



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YETİŞKİN KADINLARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ  
DAVRANIŞLARI İLE BESİN TÜKETİMİ VE VÜCUT  
BİLEŞİMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

AYŞE NUR YILMAZ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK

DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. ZEYNEP ÖZERSON KOÇ

İSTANBUL-2013



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YETİŞKİN KADINLARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ  
DAVRANIŞLARI İLE BESİN TÜKETİMİ VE VÜCUT  
BİLEŞİMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

AYŞE NUR YILMAZ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK

DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. ZEYNEP ÖZERSON KOÇ

İSTANBUL-2013

## SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Beslenme ve Diyetetik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşe Nur YILMAZ tarafından hazırlanan **“Yetişkin Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Besin Tüketimi ve Vücut Bileşimlerinin Kararlaştırılması”** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :04.07.2013

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Zeynep ÖZERSON  
: Haliç Üniversitesi  
(Danışmanı)



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Yasemin BEYHAN  
: Haliç Üniversitesi



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Şule ŞAKAR  
: Serbest



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Doç.Dr.Leman ŞENTURAN  
Sağlık Bilimleri Ens. Müdür V.

## **I. Teşekkür**

Yetişkin kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile besin tüketimi ve vücut bileşimlerinin karşılaştırılması amacıyla yapmış olduğum çalışmada bana desteği olan danışmanım Yrd. Doç. Dr. Zeynep ÖZERSON KOÇ'a, her konuda benden yardımını esirgemeyen meslektaşlarıma, destekleriyle her zaman yanımda olan sevgili aileme içtenlikle teşekkür eder saygılarımı sunarım.

Ayşe Nur Yılmaz  
İstanbul-2013

<b>II. İçindekiler</b>	<b>Sayfa</b>
I. Teşekkür.....	I
II. İçindekiler.....	II
III. Kısaltmalar.....	IV
IV. Şekil ve Tablolar.....	V
1. Özet.....	1
2. Summary.....	2
3. Giriş ve Amaç.....	3
4. Genel Bilgiler.....	5
4.1. Sağlık.....	5
4.2.Sağlığı Geliştirme.....	6
4.3.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	7
4.3.1. Sağlık Sorumluluğu.....	8
4.3.2. Fiziksel Aktivite.....	8
4.3.3. Beslenme.....	10
4.3.3.1.Sağlıklı Beslenme Düzeni ve Önemi.....	10
4.3.4. Kendini Gerçekleştirme/ Manevi Gelişim.....	13
4.3.5. Kişilerarası İlişki.....	14
4.3.6. Stres Yönetimi.....	14
4.4.Beslenme Durumunun Saptanması ve Antropometrik Ölçümler...15	
4.4.1. Beslenme Durumunun Saptanması.....	16
4.4.1.1.Besin Tüketiminin Saptanması.....	16
4.4.1.1.A. 24 Saatlik Besin Tüketimi Yöntemi.....	16
4.4.1.1.B. Besin Tüketim Sıklığının Saptanması.....	17
4.4.1.1.C. Besin Alımının Gözlenmesi.....	17
4.4.2. Antropometrik Ölçümler.....	17
4.4.2.1. Vücut Ağırlığı ve Boy Uzunluğu.....	17
4.4.2.2. Vücut Bileşiminin Saptanması.....	18
4.4.2.2.A. Beden Kütle İndeksi.....	18
4.4.2.2.B. Biyoelektriksel İmpedans Analizi.....	19
4.4.2.2.C. Toplam Vücut Potasyum Ölçümü.....	20
4.4.2.2.D. Bilgisayarlı Tomografi.....	20

4.4.2.2.E. Manyetik Rezonans Görüntüleme Yöntemi.....	20
4.4.2.2.F. Dual Enerji X-ışını Absorpsiyometre.....	21
5. Gereç ve Yöntem.....	22
5.1.Araştırmanın Örneklemi.....	22
5.2.Araştırma Verilerinin Elde Edilmesi.....	22
5.3.Anket Formunun İçeriği.....	22
5.4.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
5.5.Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
6. Bulgular.....	26
7. Tartışma.....	39
8. Sonuç ve Öneriler.....	57
8.1.Sonuçlar.....	57
8.2.Öneriler.....	59
9. Kaynaklar.....	61
10. Ekler.....	69
10.1. Ek-1 Anket Formu.....	69
11. Özgeçmiş.....	75

### **III. Kısaltmalar**

**BEBİS:** Beslenme Bilgi Sistemi

**BİA:** Biyoelektriksel İmpedans Analizi

**BKI:** Beden Kütle İndeksi

**BT:** Bilgisayarlı Tomografi

**DEXA:** Dual Enerji X-Işını Absorpsiyometre

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**MRG:** Manyetik Rezonans Görüntüleme Yöntemi

**SPSS:** Statistical Package for Social Scientists for Windows Release

**SYBD:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

**SYBDÖ II:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

**TOBEC:** Total Vücut Elektrik Geçirgenliği

#### IV. Şekil ve Tablolar

Tablo 1: Beden Kütle İndeksi'ne Göre Obezite Sınıflaması

Tablo 2: Yetişkinlerde Vücut Yağ Yüzdesi Değerleri

Tablo 3: SYBDÖ II ve Alt Faktörlerinden Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar

Tablo 4. Bireylerin Yaş, Medeni Durumu ve Eğitim Bilgileri

Tablo 5. Bireylerin Hastalık ve Diyet Uygulama Durumları, Hastalık Dağılımları ve Sigara Kullanma Alışkanlıkları

Tablo 6. Bireylerin Boy Uzunluğu, Vücut Ağırlığı ve BKİ Değerleri

Tablo 7. Bireylerin BKİ Değerlendirmesi

Tablo 8. Bireylerin Vücut Bileşimlerine İlişkin Veriler

Tablo 9. Bireylerin Vücut Yağ Yüzdelerinin Değerlendirmesi

Tablo 10. Bireylerin Öğün Atlama Durumları, En Sık Atladıkları Öğünler ve Öğün Atlama Nedenlerine İlişkin Veriler

Tablo 11. Bireylerin Öğün Aralarında Tükettikleri Yiyeceklerin ve İçeceklerin Dağılımı

Tablo 12. Bireylerin Yemek Seçiminde Dikkat Ettiği Etmenlerin Dağılımı

Tablo 13. Besin Tüketim Verilerinden Elde Edilen Sonuçlar

Tablo 14. Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Ölçeği Verileri

Tablo 15: Bireylerin Yaşları ve Vücut Bileşimleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İlişkisi

Tablo 16: Bireylerin Hastalık Durumları ve Sigara Alışkanlıklarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarına Etkisi

Tablo 17: Bireylerin Eğitim Durumlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarına Etkisi

Tablo 18: Bireylerin Medeni Durumlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarına Etkisi

Tablo 19: Bireylerin BKİ Dağılımlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarına Etkisi

Tablo 20: Bireylerin Vücut Yağ Yüzdesi Gruplamasının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarına Etkisi

Tablo 21: Bireylerin Besin Tüketimleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İlişkisi



## 1. ÖZET

Bu araştırma yetişkin kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile vücut bileşimleri ve besin tüketimleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma bizzat araştırmacı tarafından yönetilen ve yürütülen özel bir beslenme danışma ofisinde 19-65 yaş arası kadınlar ile yapılmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' uygulanmış, bir günlük besin tüketim kayıtları alınmış ve vücut bileşimi analizleri yapılmıştır. Yaş ortalaması  $32,7 \pm 7,7$  yıl, beden kütle indeksi (BKİ) ortalaması  $28,26 \pm 5,85$   $\text{kg/m}^2$  saptanmıştır. Vücut kompozisyonu ölçümüne göre ortalama yağ miktarı  $26,7 \pm 11,5$  kg ve ortalama yağ yüzdesi  $34,6 \pm 8,0$ 'dır. BKİ ile vücut yağ yüzdesi arasında pozitif ilişki saptanmıştır ( $p < 0,01$ ). Besin tüketim kayıtlarından elde edilen verilere göre ortalama enerji günlük  $1926,6 \pm 584,6$  kkal'dir. Ölçekten alınabilecek tam puan 208'dir ve fiziksel aktivite (32) ve stres yönetimi (32) dışındaki alt faktörlerin herbirinden 36 puan alınabilmektedir. Alınan toplam puan ortalaması  $123,2 \pm 22,6$ 'dır. Fiziksel aktivite ( $13,7 \pm 4,9$ ), stres yönetimi ( $17,7 \pm 4,2$ ); sağlık sorumluluğu ( $19,2 \pm 4,7$ ) beslenme ( $21,3 \pm 4,9$ ) ve kişilerarası ilişkiler ( $25,3 \pm 4,5$ ) manevi gelişim ( $26,0 \pm 4,4$ ) olmak üzere alt faktörleri ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Vücut yağ miktarı (kg) ve vücut yağ yüzdesi, yağ dışı vücut ağırlığı, beden kütle indeksi, vücut ağırlığı sağlık yaşam biçimi alt faktörleri ile ilişkilidir ( $p < 0,01$ ). Katılımcıların yaşları ile ölçek toplam puanı, fiziksel aktivite puanı, stres yönetimi ve manevi gelişim puanı ilişkilidir ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ). Eğitim durumları fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişilerarası ilişki skorlarında farklılığa neden olmaktadır ( $p < 0,05$ ). Sağlık sorumluluğu ile enerji ve karbonhidrat miktarı (gr) arasında ilişki ( $p < 0,01$ ) ve beslenme ile yağ miktarı ve enerji arasındaki ilişki anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Medeni durum, hastalık durumu ve sigara alışkanlıkları ile ölçek toplam puanları ve alt faktör puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Bu çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bazı demografik faktörlerden etkilendiği ve besin tüketimleri ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yetişkin kadın, sağlıklı geliştirme, vücut bileşimi, besin tüketimi.

## 1. SUMMARY

Health Promotion Behaviors of Women and Their Relationship Between Body Composition and Food Consumption.

This study aims to determine health promotion behaviors of women and their relationship between body composition and food consumption. This study was carried out with women aged between 19-65 years at the nutrition counseling office that leading by researcher. Health Promoting Lifestyle Profile II scale, 24 hour dietary recall questionnaire and body composition analysis were performed. Mean age (year) and mean body mass index ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) were  $32.7\pm 7.7$  and  $28.26\pm 5.85$  respectively. According to body composition analysis mean fat mass was  $26.7\pm 11.5$  kg and mean fat percentage was  $34.6\pm 8.0$ . Positive correlation was found between BMI and fat percentage ( $p<0.01$ ). The average energy intake was  $1926.6\pm 584.6$  kcal. HPLP II is a scale that maximum score is 208 and full score of each sub-factors that can be taken 36 except physical activity (32) and stress management (32). HPLP II mean score was  $123.2\pm 22.6$ . And mean of subscales HPLP II were determined as physical activity ( $13.7\pm 4.9$ ), stress management ( $17.7\pm 4.2$ ), health responsibility ( $19.2\pm 4.7$ ) nutrition ( $21.3\pm 4.9$ ), and interpersonal relationships ( $25.3\pm 4.5$ ), spiritual growth ( $26.0\pm 4.4$ ). Body fat mass (kg) and body fat percentage, lean mass, body mass index and weight are correlated with all subscales of HPLP II ( $p<0.01$ ). Significant correlations were found between age and physical activity, stress management and spiritual growth. ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ). Also educational status of the participants was correlated with physical activity, spiritual growth and interpersonal relationships ( $p<0.05$ ). Health responsibility was influenced by daily carbohydrate amount and energy intake ( $p<0,01$ ). And nutrition score was influenced by daily fat amount and energy intake ( $p<0.05$ ). The relationship of marital status, chronic diseases and smoking habits with subscales HPLP II are not significant ( $p>0.05$ ). In this study found that healthy lifestyle behaviors are affected by some of the demographic factors and they were associated with food consumption.

Key Words: Adult women, health promotion, body composition, food consumption

### 3. Giriş ve Amaç

Beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı ve verimli olarak uzun süre yaşamak için gerekli olan enerjiyi ve besin öğelerinin her birini yeterli miktarlarda sağlayacak olan besinleri, besleyici değerini yitirmeden, sağlık bozucu duruma getirmeden en ekonomik şekilde almak ve vücutta kullanmaktır (Yardımcı ve Özçelik, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine geliştirilmiştir (Yalçınkaya ve ark., 2007). DSÖ ölümlerin gelişmiş ülkelerde %70-80'inin, gelişmekte olan ülkelerde ise %40-50'sinin sağlıksız yaşam biçiminden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Bu durum sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır (Çelik ve ark., 2009).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD), bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünü olarak tanımlanmaktadır (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bireyin sağlık sorumluluğunu alma, kendini gerçekleştirme, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarını içermektedir (Türkol ve Güneş, 2012).

Şişmanlık, vücuttaki yağ miktarının artması ile tanımlanan, gerek oluşum nedenleri, gerekse oluşturduğu komplikasyonlar ve zemin hazırladığı hastalıklar nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (Aslan ve Atilla, 2002). Şişmanlıkta en çok etkilenen sistemler kalp-damar sistemi, hormon salgıları, mide-barsak sistemi, solunum sistemi ve iskelet-kas sistemidir. Şişmanlığın bu sistemlere olumsuz etkileri nedeniyle beklenen yaşam süresini kısalttığı bilinmektedir (Güneş ve ark., 2000).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 verilerine göre Türkiye'de beden kütle indeksinin, 25 yaş veya daha yukarı yaşta olan kadınlarda yaşla birlikte hızla arttığı rapor edilmiştir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008). Şişmanlık ile ilgili Türkiye'de yapılmış olan pek çok bölgesel çalışma bulunmaktadır. Örneğin, İzmir'de 18

yaş ve üzeri kadınlarda yapılan bir çalışmada şişmanlık prevalansı %51,0 olarak hesaplanmıştır (Aslan ve Atilla, 2002).

Yetişkin kadınların beslenme durumlarının ve vücut kompozisyonlarının saptanması ve beslenme durumlarının geliştirilmesi önemlidir. Bu çalışmada yetişkin kadınların beslenme durumları ve vücut kompozisyonları saptanarak bunların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkilerinin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

## 4. Genel Bilgiler

### 4.1. Sağlık

DSÖ, sağlığı; “insanın fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması” şeklinde tanımlar. Yalnızca hastalık ve yaralanma gibi durumların bulunmaması insanın sağlıklı olduğunu göstermez. Sağlık; fiziksel, sosyal ve psikolojik yönlerden bir bütündür ve birçok faktörün etkisi altındadır. İnsanın sağlığını etkileyen başlıca faktörler kalıtım ve çevre koşullarıdır. Kalıtım, insanın ailesinden kendisine geçen, doğuştan var olan nitelikleridir ve insan kalıtım örüntüsünü değiştiremez, fakat uygun bir çevre ile kalıtımsal yetenekleri geliştirebilir. Bu çevresel faktörlerin başında; beslenme, barınma, giyim, fiziksel çevre, eğitim ve kültürel olanakların durumları gelir. Çevresel etmenler bireyin yaşamını yönlendirir, bu etmenlerden herhangi birinin yetersizliği bireyin, dolayısıyla toplumun sağlık durumu üzerine olumsuz etki yapar (Baysal A. ve Ark. 2008).

Kişinin iyi olma durumu; aktivitelerden aldığı doyum, dengeli bir beslenme düzeyinin olması, kişilerle olumlu ilişkiler kurabilmesi, stresle başa çıkabilmesi ve bir yaşam amacının olması ile açıklanır. Sağlık kavramını tam olarak anlayabilmek için objektif ve subjektif olarak ikiye ayırmak gereklidir. Subjektif olarak sağlık, bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden kendi durumunu algılaması halidir. Bu bakış açısına göre birey, hasta olmadığı halde kendini hasta ya da hasta olduğu halde kendini sağlıklı algılayabilir. Bu nedenle bireyin subjektif sağlık algılayışının bilinmesi gereklidir. Objektif sağlık algılayışı ise; hekim muayenesi ve tanı testleri ile belirlenen hastalıkların olmamasıdır. Bu tanımlamalar doğrultusunda bir bireye sağlıklı diyebilmek için, bireyin kendini hem subjektif olarak sağlıklı algılaması, hem de objektif olarak sağlıklı olması gereklidir.

Son yıllarda hastalıkları önleyen ve sağlığı geliştiren faaliyetler, farklı sağlık sınırları olan Negatif, Nötral ve Pozitif sağlık kavramlarıyla açıklanmaktadır. Negatif Sağlık; tedavi ve rehabilitasyon gerektiren sağlık durumunu ifade eder. Nötral Sağlık; herhangi bir hastalık durumu olmaksızın, dengeli bir sağlık kavramını ifade eder. Sağlığı sürdürmede ve hastalıkları önlemede amaç, nötral sağlık durumunu korumaktır. Pozitif Sağlık; sağlığın geliştirilmesi, iyilik düzeyinin artırılması ile ilgilidir (Karakoç, 2006).

## 4.2.Sağlığı Geliştirme

Sağlığı geliştirme, bireylerin fiziksel ve ruhsal yönden yüksek sağlık düzeyine ve sosyal çevreye erişebilmeleri için davranışlarını değiştirebilmelerini sağlayan yolları ve değişim sürecini etkileyen faktörleri tanımlayan bir süreçtir. DSÖ'nün tanımına göre sağlığı geliştirme, insanların kendi kontrollerini arttırma, bireysel ve sosyal sorumluluklarını geliştirmeyi amaçlayan bir süreçtir. Sağlığı geliştirme uygulamaları, sağlık politikaları ve destekleyici çevre yaratmayı ve sağlık hizmetlerini yeniden düzenlemeyi de kapsamaktadır (Ata, 2008).

Sağlığı geliştirme, bireyin hastalık riskini azaltacak ve iyilik durumunu ilerletecek davranışları kazanması ve sürdürmesi için eğitimsel, sosyal ve çevresel kaynaklarının harekete geçirilmesidir (Geçkil ve Yıldız, 2006).

Sağlığı geliştirmede, bireyin sağlıklı davranışı gibi pozitif bir yaklaşım esastır. Sağlığın geliştirilmesinde; bireylerin sağlıklı beslenmesi, fiziksel kapasitesine uygun düzenli egzersiz yapması, sosyal ilişkilerinde uyumlu ve olumlu bir iletişim içinde olması, dinlenme ve rahatlama gibi uygulamalarla kendine zaman ayırma alışkanlığını kazanması amaçlanmaktadır. Tanımlardan da anlaşıldığı gibi, sağlığı geliştirmenin temel hedefi, bireylerin olumlu sağlık davranışlarını kazanması ve sürdürmesidir. Bunun sağlanabilmesi için bireylerin yaşam biçimlerini değiştirerek, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanması ve bu davranışları sürdürmeleri gerekmektedir (Ata, 2008).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili olarak yapılan araştırmalar, sağlık davranışlarının benimsenmesi, geliştirilmesi, değiştirilmesi ve uygulanmasının belirleyicisi olarak yaş, cinsiyet, ırk, ekonomik durum gibi sosyodemografik değişkenler üzerinde yoğunlaşmıştır. Kişinin yaşı, cinsiyeti, ırkı değiştirilemeyeceğinden, sağlık davranışlarının değiştirilmesi ve geliştirilmesi, bireysel özelliklere göre ele alınmalıdır.

Sağlık davranışı ile ilgili çeşitli modeller bulunmaktadır. Bu modellerin ortak özelliği, sağlığın biyolojik ve psikososyal bir yaklaşımla ele alınmasıdır. Böyle bir yaklaşım, birçok hastalığın biyolojik ve genetik temellerini; inanç, tutum ve davranış gibi öğelerin, hastalıkların gelişmesindeki rolünü; sosyal, ekonomik ve kültürel yapının, sağlık üzerindeki etkisini kabul etmektedir (Türkeri, 2006).

### 4.3.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Kişilerin sağlık hakkındaki algılamaları ve tutumları sağlık davranışları ile yakından ilişkilidir ve özellikle koruyucu hekimlik açısından önemlidir. Sağlık algılamaları psikolojik olarak kişinin koruyucu davranışlarda bulunmaya ne ölçüde açık olduğunu gösterir. Bireylerin sağlığı nasıl tanımladığı ve hangi davranışları sağlıklı olma ile ilişkilendirdiği, onun sağlıklı bir yaşam sürüp sürmediğinde etkili olacaktır. Dolayısıyla, toplumdaki sağlık inançlarının ve davranışlarının bilinmesi, sağlık hizmetlerinin sunulması ile sağlık eğitimi ve politikalarına yön vermesi açısından önemli ve gereklidir.

Kişilerin sağlığı koruma yönündeki davranışları ve sağlık sorunları yaşadığında yaptıkları, genel olarak “sağlık davranışı” terimi ile ifade edilmektedir. Bireyler sağlıklarını koruma yönünde çeşitli bireysel ve toplumsal kaynaklardan hareketle birtakım davranışlarda bulunurlar. Sağlığı koruyucu davranışların tümünü ya da çoğunu yapanların, yapmayanlardan daha sağlıklı olduğu bulunmuştur (Araz ve ark., 2007).

Herkesin kendi sağlığının korunması ve sürdürülmesinde, sağlıklı yaşam biçiminin benimsenmesinde sorumluluğu bulunmaktadır. Sağlığın idamesinde olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi gerekmektedir. Olumlu sağlık davranışı, bireylerin öncelikle kendi sağlığını ve sonra başkalarının sağlığını etkin olarak koruyabilmede gösterilen bilinçli çabalardan oluşur (Bayrak ve ark., 2010).

Sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğu belirtilmektedir. Sağlığı geliştiren davranışlar; bireyin iyilik düzeyini artıran, kendini gerçekleştirmeyi sağlayan davranışları içerir. Sağlıklı yaşam biçimi, sadece hastalıklardan korumak değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran davranışları göstermeyi içermelidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları yeterli dengeli beslenme, stres yönetimi, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu ve hijyenik önlemleri kapsamaktadır (Koçoğlu, 2006).

