Çalışanlarının Beden Kitle İndeksi, Kas-Yağ-Sıvı Oranları ile Fiziksel Aktivite İlişkisinin Değerlendirilmesi. İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İş Sağlığı ve Güvenliği Anabilim Dalı. (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Oğuz ÖZYARAL), 2015.
77. Kıvanç Ç. Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Tez Danışmanı: Yrd. Doç Dr. Nesrin İlhan), 2016.
78. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. *Psikiyatri Hemşireleri Dergisi*. 2011; 2(2): 61-68.
79. Kavlu İ., Pınar R. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal Med*. 2009; 29(6): 1543-55.
80. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24561> 21.07.2019
81. Calumbi A, Amorim J, Maciel C, Filho O, Teles A, Evaluation of the Quality of Life of Anesthesiologists in the City of Recife, *Revista Brasileira de Anestesiologia* 47 Vol. 60, No 1, Janeiro-Feveireiro, 2010
82. Özyıldırım E. Erzurum İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde Yaşam Kalitesi, Algılanan Stres Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Erzurum, (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Zahide Koşan), 2015.
83. Yüzügüllü D. A, Aytaç N, Akbaba M, Bir Üniversite Hastanesinin Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinde Yaşam Kalitesi, İş Kazaları ve Vardiyalı Çalışmanın Etkileri, *Sakarya Tıp Dergisi* 2018;8(1):99-107
84. Calumbi A, Amorim J, Maciel C, Filho O, Teles A, Evaluation of the Quality of Life of Anesthesiologists in the City of Recife, *Revista Brasileira de Anestesiologia* 2010; 47 Vol. 60, No 1.
85. Yıldız S, Yetişkinlerde Şişmanlığın Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısına Etkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri, 2016.

86. Kilimci H. B. K, Ankara Üniversitesinin Dört Fakültesinde 2. VE 3. Sınıf Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara 2016.
87. Uğur Y. V. Ş, Eser E, Manisa İlinde Yarıkentsel Bir Bölgede Yaşayan Erişkin Kadınlarda Obezite ve Sosyoekonomik Durumun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi, TAF Prev Med Bull 2015;14(2):121-130.
88. Musaoğlu Z. (2008). Trakya Üniversitesi Öğretim Elemanlarının Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, (Tez Danışmanı: Doç. Dr. H. Nezih Dağdeviren), 2008.
89. Yıldırım D.İ., Yıldırım A, Eryılmaz M.A. Sağlık Çalışanlarında Fiziksel Aktivite ile Yaşam Kalitesi İlişkisi. Cukurova Med J 2019;44(2):325-333.
90. Şanlı, E. Öğretmenlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi-Yaş, Cinsiyet Ve Beden Kitle İndeksi İlişkisi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Ve Spor Öğretmenliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Nevin Atalay Güzel, 2008.
91. Vural, Ö. (2010). Masa Başlı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Hareket Bilimleri Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Nevin Atalay Güzel; Yrd. Doç. Dr. Serdar Eler), 2010.
92. Özüdoğru, E. (2013). Üniversite Personelinin Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Öğretimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Fatma Çelik Karapınar), 2013.
93. Hallal, P., Victora, C., Wells, J., & Lima, R. Physical Inactivity: Prevalence and Associated Variables in Brazilian Adults. Medicine Science and Sports Exercise.2003; (35), 1894-1900.
94. Deniz, M. Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Sosyoekonomik Durum Arasındaki İlişkinin Araştırılması. Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı , Yüksek Lisans Tezi, Bursa, 2011.

95. Blacklock R.E., Rhodes R.E., Brown S.G., Relationship between regular walking, physical activity, and health-related quality of life. *Journal of Physical Activity and Health*, 2007; 4: 138-152.