Ata'nın (2008) belirttiğine göre Walker, Sechrit ve Pender (1987), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını “kendi kendine başlayan hareketlerin çok boyutlu modeli, iyilik halini korumaya ve yükseltmeye hizmet eden algılar, kendini gerçekleştirme ve bireyselliğin tamamlanması” şeklinde tanımlamıştır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları veya aktiviteleri içinde; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası

destek, stres yönetimi olarak belirtilen 6 faktörün önemli düzeyde etkisinin olduğu bildirilmektedir (Ata, 2008). Bu altı faktörü etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla çalışmalar yapılmıştır. Yaş, cinsiyet, eğitim, aylık gelir, medeni durum, beden kütle indeksi, fiziksel kapasitenin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (Cao et al., 2012).

Walker tarafından 1987 yılında geliştirilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ilk şekli sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi bölümlerinden oluşmaktadır. Ölçek Walker ve Ark. Tarafından 1996 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” olarak adlandırılmıştır. Ölçeğin ilk versiyonunda yer alan kişilerarası destek alt faktörü kişilerarası ilişkiler, egzersiz alt faktörü fiziksel aktivite, kendini gerçekleştirme alt faktörü ise manevi gelişim olarak yeniden adlandırılmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeğinin, benzer ölçeklerle geçerliliğinin sınıdığı çalışmalar yanı sıra farklı dillere uyarlanmasına yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Ölçeğin Türkiye’de geçerliliği ve güvenilirliği Esin (1997) ve Akça (1998) tarafından yapılmıştır. Esin’in çalışmasında 48 maddelik olan ölçeğin birincisi, Akça’nın çalışmasında ise 52 maddelik olan ikincisi kullanılmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmada ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik düzeyi yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu nedenle ölçeğin Türk toplumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmede kullanılması önerilmektedir (Aktaran: Bahar ve ark., 2008).

#### **4.3.1. Sağlık sorumluluğu**

Sağlık sorumluluğu; bireyin sağlığını korumak ve hastalıkları önlemek için kendi tutum ve davranışlarını değiştirmesi anlamına gelmektedir. Sağlık sorumluluğu aynı zamanda, bireyin kendi sağlığına ne düzeyde katıldığını gösteren bir belirleyicidir. Bireyin kendi sağlık sorumluluğunu alması sağlığı geliştirmenin başarılı olabilmesinde anahtar rol oynar. Bireyin davranışlarının ve yaşam biçiminin sağlığını nasıl etkilediğini anlamasını sağlayarak riskli davranışlardan (sigara içmek, alkol almak vb.) uzak durmasını sağlar (Özçelik, 2012).

#### **4.3.2. Fiziksel Aktivite**

Fiziksel aktivite günlük yaşam içerisinde kas ve eklemlerimizi kullanarak enerji tüketimi ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını arttıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanabilir. Yürümek, koşmak, yüzmek,



bisiklete binmek, kol ve bacak hareketleri, baş ve gövde hareketleri gibi temel vücut hareketlerinin tümünü ya da bir kısmını içeren çeşitli spor dalları, dans, egzersiz, oyun ve gün içerisindeki aktiviteler fiziksel aktivite olarak kabul edilebilirler (Fiziksel Aktivite Bilgi Serisi, Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız, 2008).

Son yıllarda yapılan araştırmalar yeterli ve dengeli beslenmeyi, düzenli spor yapmayı ve sigara içmemeyi sağlıklı bir yaşam için odak noktası haline getirmiştir. Böyle bir yaşam biçiminin sürdürülmesi; koroner kalp hastalıkları, kanser, hipertansiyon, diyabet, osteoporoz gibi hastalıkların önlenmesi, geciktirilmesi ve denetim altında tutulmasına yardımcı olmaktadır.

Egzersiz yapan bireylerde; kas ve iskelet sisteminin fonksiyonel kapasitesi artar, çeşitli iskelet sistemi hastalıkları sonrası rehabilitasyonda olumlu etkileri vardır, kolon kanseri riskini azaltır, kanserli hastalarda psikolojik olarak kendini iyi hissetme duygusunun gelişmesinde ve yağsız dokunun korunarak immün fonksiyonların desteklenmesinde etkili olabilir. Ayrıca fiziksel olarak aktif olmak, anksiyete ve strese karşı bireyin tepkilerini düzenler, orta ve hafif depresyon görülme sıklığını azaltır (Ersoy G. (2004). Egzersiz ve Spor Yapanlar İçin Beslenme Sorular ve Cevapları İle Açıklamalı Sözlük., Geliştirilmiş 3. Baskı. Nobel Yayıncılık, Ankara).

Sağlıklı yaşlanmayı beraberinde getirerek bağımsız ve aktif yaşlı bireyler yaratır, olası ani ve sistemik hastalıklar nedeniyle ölüm riskini azaltır, aktif yaşayan bireylerde vücudun oksijen kullanma yeteneği arttığı için vücut direnci artar ve enfeksiyonlara karşı koruma gelişir.

Haftada 3-4 kez yapılan, 30-60 dakikalık orta şiddette fiziksel aktivite bile genellikle sağlığımız üzerinde olumlu etkileri açığa çıkarmaya yeterlidir (Fiziksel Aktivite Bilgi Serisi, Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız, 2008).

Sedanter yaşam tarzı kardiyovasküler hastalıklar için başlı başına bir risk faktörüdür. Fizik egzersizin tipi, şiddeti ve süresi önemli ise de ne şiddette olursa olsun, haftada en az 5 gün düzenli olarak yapılan yarım saati aşkın egzersiz (yürüme dahil) kardiyovasküler hastalık riskini azaltmada katkıda bulunur (Ünsal, 2008).

Düzenli fiziksel aktivite tip 2 diyabetli hastalarda glisemik kontrole yardımcı olarak diyabetin kronik komplikasyonlarını önler veya geciktirir. Ayrıca vücut ağırlığı denetimine yardımcı olur ve hipoglisemik ilaç ihtiyacını azaltır (Voulgari et al., 2013).

### **4.3.3. Beslenme**

Beslenme, insanın fizyolojik olarak büyümesini ve gelişmesini sağlayan besin öğelerinin dışarıdan alınması, bu ürünlerin vücut tarafından kullanılması olarak tanımlanabilir. Vücut fonksiyonları için gerekli olan enerji besinlerden sağlanır. Beslenme alışkanlıkları, hayatın erken dönemlerinde kazanılır. Ailenin içinde bulunduğu çevreden, sosyoekonomik ve kültürel yapıdan etkilenir. Yeterli ve dengeli beslenme süreci ile vücut ısısı düzenlenir, büyüme, onarım ve yenilenme sağlanır, hastalıklara karşı dayanıklılık oluşur, kemikler, vücut sıvıları ve hücreler için gerekli mineraller sağlanır ve uygun sıvı dengesi korunur. Vücudun büyümesi, hücrelerin yenilenmesi, fonksiyonlarını sürdürmesi için gerekli olan temel besin öğelerinin yeterli miktarda ve dengeli alınmasına yeterli ve dengeli beslenme denir. Bu öğelerin vücut gereksiniminden az alınması yetersiz beslenme, çoğunlukla tek tip besin öğesi ile beslenme ise dengesiz beslenme problemlerine neden olur. Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için yeterli ve dengeli beslenilmesi ve bu davranışın kazanılması gerekmektedir (Özçelik, 2012).

Dünya sağlık örgütünün beslenme egzersiz ve sağlık üzerine stratejisi kanser, diyabet, kalp damar hastalıkları gibi sık görülen hastalıklar üzerine yoğunlaşmaktadır. Bu strateji hayvansal yağ, trans yağ asitleri, tuz ve basit şeker alımını sınırlamak ve fiziksel aktiviteyi ve meyve sebze tüketimini arttırmayı vurgulamaktadır (Carreno et al., 2006).

#### **4.3.3.1. Sağlıklı Beslenme Düzeni ve Önemi**

Vücudun fizyolojik dengesini sağlamada ve organları korumada, yemeklerin tüketim sıklığı ile öğünlere düşen enerji ve besin öğelerinin miktarı ve birbirlerine göre oranı çok etkili bir rol oynamaktadır. Bu durum özellikle bireyi günlük yaşamın baskılarına hazırlama, yorgunluğu giderme, sağlıklı düşünmeyi sağlama ve hastalıklardan koruma açısından da önem taşır.

Vücuda alınan besinlerin sindirilmesi ve vücut tarafından kullanılması besinlerin bileşimlerine ve öğünler arasında geçen süreye bağlı olarak farklılık göstermektedir. Besinlerin karışımı, miktarı ve veriliş aralıklarına göre, vücutta hormonal ve enzimatik birtakım değişimler olmakta ve vücut yaşamını bu koşullara uydurarak sürdürmeye çalışmaktadır. Ancak tek yönlü beslenme, aç kalma veya aşırı beslenme gibi durumlarda organizmanın bu sistemlerde oluşturduğu değişimler, sonuçta sağlığın olumsuz yönde

etkilenmesine neden olmaktadır. Organizma belirli bir süre aç kaldığında bu değişmeler daha açıkça görülmektedir. Uzun aralıklarla beslenmede vücudun daha az protein ve su tuttuğu ve idrarla fazla azot (protein yapısında bulunur) atıldığı belirtilmektedir. Organizmanın protein sentezi için protein kullanımı belirli bir zamanla sınırlıdır. Vücuda fazla miktarda protein alındığında idrarla azot atımı artar. Çünkü organizma kendisinin kullanmadığı azotu atacak bir uyum mekanizması geliştirmektedir. Yemek kısa aralıklarla yendiğinde ise vücutta pozitif bir azot dengesi oluşmakta ve vücut proteinleri artmaktadır. Uzun aralıklarla beslenmede ise bunun aksine, vücutta yağ birikimi artar, bu durum kan yağları (kolesterol ve lipit) düzeyini arttırarak kalp hastalıkları ve diyabet oluşum riskini arttırır. Yeterli ve dengeli beslenmede öğün sayısı kadar içeriği de önemlidir. Öğünlerde besin öğelerinin dağılımı ne kadar dengeli olursa metabolizmanın da o kadar düzenli çalıştığı bilinmektedir. Yalnız tahıllardan oluşan bir diyetle beslenildiğinde vücut canlılığını kaybetmektedir. Bu durum protein sentezi ile ilgilidir. Vücudun büyüme ve gelişmesinde önemli rolü olan proteinlerin vücutta sentezlenebilmeleri için elzem aminoasitlerin bir arada ve yeterli düzeylerde bulunmaları gerekir. Bir öğünde, yetersiz alınan aminoasit sonraki öğünle sağlanamamaktadır. Proteini iki öğüne dağılmış olarak alanlarda azot dengede kalırken, üç öğünde yiyenlerde pozitif bir denge sağlanmaktadır.

Diyette karbonhidrat düşük olduğunda da, karbonhidrat metabolizmasının bozulduğu, buna bağlı olarak plazma serbest yağ asitlerinin yükseldiğı görülmüştür. Diyetle karbonhidrat azaltılınca diyet proteinlerinin büyük kısmı glikoza çevrilmektedir. Bu nedenle öğünlerin içeriğinde karbonhidrat, protein ve yağdan gelen enerji sırasıyla %55-60, %10-15 ve %25-30 olmalıdır. Protein, yağ ve karbonhidratların kullanılmasında pek çok mineral ve vitamin de görev yapmaktadır. Öğünlerde bu besin öğelerinin de dengeli dağılımı gereklidir.

Vücudun uygun ve yeterli enerji üretimi kan şeker düzeyi ile ilişkilidir. Kanda şeker düzeyi ortalama 100 ml'de 70 - 100 mg olduğunda enerji düzenli üretilir. Hücreler şekeri kullandıkça şekerin kandaki düzeyinde ve enerji üretiminde azalma görülür. Bu durum kişide yorgunluk, dikkatte azalma, kuvvetsizlik, açlık hissi, bazen baş ağrısı şeklinde kendini gösterir. Kan şeker düzeyi normalin altına düşmüş kişi daha huysuz ve uyumsuz olur. Buna karşın kan şekeri, alınan yiyeceklerle açlık düzeyinin üzerinde tutulursa enerji kolay üretilir, kişi kendini daha iyi hisseder, enerji doludur, daha çabuk

ve açık düşünür ve davranışları uyumlu ve neşeli olur. Ancak aşırı besin alımı ile şekerin aşırı yükselmesi uyku hali yaratır, verimi düşürür. Akşam yemeği ile sabah kahvaltısı arasında yaklaşık 11–12 saatlik bir süre geçmektedir. Kahvaltı yapılmadığında bu süre 16 –17 saate çıkar. Uygun aralıklı öğün alınmasının yararları dikkate alınır bu kadar uzun süre vücudu besinsiz bırakmanın zararı açıktır (Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi, 2004).

Metabolizmanın düzenli çalışması için, günlük yaşam koşulları da dikkate alınarak diyetle ara öğün eklenmelidir. Sık aralıklarla beslenme gereğinden fazla yemeği önlere, acıkmayı geciktirir ve bir sonraki öğünde besin alımını azaltır. Ara öğünler ana öğünlere göre karbonhidrattan yüksek ve yağdan düşük olursa, karbonhidratın yağa oranı yüksek olan ara öğünlerin tüketiminin diyetle artmasıyla obezitenin engellenebileceği bildirilmiştir (Baysal A., Baş M.(Ed). (2008). Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi., Ekspres Baskı, Ankara).

Vücudumuz uyurken de çalışmaya devam eder. Akşam yemeği ile sabah arasında yaklaşık 12 saatlik bir süre geçer. Bu süre içinde vücut, besinlerin tümünü kullanır. Sabah kahvaltı yapılmazsa yeterince enerji oluşmaz. Bu durumda yorgunluk, baş ağrısı, dikkat ve algılama azlığı gibi sıkıntılar yaşanır. Çocuklarda okul başarısı düşer. Okul başarısının sağlanmasında kahvaltının kısa dönem etkileri etkindir; özellikle öğrenilenlerin hafızaya yerleşmesi kalıcı olabilmesi bu etkinin sonucudur. Kahvaltı yapıldığında vücutta kullanılabilir enerji seviyesi yükselir, beyin fonksiyonları için gereken enerji sağlanmış olur, bu durum etkili öğrenmenin gerçekleşmesinde önem taşır (Cueto, 2001). Kahvaltı yapılmadığında vücut kendi depolarından kullanır ve hastalıklar karşısında direnci düşer. Yorgunluk, bitkinlik genellikle duyulan açlık hissi ile beraber gitmektedir, doyunluk sağlanması ile yorgunluk ve bitkinlik ortadan kaldırılabilir.

Bedenin düzenli çalışması için kan şekerinin belirli bir düzeyde olması gerekmektedir. Şekerin düşüklüğü kadar yüksekliği de sakıncalıdır. Düzenli aralıklarla ve uygun miktarlarda beslenildiğinde kan şeker düzeyi alçalıp yükselme göstermediğinden vücut düzenli çalışır.

Kahvaltıda yeterli protein tüketen bireylerde iş verimi ve reaksiyon hızı yüksektir. Kahvaltı yapmayan bireylerde iş verimi önemli ölçüde azalır, anlama ve kavrama hızı düşer. Kahvaltı yapmayan bireyler egzersiz yaptıklarında baş dönmesi,

bulantı ve kusma şikayetlerini dile getirmektedirler. Düşük protein içeren kahvaltı alımından sonraki ikinci ve üçüncü saatler arasında kan şekeri açlık seviyesinin altına düşmekte ve kişiler açlık hissi duyduklarını belirtmektedirler. Yeterli protein içeren kahvaltıdan sonra ise kan şekeri düzenli gitmekte, açlık düzeyinin üzerinde seyretmekte, böylece kişiler açlık hissi duymamaktadırlar.

Dengeli bir kahvaltıda günlük enerjinin 1/4 ü ya da en az 1/5 inin karşılanması gerekmektedir. Günlük enerji gereksinimi yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir. Bireyin enerji gereksinimi 2000-3000 kilokalori olduğunda kahvaltıda alınması gereken, enerji miktar 400 - 600 kilokalori kadardır. Kahvaltıda tüketilecek protein miktarı, kan şekeri düzenleme ve dolayısı ile yorgunluk, açlık gibi duyguların önlenmesinde etkili olduğundan, günlük tüketilecek miktarın en az 1/5'i kadar olmalı ve bu değer altına düşmemelidir. Kahvaltıda meyve ya da sebze yenilmesi bu öğünü besin öğeleri bakımından dengelediği gibi içerdikleri posa nedeniyle de emilimi düşürerek doygunluğu daha uzun süre sağlamakta, kan şekerinin de daha geç düşmesine yardımcı olmaktadır. Kahvaltıda tüketilecek meyve ya da sebze, münün özellikle C vitamini açısından dengeli olmasını sağlayan, böylece demir emilimini arttıran önemli besinlerdir. Kahvaltıda tüketilen meyve ya da sebzenin kan kolesterol düzeyini düşürmede de etkili olduğu bilinmektedir. Tüm bu hususlar göz önüne alındığında kahvaltıda bir bardak süt içmek, bir adet portakal, domates, salatalık ve benzeri bir sebze ya da meyve tüketmek güne dinamik ve sağlıklı başlamak açısından atılabilecek en önemli adımdır (Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, 2004).

#### **4.3.4. Kendini Gerçekleştirme/Manevi Gelişim**

Sağlık günümüzde, insanın fiziksel, sosyal, duygusal ve manevi durum gibi yaşamının bütün boyutlarıyla ilgili bir kavram olarak düşünülmektedir. Bu anlamda sağlık, yaşamdan memnuniyeti ve yaşam kalitesini içermekte ve kendini gerçekleştirmenin giderek artmasını ifade etmektedir (Ata, 2008).

Kendini gerçekleştirme, insan davranışlarını yöneten bir güdü olduğu kadar, erişilmeye çalışılan bir gelişme düzeyi olarak da tanımlanmaktadır. Kendini gerçekleştiren birey ise “kapasitesini tam olarak kullanan” ya da “verimli” birey olarak ifade edilmektedir. Kendini gerçekleştirme birey için yaşam boyu süren bir süreçtir. İnsan, hayatının belli bir anında kendini gerçekleştirme yönünden belli bir düzeye sahip olabilmektedir. Ayrıca kendini gerçekleştirme bakımından kişiler arasında farklar

bulunabilmektedir. Abraham Maslow insanların temel gereksinimlerini bir piramit şeklinde temelden yukarı doğru hiyerarşik bir düzende sıralamıştır. Maslow'a göre bu gereksinimler fizyolojik gereksinimler, güvenlik gereksinimleri, sosyal gereksinimler, kendini gerçekleştirme ve estetik gereksinimlerdir. Bireyin sağlıklı olabilmesi için tüm bu gereksinimlerin dengeli bir biçimde karşılanması gereklidir. Alt basamakta yer alan gereksinimler karşılandıktan sonra üst basamaklara geçilmektedir. Maslow'un piramidinin üst basamaklarından birinde yer alan kendini gerçekleştirme bireyin yeteneklerinin tam gelişimi açısından potansiyeline ulaşmak için gerekli bir ihtiyaç olarak ifade edilmektedir (Topçu, 2006).

#### **4.3.5. Kişilerarası İlişki**

Kişilerarası destek, bireylerin birbirleriyle olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığın geliştirilmesindeki etkinliği küçümsenmeyecek bir olgudur. Kişilerarası destek ilişkinin niteliğine, ilişkinin sürekliliğine ve ilişki düzeyine bağlıdır. Kişilerarası ilişkide en önemli nokta etkin bir iletişimin sağlanmasıdır. Bireyler çeşitli dönemlerde hastalık, boşanma, ekonomik yetersizlikler vb. gibi çeşitli nedenlerle bedenlerinde, rollerinde, ilişkilerinde yaşam tarzları ile ilgili değişiklik yaşarlar. Bu gibi dönemlerde bireylerin aile veya yakın çevresinden destek görmesi sorunların çözümünü ve mevcut durumu daha kolay algılamasını başarmada yardımcı olur. Kişilerarası ilişkilerde destek veren kişi/kişiler koşulsuz bir yaklaşımla, güven verici tutumlarıyla iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar. Destek veren kişi/kişiler problemin çözümüne, altta yatan temel gereksinimin açığa çıkmasına, bireyin baş etme yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar. Kişilerarası desteği iyi olan bir birey sorunlarıyla daha iyi baş edebilir ve bunun sonucunda üretkenliği ve yaşam kalitesi artar (Özçelik, 2012).

#### **4.3.6. Stres Yönetimi**

Stres, iç ya da dış ortamdan kaynaklanan, homeostazisi bozan ya da bozmak için tehdit eden durumlara organizmanın verdiği yanıttır. Stres fizyolojik (travma, sıcak, soğuk gibi), psikolojik (duygusal gerilimler, iç ve dış çatışmalar, eş problemleri) ya da sosyal (çevre etkenleri, kültürel değişim v.b.) faktörlere bağlı olarak çıkabilmektedir. Stres içinde olan bireyler kendilerine özen göstermezler ve sağlıklarını tehlikeye atacak davranışlarda bulunabilirler. Bu davranışlardan her biri, vücudun genel işlevini bozarak, hastalıklarla savaşıma yeteneğini etkiler ve hastalığın gelişimine neden olabilir. Bunlara

ek olarak stres, olumlu sağlık davranışlarını azaltarak, olumsuz sağlık davranışlarını ise artırarak sağlığı etkiler. İnsanın strese uyum eğilimi vardır ve stres durumuna uyum göstermeye çalışır. Uyum, organizmayı tehdit eden nedene yönelik olarak homeostatik dengeyi korumak için geliştirilen bir seri olayları kapsayan süreçtir ve bu uyum fizyolojik-biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel olarak üç düzeyde gerçekleşir. Uyumun gerçekleştiği her düzeyde, bireysel farklılıkların olduğunu kesinlikle göz ardı etmemek gerekir. Uyum sürecinde, organizmanın tepkileri yeterli, yetersiz ya da uygun olmayan biçimde olabilir. Ayrıca uyum sürecinde organizmada bazı uyaranlara duyarlılık azalır ya da artar. Uyum sürecinde durumla ilgili;

- Gerçekçi hedefler belirlemek,
- Uyum için davranış değişikliği yapabilmek,
- Baş etme yöntemlerini bilmek ve uygulamak önemlidir.

Stres ile baş etme yöntemlerinin amacı, stresi azaltmak, kontrol etmek ve baş etmeyi geliştirmektir. Sağlığı geliştirmek bakım maliyetini azaltır, yaşam kalitesini artırır ve hastalıkları önler. Stres kontrolü sağlığın geliştirilmesinin çok önemli hedeflerinden biridir. Stresin azaltılması bireyin iç ve dış kaynaklarının, güçlerinin iyi bir biçimde yönetilmesini de geliştirir. Örneğin sosyal iletişim kaynakları, stresi azaltmak için dış kaynaklar, sağlıklı yeme alışkanlıklarını geliştirme ve gevşeme yöntemlerini uygulamak stresi azaltmada iç kaynaklardır. Stres ile baş etmeye yönelik olarak:

- Sağlıklı yaşam tarzı geliştirmek,
- Baş etme stratejileri geliştirmek,
- Gevşeme yöntemlerini geliştirmek,
- Eğitim,
- Sosyal destekleri geliştirmek gibi yöntemler kullanılabilir (Özçelik, 2012).

#### **4.4. Beslenme Durumunun Saptanması ve Antropometrik Ölçümler**

Bireyin beslenme durumunun saptanması, besin ögeleri gereksinmesinin ne ölçüde karşılandığının bir göstergesidir. Besin ögeleri alımı ile besin ögeleri gereksinmesi arasındaki dengenin sağlanması optimal sağlık için önem taşımaktadır. Besin ögesi alımı bireyin her zamanki besin tüketimine dayalıdır. Ekonomik durum, yeme alışkanlıkları, duygusal durum, iklim, kültürel yapı, çeşitli hastalıklar ve iştah, besin ögeleri alımını etkilemektedir. Besin ögesi gereksinmesi ise, iyilik halinin

sürdürülmesi, büyüme ve gelişme, gebelik ve emzicilik, stres, enfeksiyonlar, kronik veya akut hastalıklar, ateş, vb etmenlerle belirlenmektedir

Günümüz beslenme eğilimlerinde yağ ve enerji içeriği yüksek besinlerin beslenmedeki payının giderek artması ile dengeli beslenme azalmaktadır (Pekcan G. Beslenme Durumunun Saptanması, 2012). Beslenmenin kronik hastalıklar üzerine etkisi göz önüne alındığında beslenme durumunun saptanması ve bireylere beslenme eğitiminin verilmesinin önemi anlaşılmaktadır (Mazıcıoğlu ve Öztürk, 2003).

#### **4.4.1.Beslenme Durumunun Saptanması**

Beslenme durumunun saptanmasında kullanılan yöntemler şunlardır.

- Besin tüketiminin (alımının) saptanması,
- Antropometrik yöntemler
- Biyokimyasal ve biyofizik testler (fonksiyonel testler)
- Klinik belirtiler ve sağlık öyküsü
- Psikososyal verilerdir.

Bu yöntemlerden birkaçı veya hepsi birlikte kullanılabilir gibi, sıklıkla seçilecek yöntem ekonomik koşullara, zamana ve bu konuda eğitilmiş personele göre belirlenir.

##### **4.4.1.1.Besin Tüketiminin (Alımının) Saptanması**

Bireyin besin alımının saptanmasında kullanılan yöntemler;

- 24 saatlik besin tüketimi yöntemi hatırlama veya kayıt tutma tekniği ile saptanır. Besin tüketim çalışmaları bazı durumlarda 24 saatlik besin tüketimi yöntemi; 3, 5, 7 ve daha fazla günü içeren zaman diliminde tekrarlanır.
- Besin tüketim sıklığının saptanması (besin tüketim miktarını da içerebilir)
- Diyet öyküsü (24 saatlik besin tüketimi, besin tüketim sıklığı, diğer bilgileri - sosyoekonomik düzey, eğitim düzeyi, beslenme alışkanlıkları, besin satın alma, hazırlama, pişirme ve saklama koşulları, fiziksel aktivite durumu vb) içerir.
- Besin alımının gözlenmesidir.

##### **4.4.1.1.A. 24 Saatlik Besin Tüketim Yöntemi: (Recall)**

Sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Bireye son 24 saat içinde veya daha fazla gün içinde tükettiği tüm besinler ve içecekler sorulur. Sıklıkla birbirini izleyen üç gün (iki günü hafta içi, bir günü hafta sonu) süre ile tekrarlanır. Soru kağıdı bireyin kendisi tarafından yazılabildiği gibi, besin ve beslenme konusunda öğrenim görmüş diyetisyen/ beslenme ve diyet uzmanı tarafından hazırlanan forma kaydedilir. Hatırlama; besinlerin



porsiyon modelleri, ev ölçüleri (su bardağı, çay bardağı, kahve fincanı, kupa, yemek kaşığı (silme, tepeleme), kepçe, tatlı kaşığı, küçük, orta boy, büyük boy vb. ile bilinen net miktarları kullanılarak sağlanır

Her besinin sağladığı enerji ve besin öğeleri miktarları Besin Bileşim Cetvelleri kullanılarak hesaplanır. Tüm günlerin toplamı gün sayısına bölünerek ortalama bir günlük besin türlerinin ve besin öğelerinin miktarı bulunur. Bulunan değerler yaş, cinsiyet, fizyolojik duruma göre “günlük tüketilmesi önerilen alım miktarları ile kıyaslanır. Gereksinmenin ne kadarının karşılandığı bulunur.

#### **4.4.1.1.B. Besin Tüketim Sıklığının Saptanması:**

Besin tüketim sıklığı ile besin veya besin gruplarının tüketimi gün, hafta veya ayda sıklık olarak ve istendiğinde miktar olarak saptanır. Besin tüketim sıklığı, 24 saatlik besin tüketimi ile birlikte kullanıldığında elde edilen bilgileri doğrular ve besin tüketim örüntüsü hakkında bilgi verir. Besin tüketim sıklığı yöntemi beslenme ile hastalık riski arasındaki ilişkilerin saptanmasında sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Besin tüketim sıklığı formu amaca bağlı olarak değişik şekillerde hazırlanabilir.

#### **4.4.1.1.C. Besin Alımının Gözlenmesi:**

Bireyin besin alımının gözlenmesi en güvenilir yöntem olmasına karşın zaman alıcı, pahalı ve zordur. Hastane koşullarında, huzurevlerinde, kamplarda ve okullarda yemek servisi esnasında uygulanması daha kolaydır. Tüketilen besin türü ve miktarı konusunda bireyin bilgi düzeyinin olması gerekir. Metabolik çalışmalarda aynı miktar besinler tartılarak, kimyasal analizleri yapılarak doğru saptamanın yapılması mümkündür.

#### **4.4.2. Antropometrik Ölçümler**

Antropometrik ölçümler beslenme durumunun saptanmasında; büyüme, yağsız vücut dokusu ve yağ dokusu miktarının ve vücutta dağılımının göstergesi olması nedeniyle önem taşır. Vücut ağırlığı, boy uzunluğu, üst orta kol çevresi, baş çevresi, bel çevresi, kalça çevresi, deri kıvrım kalınlıkları gibi ölçümler sıklıkla kullanılan yöntemlerdir. Antropometrik ölçümler sürekli ve düzenli olarak kullanıldığında bireyin beslenme durumu sağlıklı olarak değerlendirilebilir.

##### **4.4.2.1. Vücut Ağırlığı ve Boy Uzunluğu**

Vücut ağırlığı ölçümü beslenme durumunun göstergesi olarak sıklıkla kullanılır. Ağırlık; vücuttaki toplam yağ, kas, su ve kemiklerin toplamıdır. Vücutta su miktarının

artması (ödem, ascit birikimi) veya azalması (ishal vb), tümör varlığı, organ büyümesi gibi durumlarda vücut ağırlığı ölçümü doğru değildir. Yatağa bağımlı kişilerde de vücut ağırlığının ve boy uzunluğunun bazı ölçümler ve denklemler kullanılarak saptanması olanağı bulunmaktadır (Pekcan G. Beslenme Durumunun Saptanması, 2012).

#### **4.4.2.2. Vücut Bileşiminin Saptanması**

Vücut bileşiminin saptanmasında ultrason, bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans görüntüleme (MRI), total vücut elektrik geçirgenliği (TOBEC) ve biyoelektriksel impedans analizi (BIA), Biyoempedans spektroskopisi, deri kıvrım kalınlığı, beden kütle indeksi, Hava Deplasman Pletismografi, hidrodensitometre gibi çok çeşitli yöntemler vardır (Beechy et al., 2012).

Pratikte deri kıvrım kalınlığı, beden kütle indeksi (BKI) ve boy uzunluğuna göre vücut ağırlığı ve biyoelektriksel impedans analizi (BIA), sıklıkla kullanılan yöntemlerdir. Toplam vücut yağı belirlenmesinde en çok ölçümlenen deri kıvrım kalınlıkları biceps, triceps, subskapula ve suprailiaktır. Deri kıvrım kalınlığı kullanılarak vücut yağ miktarının hesaplanabildiği tahmin denklemleri vardır (Arslan P. ve ark 2012).

Vücut bileşiminin saptanmasında kullanılan çok çeşitli laboratuvar yöntemler de vardır. Ultrason, bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans görüntüleme (MRI), total vücut elektrik geçirgenliği (TOBEC) ve biyoelektriksel impedans analizi (BIA) kullanımı son yıllarda vücut bileşiminin saptanmasında kullanılmaktadır.

#### **4.4.2.2.A. Beden Kütle İndeksi (BKI)**

Beden Kütle İndeksi (BKI) zayıflık ve şişmanlık durumunun saptanması amacıyla kullanılan pratik bir yöntemdir. tüm yaş grupları için kullanılır. Beden kütle indeksinin hesaplanması:

o Ölçülen boy uzunluğu santimetreden metre cinsine çevrilir

o Kilogram cinsinden vücut ağırlığına bölünür.

o Standart değerlerle kıyaslanır (Pekcan G. Beslenme Durumunun Saptanması, 2012).

BKI'ye göre obezite sınıflaması Tablo 1'de gösterilmiştir.

([http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html) erişim: 10.04.2013; 21:33)

**Tablo 1: Beden Kütle İndeksi'ne Göre Obezite Sınıflaması**

BKI değerleri (kg/m <sup>2</sup> )	Sınıflama
<b>&lt;18,5</b>	<b>Zayıf</b>
<b>18,50–24,99</b>	<b>Normal kilo</b>
<b>≥25,00</b>	<b>Fazla kilolu</b>
25,00-29.99	Pre-obez
<b>≥30,00</b>	<b>Obez</b>
30,00-34.99	Obez derece 1
35,00-39.99	Obez derece 2
≥40	Obez derece 3

**4.4.2.2.B. Biyoelektriksel İmpedans Analizi (BİA):**Yöntem; yağsız doku kütlesi ile yağın elektriksel geçirgenlik farkına dayalıdır. Adipoz dokunun bileşiminde ortalama %20 oranında su vardır. Bu nedenle elektrik akımını iyi iletmez. Uygulanan elektrik akımının az bir kısmı yağ dokusundan geçer, adipoz dokunun empedansı yüksektir. Gönderilen elektrik akımının çok az bir kısmı yol alabilirken büyük bir kısmı hücreler tarafından tutulur. Kas dokusu ortalama %75 su içerdiğinden empedans değeri düşüktür. Uygulanan elektrik akımının çok büyük bir kısmı kas dokusundan geçer. Yöntemde zayıf elektriksel akım (800  $\mu$  A; 50 KHz) impedansı ölçülür. Elden ele, elden ayağa, ayakta ayağa farklı biyoelektrik impedans analizi aracı ile ölçümler yapılabilmektedir. Vücut yağ miktarı, yağsız vücut kitlesi, vücut su miktarı ve vücudun çeşitli bölgelerindeki yağın dağılımı gibi diğer birçok veri elde edilir.

BIA ölçümü öncesi dikkat edilmesi gerekenler aşağıda sıralanmıştır.

24-48 saat öncesinde ağır fiziksel aktivite yapılmaması

24 saat öncesi alkol kullanılmaması

En az 2 saat önce yemek yenilmiş olması gerekir.

Test öncesi çok su içilmemelidir.

Testten 4 saat öncesi çay kahve içilmemelidir.

Bireyin üzerinde metal takı vb. bulunmamalıdır.

Ölçüm yapılan kişide kalp pili bulunmamalıdır. (Arslan P. ve ark 2012)

Yetişkin kadın ve erkeklerin yağ yüzdelerine göre sınıflamaları Tablo 2'de özetlenmiştir (Pekcan G. Beslenme Durumunun Saptanması, 2012).

**Tablo 2: Yetişkinlerde Vücut Yağ Yüzdesi Değerleri (%)**

Sınıflama	Erkek	Kadın
Zayıf	<8	<15
Sağlıklı	8-15	15-22
Hafif şişman	16-20	23-26
Şişman	21-24	27-32
Çok Şişman	>25	>32

**4.4.2.2.C. Toplam Vücut Potasyum Ölçümü:** Potasyum başlıca intrasellüler yerleşim gösteren bir katyondur ve depo halindeki trigliseritlerde bulunmaz. Bu yöntemde vücuttaki doğal bir izotop olan total  $K_{40}$  miktarı ölçülür. Yağsız vücut kitlesi formül ile hesaplanır. Sonra ağırlıktan yağsız vücut kitlesi çıkarılarak yağdoku miktarı bulunur. Pahalı bir yöntem olduğu için yaygın kullanılmamaktadır.

**4.4.2.2.D. Bilgisayarlı Tomografi (BT):** Yağsız doku, yağ doku ve kemik arasında kesin ayırım sağlayan bir yöntemdir. Kadavra çalışmalarında elde edilen sonuçlar ile iyi bir ilişki göstermektedir. Tek bir görüntü bile noninvazif bir şekilde visceral yağ miktarını hesaplamak için yeterlidir. Böyle bir görüntü 10 saniyede alınabilir. Fazla görüntülü çalışmalar daha da kesin sonuç vermektedir fakat alınan radyasyon da artmaktadır. Bununla birlikte periton görüntülenmediği için retroperitoneal yağ ile intraperitoneal arasında ayırım yapamaz. Bilgisayarlı tomografi nispeten pahalı bir yöntemdir ve hastaların bir miktar radyasyon almalarına neden olur. Bu nedenle çocukluk çağında yağ doku miktarı tayini için kullanılması uygun görülmemektedir. Bunun yanı sıra femur ve pelvis gibi kortikal kemiklerin yoğun bulunduğu bölgelerde kemiklerden yansıyan ışınlar görüntüyü bozabilir.

**4.4.2.2.E. Manyetik Rezonans Görüntüleme Yöntemi (MRG):** Bu yöntemde manyetik bir alana yatırılan hasta radyo dalgaları ile taranır. Görüntünün parlaklığı incelenen bölgedeki yağ ve su protonlarının konsantrasyon ve relaksasyon özelliklerine bağlıdır. Manyetik rezonans görüntüleme yöntemi incelemesinde yağdoku diğer daha yüksek su içeren yumuşak dokulara göre nispeten kısa relaksasyon zamanı göstermesi ile ayrılır. Manyetik rezonans görüntüleme batın yağ miktarının belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Tek bir görüntü bile batın yağ miktarının hesaplanmasında yeterli

olabilmektedir. Bilgisayarlı tomografiden avantajlı olarak radyasyon tehlikesi olmamasına rağmen daha pahalı ve daha uzun süren bir yöntemdir.

**4.4.2.2.F. Dual Enerji X-Işını Absorpsiyometre (DEXA):** DEXA gibi yöntemler kemik mineral içeriğinin saptanması için tasarlanmış girişimlerdir. Bununla beraber, vücudun yağ dokusu ve yağsız yumuşak doku ölçümünde de kullanılır. Abdominal obezite tespiti ve karın içi yağ miktarı ölçümünde kullanılabilir. Aşırı şişman bireylerde kullanılabilir. Bölgesel değerlendirme yapması nedeniyle jinoid veya android obezite saptanması mümkündür. Pahalı bir cihaz olması, eğitimli teknisyen gerektirmesi kullanımını sınırlamaktadır (Beechy et al, 2012).

## **5. Gereç ve Yöntem**

Bu araştırma yetişkin kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile vücut bileşimleri ve besin tüketimleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır.

### **5.1. Araştırmanın Örneklemi**

Çalışma Nisan 2012- Ocak 2013 tarihleri arasında bizzat araştırmacı tarafından yönetilen ve yürütülen özel bir beslenme danışma ofisinde yapılmıştır. Bu tarih aralığında diyetisyene herhangi bir nedenle beslenme danışmanlığı hizmeti almak veya vücut bileşimi ölçümü yaptırmak için başvurmuş 19-65 yaş arası yetişkin kadınlar çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışmaya katılmada gönüllülük esas alınmış, katılımcı sayısı 100'e ulaştınca çalışma tamamlanmıştır. Beslenme danışmanlığına devam etmekte olan bireyler ve gebeler çalışma dışında tutulmuştur.

### **5.2. Araştırma Verilerinin Elde Edilmesi**

Araştırmada anket yöntemi kullanılmıştır (Ek-1). Anket formunun geliştirilmesinden önce araştırmanın temellendirilmesi ve belirlenen amaçlara ulaşılabilmesi için konuyla ilgili İngilizce ve Türkçe literatür (tez, makale, bildiri, bilimsel araştırma vb.)incelenmiştir. Literatür incelemesinden elde edilen bilgiler dahilinde anket formunun kavramsal yapısı ve ana çerçevesi belirlenmiştir.

### **5.3. Anket Formunun İçeriği**

Anket formunun ilk kısmında katılımcıların yaş, medeni halleri, eğitim durumları, kronik hastalıklarına ilişkin bilgiler ve sigara kullanma alışkanlıkları sorgulanmıştır. Bu verilerin yanı sıra ana öğün sayısı, ara öğün yapma durumu, öğün atlama sebepleri ve öğün aralarında tüketilen yiyecek içecekler gibi genel beslenme alışkanlıkları sorulmuştur.

Anket formunun ikinci kısmında bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sorgulayan likert tipi ölçek olan "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" uygulanmıştır.

Toplam 52 maddeden oluşan ölçeğin tamamı için alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçek, hiçbir zaman, bazen, sık sık ve düzenli olarak seçeneklerini içermektedir. Ölçek puanlamasında hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3 ve düzenli olarak 4 puan şeklinde puanlanmıştır. Ölçek farklı soru sayıları içeren 6 alt

bölümden oluşmaktadır. Bölümlere göre soru numaraları, alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar Tablo 3'te belirtilmiştir.

**Tablo 3: SYBDÖ II ve Alt Faktörlerinden Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar**

	Ölçekteki soru numaraları	En düşük puan	En yüksek puan
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları	(1-52)	52	208
Sağlık sorumluluğu	(3,9,15,21,27,33,39,45,51)	9	36
Fiziksel aktivite	(4,10,16,22,28,34,40,46),	8	32
Beslenme	(2,8,14,20,26,32,38,44,50),	9	36
Manevi gelişim	(6,12,18,24,30,36,42,48,52),	9	36
Kişilerarası ilişkiler	(1,7,13,19,25,31,37,43,49)	9	36
Stres yönetimi	(5,11,17,23,29,35,41,47)	8	32

**Sağlık sorumluluğu**, bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmesi, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir. Bireylere sağlık sorumluluğu başlığında vücutlarını tehlikeli bulgulara karşı kontrol edip etmedikleri, sağlığı geliştirici programlara katılıp katılmadıkları gibi sorular sorulmaktadır. Ölçekte sağlık sorumluluğuna ilişkin 9 soru bulunmakta, en düşük 9 en yüksek 36 puan alınabilmektedir.

**Fiziksel aktivite**, hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsar. Günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yürütülür. Bu bölümde bireylere düzenli egzersiz yapıp yapmadıkları, egzersiz esnasında nabızlarını kontrol etme durumları, günlük hayatta asansör kullanmama gibi aktivite fırsatlarını değerlendirip değerlendirmedikleri gibi sorular sorulmuştur. Fiziksel aktivite ile ilgili 8 soru bulunmakta, en düşük 8 en yüksek 32 puan alınabilmektedir.

**Beslenme**, alt grubu bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve beslenmeye ilişkin bilgi durumlarını sorgular. Beslenme alışkanlıklarında şeker ve tatlıyı kısıtlayıp kısıtlamadıkları, az kolesterolü bir diyet tercih etme durumları, kahvaltı alışkanlıkları,

gıda etiketlerini okuma durumları vb. sorgulanmıştır. Beslenme ile ilgili 9 soru bulunmakta, en düşük 9 en yüksek 36 puan alınabilmektedir.

**Manevi gelişim**, iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır. Bu kısımda katılımcılara kendileriyle barışık olma, geleceğe umutla bakma, uzun vadeli amaçlar belirleme gibi sorular sorulmuştur. Manevi gelişim bölümünde 9 soru bulunmakta, en düşük 9 en yüksek 36 puan alınabilmektedir.

**Kişilerarası ilişkiler**, başkaları ile olan ilişkilerdir, nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içerir. Kişilerarası ilişkiler kısmında insanlarla endişe ve sorunlarını paylaşma, başkalarını takdir etme, yakın arkadaşlarına vakit ayırma gibi öncüller sorgulanmıştır. Bu bölümde 9 soru bulunmakta, en düşük 9 en yüksek 36 puan alınabilmektedir.