EKLER

EK-1. Etik Kurul İzni

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı	Isparta İli Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi İdari Personelinin Yeme Farkındalığı ve Fiziksel Aktivitelerinin Yaşam Kalitesine Etkisi (13.12.2018 tarih ve 174 sayılı karar)				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı - (2012-KAEK-38)			
	AÇIK ADRESİ	S.D.Ü. Doğu Kampüsü Tıp Fakültesi Dekanlığı Binası – ISPARTA			
	TELEFON	246.2113704			
	FAKS	246.2371165			
	E-POSTA	tipetik@sdu.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 : <input type="checkbox"/>	FAZ 2 : <input type="checkbox"/>	FAZ 3 : <input type="checkbox"/>	FAZ 4 : <input type="checkbox"/>
		Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>	
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz : Anket					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLARARASI	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	21.09.2018	01.001	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>			
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>			
	İLAN	<input type="checkbox"/>			
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>			
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>			
DİĞER	<input checked="" type="checkbox"/> Anket Örneği				

Prof. Dr. Mekin SEZİK
Etik Kurul Başkanı

EK-2. Hastane İzni

Tarih: 09.01.2019

Sayı : E.5146



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği
Hizmet İçi Eğitim Birimi

Sayı :26515734-600-E.
Konu :Saliha Betül ÖZMUMCU'nun Tez
Çalışması Hk.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Birimi)

Enstitünüz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Saliha Betül ÖZMUMCU'nun "Isparta İli Üniversite Hastanesi İdari Personeli Yeme Farkındalığı ve Fiziksel Aktivitelerinin Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tez çalışması incelenerek uygun görülmüş olup, bahsi geçen araştırma verilerinin hastane yönetimi ile paylaşılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet YILDIRIM
Başhekim

Doğrulama Linki :<https://cbys.sdu.edu.tr/EvrakDogrula.html?74F2C5A6>
SDÜ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ DOĞU
YERLEŞKESİ ÇÜNÜR İSPARTA
Tel No:(246) 211-2801 Faks No:(246) 211-2830
E-Posta:hastane@sdu.edu.tr İnternet Adresi:www.hastane.sdu.tr

Bilgi İçin:Havva Özmer ERSOY
Sürekli İşçi
Tel No:02462112801

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3. Anket Formu

Sayın Katılımcı,


Anket No:

Elinizdeki anket Diyetisyen S. Betül Özümucu'nun yüksek lisans tezi, 'Isparta İli Bir Üniversite Hastanesi İdari Personeli Yeme Farkındalığı ve Fiziksel Aktivitelerinin Yaşam Kalitesine Etkisi' isimli çalışmanın anket formudur. Elde edilen bilgiler yalnızca araştırma amaçlı kullanılacak ve başka amaçla paylaşılmayacaktır. Katılımcıların bilgileri gizli tutulacaktır. Katılarınız için teşekkürler.

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
3. Kurumdaki Göreviniz:
 Hemşire Memur Teknisyen Bilgisayar İşletmeni Biyolog
 Hasta Bakıcı Fizyoterapist Koruma Güvenlik Görevlisi Diyetisyen
 Sağlık Teknisyeni Hastane Müdürü Başmüdür Ambar Memuru
 Hastane Müdür Yardımcısı Ebe Laborant Şef Odyolog Tekniker
 Diğer.....(Lütfen Belirtiniz)
4. Kurumdaki Çalışma Yılıınız:.....
5. Toplam Çalışma Yılıınız:.....
6. Medeni Haliniz: Evli Bekar Diğer.....
7. Eğitim Durumunuz: Üniversite Mezunu Lise Mezunu Ortaokul ve altı
 Yüksek lisans Doktora
8. Herhangi bir Kronik Rahatsızlığınız Var mı?
 Hayır Evet (Lütfen Belirtiniz).....
9. Sigara İçiyor musunuz?
 Hayır
 Evet (Günde adet) (.... yıldır içiyorum)
 İçiyordum, bıraktım (Günde adet) (.... yıl içtim)

Aşağıdaki bölüm araştırmacı tarafından ölçümünüz yapıldıktan sonra doldurulacaktır.

Vücut Ağırlığınız:..... Boy Uzunluğunuz:..... Vücut Yağ Yüzdeniz:.....