**Stres yönetimi**, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir. Stres yönetimi ile ilgili uyku durumu, stres kontrol etme yöntemleri gibi sorular sorulmuştur. Bu kısımda 8 soru bulunmakta, en düşük 8 en yüksek 32 puan alınabilmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ve alt faktörlerinin değerlendirilmesi alınabilecek en yüksek puanlara göre yüzde hesabı yapılarak değerlendirilmiştir.

**Besin tüketimi kayıt formu** anketin 3. Bölümünde yer almaktadır. Katılımcıların beslenme durumlarını saptamak amacıyla 24 saatlik hatırlatma (recall) yöntemi kullanılmıştır. Bireylere geçmiş son 24 saatte tükettikleri besin ve içecekler sorulmuştur. Soru kağıdı bireyin kendisi tarafından yazılmış, anket formu teslim alındığında kullanılan yağ türleri, hazır ürünlerin marka ve boyutları sorulmuş forma eklenmiştir. Bu günlük tüketimden elde edilen ortalama enerji ve besin öğeleri tüketim miktarları Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'ne göre değerlendirilmiştir (Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, 2004).



**Antropometrik ölçümler:** Anket uygulamasının yanında katılımcılara biyoelektriksel İmpedans Analizi (BİA) yöntemi ile vücut bileşimi ölçümü yapılmıştır. Bu yöntem yağsız doku kütlesi ile yağın elektriksel geçirgenlik farkına dayalıdır. TANITA BC-418 MA Vücut Bileşimi Analiz Cihazı ile ölçüm yapılmış, bireylerin vücut ağırlığı (kg), Beden Kütle İndeksi (BKİ  $\text{kg/m}^2$ ), vücut yağ kütlesi(kg), yağ yüzdesi(%), yağsız kütle(kg) verileri elde edilmiştir. Bu ölçüm için bireylerin boy uzunlukları sırtı boy ölçere gelecek şekilde, ayakkabıları çıkarılarak, topukları birbirine bitişik ve dik durmaları sağlanarak ölçülmüştür. Ölçülen değerler Dünya Sağlık Örgütü'nün Tablo 1'de verilen beden kütle indeksi sınıflamasına ve Tablo 2'de verilmiş yetişkinler için vücut yağ yüzdesi sınıflamasına göre değerlendirilmiştir. ([http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html) erişim: 10.04.2013; 21:33; (Pekcan G. Beslenme Durumunun Saptanması, 2012).

#### **5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları**

1. Araştırma bir merkezde diyetisyene başvuran bireyler ile sınırlıdır.
2. Araştırma mevcut anket verileriyle sınırlıdır.

#### **5.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

Elde edilen bir günlük besin tüketim kaydı verileri Beslenme Bilgi Sistemi (BEBİS) 7 tam versiyon programında değerlendirilmiş, bireylerin besin tüketimlerine ilişkin enerji, karbonhidrat, protein, yağ gibi makro besin öğeleri ve çeşitli mikro besin öğeleri değerleri elde edilmiştir. (BEBİS Tam versiyon 7.0 Lisans No: 1884960)

Elde edilen bütün veriler SPSS 20.0 veri analizi programında değerlendirilmiş ve istatistiksel analizleri yapılmıştır. İstatistiksel analizler yapılırken verilerin homojenliği One Sample K-S testiyle sınırlanmıştır. Gruplar arası farklılıkları belirlemek amacıyla ANOVA ve Mann Whitney U testleri uygulanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçüğü toplam puanı ve alt faktör puanlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla Pearson ve Spearman Korelasyon testleri uygulanmıştır.

## 6. BULGULAR

Çalışmada elde edilen bulgular sıralanmıştır.

**Tablo 4. Bireylerin Yaş, Medeni Durumu ve Eğitim Bilgileri**

Özellik	Değerler		
	En düşük	En Yüksek	X±SS
Yaş Ortalaması (yıl)	19,0	52,0	32,7±7,7
Medeni durum		<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
	Bekar	39	39
	Evli	61	61
	Toplam	100	100
Eğitim durumu	Okuryazar değil	2	2
	Okuryazar	2	2
	ilkogretim-1.kademe	9	9
	ilkogretim-2.kademe	6	6
	Lise	28	28
	Ön lisans	6	6
	Lisans	44	44
	Lisansüstü	3	3
	Toplam	100	100

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 32,7±7,7 yıldır. Bireylerin %61'i evlidir. Eğitim durumları değerlendirildiğinde bireylerin %44 lisans mezunu, %28 lise mezunu, %9'u ilköğretim 1. kademe mezunudur. Lisansüstü eğitim almış birey oranı %3'tür.

**Tablo 5. Bireylerin Hastalık ve Diyet Uygulama Durumları, Hastalık Dağılımları ve Sigara Kullanma Alışkanlıkları**

Özellik	Sayı	Yüzde
Hastalık durumu		
Hayır	86	86
Evet	14	14
Toplam	100	100
Hastalık Dağılımı*		
Lenf bezi hastalıkları	1	6,7
Hematolojik hastalıklar	3	20
Bel fitiği	2	13,3
Tiroit bezi hastalıkları	5	33,3
Hipertansiyon	2	13,3
Gastrit	1	6,7
Diyabet	1	6,7
Toplam	15	100
Daha Önceki Diyet Uygulama durumu		
Hayır	97	97
Evet	3	3
Toplam	100	100
Sigara Kullanımı		
Hayır	75	75
Bıraktım	3	3
Evet	22	22
Toplam	100	100

\* Hastalık durumu evet olanlara göre yüzde hesabı yapılmış, bireyler birden fazla şık işaretlemişlerdir.

Katılımcıların %86'sında herhangi bir hastalık yoktur, hasta olanlarda en sık görülen hastalık tiroit bezi hastalıklarıdır. Tiroit bezi hastalıklarını %13,3 ile bel fitiği ve hipertansiyon takip etmektedir. Katılımcıların %22'si sigara kullanmaktadır.

**Tablo 6. Bireylerin Boy Uzunluğu, Vücut Ağırlığı ve BKİ Değerleri**

Özellik	En düşük	En Yüksek	X±SS
Boy Uzunluğu (cm)	148,0	190,0	161,8±6,4
Vücut Ağırlığı (kg)	46,4	118,80	73,9±15,8
BKİ Ortalaması (kg/m <sup>2</sup> )	17,04	41,11	28,26±5,85

Çalışmaya katılan bireylerin vücut ağırlığı 46,4 kg ile 118,8 kg arasında değişmekte olup ortalaması 73,9±15,8 kg'dır. Beden kütle indeksi değerleri 17,04 ile 41,11 arasında değişmektedir ve ortalaması 28,26±5,85 kg/m<sup>2</sup> saptanmıştır. Boy uzunluğu ortalaması 161,8±6,4 cm'dir.

**Tablo 7. Bireylerin BKİ Değerlendirmesi**

BKİ Değerlendirmesi	Sayı	Yüzde
Zayıf	1	1
Normal Kilolu	35	35
Hafif Şişman	31	31
Şişman	33	33
Toplam	100	100

Bden kütle indeksi sınıflamasına göre katılımcıların %35'i normal vücut ağırlığına sahiptir. Katılımcıların %1'i zayıf, %31'i hafif şişman, %33'ü obezdir. Beden kütle indeksi değerlendirmesine göre normal vücut ağırlığının üstünde olan (hafif şişman ve şişman) birey oranı %64'tür.

**Tablo 8. Bireylerin Vücut Bileşimlerine İlişkin Veriler**

Özellik	En düşük	En Yüksek	X±SS
Vücut ağırlığı (kg)	46,4	118,8	73,9±15,8
Vücut yağ miktarı (kg)	8,8	59,0	26,7±11,5
Vücut yağ yüzdesi(%)	16,5	49,8	34,6±8,0
Vücut sıvı miktarı (kg)	26,4	43,8	34,6±3,7
Vücut yağsız kütle ağırlığı (kg)	36,1	59,8	47,2±5,1
Vücut kas miktarı (kg)	34,3	56,7	44,8±4,8

Bireylerin BİA yöntemi ile ölçülmüş vücut kompozisyonu ölçümlerinden elde edilen verilere göre ortalama vücut yağ miktarı 26,7±11,5 kg ve ortalama yağ yüzdesi 34,6±8,0' dır. Yağ dışı vücut ağırlığı ise ortalama 47,2±5,1 saptanmıştır.

**Tablo 9. Bireylerin Vücut Yağ Yüzdelerinin Değerlendirmesi**

Vücut Yağ Yüzdesi Değerlendirmesi	Sayı	Yüzde
Zayıf	0	0
Sağlıklı	7	7,0
Hafif şişman	11	11,0
Şişman	23	23,0
Çok şişman	59	59,0
Toplam	100	100,0

Vücut yağ yüzdelerinin değerlendirme sonuçlarına göre katılımcıların %7'si sağlıklı yağ yüzdesine sahiptir. Yağ yüzdesine göre zayıf birey bulunmamaktadır, yağ yüzdesi >32 olan bireylerin (çok şişman) oranı %59'dur. Yağ yüzdesine göre sağlıklı olmayan bireylerin (hafif şişman, şişman, çok şişman) oranı %93'tür. BKİ ile vücut yağ

yüzdesi arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile sorgulanmış ve pozitif ilişki saptanmıştır ( $p<0,01$ ).

**Tablo 10. Bireylerin Öğün Atlama Durumları, En Sık Atladıkları Öğünler ve Öğün Atlama Nedenlerinin Dağılımı**

Özellik	Sayı	Yüzde
Öğün atlama durumu		
Hayır	10	10
Evet	44	44
Bazen	46	46
Toplam	100	100
Öğün atlayanların atladıkları öğünler		
Sabah	24	26,7
Öğle	55	61,1
Akşam	11	11,2
Toplam	90	100
Öğün atlama nedenleri*		
Zaman yetersizliği	35	38,9
Canı istemiyor	13	14,4
Sabahları geç kalkma	29	32,2
Hazırlanmadığı için	9	10
Şişmanlamak istemiyor	12	13,3
Alışkanlık yok	19	21,1

\*Bireylerden öğün atlama nedenlerinden en fazla 3 seçenek işaretlemeleri istenmiş, yüzde hesabı öğün atlama durumuna evet veya bazen diyen bireyler üzerinden yapılmıştır.

Katılımcılara ara öğün ve ana öğün sayıları sorulmuştur. Bireylerin %56'sı 3 ana öğün beslenmektedir. 3 ara öğün yapanların yüzdesi ise 13'tür. Öğün atlama durumuna ilişkin veriler sorgulandığında bireylerin %10'u öğün atlamadığını bildirmiştir. Öğün atlayanların en sık atladığı öğün %55 ile öğle öğünüdür. Elde edilen verilerde en yüksek işaretlenen nedenler %38,9 ile zaman yetersizliği ve %32,2 ile sabahları geç kalkmadır.

**Tablo 11. Bireylerin Öğün Aralarında Tükettikleri Yiyeceklerin ve İçeceklerin Dağılımı**

Özellik	Sayı	Yüzde
Yiyecek türleri*		
Simit, bisküvi, kurabiye	48	49
Şeker, çikolata	50	51
Meyve	39	39,8
Yoğurt	6	6,1
Sandviç börek	20	20,4
Kuruyemiş	20	20,4
Çabuk çorba	2	2
Dondurma	1	1
İçecek türleri*		
Su	62	62
Gazlı içecek	19	19
Süt	2	2
Soda	14	14
Siyah çay	73	73
Bitki çayları	29	29
Kahve	28	28
Ayran	8	8
Meyve suları	9	9
Sıcak çikolata	1	1

\* Bireylerden en fazla 3 seçenek işaretlemeleri istenmiştir, aralarda besin ve içecek tüketimi olan bireylere göre yüzde hesabı yapılmıştır.

Katılımcıların %2'si öğün aralarında herhangi bir şey tüketmediğini bildirmiştir. En fazla 3 seçenek işaretleyen katılımcıların öğün aralarında en sık tükettikleri besinler şeker, çikolata gibi besinler (%51) ve simit, bisküvi, kurabiye türleri (%49) dir. En az tercih edilen ara öğün yiyecekleri çabuk çorba ve dondurmadır. Bireylerin tamamı öğün aralarında içecek tükettiğini belirtmiştir. Bireylerin öğün aralarında en sık tükettikleri içecekler; siyah çay (%73), su (%62) ve bitki çaylarıdır (%29). Katılımcılar tarafından en az tüketilen içecek sıcak çikolata ve süttür.

**Tablo 12. Bireylerin Yemek Seçiminde Dikkat Ettiği Etmenlerin Dağılımı\***

Özellik	Sayı	Yüzde
Yemeğin fiyatı	11	11
Doyurucu olması	46	46
Hazırlanma süresi	20	20
Ortam temizliği	48	48
Malzeme kalitesi	28	28
Kolay pişirilmesi	16	16
Lezzeti	77	77
Besin değeri	17	17
Enerjisi	1	1

\*Bireylerden en fazla 3 seçenek işaretlemeleri istenmiştir

Bireylerin yemek seçiminde en dikkat ettikleri hususlar %77 ile lezzetli olması, %48 ile sunulan ortamın temizliği ve %46 ile doyurucu olmasıdır.

**Tablo 13. Besin Tüketim Verilerinden Elde Edilen Sonuçlar**

Özellik	En düşük	En Yüksek	X±SS
Enerji (kkal)	920,3	3761,5	1926,6±584,6
Protein (gram)	31,2	152,7	78,4±25,2
Tüketimin Protein yüzdesi (%)	9,0	32,0	16,9±3,8
Yağ (gram)	34,3	210,9	84,2±35,6
Tüketimin Yağ yüzdesi (%)	21	55	38,1±7,4
Karbonhidrat (gram)	102,8	423,6	210,4±62,8
Tüketimin Karbonhidrat yüzdesi (%)	28	65	45,0±7,1
Lif (gram)	8,0	57,1	24,8±9,1

Bireylerden doldurulması istenen besin tüketim kayıtlarından elde edilen verilere göre ortalama enerji alımları günlük 1926,6±584,6 kkal'dir. Alınan enerjinin karbonhidrat, protein ve yağdan sağlanan oranları sırasıyla %45,0±7,1 %16,9±3,8 ve %38,1±7,4 bulunmuştur. Ortalama lif alımları ise 24,8±9,1 gramdır.



**Tablo 14. Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Ölçeği Verileri**

Özellik	X±SS	Toplam Puna Göre Karşılama Oranı (%)
Ölçek toplam puanı	123,2±22,6	59,2
Sağlık sorumluluğu puanı	19,2±4,7	53,3
Fiziksel aktivite puanı	13,7±4,9	42,8
Beslenme puanı	21,3±4,9	59,2
Manevi gelişim puanı	26,0±4,4	72,2
Kişilerarası ilişki puanı	25,3±4,5	70,3
Stres yönetimi puanı	17,7±4,2	55,3

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeğinden elde edilen verilere göre katılımcıların ölçekten elde ettikleri toplam puan ortalama 123,2±22,6dır. En düşük puan elde edilen alt bölüm 13,7±4,9 ile fiziksel aktivite, en yüksek puan elde edilen bölüm ortalama 26,0±4,4 puan ile manevi gelişimdir.

**Tablo 15: Bireylerin Yaşları Ve Vücut Bileşimleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İlişkisi**

	Ölçek toplam	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişki	Stres yönetimi
Yaş	-0,24*	-0,17	-0,22*	-0,08	-	-0,19	-0,21*
Ağırlık	-0,47**	-0,41**	-0,35**	-0,27**	-	-0,44**	-0,44**
BKİ	-0,42**	-0,36**	-0,30**	-0,25*	-	-0,38**	-0,41**
Yağ ağırlık	-0,48**	-0,41**	-0,36**	-0,29**	-	-0,44**	-0,45**
Vücut yağ yüzdesi	-0,53**	-0,44**	-0,37**	-0,37**	0,47**	-0,47**	-0,49**
Yağ dışı ağırlık	-0,38**	-0,35**	-0,30**	-0,20	-	-0,36**	-0,36**

\*<0,05 \*\*<0,01

Vücut bileşimi ve yaşın sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisini saptamak amacıyla Pearson korelasyon testi uygulanmıştır. Elde edilen verilere göre vücut yağ miktarı (kg) ve vücut yağ yüzdesi, yağ dışı vücut ağırlığı, beden kütle indeksi, vücut ağırlığı sağlık yaşam biçimi alt faktörleri ile ( $p<0,01$ ), yaşları ile ölçek toplam puanı, fiziksel aktivite puanı, stres yönetimi puanı ilişkili bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yaş arttıkça manevi gelişim alt faktör puanında azalma görülmüştür ( $p<0,01$ ).

**Tablo 16: Bireylerin Hastalık Durumları ve Sigara Alışkanlıklarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarına Etkisi**

	Ölçek toplam	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişki	Stres yönetimi
<b>Hastalık durumu</b>							
Hayır	123,9±23,2	19,5±4,9	13,6±4,9	21,3±5,0	26,1±4,6	25,4±4,7	18,0±4,3
Evet	118,6±18,0	16,9±3,2	14,1±5,1	21,4±5,0	25,4±3,2	24,5±3,5	16,4±3,5
P	0,769	0,088	0,723	0,984	0,661	0,587	0,290
<b>Sigara Kullanımı</b>							
Hayır	124,3±24,9	19,4±5,2	13,8±5,0	21,9±5,2	25,8±4,6	25,3±4,9	18,1±4,6
Bıraktım	124,0±25,6	18,0±4,4	16,7±7,6	18,0±3,6	28,3±4,7	26,0±6,2	17,0±6,1
Evet	119,1±11,8	18,5±3,1	12,7±4,1	19,6±3,3	26,5±3,7	25,2±3,0	16,5±2,2
P	0,636	0,688	0,365	0,077	0,508	0,959	0,270

Hastalık durumları ve sigara alışkanlıkları ile ölçek toplam puanları ve alt faktör puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

**Tablo 17: Bireylerin Eğitim Durumlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarına Etkisi**

	Ölçek toplam	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişki	Stres yönetimi
<b>Eğitim durumu</b>							
Okuryazar değil	89,5±2,1	12,0±1,4	9,5±2,1	16,5±2,1	19,5±0,7	18,0±2,8	14,0±0,0
Okuryazar	95,5±19,1	15,5±4,9	9,5±0,7	18,0±5,7	19,5±2,1	19,5±3,5	13,5±3,5
ilköğretim-1.kademe	115,8±10,8	19,6±3,6	10,2±3,4	20,6±2,1	25,7±2,1	23,0±2,5	16,8±1,6
ilköğretim-2.kademe	104,8±14,6	15,5±4,5	10,3±1,5	21,0±3,0	21,7±3,9	21,7±4,5	14,7±3,6
Lise	120,9±19,3	18,8±4,5	13,3±4,2	20,6±4,6	26,0±4,8	25,1±3,6	17,2±4,0
Ön lisans	125,3±18,2	18,7±3,9	17,5±4,2	20,0±2,2	26,8±2,8	25,0±4,9	17,3±4,3
Lisans	130,5±25,2	20,4±5,0	15,0±5,4	22,5±6,0	26,8±4,2	26,7±4,7	19,1±4,6
Lisansüstü	132,3±4,9	20,0±1,7	11,7±1,5	21,3±1,2	31,7±1,5	30,0±1,0	17,7±1,2
P	0,016	0,131	0,008*	0,508	0,006*	0,003*	0,095

Eğitim durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini saptamak amacıyla yapılan analiz sonucuna göre katılımcıların eğitim durumları fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişilerarası ilişki alt faktör skorlarında farklılığa neden olmaktadır.( $p<0,05$ ) Bu farklılık önlisans ve lisansüstü eğitim almış bireylerden kaynaklanmaktadır.

**Tablo 18: Bireylerin Medeni Durumlarının Sağlık Yaşam Biçimi Davranış Puanlarına Etkisi**

	Ölçek toplam	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişki	Stres yönetimi
<b>Medeni durum</b>							
Bekar	124,9±23,3	19,3±4,3	13,8±5,2	20,6±4,6	26,8±4,8	25,8±,8	18,5±4,5
Evli	122,0±22,2	19,1±4,7	13,6±4,7	21,7±5,2	25,5±4,2	24,9±4,4	17,2±4,0
P	0,527	0,938	0,952	0,146	0,195	0,405	0,146

Medeni durum ile ölçek toplam puanları ve alt faktör puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

**Tablo 19: Bireylerin BKİ Dağılımlarının Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarına Etkisi**

	Ölçek toplam	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişki	Stres yönetimi
<b>Bki sınıflaması</b>							
<18,5	178,00	28,0	25,0	32,0	34,0	34,0	25,0
18,5-24,9	131,7±26,4	20,7±5,3	14,5±5,4	22,6±6,3	27,5±4,1	26,9±4,6	19,4±4,9
25,0-29,9	122,5±16,3	19,3±4,3	14,2±4,7	20,5±3,6	26,1±4,0	24,8±3,8	17,5±3,3
>30,0	113,1±17,6	17,1±3,7	11,9±3,7	20,2±3,8	24,1±4,4	23,7±4,4	16,0±3,5
P	0,000*	0,003*	0,009*	0,021	0,003*	0,004*	0,002*

Bireyler beden kütle indeksi değerlerine göre gruplara ayrılmış ve SYBD II ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. BKİ grupları ile ortalamalar

arası farklılıklar anlamlıdır. ( $p<0,05$ ). Gruplar arası değerlendirmede farklılıkların BKİ>30 olan grup ve BKİ<18,5 olan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır.

**Tablo 20: Bireylerin Vücut Yağ Yüzdesi Gruplamasının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarına Etkisi**

	Ölçek toplam	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişki	Stres yönetimi
<b>Vücut yağ yüzdesi grupları</b>							
15-22	168,9±19,0	27,1±3,7	21,4±4,7	31,9±5,3	32,1±2,0	32,3±3,0	24,0±3,7
23-26	138,1±25,4	21,7±4,8	14,6±5,1	22,9±5,7	28,8±4,2	28,4±4,3	21,6±4,9
27-32	120,1±15,8	19,0±4,1	13,0±4,5	19,8±3,6	26,0±3,1	24,7±3,4	17,7±3,9
>32	116,2±16,7	17,8±4,0	12,8±4,2	20,3±3,5	24,8±4,4	24,1±4,1	16,3±3,1
p*	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

\*One Way ANOVA testi uygulanmış gruplar ikişerli karşılaştırılmıştır.

Bireyler vücut yağ yüzdesi değerlerine göre gruplara ayrılmış ve SYBD II ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Ortalamalar arası farklılıklar ölçek toplam puanı ve tüm alt faktörlerde anlamlıdır. ( $p<0,05$ ). Ortalamalar arasındaki bu farklılıklar sağlıklı vücut yağ yüzdesine sahip gruptan kaynaklanmaktadır. Ayrıca hafif şişman olarak değerlendirilen grup ölçek toplam puanı, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve kişilerarası ilişki alt faktörlerinde farklılığa neden olmaktadır.

Tablo 21’de besin tüketiminin ölçek puanlarına etkisi incelenmiştir. Besin tüketimi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ilişkisini saptamak amacıyla Pearson korelasyon testi uygulanmıştır. Besin tüketiminden elde edilen toplam besinlerle alınan yağ miktarı (gr) normal dağılıma uymaması nedeniyle Spearman korelasyon testine tabi tutulmuştur. Testler sonucunda elde edilen verilere göre sağlık sorumluluğu ile günlük alınan enerji ve toplam karbonhidrat miktarı (gr) arasında önemli bir ilişki saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Beslenme alt faktör puanı ile besin tüketiminden sağlanan yağ miktarı ve alınan enerji arasındaki ilişkinin de anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ).

**Tablo 21: Bireylerin Besin Tüketimleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İlişkisi**

Besin Tüketimi Verileri	Ölçek toplam	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişki	Stres yönetimi
Enerji kkal	-0,21*	-0,29**	-0,15	-0,20*	0,18	0,18	0,18
Karbonhidrat gram	-0,21*	-0,28**	-0,07	-0,13	-0,16	-0,21*	-0,20*
Protein gram	-0,15	-0,17	-0,08	-0,14	-0,03	-0,15	-0,15
Yağ gram	-0,17	-0,17	-0,13	-0,20*	-0,11	-0,09	-0,06
Lif gram	-0,14	-0,16	-0,00	-0,04	-0,16	-0,12	-0,20*

\*<0,05

\*\* <0,01

## 7. Tartışma

Yetişkin kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile besin tüketimleri ve vücut bileşimlerinin ilişkisinin sorgulandığı bu çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması  $32,7 \pm 7,7$  yıldır. En yüksek değer 52 iken en genç birey 19 yaşındadır. (Tablo 4)

Benzer bir çalışmada yaş ortalaması  $30,1 \pm 9,6$  yıl saptanmıştır (Altıparmak ve Kutlu, 2009). İzmir’de 246 kadın birey ile yapılan bir başka çalışmada ortalama yaş  $31,8 \pm 9,8$  saptanmıştır (Okyay ve Uçku, 2002).

Katılımcıların eğitim durumları sorgulanmıştır. (Tablo 4) Elde edilen verilere göre bireylerin %44’ü lisans mezunu, %28’i lise mezunudur. Okuryazar olmayan bireylerin oranı %2, lisansüstü eğitim almış bireylerin oranı %3’tür. Lise ve üzeri eğitim alan bireylerin oranı (%81) bu çalışmada yüksek bulunmuştur.

Günümüzde nüfusun %49’unu oluşturan, %76’sının faal olarak çalışır görünmediği, yaklaşık %4’ünün üniversite düzeyinde eğitim alabildiği rapor edilmektedir. Kadınların sorunlarını çözmeye dönük stratejiler geliştirmede var olan kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyon oluşturularak örgün ve yaygın eğitim artırılmalıdır (Özdemir, 2009).

Çalışmaya katılan kadınların hastalık durumları incelendiğinde (Tablo 5) %14’ünde hekim tarafından teşhis edilmiş bir hastalık bulunurken hastalığı olan bireylerde en sık rastlanan hastalık %33,3 ile tiroit bezi hastalıklarıdır. Tiroit bezi hastalıklarını bel fitiği (%13,3) ve hipertansiyon (%13,3) izlemektedir.

Kronik hastalık bulunma durumu daha önce İzmir’de kadınlarla yapılan bir çalışmaya (%15,8) ile benzer bulunmuştur (Okyay ve Uçku, 2002). Kadınlar ile yapılan bir başka çalışmada kadınların %28,8’inde hipertansiyon, %13,3’ünde diyabet saptanmıştır (Ünsal, 2008). 2007 yılında yapılmış bir çalışmada ise öğretmenlerde hastalık görülme sıklığı %20,7dir (Tokuç ve Berberoğlu,2007). Sivas’ta sağlık personelleri ile yapılan bir çalışmada hastalık görülme oranı %21,1dir ve en sık rastlanan hastalık %36 ile dolaşım sistemi hastalıklarıdır (Akgül, 2008).

Günümüz yaşam şartlarının neden olduğu psikolojik faktörler, stres, depresyon, iş hayatı ve sosyal baskı; dengesiz beslenme, fiziksel inaktivite, tütün kullanımı, kirlilik, yetersiz uyku gibi faktörlerin ve yüksek kan basıncı, hiperlipidemi, glikoz intoleransı,

hiperglisemi gibi risk faktörlerinin de etkisiyle kronik hastalık yükünü arttırmaktadır (Ripoll, 2012).

Kronik hastalıklar ülkemiz açısından büyük önem taşımaktadır. Türkiye’de kronik hastalıklar ve ölüm nedenlerine ilişkin en geniş çalışma Sağlık Bakanlığınca yapılan Ulusal Hastalık Yükü-Maliyet Etkililik çalışmasıdır. Bu çalışmaya göre Türkiye’de 2000 yılı için hesaplanan toplam ölümün %71’i kronik hastalıklar nedeniyledir. Türkiye ulusal düzeyde ölüm nedenleri arasında ilk sırayı (tüm ölüm nedenlerinin %47,73’ü) kalp ve damar hastalıkları almaktadır. Kalp ve damar hastalıklar grubunda iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, romatizmal kalp hastalıkları, inflamatuvar ve hipertansif kalp hastalıkları yer almaktadır.

Kalp ve Damar hastalıklarıyla mücadelede büyük önem taşıyan toplam kalp damar hastalıklarına ilişkin riskin belirlenmesi ve kalp ve damar hastalıklarına yönelik risklere bütünüyle müdahale edilmesi yaklaşımı önem taşımaktadır. Kalp damar hastalıklarına ilişkin risk faktörleri; yaş ve cinsiyet, birinci derece akrabalarda erken yaşta hastalık öyküsü, sigara kullanımı, hareketsiz yaşam, aşırı kilo, hipertansiyon, dislipidemi ve diyabettir. Bu risk faktörleri içinde, aile öyküsü varlığı, yaş ve cinsiyet müdahale alanı içinde yer almamaktadır. Toplam kalp damar hastalıkları riskinin değerlendirilmesi ve azaltılması kalp sağlığını korumanın temel unsurudur. Değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrol altına alınması ile koroner kalp hastalıkları, inme ve Tip 2 diyabetin %80 oranında önlenebileceği gösterilmiştir. Risk altındaki bireyler tanımlanabilirse, bu kişilerin ve toplumun kalp damar hastalıkları riski azaltılabilmektedir. Kalp damar hastalıklarından korunmada yaşam tarzı, tek bir risk faktörüne değil, genel riskin düşürülmesine yönelik, çoğul risk faktörleri gözetilerek multidisipliner olmalıdır (Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, 2010).

Risk faktörleri içerisinde kan basıncının kardiovasküler hastalık yüküne en büyük katkıyı yaptığı tespit edilmiştir. Yüksek kan basıncının küresel olarak ölümlerin %13’ünden sorumlu olduğu DSÖ tarafından 2010 yılında hazırlanan toplum bazlı tuz azaltma stratejileri raporunda yer almıştır. Yine aynı raporda aşırı tuz tüketimine bağlı olarak meydana gelen yüksek tansiyonun küresel düzeyde inmelerin %51’ne iskemik kalp hastalıklarının %45’ine liderlik ettiği vurgulanmıştır. Ülkemizde kardiyovasküler hastalıkların ulusal düzeyde ölüm nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımı



içerisinde %47,73'lük yeri olduğu ve hipertansiyon prevalansının %11-43 arasında değiştiği saptanmıştır.

DSÖ, toplumların besin alımında diyetle günlük tuz alımı için hedeflerinin < 5 g/gün olması gerektiğini belirtmektedir. Ülkemizde yapılan SALTürk Çalışması'nda günlük tuz tüketim miktarının 18 g/gün olduğu saptanmıştır. Ülkemizde ekmeğe, geleneksel ürünler (turşu, salamura, konserve vb), peynir ve diğer işlenmiş ürünler ile yemek hazırlarken ve masada ilave edilen tuzun aşırı yükü oluşturduğu düşünülmektedir. Bu kapsamda ülkemizde aşırı tuz tüketiminin azaltılmasını sağlamak amacıyla bir eylem planının gerekli olduğu gündeme gelmiş ve "Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Eylem Planı" hazırlanmıştır. (Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı, 2011).

Çalışmada katılımcıların %13,3'ünde bel fitiği saptanmıştır. Daha önce yapılmış bir çalışmada da kadınlarda bel ağrısı yaşayanların BKİ değerleri daha yüksek saptanmış, BKİ ile bel ağrısı arasındaki ilişki ortaya konulmuştur (Doğan ve ark., 2011). Ev hanımlarında kronik bel ağrısını etkileyen faktörlerin sorgulandığı bir diğer çalışmada BKİ arttıkça bel ağrısının da arttığı saptanmıştır (Uçar ve ark., 2011).

Çalışmada elde edilen verilere göre katılımcıların %75'i sigara kullanmamaktadır, %3'ü bırakmış ve %22'si sigara içmeye devam etmektedir (Tablo 5). Veriler Yalçınkaya ve ark., 2007de yaptığı çalışmadan (%9,8) yüksek saptanmıştır. Yardımcı ve Özçelik, 2006 verileriyle sigara içme (%23,8) bırakmış olanlar (%4,2) ve hiç içmemiş olanların (%72) yüzdeleri benzer saptanmıştır. Isparta'da yapılan çalışmada halen sigara kullanan bireylerin oranı (%26,7) benzer saptanmışken; sigarayı hiç içmemiş bireylerin oranı(%46,7) bu çalışmadan düşüktür (Özçelik, 2012). İstanbul'da sigara kullanım durumunun sorgulandığı bir çalışmada yaşam boyu sigara kullanım yaygınlığı oranının %70'den fazla, son bir ay içinde sigara kullanımı yaygınlığının da %50'den fazla olduğu saptanmıştır (Ögel ve ark., 2003).

Sigara, kalp üzerindeki çeşitli olumsuz etkilerinin yanı sıra çeşitli kanser türlerinin (nefes borusu, akciğer, yutak, ağız gibi) de risk faktörüdür. Yaşlanma ile beraber birçok hastalık ortaya çıkmaktadır ve bu hastalıkların ortaya çıkmasında sigara içilmesinin önemli etkisi vardır. Örneğin; osteoporoz, postmenopozal dönemdeki kadınların karşılaştığı önemli bir sağlık sorunu olup sigara içen kadınlarda osteoporoz sıklığının daha fazla olduğu araştırmalarla ortaya konmuştur. Yine hipertansiyon,

koroner kalp hastalıkları, diabetes mellitus gibi hastalıklarda sigara kullanan kişilerde risk yönünden artış olduğu bilinmektedir (Yardımcı ve Özçelik, 2006).

Sigara ile mücadelede hem devlet politikalarının buna yönelik düzenlenmesi, hem de sağlık personelinin bu konuda bilgili ve kararlı olması gerekmektedir. Her sağlık kontrolünde bireylerin sigara kullanım durumu mutlaka gözden geçirilmelidir. Sigara kullanmayanların uzak durması, kullananların bırakması için danışmanlık hizmetlerine her görüşmede yer verilmelidir (Aydın, 2006).

Çalışmada saptanan ortalama boy uzunluğu  $161,8 \pm 6,4$  cm'dir. (Tablo 6) En kısa boylu bireyin boyu 148 cm iken, en uzun boylu birey 190 cm'dir. Bu çalışmada elde edilen boy ortalaması diğer çalışmalardan yüksektir.

Başbüyük ve Akın, 2007 çalışmasında elde edilen veri 154,3 cm iken TNSA 2008'de saptanan ortalama 156,9 cm'dir. TNSA 2008 verilerine göre annelerin %2'si 145 cm'den daha kısa, %10'u ise 150 cm'den kısadır (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008). Ünsal 2008'de yaptığı çalışmada kadınların boy ortalamasını 159 cm saptamışken, Okyay ve Uçku'nun 2002'de yaptıkları çalışmada boy ortalaması 157,86 saptanmıştır. Konya'da yapılan bir çalışmada ise kadınların boy uzunluğu ortalaması  $158,5 \pm 5,5$  cmdir (Koruk ve Şahin, 2005).

Ortalama vücut ağırlığı  $73,9 \pm 15,8$  kg saptanmıştır. (Tablo 6) Çalışmaya katılan kadınların en düşük ağırlıklı olanı 46,4 kg iken en yüksek değer 118,8 olarak saptanmıştır.

TNSA 2008'e göre ortalama ağırlık 65,5 kg ve annelerin yaklaşık üçte birinin (yüzde 32) ağırlığı 70 kilogramın üstündedir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008). Çalışmada elde edilen vücut ağırlığı verisi daha önce Sivas'ta yapılan çalışmada kadın bireylere ait ortalama (72,08 kg) ile, Konya'da yapılan çalışma ( $70,2 \pm 13,2$  kg) ile ve Ankara'da yapılan bir çalışma (72,9 kg) ile benzerdir (Başbüyük ve Akın, 2007, Koruk ve Şahin, 2005, Ünsal, 2008).

Çalışmada elde edilen verilere göre ortalama beden kütle indeksi  $28,26 \pm 5,85$  kg/m<sup>2</sup> saptanmıştır. (Tablo 6) Katılımcıların %1'i zayıf, %35'i normal vücut ağırlığında, %31'i hafif şişman ve %33'ünün beden kütle indeksi değeri 30'un üstündedir. Normal vücut ağırlığının üzerindeki bireylerin oranı %64'tür. (Tablo 7)

İstanbul'da kadınların %58'inin BKİ>25 saptanmıştır. Hiç eğitim almayan annelerde ortalama beden kütle indeksi 27 iken lise ve üstü eğitim alanlarda BKİ 25'tir.

Ortalama BKİ 26,7 kg/m<sup>2</sup> saptanmıştır ve annelerin yüzde ikisinden azının BKİ değeri 18,5in altındadır (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008). 2003 yılında yapılan çalışmaya göre ise annelerin %57'si şişmandır. BKİ yaşla birlikte hızlı bir şekilde artmakta 25 yaş üzeri kadınların çoğunda 25'i aşmaktadır. (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003)

Yardım ve Özçelik 2006'da yaptıkları çalışmalarında hafif şişman oranı %30,5; BKİ>30 olan birey yüzdesi 38,9 ve normal ağırlıklı bireyler %26,3 saptanmıştır. Sivas'ta yapılan çalışmada kadın bireylere ait ortalama BKİ değeri 30,43 kg/m<sup>2</sup> saptanmıştır (Başbüyük ve Akın, 2007). Erem ve arkadaşlarının Trabzon'da yaptığı çalışmada 30-39 yaş arası kadın bireylerin %70,7sinin beden kütle indeksi 25in üzerindedir, bu grubun %41,7si fazla kiloludur (Erem ve ark., 2001). Malatya'da yapılan bir çalışmada BKİ≥25 olanların şişman kabul edilmiş ve 40 yaşın üzerindeki erişkin kadınlarda şişmanlık oranı %78,5 saptanmıştır (Güneş ve ark., 2000). İzmir'de yapılan bir çalışmada ise obezite sıklığı (BKİ≥30) %24,4 saptanırken; hafif şişman ve şişman bireylerin oranı %50,8 saptanmıştır (Okyay ve Uçku, 2002).

Samsun il merkezinde yapılan bir çalışmada beden kütle indeksi 25'ten büyük olan kadınların oranı %73,3 bulunmuş ve BKİ ortalama değeri 29,8±0,3 kg/m<sup>2</sup> saptanmıştır (Tanyeri ve ark., 2000). Tokat'ta yapılan bir prevelans çalışmasında kadınlarda obezite prevelansı (BKİ≥25) %60 bulunmuştur (Kutlutürk ve ark., 2011). Konya'da yapılan çalışmada ise BKİ ortalaması 27,0±3,7 kg/m<sup>2</sup> saptanmıştır (Özçelik, 2012).

Çalışmada elde edilen BKİ değerleri ile bireylerin eğitim durumu (p<0,01), vücut yağ miktarı (p<0,01), vücut yağ yüzdesi (p<0,01), günlük tüketilen lif miktarı (p<0,01), protein miktarı (p<0,05), karbonhidrat miktarı (p<0,05) ve günlük alınan enerji (p<0,05) ile ilişkilidir. Eğitim seviyesi arttıkça BKİ değerleri azalmaktadır. Vücut yağ yüzdesi, vücut yağ miktarı, günlük alınan enerji, lif miktarı, protein miktarı ve karbonhidrat miktarı ile BKİ ilişkisi pozitif korelasyondur.

Doğan ve arkadaşlarının kadın ve erkeklerde farklı yaş gruplarında yaptıkları çalışmada obezite için risk faktörlerini belirlemişlerdir Kadınlarda eğitim düzeyi arttıkça BKİ değerinin azaldığını saptamışlar ve kadınlarda; bel ağrısı, yaş, hiperlipidemi ve evlilik yaşını obeziteyi etkileyen risk faktörleri olarak bulmuşlardır (Doğan ve ark., 2011).

Çayır ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada obezite durumu cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, meslek, aylık gelir gibi sosyodemografik özelliklerle ilişkili bulunmuştur. Evlilik süresi, çocuk sayısı, çocukluk çağında şişman olma durumu, daha önce obezite tedavisi görme ve daha önce zayıflamak için diyet yapma durumunun ve menopozun obezite durumunu etkilediği belirlenmiştir. Ailesinde obez bir kişi bulunanların, ana ve ara öğünleri atlayanların daha yüksek oranda obez olduğunun belirlenmesi, obezitenin beslenme biçimi ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir (Çayır ve ark., 2011).

Adana'da kadın bireyler ile yapılan bir çalışmada  $BKI \geq 25$  olanların oranı %66,4 saptanmıştır. Obeziteyi etkileyen faktörler incelendiğinde yaş arttıkça BKİ değerinin arttığı, medeni halin BKİ değerini etkilediği; obezitenin en fazla dul-boşanmışlarda gözlemlendiği bunu evlilerin takip ettiği bekarlarda ise obezitenin anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada kadınların eğitim düzeyi ile BKİ arasında ters yönde, zayıf düzeyde, anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Bu faktörlerin yanında ek bir hastalık bulunması durumu, besinlerin hızlı tüketilmesi de obezite ile ilişkili bulunmuştur. Sigara kullanımı ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Nazlıcan ve ark., 2011).

Latin ülkelerinde yapılan çalışmanın sonuçlarına göre obezite ( $BKI \geq 25$ ) prevalansı Arjantin'de %60, Brezilya'da %35, Meksika'da %60, Paraguay'da %8, Peru'da %53 saptanmıştır (Filozof et al, 2001). İngiltere'de yapılan bir çalışmada  $BKI \geq 30$  olan kadın bireylerin oranı %20,9 saptanmıştır (Rennie ve Jebb, 2005).

Çalışmaya katılan kadınların vücut bileşimleri BİA yöntemiyle ölçülmüştür. Ölçüm sonuçlarına göre ortalama vücut yağ miktarı  $26,7 \pm 11,5$  kg saptanmıştır; en düşük yağ miktarı 8,8 kg ve en yüksek yağ miktarı 59,0 kg'dır. Vücut yağ yüzdesi değerleri ise en düşük 16,5 en yüksek 49,8 ortalama değeri ise  $34,6 \pm 8,0$ 'dır. Yağ dışı vücut ağırlığı ortalaması ise  $47,2 \pm 5,1$  kg'dır. Bu veriler daha önce yapılmış çalışmalar ile benzerdir.

Elazığ'da yapılan bir çalışmada kadınların vücut yağ yüzdesi  $34,26 \pm 5,22$ , yağ miktarı  $24,16 \pm 7,31$ , yağ dışı ağırlık  $41,11 \pm 4,76$  saptanmıştır (Arslan ve Ceviz, 2007). Ankara'da yapılan bir başka çalışmada ise saptanan vücut yağ yüzdesi  $38,3 \pm 0,27$ , vücut yağı  $27,8 \pm 0,37$  kg, yağsız vücut kütlesi  $42,8 \pm 0,22$ kg'dır (Yardımcı ve Özçelik, 2006).

Japonya’da yapılan çalışmada vücut yağ yüzdesi 37,6+6,9 ve BKİ ortalaması 26,5+2,2 kg/m<sup>2</sup> saptanmıştır (Nakade et al., 2007).