Lütfen arka sayfaya geçiniz. 

EK-4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu

WHOQOL-BREF

(Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtlara işaret koyun ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir?	<input type="checkbox"/> Erkek	<input type="checkbox"/> Kadın	Doğum tarihiniz nedir?		
Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?			Medeni durumunuz nedir?		
<input type="checkbox"/> Hiç Eğitim Almadım	<input type="checkbox"/> İlkokul-Ortaokul	<input type="checkbox"/> Hiç Evlenmemiş	<input type="checkbox"/> Evli Gibi Yaşiyor	<input type="checkbox"/> Evli	
<input type="checkbox"/> Lise Veya Eşdeğeri	<input type="checkbox"/> Üniversite	<input type="checkbox"/> Boşanmış	<input type="checkbox"/> Ayrılmış	<input type="checkbox"/> Eşi Yaşamıyor	
Şu anda bir hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa;		
Sizce bu nedir? _____	(hastalık/sorun)				

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü <input type="checkbox"/> 1	Biraz kötü <input type="checkbox"/> 2	Ne iyi, ne kötü <input type="checkbox"/> 3	Oldukça iyi <input type="checkbox"/> 4	Çok iyi <input type="checkbox"/> 5
2 G4	Sağlığınızdaki ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil <input type="checkbox"/> 1	Çok az hoşnut <input type="checkbox"/> 2	Ne hoşnut, ne de değil <input type="checkbox"/> 3	Epeyce hoşnut <input type="checkbox"/> 4	Çok hoşnut <input type="checkbox"/> 5
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç <input type="checkbox"/> 5	Çok az <input type="checkbox"/> 4	Orta derecede <input type="checkbox"/> 3	Çokça <input type="checkbox"/> 2	Aşırı derecede <input type="checkbox"/> 1
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Orta derecede <input type="checkbox"/> 3	Çokça <input type="checkbox"/> 4	Son derecede <input type="checkbox"/> 5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Orta derecede <input type="checkbox"/> 3	Çokça <input type="checkbox"/> 4	Tamamen <input type="checkbox"/> 5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

www.ftronline.com

WHOQOL-BREF Sayfa-2

15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü <input type="checkbox"/>	Biraz kötü <input type="checkbox"/>	Ne iyi, ne kötü <input type="checkbox"/>	Oldukça iyi <input type="checkbox"/>	Çok iyi <input type="checkbox"/>
16 F13.3	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil <input type="checkbox"/>	Çok az hoşnut <input type="checkbox"/>	Ne hoşnut, ne de değil <input type="checkbox"/>	Epeyce hoşnut <input type="checkbox"/>	Çok hoşnut <input type="checkbox"/>
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 F13.3	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Ara sıra <input type="checkbox"/>	Çoğunlukla <input type="checkbox"/>	Her zaman <input type="checkbox"/>
27 U	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç <input type="checkbox"/>	Çok az <input type="checkbox"/>	Orta derecede <input type="checkbox"/>	Çokça <input type="checkbox"/>	Aşırı derecede <input type="checkbox"/>
Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		Bu formun doldurulması ne kadar sürdü?				

THE WHOQOL Group Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment (1998) Psychological Medicine, 1998, 28, 551-558

Skorlama Yönergesi	
Alt Parametre	Oluşturan sorular
Genel sağlık durumu	1 ve 2. Soruların toplamı
Fiziksel sağlık	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. Soruların toplamı
Psikolojik	5, 6, 7, 11, 19, 26. Soruların toplamı
Sosyal ilişkiler	20, 21, 22. Soruların toplamı
Çevre	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. Soruların toplamı

Bu şekilde elde edilen skorlar "ham" skordur. Yüzdelik sisteme değiştirmek için gerekli olan formül;

$$\frac{(\text{Hastanın ham skoru}) - (\text{o alt parametreye ait olabilecek en düşük skor})}{\text{o alt parametrenin skor aralığı}} \times 100$$