Her yıl dünyada en az 2,6 milyon kişi aşırı kilo veya şişmanlık sonucunda hayatını kaybetmektedir. Avrupa ülkelerinde yaklaşık 400 milyon yetişkinin fazla kilolu olduğu, bunların 130 milyonunun ise obez oldukları bildirilmektedir. Şişmanlık dünya genelinde epidemik hızlara ulaşmış durumdadır. Ülkemizde şişmanlık prevalansı 1990 yılından bu yana hızlı bir artış göstermektedir. 1990 yılı taramalarında şişman kişi sayısı erkeklerde 1,5 milyon, kadınlarda 4 milyon civarında iken, bugün yaklaşık 2,63 milyon erkek ve 5,46 milyon kadının şişman olduğu tahmin edilmektedir. Bu da şişman kişi sayısında, kadınlarda %36, erkeklerde %75 oranında bir artışı göstermektedir. (Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, 2010)

Obezitenin sağlık üzerine olumsuz etkileri oldukça yüksektir. Hipertansiyon, dislipidemi, kalp hastalıkları bu hastalıkların başındadır. Artan BKİ ve bel çevresi hastalık riskini de arttırmaktadır (Sasai et al., 2010). Abdominal obezitenin glukoz intoleransına neden olmasının dışında subklinik organ hasarı gibi etkileri de bulunmaktadır. Özellikle kalp krizinde abdominal obezitenin jinoid obeziteden daha yüksek risk taşıdığı rapor edilmiştir (Chrostowska et al., 2013).

Katılımcılara öğün alışkanlıkları sorgulanmıştır. Bireylerin %56’sı 3 ana öğün tükettiğini bildirmişlerdir. Öğün atlayanların en sık atladığı öğün %55 ile öğle öğünüdür. Öğün atlamanın nedenlerinde en yüksek belirtilen nedenler %38,9 ile zaman yetersizliği ve %32,2 ile sabahları geç kalkmadır. Bu nedenleri alışkanlığın olmaması (%19), iştahsızlık olması/canı istemiyor olması (%13) ve şişmanlamak istemiyor olması (%12) takip etmektedir. (Tablo 10)

Katılımcıların öğün aralarında en sık tüketilen besinler %51 ile Şeker, çikolata gibi besinler ve %49 ile simit, bisküvi, kurabiye türleridir. Katılımcılar tarafından en az tercih edilen ara öğün yiyecekleri çabuk çorba ve dondurmadır. Bireylerin öğün aralarında en sık tükettikleri içecekler; siyah çay(%73), su (%62) ve bitki çaylarıdır (%29). Katılımcılar tarafından en az tüketilen içecek sıcak çikolata ve süttür. Çalışmaya katılan bireylerin ara öğünlerde süt (%2) ayran (%8) ve yoğurt (%6,1), tüketimlerinin düşük olduğu saptanmıştır.

Ankara’da yetişkin kadınlarda yapılan bir çalışmada en çok atlanan öğünün (%61,0) sabah kahvaltısı olduğu; %28,4’ünün öğle öğünü, %4,9’unun ise akşam

öğününü atladığı saptanmıştır. Öğün atlama nedenleri arasında %52,5 oranında sabah geç kahvaltı yapılmasının yer aldığı ve bunu %18,0 oranında iştahsızlığın, %12,4 oranında vakit olmayışının takip ettiğini saptamıştır. Aynı çalışmada ara öğün tüketme durumu sorgulanmıştır. Bireylerin %78,9'u ara öğün yediğini,%21,1'i ise bazen yediğini ifade etmiştir. Ara öğünde en sık tercih edilen yiyecek ve içecekler sırasıyla; meyve-sebze (%91,4), süt-yoğurt-ayran (%82,5), çay-kahve (şekerli) (%80,8) ve kek-bisküvi türleri (79,9) dir (Yardımcı ve Özçelik, 2006).

Ankara'da yapılan bir başka çalışmada kadınların % 48,9'u üç öğün ve % 11,1'i dört ve üzerinde öğün yemek yemekteler. Kadınların ise % 28,9'u öğün atlarken, %46,7'si öğün atlamamaktadır. En çok öğle yemeğini daha sonra kahvaltıyı atladıkları gözlenmektedir. Ara öğün tüketimi incelendiğinde kadınların %40 civarı ara öğün tükettiklerini, %15 civarı ise tüketmediklerini belirtmişlerdir. Ara öğünde tüketilen besinler incelendiğinde, meyve, simit, poğaç, bisküvi ve kraker tüketimlerinin çok olduğu gözlenmektedir. İçecekler incelendiğinde %97,8'i çay tüketmektedirler. Çaydan sonra %24,4 ile instant kafe ve Türk kahvesi, %20,7 ile kolalı içecekler, %4,9 ile de alkollü içecekler tüketilmektedir (Ünsal, 2008).

Kayseri'de öğrenciler ile yapılan çalışma verilerine göre katılımcıların %60,2'si üç öğün yemek yerken, %33,3'ü öğün atlamamaktadır. Atlanan öğünler içinde %62,9 ile sabah kahvaltısı birinci sırada yer almaktadır. Öğün aralarında tükettikleri yiyecek ve içecek türleri incelendiğinde; öğrencilerin birinci sırada süt, ayran, kola, gazoz, çay, su vb. içecek türlerini (%52,8) tercih ettikleri tespit edilmiştir. Bunu %23,8 ile bisküvi, cips, kraker vb., %20,7 ile çikolata, dondurma, kek gibi yiyecekler takip etmektedir (Ünal ve ark., 2009).

Metabolizmanın düzenli çalışması için, günlük yaşam koşulları da dikkate alınarak, yiyeceklerin günde en az üç öğünde tüketilmesi ve öğünler arasında geçen sürenin 4-5 saat olması önerilmektedir (Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, 2004).

Öğün atlama ve düzensiz beslenme alışkanlığı, öğünlerde tüketilen besinlerin türünü ve miktarını etkilemekte, aralarda açlığı bastırmak için seçilen besinlerin, yağ ve karbonhidrat içeriği yüksek besinlerden tercih edilmesine neden olmaktadır. Üçten az öğünde, fazla miktarlarda besin tüketimi ile insülin yanıtını, trigliserit sentezini ve yağ depolamasını artırmaktadır. Ayrıca öğün atlama, termik etkisiyle enerji kaybını

azaltmaktadır. Şişman bireylerde öğün atlama alışkanlığının yaygın olduğu ve sıklıkla atlanan öğünün ise sabah kahvaltısı olduğu bilinmektedir (Kılıç ve Şanlıer, 2007).

Bir çalışmada sağlıklı normal ağırlıklı kadınlarda kahvaltı yapmamanın etkisi sorgulanmıştır. BKİ ortalaması  $23,2 \pm 1,4$  kg/m<sup>2</sup> olan kadınlardan ikişer hafta süre ile kahvaltı yapmaları ve yapmamaları istenmiş ve dönem başları ve sonrasında açlık ve tokluk kan glikozu, insülin ve lipitler ölçülmüştür. Kahvaltı yapanlarda enerji alımı düşük olmuştur. Kahvaltı yapılmayan dönemde toplam ve LDL kolesterol düzeyi yüksektir. Kahvaltı yapılan dönemde insülin yanıtı daha yüksektir. Kahvaltı yapılmamasının insülin direncini artırıcı etkisi olduğu, kan lipit profilini olumsuz etkilediği sonucuna varılmış, kahvaltı yapmamanın obezite riskini de arttırdığı belirtilmiştir (Farshchi et al., 2005a).

Vücudun fizyolojik dengesinin sağlanmasında öğün düzeni önemli bir etmendir. Öğün sayısı azaldıkça vücutta azotun kullanımı azalır. Glikoz Emilimi ve glikojen sentezi artar. Yağ depolarında ve sentezinde artış olur. Bu da metabolizma bozukluklarına yol açar. Bu nedenle günlük yaşam koşulları da dikkate alınarak yemeklerin günde en az üç öğünde tüketilmesi önerilmektedir. Öğün atlama alışkanlık haline dönüştürüldüğünde, kişinin yeterince beslenmesi engellenmekte ve yetersiz beslenmeye bağlı sorunlar oluşmaktadır. Yeterli ve dengeli beslenebilmek için günlük diyetin en az üç ana, iki ara öğün halinde tüketilmesi gerekir. Günlük diyetin iki öğün ve daha az olmasının metabolizmayı aksatacağı bildirilmektedir (Kılıç ve Şanlıer, 2007).

Yeterli ve dengeli beslenmede öğün sayısı kadar içeriği de önemlidir. Öğünlerde besin öğelerinin dağılımı ne kadar dengeli olursa metabolizmanın da o kadar düzenli çalıştığı bilinmektedir (Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, 2004).

Şişman kadınların (BKİ ortalaması:  $37,1 \pm 4,8$  kg/m<sup>2</sup>) yeme sıklığının enerji alımı ve harcaması ile kan insülin, glikoz ve lipit profiline etkisinin incelendiği bir çalışmada düzeli yemek yenilen dönemde enerji alımı daha düşük, termojenesis yüksek, LDL düşük bulunmuş; açlık insülin ve glikoz düzeyleri farklı bulunmamıştır. Buna karşın doruk insülin düzeyi daha düşük saptanmış ve düzenli, belirli aralıklarla yemek yemenin yararlı olduğu sonucuna varılmıştır (Farshchi et al., 2005b).

Çalışmada katılımcıların yemek seçiminde en çok dikkat ettikleri noktalar sorgulanmış, en fazla 3 seçenek işaretlemeleri istenmiştir. Buna göre %77 ile lezzetli

olması, %48 ile sunulan ortamın temizliği ve %46 ile doyurucu olması en dikkat edilen noktalardır (Tablo 12).

Onur'un çalışmasında araştırmaya katılan bireylerin tamamının seçtikleri besinlerin karınlarını doyurmasını, alışkanlıklara ve bütçelerine uygun olmasının seçimlerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Düşük sosyoekonomik düzeydeki bireylerin % 33,9'u, yüksek sosyoekonomik düzeydeki bireylerin ise %32,7'sinin enerji ve besin değerleri yönünden seçilen besinin yeterli olması gerektiği cevabını verdikleri belirlenmiştir (Onur, 2007).

Driskell ve arkadaşları çalışmalarında en önemli seçim kriterinin %53,4 ile lezzet, %42,9 ile fiyat, %40,3 ile sağlık, %31,9 ile ağırlık kontrolüne uygun besin seçimi olduğunu belirtmişlerdir (Driskell et al., 2005).

Özyazıcıoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin besin seçimini etkileyen etmenlerden besinlerin taze olma oranı %35,5, kolay sağlanabilir olması %24,9, ucuz olması %20,3 ve kaliteli olması %19,4 gösterilmiştir. Bunları malzeme kalitesi (%28), hazırlanma süresi (%20) ve besin değeri (%17) izlemektedir (Özyazıcıoğlu ve ark., 2009).

Yiyecek seçimi ve beslenme alışkanlıklarının meydana gelmesinde rol oynayan etmenler çeşitlidir. Beslenme alışkanlıkları bu değişik etmenlerin etkisiyle yavaş yavaş oluşur ve gelişirler. Yaşanılan yerin coğrafi, iklim ve tarımsal durumu, inanç, gelenek-görenekler, sosyoekonomik koşullar beslenme alışkanlıklarının ortaya çıkması ve gelişmesine neden olmaktadır (Kılıç ve Şanlıer, 2007).

Bireylerin besin tüketim kayıtlarından elde edilen verilere göre ortalama enerji alımları günlük 1926,6±584,6 kkal'dir. Protein, karbonhidrat ve yağ alımı ortalamaları ise sırasıyla 78,4±25,2 g, 210,4±62,8 g ve 84,2±35,6 gramdır. Alınan enerjinin besin öğelerine göre dağılımı incelendiğinde enerjinin karbonhidrat, protein ve yağdan sağlanan oranları sırasıyla %45,0±7,1 %16,9±3,8 ve %38,1±7,4 bulunmuştur. Ortalama lif alımları ise 24,8±9,1 gramdır. (Tablo 13)

Katılımcıların besin tüketim verileri Türkiye'ye özgü beslenme rehberinin önerileri ile kıyaslandığında kadınların yağ tüketim oranı (%38,1±7,4) öneriden (%25-30) yüksek bulunmuştur, lif alımı ortalaması (24,8±9,1) öneriye (25 gram) uygundur. (Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, 2004)



Ankara’da yapılan çalışmada; enerji, protein, yağ, karbonhidrat, posa ortalamaları sırasıyla; 1849±53,2 kkal, 55,7±1,8 g, 57,9±2,3 g, 276,6±8,9 g, 4,3±0,2 g, olarak saptanmıştır. Bir günlük besin tüketimlerinden elde edilen toplam enerjinin (1849 kkal) %12’si proteinlerden, %28,2’si yağlardan, %59,8’i ise karbonhidratlardan sağlanmıştır (Yardımcı ve Özçelik, 2006).

Üç nesil kadının beslenme alışkanlıklarını sorgulayan bir çalışmada annelerin (yaş ortalaması 39,3±4,33 yıl) besin tüketiminden elde edilen verilere göre günlük alınan enerji; 1572,9±541,8 kkal, protein 48,8±21,0 gram, yağ 62,7±23,6 gram, karbonhidrat 197,5±93,9 gram ve lif 22,5±13,7 gram saptanmıştır (Kılıç ve Şanlıer, 2007).

Japonya’da kadınlar ile yapılmış bir çalışmada elde edilen verilere göre 1853±371 kkal enerji, 57,1±19 gram yağ, 248,9±55,7 gram karbonhidrat 71,6±17,1 gram protein, 16,2±5 lif aldıkları saptanmıştır. Enerjinin yağ, karbonhidrat ve proteinden gelen oranları ise sırasıyla 27,5±6,7, 57,0±7,6 ve 15,5±2,0 olarak hesaplanmıştır.( Nakade et al., 2007) Çalışmadan elde edilen günlük yağ tüketim miktarının diğer çalışmalardan yüksek olduğu görülmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeğinden elde edilen verilere göre katılımcıların ölçekten elde ettikleri toplam puan ortalaması 123,2±22,6’dır. Alt faktörlere ilişkin ortalamalar incelendiğinde en düşük puan elde edilen alt bölüm 13,7±4,9 ile fiziksel aktivitedir. Fiziksel aktiviteyi sırasıyla stres yönetimi (17,7±4,2); sağlık sorumluluğu (19,2±4,7) beslenme (21,3±4,9) ve kişilerarası ilişkiler(25,3±4,5) takip etmektedir. En yüksek puan elde edilen bölüm ortalama 26,0±4,4 puan ile manevi gelişimdir. Ölçekten elde edilen puanların toplam puanları karşılama oranları değerlendirildiğinde en yüksek oranın %72,2 ile manevi gelişim puanı, en düşük oranın ise %42,8 ile fiziksel aktivite alt faktörü olduğu görülmüştür. (Tablo 14)

Manisa’da kadınlarda sağlığı geliştiren faktörlerin sorgulandığı bir başka çalışmada saptanan SYBD ölçek toplam puan ortalaması 112,7±20,8 dir. SYBD ölçek alt alan puan ortalamaları incelendiğinde; kendini gerçekleştirme 33,4±7,4, sağlık sorumluluğu 19,4±5,8, beslenme 15,5±3,3, kişilerarası destek 21,1±3,4, stres yönetimi 15,1±4,1, egzersiz 7,8±3,3 olarak bulunmuştur (Altıparmak ve Kutlu, 2009).

Samsun’da ise araştırmaya katılan kadınların SYBDÖ toplam puan ortalamasının 138.62±23.25 olduğu bulunmuştur. Kadınlar alt boyut puan ortalamalarında ise,

kişilerarası ilişkilerden  $28.75 \pm 5.82$ , beslenmeden  $23.48 \pm 4.20$ , sağlık sorumluluğundan  $23.05 \pm 5.69$ , fiziksel aktiviteden  $15.62 \pm 4.75$ , stres yönetiminden  $20.11 \pm 4.85$  ve manevi gelişimden  $27.91 \pm 5.10$  puan almışlardır (Uğur, 2009).

Sivas'ta yapılan bir çalışmada bu çalışmaya benzer olarak; ölçek ortalama puanı  $128,55 \pm 21,31$ , egzersiz  $9,48 \pm 3,49$  stres yönetimi  $17,31 \pm 4,20$  saptanmıştır (Akgül, 2008).

Yalçınkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer değerler elde edilmiştir. Kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi ölçeği verileri toplam puan ortalaması  $122,27 \pm 17,55$  yeni ölçekte manevi gelişim olarak adlandırılan kendini gerçekleştirme  $23,75 \pm 4,23$  saptanırken en düşük ortalama değer egzersiz alt bölümünde ( $14,82 \pm 3,80$ ) görülmüştür. (Yalçınkaya ve ark., 2007)

Amerika'da yapılan bir çalışmada kadınlara ait ortalama SYBD II puanı  $136,4$  saptanmıştır.(Thanavaro et al., 2006). Bölgeler arası kadınlarda SYBD ölçeği puanları değişkenlik göstermektedir. Çalışmamızda en düşük puan fiziksel aktivite alt faktöründe bulunmuştur. Bunu diğer illerde yapılan çalışmalar da desteklemektedir. McElligott ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu çalışmaya paralel olarak en düşük puan alınan alt faktörler fiziksel aktivite ve stres yönetimi olmuştur. (McElligott et al, 2009)

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları farklı gruplarda da sorgulanmıştır. Katılımcılarını üniversite öğrencilerinin oluşturduğu bir çalışmada ölçek puan sıralaması şöyledir; kendini gerçekleştirme alt ölçeği  $35,6 \pm 6,4$ , sağlık sorumluluğu alt ölçeği  $20,3 \pm 5,7$ , kişilerarası destek alt ölçeği  $19,4 \pm 3,6$ , stres yönetimi alt ölçeği  $17,4 \pm 3,6$ , beslenme alt ölçeği  $14,9 \pm 3,5$ , egzersiz alt ölçeği  $9,5 \pm 3,5$  olarak saptanmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması  $117,9 \pm 19,5$  olarak belirlenmiştir (Yıldırım, 2005).

Adölesanlarda yapılan bir çalışmada SYBD toplam puanı  $117,43 \pm 19,53$  egzersiz puanı  $10,29 \pm 3,07$  beslenme puanı  $14,99 \pm 3,16$  stres yönetimi puanı  $17,38 \pm 3,99$  kişilerarası destek  $19,25 \pm 3,59$  puanı sağlık Sorumluluğu puanı  $20,07 \pm 5,12$  ve kendini gerçekleştirme puanı  $35,44 \pm 6,96$  saptanmıştır (Geçkil ve Yıldız, 2006).

Öğretmenler ile yapılan çalışmada SYBD ölçeğinden alınan puanlar sırasıyla; kendini gerçekleştirme  $37,98 \pm 5,61$ , sağlık sorumluluğu  $23,23 \pm 5,52$ , kişilerarası destek  $20,15 \pm 3,21$ , beslenme  $18,30 \pm 3,03$ , stres yönetimi  $17,82 \pm 3,50$ , egzersiz  $9,45 \pm 3,05$

olarak saptanmıştır. Sınıf öğretmenlerinin SYBD ölçeği toplam puan ortalaması ise  $126,94 \pm 17,70$ 'tir. (Karakoç, 2006)

Öğretim elemanları ile yaptıkları çalışmada; Alt ölçeklerden alınan en yüksek puanın kendini gerçekleştirme ( $27,2 \pm 4,1$ ), en düşük puanın ise egzersize ait ( $18,0 \pm 4,8$ ) olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan öğretim elemanları; ölçeğinin genelinden  $139,5 \pm 18,0$  puan almışlardır. (Kaya ve ark., 2008)

Asistanlar ile yapılan bir çalışmada SYBD alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek puanı sırasıyla kişilerarası ilişkiler ( $23,72 \pm 3,73$ ) ve kendini gerçekleştirme ( $23,39 \pm 4,00$ ) alt ölçeklerinden almışlardır. En az puanı sırasıyla fiziksel aktivite ( $14,68 \pm 4,24$ ) ve stres yönetimi ( $17,00 \pm 3,76$ ) alt ölçeklerinden almışlardır (Türkol ve Güneş, 2012).

Sağlıklı yaşam biçimine etki edenler faktörleri belirlemek amacıyla çeşitli analizler yapılmıştır. Bireylerin demografik özellikleri, vücut bileşimleri ve besin tüketimlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkileri sorgulanmıştır.

Katılımcıların yaşları ile ölçek toplam puanı, fiziksel aktivite puanı, stres yönetimi puanı ilişkilidir. ( $p < 0,05$ ). Yaş arttıkça manevi gelişim alt faktör puanı da azalmaktadır. ( $p < 0,01$ ) Bu çalışmada katılımcıların yaşları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında negatif ilişki saptanmıştır. Yaşı küçük olan bireyler daha yüksek puan elde etmişlerdir. (Tablo 15)

Daha önce yapılan çalışmalarda yaş ile ölçek toplam puan ve alt faktör puanlarının ilişkileri sorgulanmıştır. Sivas'ta yapılan bir çalışmada yaşa göre kendini gerçekleştirme (manevi gelişim), sağlık sorumluluğu ve egzersiz alt bölümleri ile pozitif korelasyon saptanmıştır (Akgül, 2008). Manisa'da yapılan çalışmada kişilerarası destek alt faktörü puanı yaş ile ilişkili bulunmuştur (Altıparmak ve Kutlu, 2009). Ankara'da yapılan çalışmada kadınların yaşının, manevi gelişim boyutunu etkilediği ve etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Uğur, 2009). Konya'da yapılan çalışmada yaş grupları arasında kendini gerçekleştirme, kişilerarası arası destek, egzersiz ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Koçoğlu, 2006). Örneklemi öğretmenlerin oluşturduğu çalışmada; egzersiz, beslenme, stres yönetimi alt ölçeği ve genel ölçek puan ortalamaları arasında farklılık saptanmıştır (Karakoç, 2006). Başka bir çalışmada ise toplam puanlar, sağlık sorumluluğu puanı ve beslenme puanı yaşla anlamlı

düzyeyde artmaktadır (Tokuç ve Berberoğlu, 2007). Öğrencilerle yapılan çalışmada ise kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası destek ortalama puanları, (Kocaakman ve ark., 2010) ve bir başka öğrenci çalışmasında yaş ile manevi gelişim ve stres yönetimi arasında anlamlı ilişki saptamışlardır (Kandari and Vidal, 2007). Elazığ'da akademik personel ile yapılmış çalışmada kendini gerçekleştirme, beslenme ve stres yönetimi yaş ile birlikte artmıştır (Pirinççi ve ark., 2008). Tayvan'da kadınlar ile yapılan bir çalışmada stres yönetimi puanının yaş ile arttığı saptanmıştır (Lee and Wang, 2005).

Isparta'da yapılan bir çalışmada diğer çalışmaların aksine yaş gruplarına göre; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası destek alt faktörlerinden alınan puanların ortalama değerleri yaş ilerledikçe azaldığı ancak farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır (Özçelik, 2012). Amerika'da yapılan bir çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaş arasında ilişki saptanmamıştır (Thanavaro et al., 2006).

Bekar katılımcılarda ölçek toplamı  $124,9 \pm 23,3$  sağlık sorumluluğu puanı  $19,3 \pm 4,3$  fiziksel aktivite puanı  $13,8 \pm 5,2$  beslenme puanı  $20,6 \pm 4,6$  manevi gelişim puanı  $26,8 \pm 4,8$  kişilerarası ilişki puanı  $25,8 \pm 8$  stres yönetimi puanı  $18,5 \pm 4,5$  saptanırken; evlilerde bu faktörler sırasıyla  $122,0 \pm 22,2$ ,  $19,1 \pm 4,7$ ,  $13,6 \pm 4,7$ ,  $21,7 \pm 5,2$ ,  $25,5 \pm 4,2$ ,  $24,9 \pm 4,4$  ve  $17,2 \pm 4,0$  saptanmıştır. (Tablo 18) Medeni durum ile ölçek toplam puanları ve alt faktör puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Daha önce yapılmış çalışmalarda medeni durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği saptanmıştır.

Uğur tarafından Samsun'da yapılan çalışmada ve Isparta'da yapılan çalışmada kadınların medeni durumları ile ölçeğin kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız saptanmıştır (Uğur, 2009, Özçelik, 2012).

Medeni durumunun istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu çalışmalar bulunmaktadır. Akgül 2008'de yaptığı çalışmada evlilerde beslenme ve kişilerarası ilişki puanlarını, Türkol ve Güneş 2012'de yaptıkları çalışmada sağlık sorumluluğu puan ortalamalarını daha yüksek saptamışlardır. Bir başka çalışmada medeni durum ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi ile ilişkili bulunmuş,

evli bireylerin daha yüksek puanlar aldıkları belirtilmiştir (Kandari and Vidal, 2007). Konya’da yapılan çalışmada medeni durum ile egzersiz, stres ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (Koçoğlu, 2006). Akademik personel ile yapılan bir çalışmada evli bireyler toplam ölçek puanı, kişilerarası destek, kendini gerçekleştirme ve beslenmede daha yüksek puan almışlardır (Pirinççi ve ark. 2008).

Eğitim durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini saptamak amacıyla yapılan analiz sonucuna göre katılımcıların eğitim durumları fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişilerarası ilişki alt faktör skorlarında farklılığa neden olmaktadır ( $p<0,05$ ). Bu farklılık önlisans ve lisansüstü eğitim almış bireylerden kaynaklanmaktadır. Kadınlarda eğitim seviyesi arttıkça ölçekten alınan puanlar artmaktadır. (Tablo 17)

Daha önce yapılan çalışmada kadınların eğitim durumlarının, fiziksel aktiviteyi etkilediği, lise ve üzeri eğitim seviyesinde olanların fiziksel aktivitelerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Uğur, 2009). Yapılan çalışmalarda eğitim seviyesi arttıkça ölçek toplam puanı ve tüm alt faktörler için alınan puanların arttığı saptanmıştır (Thanavaro et al., 2006, Koçoğlu, 2009, Koçoğlu, 2006). Bu çalışmaların aksine Isparta’da yapılan bir çalışmada araştırma grubunun eğitim durumlarına göre toplam puan ve alt faktör puan ortalamaları açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Özçelik ,2012).

Çalışmamızda hastalık durumları ve sigara alışkanlıkları ile ölçek toplam puanları ve alt faktör puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kronik hastalığı bulunmayan bireylerde ölçek toplam puanı, sağlık sorumluluğu puanı, manevi gelişim puanı, kişilerarası ilişkiler puanı ve stres yönetimi puanları daha yüksek saptanmış ancak istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Sigara kullanmayan bireyler manevi gelişim dışında tüm alt faktörler ve toplam puanda daha yüksek puanlar almışlardır ancak bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı değildir ( $p>0,05$ ). (Tablo 16)

Sivas’ta yapılmış çalışmada kronik hastalık ile SYBD ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasında, kronik hastalığı olmayanların kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi alt ölçek ve genel ölçek puanlarının daha yüksek olduğu, kronik hastalığı olanların ise egzersiz ve kişilerarası

destek puanlarının daha fazla olmasına rağmen istatistiksel karşılaştırmada anlamlı bir fark bulunmamıştır (Akgül 2008). Katılımcılarını üniversite öğrencilerinin oluşturduğu bir çalışmada kronik hastalık durumu puanlarda anlamlı farklılık oluşturmamıştır (Yıldırım, 2005). Öğretmenlerle yapılan bir çalışmada kronik bir hastalığı olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Tokuç ve Berberoğlu, 2007).

Başka bir çalışmada kronik hastalığı olmayanların, toplam puanları ve kendini gerçekleştirme, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve sağlık sorumluluğu alt faktör puanları, kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek saptanmış ancak sadece egzersiz ve kişilerarası destek alt faktörlerinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur (Özçelik, 2012). Pirinççi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kronik hastalığı olana bireylerin sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme alt faktörlerinden aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Pirinççi ve ark., 2008).

Sigara kullanım durumunun sağlıklı yaşam biçimi puanlarına etkisi sorgulanan örneklemi sağlık çalışanlarının oluşturduğu çalışmada, sigara içmeyenlerde beslenme alt faktör puanı daha yüksek saptanmıştır (Yalçınkaya ve ark 2007). Bir başka çalışmada lise öğrencilerinin sigara kullanma durumu ile 'kendini gerçekleştirme' ve 'beslenme' alt ölçekleri arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Lise öğrencilerden hiç sigara kullanmayanların 'kendini gerçekleştirme' ve 'beslenme' alt testinden aldıkları puan diğer öğrencilere anlamlı düzeyde yüksektir (Dağdeviren, 2010). Yıldırım çalışmasında sigara içmeyenlerde beslenme ve kişilerarası destek skorunu anlamlı olarak daha yüksek saptamıştır (Yıldırım, 2005). Amerika'da yapılan çalışmada toplam puan ile sigara kullanma durumu ile negatif ilişkili olduğu saptanmıştır, sigara kullanmayan bireyler daha yüksek puan elde etmiştir (Thanavaro et al., 2006).

Bireyler beden kütle indeksi (BKİ) değerlerine göre gruplara ayrılmış ve SYBD II ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır (Tablo 19). BKİ grupları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeklerinden alınan puan ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Gruplar arası detaylı analiz yapılmıştır. Bu değerlendirmede farklılıkların BKİ>30 olan grup ve BKİ<18,5 olan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Beden kütle indeksi düşük olan bireylerin tüm alt faktörler ve ölçekten aldıkları toplam puanlar daha yüksektir ( $p<0,05$ ). Vücut bileşiminin sağlıklı

yaşam biçimi davranışları ile ilişkisini saptamak amacıyla Pearson korelasyon testi uygulanmıştır. Test sonucunda elde edilen verilere göre Vücut yağ miktarı (kg) ve vücut yağ yüzdesi, yağ dışı vücut ağırlığı, beden kütle indeksi, vücut ağırlığı sağlık yaşam biçimi alt faktörleri ile negatif ilişkilidir ( $p<0,01$ ). Bu parametreler azaldıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları artmaktadır.

Daha önce yapılan çalışmalarda beden kütle indeksi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Thanavaro et al., 2006, Karakoç, 2006, Kaya ve ark., 2008).

BIA yöntemi ile elde edilen yağ yüzdelerine göre bireyler gruplara ayrılmış ve ölçekten aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. (Tablo 20) Ortalamalar arası farklılıklar ölçek toplam puanı ve tüm alt faktörlerde anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Ortalamalar arasındaki bu farklılıklar sağlıklı vücut yağ yüzdesine sahip gruptan kaynaklanmaktadır. Ayrıca hafif şişman olarak değerlendirilen grup ölçek toplam puanı, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve kişilerarası ilişki alt faktörlerinde farklılığa neden olmaktadır. Bireylerin vücut yağ yüzdesi yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından aldıkları puanlar azalmaktadır.

Çalışmada katılımcılardan bir günlük besin tüketimleri alınmıştır. Besin tüketimi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ilişkisini saptamak amacıyla Pearson korelasyon testi uygulanmıştır. Besin tüketiminden elde edilen toplam besinlerle alınan yağ miktarı (gr) normal dağılıma uymaması nedeniyle Spearman korelasyon testine tabi tutulmuştur. Testler sonucunda elde edilen verilere göre sağlık sorumluluğu ile günlük alınan enerji ve toplam karbonhidrat miktarı (gr) arasında ilişki saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Beslenme alt faktör puanı ile besin tüketiminden sağlanan yağ miktarı ve alınan enerji arasındaki ilişki anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

Günlük tüketilen enerji arttıkça ölçekten alınan toplam puan, sağlık sorumluluğu puanı, beslenme puanı azalmaktadır. Günlük tüketilen karbonhidrat (gram) arttıkça ölçek toplam puanı, sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt faktörlerinden alınan puanlar azalmaktadır. Günlük tüketilen yağ miktarı (gram) arttıkça beslenme puanları, lif miktarı (gram) arttıkça stres yönetimi puanları azalmaktadır.

Diğer faktörlerin sağlıklı yaşam biçimine etkilerinin sorgulandığı çalışmalar da bulunmaktadır. Sosyal faktörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisinin

sorgulandığı çalışmada sosyal destek ve kültürel alışkanlıkların fiziksel aktivite dışında tüm alt faktörler ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Cha, 2010).

Birçok faktörün etkilerinin sorgulandığı başka bir çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile cinsiyet, yaş, akademik unvan, 12 yaşına kadar yaşamlarını geçirdikleri yer, aile tipi, çocuğu olma durumu, ocuk sayısı, sigara ve alkol kullanma, beden kütle indeksi, kronik hastalık ve kendi sağlığını algılama durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Kaya ve ark., 2008).



## 8. Sonuç ve Öneriler

### 8.1. Sonuçlar

Yetişkin kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile besin tüketimleri ve vücut bileşimlerinin ilişkisinin sorgulandığı çalışmanın sonuçları aşağıda özetlenmiştir.

- Bireylerin yaş ortalaması  $32,7 \pm 7,7$  yıldır.
- Çalışmaya katılan kadınların %61'i evli, %39'u bekadır.
- Bireylerin %44'ü lisans mezunu, %28'i lise mezunu, %9'u ilköğretim 1. kademe mezunu ve %2'si okuryazar değildir.
- Katılımcıların %14'ünde hekim tarafından teşhis edilmiş bir hastalık vardır. En sık rastlanan hastalık %33,3 ile tiroit bezi hastalıklarıdır. Tiroit bezi hastalıklarını belirttiği (%13,3) ve hipertansiyon (%13,3) izlemektedir.
- Katılımcıların %75'i sigara kullanmamaktadır, %3'ü bırakmış ve %22'si sigara içmeye devam etmektedir.
- Çalışmada saptanan ortalama boy uzunluğu  $161,8 \pm 6,4$ 'tür.
- Ortalama vücut ağırlığı  $73,9 \pm 15,8$  kg saptanmıştır.
- Ortalama beden kütle indeksi  $28,26 \pm 5,85$  kg/m<sup>2</sup> saptanmıştır. Katılımcıların %1'i zayıf, %35'i normal vücut ağırlığında, %31'i hafif şişman ve %33'ünün BKİ değeri 30'un üstündedir.
- Bireylerin %56'sı 3 ana öğün beslenmektedir. 3 ara öğün yapanların oranı ise 13'tür. Elde edilen verilere göre 3 ana öğün yapan bireylerin oranı %56; 2 öğün beslenenler %44'tür.
- Katılımcıların %36'sı 1 ara, %21'i 2 ara %13'ü 3 ara öğün yaparken %26'sı hiç ara yapmamaktadır.
- Öğün atlama durumuna ilişkin veriler sorgulandığında bireylerin %90'ı öğün atladığını bildirmiştir.
- Öğün atlayanların en sık atladığı öğün %55 ile öğle öğünüdür.
- Öğün atlamanın nedenlerinde en yüksek belirtilen nedenler %38,9 ile zaman yetersizliği ve %32,2 ile sabahları geç kalkmadır.
- En fazla 3 seçenek işaretleyen katılımcıların öğün aralarında en sık tükettikleri besinler %51 ile Şeker, çikolata gibi besinler ve %49 ile simit, bisküvi, kurabiye türleridir.

- Bireylerin öğün aralarında en sık tükettikleri içecek %73 ile siyah çaydır.
- Katılımcıların yemek seçiminde en çok dikkat ettikleri noktalar %77 ile lezzetli olması, %48 ile sunulan ortamın temizliği ve %46 ile doyurucu olması en dikkat edilen noktalardır.
- Besin tüketim kayıtlarından elde edilen verilere göre ortalama enerji alımları günlük 1926,6±584,6 kkaldir.
- Enerjinin karbonhidrat, protein ve yağdan sağlanan oranları sırasıyla %45,0±7,1 %16,9±3,8 ve %38,1±7,4 bulunmuş olup ortalama lif alımları ise 24,8±9,1 gramdır.
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeğinden elde edilen toplam puan ortalama 123,2±22,6'dır. Alt faktörlere ilişkin ortalamalar incelendiğinde en düşük puan elde edilen alt bölüm 13,7±4,9 ile fiziksel aktivitedir. Fiziksel aktiviteyi sırasıyla stres yönetimi (17,7±4,2); sağlık sorumluluğu (19,2±4,7) beslenme (21,3±4,9) ve kişilerarası ilişkiler(25,3±4,5) takip etmektedir. En yüksek puan elde edilen bölüm ortalama 26,0±4,4 puan ile manevi gelişimdir.
- Ölçekten elde edilen puanların toplam puanları karşılama oranları değerlendirildiğinde en yüksek oranın %72,2 ile manevi gelişim puanı, en düşük oranın ise %42,8 ile fiziksel aktivite alt faktörü olduğu görülmüştür.
- Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt faktörleri ayrı ayrı değerlendirildiğinde en çok dikkat çeken unsur egzersiz alt faktöründen alınan düşük (ortalama 13,7±4,9) puandır.
- Katılımcıların yaşları ile ölçek toplam puanı, fiziksel aktivite puanı, stres yönetimi puanı ilişkilidir ( $p<0,05$ ). Yaş arttıkça manevi gelişim alt faktör puanı azalmaktadır ( $p<0,01$ ).
- Medeni durum ile ölçek toplam puanları ve alt faktör puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- Kadınlarda eğitim seviyesi arttıkça ölçekten alınan puanlar artmaktadır. Eğitim durumu fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişilerarası ilişki alt faktör skorlarında farklılığa neden olmaktadır ( $p<0,05$ ). Bu farklılık önlisans ve lisansüstü eğitim almış bireylerden kaynaklanmaktadır.
- Beden kütle indeksi (BKİ) grupları ile SYBD II ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. BKİ grupları ile toplam puan ve tüm alt faktör ortalamaları arası farklılıklar anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

- Vücut yağ miktarı (kg) ve vücut yağ yüzdesi, yağ dışı vücut ağırlığı, beden kütle indeksi, vücut ağırlığı sağlık yaşam biçimi alt faktörleri ile ilişkili bulunmuştur ( $p<0,01$ ).
- Yağ yüzdeleri ile ölçekten aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tüm alt faktör ortalamaları ve toplam ölçek puanı vücut yağ yüzdesinden etkilenmektedir ( $p<0,05$ ). Sağlıklı vücut yağ yüzdesine sahip bireylerin puanları diğer gruplardan yüksektir.
- Sağlık sorumluluğu ile günlük alınan enerji ve toplam karbonhidrat miktarı (gr) arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0,01$ ).
- Beslenme alt faktör puanı ile besin tüketiminden sağlanan yağ miktarı ve alınan enerji arasındaki ilişki anlamlıdır ( $p<0,05$ ).
- Bu çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının vücut bileşimi, beslenme alışkanlıkları ve bazı demografik özellikler ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

## 8.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen verilere göre öneriler sıralanmıştır.

Kadınların sağlığını geliştirmek ve korumak için sağlıkla ilgili konularda eğitim programları oluşturulmalıdır. Kadınların sağlık konusunda eksik kaldıkları noktalar belirlenmeli eğitim programları bu doğrultuda planlanmalıdır.

Bireylerin, kendi yaşam şekillerine uygun diyetin nasıl olması gerektiğini, sağlıkla beslenme örüntüsü arasındaki ilişkileri, besinleri işlerken besin sağlığının nasıl korunacağını, hastalık durumunda diyetin nasıl ayarlanacağını bilmeleri ve bu konularda yanlış davranış ve kötü alışkanlıkların yerine doğru beslenme davranışları ve alışkanlıkları kazanmaları beslenme eğitimiyle sağlanır.

Beslenme eğitiminin etkili olabilmesi için de sürekliliği önemlidir. Etkin ve sürekli verilecek beslenme eğitiminin, beslenme bilgi ve tutumunu olumlu yönde etkileyeceği, yanlış inanç ve tutumların düzeltilmesi açısından önem taşıdığı düşünülmektedir.

Toplumun beslenme konusundaki hatalı davranışları geniş örneklemlerle çalışmalar ile belirlenmeli, bu davranışlara yönelik iletişim araçlarını kullanarak mesajlar verilmelidir.

Yeterli ve dengeli beslenmenin öğretilmesi, düzenli egzersiz alışkanlığının kazandırılmasının devlet politikası haline gelmesi halk sağlığı açısından önemli bir adım olacaktır.

Toplumda sağlık politikalarının belirlenmesi için mevcut durumun saptanması gereklidir. Günümüzde giderek yaygınlaşan obezitenin önüne geçilebilmesi için toplum bazında beslenme araştırmaları yapılmalı, kayıtları titizlikle tutulmalıdır.

Antropometrik verilerin değerlendirilebilmesi için toplum bazında yaş, cinsiyet ve özel durumlar dikkate alınarak standartlar geliştirilmelidir.

Ölçeğin en zayıf alt faktörünün egzersiz/fiziksel aktivite olması göz önünde bulundurulmalı, bireylere aktivite yapacakları imkanlar sağlanmalı ve küçük yaştan itibaren egzersiz alışkanlığı kazanması için desteklenmelidir.

Kadınlar ve tüm bireyler için spor, fiziksel faaliyet alanları yaygınlaştırılmalı, kişilerin kolay ulaşmaları sağlanmalıdır.

Sigara kullanımının zararları konusunda çeşitli eğitim materyalleri hazırlanarak kadınların bilinçlenmesi sağlanmalıdır. Sigarayı bırakmaya yardımcı olacak seminerler düzenlenmeli, bireylere tıbbi destek sağlanmalıdır.

Strese neden olan etmenlerin belirlenmesi ve ortadan kaldırılmasına yönelik araştırmalar yapılmalıdır. Kadınlara stresle başa çıkma yolları öğretilmelidir.

Kadınlara kronik hastalıkların nedenleri, koruyucu önlemleri, hastalıklardan korunmak için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemi anlatılmalı, hastalık durumlarında hekim tarafından önerilen tedaviye uyulmasının önemi öğretilmelidir.

Sağlık bakanlığı sağlık personelini sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında eğiterek aile hekimlikleri vasıtasıyla toplum eğitimlerini sağlamalıdır.

Sağlığı geliştirmek amacıyla sağlık eğitimi programları geniş kapsamlı, yerel, sosyal ve kültürel özelliklere dayalı olmalıdır. Bireylere düzenlenecek eğitim hazırlanırken; yaş, medeni durum, gelir düzeyi gibi sosyodemografik özellikler göz önünde tutulmalıdır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaygınlaşmasını amaçlayan sosyal politikalar ile desteklenen toplum düzeyindeki programların ülke çapına yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.

## 9. Kaynaklar

Akgül N. (2008) Sivas İl Merkezi Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-etkililik-yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Güngör Güler)

Altıparmak S., Koca Kutlu A. (2009) 15–49 Yaş grubu kadınlarda sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull 8(5):421-426.

Araz A., Harlak H., Meşe G.(2007) Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. Kor Hek 6(2):112-122.

Arslan P., Dağ A., Türkmen E.(Ed). (2012). Her Yönüyle Obezite Önleme ve Tedavi Yöntemleri., Cem Matbaacılık, İstanbul. s:58, 63, 66.

Arslan C., Ceviz D. (2007) Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. FÜ Sag Bil Tıp Derg 21(5): 211-220.

Aslan D., Atilla S. (2002) Önemli bir sağlık sorunu: şişmanlık. STED 11(5):170-171.

Ata E. (2008) Hemşirelik Eğitim Programının Öğrencilerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Gelişimine ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Prof. Dr. Selma Doğan)

Aydın D. (2006) Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma: yaşam biçiminin rolü. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 13(4):43-48.

Bahar Z., Beşer A., Gördes N., Ersin F., Kıssal A. (2008) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Cumhuriyet Univ Hemsire Yo Derg 12(1):1-13.

Başbüyük G., Akın G. (2007) Sivas il merkezinde yetişkin kadın ve erkeklerde obezite değerleri. Turkish Studies International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Volume 2/4 Fall: 1239-1261.

Bayrak U., Gram E., Mengeş E., Okumuş Z., Sayar H., Skrijelj E., Açıkgöz A., Çehreli R., Ellidokuz H. (2010) Üniversite öğrencilerinin sağlıkla ilgili alışkanlıklar ve kanser konusundaki bilgi ve tutumları. *De Univ Tıp Fak Derg* 24(3):95-104.

Baysal A. Aksoy M. ve diğerleri. (2008). *Diyet El Kitabı*, Yenilenmiş 5. Baskı. Hatiboğlu Yayıncılık, Ankara, s:7-9.

Baysal A., Baş M.(Ed). (2008). *Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi*., Ekspres Baskı, Ankara.

(BEBİS Tam versiyon 7.0 Lisans No: 1884960)

Beechy L., Galpern J., Petrone A., Krupa Das S. (2012) Assessment tools in obesity-psychological measures, diet, activity, and body composition. *Physiol Behav* 107:154–171.

Cao W., Chen C., Hua Y., Li Y., Xu Y., Hua Q. (2012) Factor analysis of a health-promoting lifestyle profile (HPLP): application to older adults in Mainland China. *Arch Gerontol Geriatr* 55:632–638.

Carreno J., Vyhmeister G., Grau L., Ivanovic D. (2006) A health promotion programme in Adventist and non-Adventist women based on Pender's model: A pilot study. *Public Health* (120):346–355.

Cha C. (2010) Health promotion and related factors among korean goose mothers. *Asian Nurs Res* 4(4):205–215.

Chrostowska M., Szyndler A., Hoffmann M., Narkiewicz K. (2013) Impact of obesity on cardiovascular health. *Baillieres Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 4:1-10.

Cihangiroğlu Z., Deveci S. (2011) Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Derg* 16(2):78-83.

Cueto S. (2001) Breakfast and dietary balance: the enKid Study. *Public Health Nutr* 4(6A):1429-1431.

Çayır A., Atak N., Köse S. (2011) Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. *Ankara Univ Tıp Fak Mecm* 64(1):13-19.

Çelik G., Malak A., Bektaş M., Yılmaz D., Yümer A., Öztürk Z., Demir E. (2009) Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Anatol J Clin Investig* 3(3):164-169.

Dağdeviren Z. (2010) Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa (Danışman: Doç. Dr. Zeynep Şimşek)

Doğan N., Toprak D., Demir S. (2011) Afyonkarahisar ilinde obezite prevalansı ve ilgili risk faktörleri. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 31(1):122-132.

Driskell J., Kim Y., Goebel K.(2005) Few differences found in the typical eating and physical activity habits of lower-level and upper-level university students. *J Am Diet Assoc* (105):798-801.

Erem C., Yıldız R., Kavgacı H., Karahan C., Deger O., Çan G., Telatar M. (2001) Prevalence of diabetes, obesity and hypertension in a Turkish population (Trabzon city) *Diabetes Res Clin Pract* 54:203–208.

Ersoy G. (2004). *Egzersiz ve Spor Yapanlar İçin Beslenme Sorular ve Cevapları İle Açıklamalı Sözlük.*, Geliştirilmiş 3. Baskı. Nobel Yayıncılık, Ankara.

Farshchi H., Taylor M., Macdonald I.(a) (2005) Deleterious effects of omitting breakfast on insulin sensitivity and fasting lipid profiles in healthy lean women. *Am J Clin Nutr* (81):388–96.

Farshchi H., Taylor M., Macdonald I.(b) (2005) Beneficial metabolic effects of regular meal frequency on dietary thermogenesis, insulin sensitivity, and fasting lipid profiles in healthy obese women. *Am J Clin Nutr* (81):16–24.

Filozof C., Gonzalez C., Sereday M., Mazza C., Braguinsky J. (2001) Obesity prevalence and trends in Latin-American countries. *Obes Rev* (2): 99–106.

Fiziksel Aktivite Bilgi Serisi, Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız, 2008, [http://www.beslenme.gov.tr/content/files/arastirmalar/uyelik/beslenme\\_bilgi\\_serisi/Kitaplar/e/e\\_01\\_fizikselaktivitevesagligimiz.pdf](http://www.beslenme.gov.tr/content/files/arastirmalar/uyelik/beslenme_bilgi_serisi/Kitaplar/e/e_01_fizikselaktivitevesagligimiz.pdf), Erişim Tarihi:10 Şubat 2013

Geçkil E., Yıldız S. (2006) Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle başetme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. *Cumhuriyet Univ Hemsire Yo Derg* 10(2 ):19-28.

Güneş G., Genç M., Pehlivan E. (2000) Yeşilyurt sağlık ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda obezite. *Turgut Özal Tıp Merk Derg* 7(1):48-53.

Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, 2010  
<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71613/h/kalp-ve-damar-hastaliklarini-onleme-ve-kontrol-programi.pdf>, Erişim Tarihi: 01 Mayıs 2013

Kandari F., Vidal V. (2007) Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level, and academic performance of College of Nursing students in Kuwait. *Nurs Health Sci* (9):112–119.

Karakoç A. (2006) Sınıf Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Güngör Güler)

Kaya M., Özvarış Ş., Atlas H., Altay M., Atik Ç., Aytekin G., Badak E. (2008) Ankara'da bir sağlık ocağına ve belediyeye ait bir spor kompleksine başvuran 18 yaş ve üzeri kadınların sağlığı geliştirici yaşam biçim düzeylerinin belirlenmesi. *Toplum Hekim Bul* 28(1):8-13.

Kılıç E., Şanlıer N. (2007) Üç kuşak kadınının beslenme alışkanlıklarının karşılaştırılması. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 31-44 15(1):31-44.

Kocaakman M., Aksoy G., Eker H. (2010) İstanbul ilindeki hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* 17(2):19-24.

Koçoğlu D. (2006) Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Belgin Akın)

Koruk İ., Şahin T. (2005) Konya fazilet uluışık sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş grubu ev kadınlarında obezite prevalansı ve risk faktörleri. *Genel Tıp Derg* 15(4):14-155.

Kutlutürk F., Öztürk B., Yıldırım B., Özüğurlu F., Çetin İ., Etikan İ., Sazlıdere H., Tetikçok R., Akbaş A., Şahin İ. (2011) Obezite prevalansı ve metabolik risk faktörleri ile ilişkisi: Ttokat ili prevalans çalışması. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 31(1):156-63.



Lee F., Wang H. (2005) A preliminary study of a health-promoting life style among southeast asian women in Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci* (21):114–20.

Mazıcıoğlu M, Öztürk A. (2003). Üniversite 3. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Erciyes Tıp Derg* 25(4):172-178.

McElligott D., Siemers S., Thomas L., Kohn N. (2009) Health promotion in nurses: Is there a healthy nurse in the house? *Appl Nurs Res* 22:211–215.

Nakade M., Lee J., Kawakubo K., Amano Y., Mori K., Akabayashi A. (2007) Correlation between food intake change patterns and body weight loss in middle-aged women in Japan. *Obes Res Clin Pract* (1)79-89.

Nazlıcan E., Demirhindi H., Akbaba M. (2011) Adana ili solaklı ve karataş merkez sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enst Derg* 1(2):5-12.

Okyay P., Uçku R. (2002) İzmir’de kentsel bir bölgedeki doğurgan çağıdaki kadınlarda şişmanlık prevalansı ve risk faktörleri. *Adnan Menderes Univ Tıp Fak Derg* 3(3):5-12.

Onur F. (2007) Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeydeki Ailelerin Beslenme Bilgi Düzeyleri ile Sebze-Meyve Tüketim Alışkanlıkları Üzerinde Bir Araştırma. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr.. Fulya Sarper)

Ögel K., Tamar D., Özmen E., Aker T., Sağduyu A., Boratav C., Liman O. (2003) İstanbul örnekleminde sigara kullanım yaygınlığı. *Bagım Derg* 4:105-108.

Özçelik H. (2012) Isparta İl Merkezinde Görev Yapan Toplum Öncüsü Bazı Meslek Üyelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Yonca Sönmez)

Özdemir G. (2009) Türk Kadınının Toplumsal Konumunun Gelişim Süreci. Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Metinleri. No:03/2009. [Elektronik dergi] <http://sosyalbe.nku.edu.tr/>

Özyazıcıoğlu N., Çınar H., Buran G., Ayverdi D. (2009) Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. *Atatürk Üni HYO Derg* 12(2): 34-40.

Pekcan G. (2012) Beslenme Durumunun Saptanması., Ankara [http://www.beslenme.gov.tr/content/files/arastirmalar/uyelik/beslenme\\_bilgi\\_serisi/Kitaplar/a/a\\_14\\_beslenme\\_durumunun\\_saglanmasi\\_52.pdf](http://www.beslenme.gov.tr/content/files/arastirmalar/uyelik/beslenme_bilgi_serisi/Kitaplar/a/a_14_beslenme_durumunun_saglanmasi_52.pdf)., Erişim Tarihi: 10 Şubat 2013

Pirinççi E., Rahman S., Durmuş A., Erdem R. (2008) Factors affecting health-promoting behaviours in academic staff. *Public Health* (122):1261-1263.

Rennie K., Jebb S. (2005) Prevalence of obesity in Great Britain. *Obes Rev* (6):11–12.

Ripoll R. (2012) Lifestyle medicine: The importance of considering all the causes of disease. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)* 5(1):48-52.

Sasai H., Katayama Y., Nakata Y., Eto M., Tsujimoto T., Ohkubo H., Tanaka K. (2010) The effects of vigorous physical activity on intra-abdominal fat levels: A preliminary study of middle-aged Japanese men. *Diabetes Res Clin Pract* (88):34-41.

Tanyeri F., Topbaş M., DüNDAR C., Dilek M., Pekşen Y. (2000) Samsun il merkezinde obezite prevalansı ve obezite-arteriyel kan basıncı ilişkisi. *Ondokuz Mayıs Univ Tıp Derg* 17(2):69-77.

Thanavaro J., Moore S., Anthony M., Narsavage G., Delicath T. (2006) Predictors of health promotion behavior in women without prior history of coronary heart disease. *Appl Nurs Res* (19):149–155.

TNSA, 2003 <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/SR115/SR115.pdf>., Erişim Tarihi: 15 Şubat 2013)

Tokuç B., Berberoğlu U. (2007) Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar. *Kor Hek* 6(6):421-426.

Topçu S. (2006) Göç Eden ve Göç Etmeyen Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ayşe Beşer)

Türkeri F. (2006) Yetişkin Eğitimi, Sağlık Davranış Modelleri ve Sağlığı Geliştirme Kavramları Arasındaki İlişkilerin Tanımlanması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Nazlı Atak)

Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı, 2011, [http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger\\_kitaplar/turkiye\\_asiri\\_tuz\\_tuketiminin\\_azaltilmasi.pdf](http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/turkiye_asiri_tuz_tuketiminin_azaltilmasi.pdf), Erişim Tarihi: 15 Şubat 2013

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/SR115/SR115.pdf>, Erişim Tarihi: 15 Şubat 2013

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>, Erişim Tarihi: 10 Şubat 2013

Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. Ankara (2004) [http://www.beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger\\_kitaplar/beslenme\\_rehberi.pdf](http://www.beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/beslenme_rehberi.pdf), Erişim Tarihi: 10 Şubat 2013

Türkol E., Güneş G. (2012) İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. İnönü Univ Tıp Fak Derg 19(3):159-66.

Uçar D., Bozkurt M., Uçar B., Bulut M., Azboy İ. (2011) Ev hanımlarında kronik bel ağrısı. J Clin Exp Invest 2(3):295-298.

Uğur H. (2009) Kanser Tarama Merkezine Başvuran Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Erken Tanı Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Samsun (Danışman: Yrd. Doç. Dr. İlknur Aydın Avcı)

Ünal D., Öztop D., Elmalı F., Öztürk A., Konak D., Pırlak B., Güneş D. (2009) Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. İnönü Univ Tıp Fak Derg 16(2):75-81.

Ünsal E. (2008) Diyet Eğitiminin Hiperlipidemik Hastaların Beslenme Alışkanlıkları, Beslenme Bilgi Düzeyleri ve Beslenme Durumuna Etkisinin Değerlendirilmesi Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Nevin Şanlıer)

Voulgari C., Pagoni S., Vinik A., Poirier P. Exercise improves cardiac autonomic function in obesity and diabetes. Metab. Clin. Exp. (62):609-621.

Yalçınkaya M., Özer F., Karamanoğlu A. (2007) Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Kor Hek 6(6):409-420.

Yardımcı H., Özçelik A. (2006) Ankara İli Gölbaşı İlçesinde Yetişkin Kadınların Antropometrik Ölçümleri ve Beslenme Alışkanlıkları Üzerinde Bir Araştırma. Ankara Üniversitesi Ev Ekonomisi Yüksekokulu Bilimsel Araştırma ve İncelemeler, Yayın No:13 [Elektronik Kitap] <http://kitaplar.ankara.edu.tr/dosyalar/pdf/038.pdf>

Yıldırım N. (2005) Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mine Bekar)

([http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html) erişim: 10.04.2013; 21:33)

## 10. Ekler

### 10.1. Ek-1 Anket Formu

#### YETİŞKİN KADINLARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE BESİN TÜKETİMİ VE VÜCUT BİLEŞİMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

ANKET NO:.....

#### A) GENEL BİLGİLER

1. Adınız-Soyadınız:.....
2. Yaş (yıl):.....
3. Doğum Tarihiniz: (gün/ay/yıl):...../...../.....
4. Boyunuz: .....(cm)
5. Vücut ağırlığınız:.....kg
6. Medeni Durumunuz: 1)Bekar 2)Evli
7. En son mezun olduğunuz okul:
8. Hekim tarafından teşhis edilmiş herhangi bir sağlık sorunuz var mı?  
1)Hayır (10. Soruya geçiniz) 2)Evet (belirtiniz).....
9. Hastalığınızla ilgili doktor, diyetisyen tarafından önerilen bir diyet uyguluyor musunuz?  
1)Hayır 2)Evet (evetse diyet türünü belirtiniz).....
10. Sigara kullanıyor musunuz?  
1) Hayır hiç içmedim 2).....yıl içtim, bıraktım 3)Evet, halen içiyorum

#### B) BESLENME ALIŞKANLIKLARI

11. Günde kaç öğün yemek yersiniz (.....Ana.....Ara)
12. Öğün atlar mısınız?  
1)Hayır 2)Evet 3)Bazen
13. Cevabınız “evet” veya” bazen” ise genellikle hangi öğünü atlarsınız? (En sık atladığınız tek bir öğünü işaretleyiniz)  
1)Sabah 2)Öğle 3)Akşam
14. Öğün atlama nedeninizi belirtiniz.  
1)Zaman yetersizliği 2)Canı istemiyor, iştahsız 3)Sabahları geç kalkıyor 4) Hazırlanmadığı için 5)Kilo almak istemediği için 6)Alışkanlığı yok 7)Sağlık problemleri, rahatsızlık hissi 8) Diğer(belirtiniz).....
15. Öğün aralarında genelde hangi tür yiyecekleri tercih edersiniz?(en çok tükettiğiniz 3 besin)  
1. Bir şey yemem 2. Simit, bisküvi, kurabiye 3. Şeker, çikolata, gofret  
4. Meyve 5. Yoğurt 6. Sandviç, tost, börek

7. Kuruyemiş 8.Çabuk çorba 9.Diğer(.....)

16. Öğün aralarında genelde hangi tür içecekleri tercih edersiniz?(en çok içtiğiniz 3 içecek)

1.Bir şey içmem 2.Su 3.Gazlı içecekler 4.Süt 5. Sade ve meyveli soda 6.Siyah Çay 7. Bitki Çayları 8.Kahve 9.Ayran 10. Meyve suları 11.Diğer(.....)

17. Yemek seçiminde dikkat ettiğiniz etmenler nelerdir? (3 seçenek işaretleyebilirsiniz)

1)Yemeğin Fiyatı 2)Doyurucu olması 3)Hazırlanma süresi 4)Temiz bir ortamda pişirilmesi 5)Malzeme kalitesi 6)Kolay pişirilmesi 7)Lezzeti 8)Besin Değeri 9)Diğer.....

### C) SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği (X) işareti koyarak belirtiniz.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru				

	sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				

42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

#### D) BESİN TÜKETİM KAYDI FORMU

Aşağıdaki form beslenme durumunuzu belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen **dün** tüketmiş olduğunuz besinleri miktarlarıyla beraber yazınız, tüketmiş olduğunuz yemeğin içindeki malzemeleri belirtiniz.

	Besin veya yemek adını miktarları ve ürün çeşitleriyle yazınız
<b>Sabah</b>	<p>.....çay bardağı (.....ml) .....çay</p> <p>.....su bardağı /süt(çeşidi:.....)</p> <p>.....meyve suyu(çeşidi:.....)</p> <p>Diğer(belirtiniz:.....)</p> <p>.....)</p> <p>.....kibrit kutusu (.....gram) ..... peynir</p> <p>.....adet yumurta (haşlanmış/yağda/diğer:.....)</p> <p>.....adet zeytin (çeşidi:.....)</p> <p>.....ince dilim ekmek(çeşidi:.....)</p> <p>.....adet sebze (çeşidi:.....)</p> <p>.....yemek kaşığı kahvaltılık gevrek (çeşidi:.....)</p> <p>Diğer(belirtiniz:.....)</p> <p>Diğer(belirtiniz:.....)</p>
<b>Ara</b>	<p>.....adet meyve (çeşidi:.....) (büyüklüğü:küçük boy/orta boy/büyük boy)</p> <p>.....adet bisküvi/çikolata/kek/börek (çeşidi:...../markası.....)</p> <p>Diğer(belirtiniz:.....)</p> <p>Diğer(belirtiniz:.....)</p> <p>.....)</p>



<b>Öğle</b>	<p>.....köfte kadar (.....gram)et (çeşidi:kırmızı/tavuk/balık/hindi)</p> <p>.....yemek kaşığı kurubaklagil(çeşidi:.....)</p> <p>.....yemek kaşığı sebze yemeği(çeşidi: :.....)</p> <p>.....yemek kaşığı pilav /makarna(çeşidi: :.....)</p> <p>.....kepçe çorba(çeşidi: :.....)</p> <p>.....yemek kaşığı yoğurt (çeşidi: :.....)</p> <p>..... adet sebze (çeşidi:.....)</p> <p>.....ince dilim ekmek(çeşidi:.....)</p> <p>Diğer(belirtiniz:.....)</p> <p>.....)</p> <p>Diğer(belirtiniz:.....)</p> <p>.....)</p> <p>Diğer(belirtiniz:.....)</p> <p>.....)</p>
<b>Ara</b>	<p>.....adet meyve (çeşidi:..... ....) (büyüklüğü:küçük boy/orta boy/büyük boy)</p> <p>.....adet bisküvi/çikolata/kek/börek</p> <p>(çeşidi:...../markası.....)</p> <p>Diğer(belirtiniz:.....)</p> <p>.....)</p> <p>Diğer(belirtiniz:.....)</p> <p>.....)</p> <p>Diğer(belirtiniz:.....)</p> <p>.....)</p>
<b>Akşam</b>	<p>.....köfte kadar (.....gram)et (çeşidi:kırmızı/tavuk/balık/hindi)</p> <p>.....yemek kaşığı kurubaklagil(çeşidi:.....)</p> <p>.....yemek kaşığı sebze yemeği(çeşidi: :.....)</p> <p>.....yemek kaşığı pilav /makarna(çeşidi: :.....)</p> <p>.....kepçe çorba(çeşidi: :.....)</p> <p>.....yemek kaşığı yoğurt (çeşidi: :.....)</p> <p>..... adet sebze (çeşidi:.....)</p> <p>.....ince dilim ekmek(çeşidi:.....)</p> <p>Diğer(belirtiniz:.....)</p> <p>Diğer(belirtiniz:.....)</p> <p>.....)</p> <p>Diğer(belirtiniz:.....)</p> <p>.....)</p>

### E) VÜCUT BİLEŞİMİ

Bu kısım vücut kompozisyonu analizi sonrası diyetisyen tarafından doldurulacaktır.

Yaş (yıl)	
Boy (cm)	
Vücut ağırlığı (kg)	
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	
Yağ miktarı (kg)	
Yağ Yüzdesi	
Sıvı (kg)	
Yağ dışı (kg)	
Kas(kg)	

### F) SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ DEĞERLENDİRMESİ

Bu kısım ölçek değerlendirme sonrası diyetisyen tarafından doldurulacaktır.

	PUAN
SAĞLIK SORUMLULUĞU	
FİZİKSEL AKTİVİTE	
BESLENME	
MANEVİ GELİŞİM	
KİŞİLERARASI İLİŞKİLER	
STRES YÖNETİMİ	
TOPLAM	

## 11. Özgeçmiş

### Kişisel Bilgiler

**Adı Soyadı:** Ayşe Nur YILMAZ  
**Doğum Yeri ve Tarihi:** Ankara/20.06.1988  
**Medeni Hali:** Bekar  
**Yabancı Dil:** İngilizce  
**E-posta Adresi:** dytaysenur@gmail.com  
**Tel:** 0 545 527 73 76

### Eğitim ve Akademik Durumu

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Lise</b>	Özel Cemal Şaşmaz Fen Lisesi	2005
<b>Lisans</b>	Hacettepe Üniversitesi	2010

### İş Tecrübesi

	<b>Görev</b>	<b>Süre</b>
<b>Ayşe Nur Yılmaz Beslenme &amp; Danışmanlık Merkezi</b>	Diyetisyen	2011- Halen
<b>Afiyet Hastanesi</b>	Diyetisyen	2010-2011

### Mesleki Dernek ve Kurum Üyeliği

### Kazanılan Ödüller, Teşvikler, Burslar

### Bildiriler/Yayımlar