Örnek: Fiziksel sağlık alt parametresini ele alalım; toplam 7 madde var. Hastanın skor toplamı 30 olsun
 $[(30-7) / (35-7)] \times 100 = (23/28) \times 100 = \%82,14$



www.ftronline.com

Tasarım ve düzenleme: Dr. Ender Salbaş 2016

EK-5. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa)

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa)

International Physical Activity Questionnaire (Short)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____


İnsanların günlük yaşayış içinde yaptıkları fiziksel aktiviteler hakkında bilgi edinmek istiyoruz. Aşağıda son 7 gün içinde fiziksel olarak harcanan zaman hakkında sorular bulunmaktadır. Lütfen, kendinizi çok hareketli bir kişi olarak görmesiniz bile her soruyu cevaplayın. Ev ve bahçe işlerinizi, işyerinde yaptığınız aktiviteleri, bir yerden bir yere gitmek için yaptıklarınızı, boş zamanlarınızda yaptığınız egzersiz veya spor gibi aktiviteleri düşünün.

Son 7 gün içinde 10 dakika veya üstünde süren, nefesinizi hızlandıran, kuvvet gerektiren tüm yoğun faaliyetleri göz önünde bulundurun.

1	Son bir hafta içinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız?	
<input type="checkbox"/>	Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. (3. Soruya Geçiniz )	Haftada _____ gün

2	Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?		
<input type="checkbox"/>	Bilmiyorum/Emin değilim	Günde _____ dakika	Günde _____ saat

Geçen bir hafta içinde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Bunlar 10 dakika veya daha uzun süren, orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir.

3	Son bir hafta içinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya tenis gibi orta dereceli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız? (Yürüme hariç.)	
<input type="checkbox"/>	Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. (5. Soruya Geçiniz )	Haftada _____ gün

4	Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?		
<input type="checkbox"/>	Bilmiyorum/Emin değilim	Günde _____ dakika	Günde _____ saat

Geçen bir hafta içinde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu; işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5	Geçen 7 gün içerisinde, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?	
<input type="checkbox"/>	Yürümedim. (7. Soruya Geçiniz )	Haftada _____ gün

6	Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?		
<input type="checkbox"/>	Bilmiyorum/Emin değilim	Günde _____ dakika	Günde _____ saat

Son soru, son bir hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7	Son bir hafta içinde günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?		
<input type="checkbox"/>	Bilmiyorum/Emin değilim	Günde _____ dakika	Günde _____ saat

Michael Booth RDES: June 2000


www.ftronline.com

Tasarım ve düzenleme: Dr. Ender Salbaş 2016

EK-6. Yeme Farkındalığı Ölçeği

YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (YFÖ-30)

Değerli katılımcı, bu anket sizin yeme alışkanlıklarınız ve farkındalığınız ile ilgilidir.
Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

1	2	3	4	5
Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman

		1	2	3	4	5
1.	Besinlerin kalorileri hakkında bilgim vardır.					
2.	Ana öğünümü ekmezsiz yiyemem.					
3.	Lokmalarımı çiğnemedemden yutarım.					
4.	Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doyduğumu fark edemem.					
5.	Fast food olmayan bir hayat düşünemiyorum.					
6.	Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.					
7.	Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçınıyorum.					
8.	Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.					
9.	Dün akşam ne yediğimi hatırlayabilirim.					
10.	Bir şey ikram edildiğinde düşünmeden yerim.					
11.	Yüksek kalorili besinlerden uzak dururum.					
12.	Protein içeriği yüksek besinleri yemekten tercih ederim.					
13.	Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.					
14.	Birden bire çok acıktığımı fark edip ne bulsam yiyecek duruma gelirim.					
15.	Yediğim her lokmanın tadına varırım.					
16.	Sık sık diyet yaparım.					
17.	Tok olsam bile bir yiyeceğin aklıma geldiği olur.					
18.	Öğün saatlerim bellidir.					
19.	Yemek yerken çatal yerine kaşık kullanırım.					
20.	Bir öğünde daha fazla yiyemeyecek hale gelene kadar yerim.					
21.	Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da cips varken yemeden duramam.					
22.	Moralim bozulunca ilk aklıma gelen şey yemek olur.					
23.	Canım sıkılınca yerim.					
24.	Sağlıklı beslenirim.					
25.	Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.					
26.	Yediğimi fark etmeden atıştırırım.					
27.	Küçük lokmalarla yerim.					
28.	Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.					
29.	Yerken otomatik pilota bağlarım.					
30.	Mutlu olmak için çikolata yerim.					

EK-7. Özgeçmiş

Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER

Saliha Betül ÖZMUMCU

📍 Davraz Mah. 105 Cad. No:141, 32100 Isparta (Türkiye)
☎ (+90) 507 344 60 66
✉ ozmumcubetul@gmail.com

İŞ DENEYİMİ

2006–2007

Diyetisyen

Özel Muratpaşa Tıp Merkezi, Antalya (Türkiye)

2007–2008

Diyetisyen

Sandıklı Devlet Hastanesi, Afyon (Türkiye)

2008–2009

Diyetisyen

Medstar Antalya Hastanesi, Antalya (Türkiye)

2009–2010

Diyetisyen

Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Burdur (Türkiye)

2013–Devam ediyor

Diyetisyen

Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Isparta (Türkiye)

EĞİTİM VE ÖĞRETİM

2002–2006

Lisans

Başkent Üniversitesi, Ankara (Türkiye)

Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü

2016–Devam ediyor

Yüksekisans

Süleyman Demirel Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Isparta (Türkiye)

KİŞİSEL BECERİLER

Ana dil(ler)

Türkçe

Yabancı diller

	ANLAMA		KONUŞMA		YAZILI ANLATIM
	Dinleme	Okuma	Karşılıklı Konuşma	Sözlü Anlatım	
İngilizce	B1	B1	A2	A2	B1

Seviyeler: A1 ve A2: Temel Seviye Kullanıcı - B1 ve B2: Orta Seviye Kullanıcı - C1 ve C2: İleri Seviye Kullanıcı
Avrupa Dilleri Öğretimi Ortak Çerçeve Programı

İletişim becerileri

- Etkili yazılı-sözlü iletişim
- Takım çalışmasına yatkınlık

- Çok kültürlü çalışma ortamlarına yüksek uyum
 - Grup tartışmalarına katılabilme
 - İleri düzey iletişim becerilerini kullanabilme.
- Organizasyonel/ yönetimsel beceriler
- Yeni fikirler geliştirebilme
 - Detaylar üzerinde durabilme
 - Grupları yönetebilme
 - Takım liderliği yapabilme
 - İnteraktif öğretim metotları kullanabilme
 - Danışmanlık/ koçluk yapabilme
 - Hızlı ve etkili kararlar alabilme.

Dijital beceriler

KİŞİSEL DEĞERLENDİRME				
Bilgi işlem	İletişim	İçerik oluşturma	Güvenlik	Problem çözme
Bağımsız Kullanıcı	Bağımsız Kullanıcı	Bağımsız Kullanıcı	Temel Kullanıcı	Temel Kullanıcı

Dijital becerileri - Kişisel Değerlendirme Tablosu

Sürücü belgesi

B

İLAVE BİLGİ

- Sunumlar
- Sağlıklı Beslenme- Afyon Sandıklı Devlet Hastanesi
Sağlıklı Yaşam- Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi Uluborlu MYO
Bir Üniversite Hastanesi Diyet Polikliniğine İki Yıl İçerisinde Başvuran Hastaların DM Yönünden Değerlendirilmesi- II. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi
- Referanslar
- Prof. Dr. Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU-SDÜ Halksağlığı Anabilim Dalı
- Kurslar
- Anoreksiya Nervozada Beslenme Kursu
- Kurslar
- Bebek Beslenmesi Kursu
- Kongre
- I. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi
II. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi
II. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi