

**TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ HEMŞİRELERİNİN
ZAYIFLAMA AMAÇLI DİYET ÜRÜNÜ KULLANMA
DURUMLARI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARI**

Hülya GEÇGEL KOÇ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Prof. Metin Fikret GENÇ**

Yüksek Lisans Tezi – 2015

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ
HEMŞİRELERİNİN ZAYIFLAMA AMAÇLI DİYET ÜRÜNÜ KULLANMA
DURUMLARI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI**

Hülya GEÇGEL KOÇ

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ**

**MALATYA
2015**

KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Hülya GEÇGEL KOÇ**'un "**Turgut Özal Tıp Merkezi Hemşirelerinin Zayıflama Amaçlı Diyet Ürünü Kullanma Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları**" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 28/05/2015



Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN
İnönü Üniversitesi
Jüri Başkanı



Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Üye



Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ
İnönü Üniversitesi
Üye



Doç. Dr. Ali ÖZER
İnönü Üniversitesi
Üye



Yrd. Doç. Dr. Ahmet Tevfik OZAN
Fırat Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun .../.../2015 tarih ve 2015/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Obezite.....	4
2.1.1. BKI.....	5
2.1.2. Obezite Sıklığı.....	5
2.1.3. Obezitenin Ortaya Çıkmasının Nedenleri.....	7
2.2. Obezitenin Tedavisi.....	8
2.2.1. Tıbbi Beslenme (diyet) Tedavisi.....	8
2.2.2. Egzersiz tedavisi.....	10
2.2.3. Davranış Değişikliği Tedavisi.....	10
2.2.4. İlaç Tedavisi.....	11
2.2.5. Cerrahi Tedavi.....	13
2.3. Diyet Ürünler.....	13
2.3.1. Tatlandırıcılar.....	15
2.3.2. Obezite Tedavisinde Bitkisel Ürünlerin Kullanılması.....	15
2.3.3. Vitamin-Mineral.....	17
2.3.4. Bitkisel Zayıflama Çayları.....	17
2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı.....	19
2.4.1. Obezitede Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı.....	20
2.4.2. Obezitede Beslenmeye Yönelik Yapılan Hatalı Davranışlar.....	20
2.4.3. Obezitede Olumlu Yeme Davranışı Kazanma.....	21
2.4.4. Obezitede Fiziksel Aktiviteyi Artırmaya Yönelik Davranış Kazanma.....	24
3. MATERYAL VE METOT.....	27
3.1. Araştırmanın Tipi.....	27
3.2. Evren ve Örneklem.....	27
3.3. Veri toplanması.....	27
3.4. Anket Formu.....	27

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
4. BULGULAR.....	29
4.1. Araştırma kapsamına girenlerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguları	29
4.2. Araştırma kapsamına girenlerin beslenme alışkanlıklarına ilişkin bulguları.....	30
4.3. Araştırma kapsamına girenlerin diyet yapma durumu ve diyet ürünü kullanımına ilişkin bulguları.....	37
4.4. Araştırma kapsamına girenlerin obeziteye ilişkin bulguları.....	40
4.5. Araştırma kapsamına girenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Puanlarına ilişkin bulguları.....	44
5. TARTIŞMA.....	65
5.1. Araştırma kapsamına girenlerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışması.....	65
5.2. Araştırma kapsamına girenlerin beslenme alışkanlıklarına ilişkin bulguların tartışması.....	66
5.3. Araştırma kapsamına girenlerin diyet yapma durumu ve diyet ürünü kullanımına ilişkin bulguların tartışması.....	70
5.4. Araştırma kapsamına girenlerin obeziteye ilişkin bulguların tartışması.....	71
5.5. Araştırma kapsamına girenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Puanlarına ilişkin bulguların tartışması.....	74
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	78
KAYNAKLAR.....	80
EKLER.....	88
Ek 1: ÖZGEÇMİŞ.....	88
Ek 2: ANKET.....	89
Ek 3: ETİK KURUL KARARI.....	95
Ek 4: ARAŞTIRMA İZİNİ.....	98

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince gösterdiği emek, tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesi sırasında paylaştığı bilgi ve deneyimleri ile bana yön veren danışman hocam Prof. Dr. Metin GENÇ'e, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Erkan Pehlivan'a, öğretim üyelerimiz Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ'e ve Doç. Dr. Ali ÖZER'e teşekkürlerimi sunuyorum.

Bugünlere gelmemi sağlayan sevgili annem ve babam Besimiye ve Süleyman GEÇGEL'e, tez çalışmam süresince gösterdikleri sabır ve anlayış için kızlarım Ekin ve Eylül Eda'ya, eşim Salman KOÇ'a, diyetisyen arkadaşlarıma ve katkılarından dolayı tüm Turgut Özal Tıp Merkezi çalışanlarına teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Turgut Özal Tıp Merkezi Hemşirelerinin Zayıflama Amaçlı Diyet Ürünü Kullanma Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Amaç: Türkiye ve tüm dünyada obezite artmaktadır. Obezite en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Obezitenin temelinde birçok neden olmasına karşın en önemli neden yaşam şeklidir. Obezitenin tedavisinde bireyler birçok yöntemle başvurabilmektedir. Bu çalışma sağlık personeli olarak Turgut Özal Tıp Merkezi hemşirelerinin yanlış diyet davranışlarını ve etkileyen faktörleri ortaya çıkararak, davranışlarının sağlıklı yaşam davranışı ölçeğiyle ilişkisini ortaya koymaktır.

Materyal ve Metot: Turgut Özal Tıp Merkezinde 816 hemşire çalışmakta olup, Power analizine göre 252 kişiye ulaşılması gerektiği hesaplanmıştır. Poliklinikler, klinikler, ameliyathane ve yoğun bakımlar olarak 4 grubun hemşire isim listesinden tabakalı örnekleme (o gün var olan personel sayısının 750 olacağı düşünülerek) listedeki her üç kişiden biri alınarak anketler dağıtılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %81,7'si kadın, %18,3'ü erkektir. Kişilerin yaşları 20-50 arası olup, yaş ortalamaları $31,2 \pm 6,1$ 'dir. Diyet ürünü (light ürün) kullanma oranı (bazen ve devamlı) %23 bulunmuştur. Diyet ürünü kullanmama nedenleri arasında yararlı olmadığını düşünmek, ilk sırada (%31,8) yer almaktadır. En çok tüketilen diyet ürünü diyet bisküvi olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %7,9'u tatlandırıcı, vitamin-mineral, zayıflama amaçlı besin desteği, bitkisel zayıflama ilacı ve zayıflama çayı gibi ürünleri kullanmaktadır.

Sonuç: Araştırmaya katılanların; %1,2'si zayıf, %57,6'si normal kiloda, %34,1'i kilolu %7,1' obez bulunmuştur. Hızlı yemek yiyen bireylerin obezite oranları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Araştırmamıza katılan hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği Puan Ortalaması 119,82 bulunmuştur. Hemşireler Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği alt boyutlarında en yüksek puanı 24,80 kendini gerçekleştirmede en düşük puanı 14,17 egzersiz alt boyutunda aldıkları bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Zayıflama Amaçlı Diyet Ürünleri, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı, Obezite

ABSTRACT

Turgut Ozal Medical Center Nurses' Dietary Products Using Status For Weight Loss And Healthy Lifestyle Behaviors

Aim: Obesity is increasing all over the world and in Turkey. Obesity is one of the most important public health problems. Obesity is a major cause although many reasons on the basis of lifestyle. Individuals in the treatment of obesity can be applied to many methods. This study of health personnel as Turgut Ozal Medical Center nurses wrong diet revealing behavior and related factors, to reveal the relationship between healthy lifestyle behaviors in scale behavior.

Material and Method: Turgut Ozal Medical Center, 816 nurses are working, it is estimated that 252 people need to be reached by the Power analysis. Polyclinics, clinics, surgery rooms and intensive care nurse as 4 groups with stratified sampling from the roster (with the number of staff who have the day considered to be 750) questionnaires were distributed on every third person on the list.

Results: Of respondents were %81,7 female and %18,3 male. Persons between ages was 20 and 50, and their average age $31,2\pm 6,1$. Diet products (light products) were use rate (sometimes and permanent) %23. Among the reasons not to use a diet product that is not useful to think in the first row (%31,8). The most consumed dietary product has been found that dietary biscuits. %7,9 of the nurse's surveyed sweeteners, vitamins and minerals, nutritional supplements for weight loss is to use products such as herbal weight loss pills and slimming tea.

Conclusion: Of those surveyed was %1,2 weaker, at %57,6 of normal weight, %34,1 overweight, %7,1 obese. Individuals who eat fast food obesity rates were significantly higher ($p<0.05$). The nurses who participated in the research were Healthy Lifestyle Behaviors Mean Scale Score 119,82. Nurses highest score were in Healthy Lifestyle Behaviors subscale 24,80 in the self-realization, the lowest score 14,17 taken in exercise subgroup.

Key Words: Diet products for weight loss, Healthy lifestyle behavior, Obesity

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

BKI	: Beden Kitle İndeksi
BMH	: Bazal Metabolizma Hızı
DMH	: Dinlenme Metabolizma Hızı
DSÖ(WHO)	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
FDA	: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
MONICA	: Multinastional Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular disease (Kardiyovasküler Hastalıkta Belirleyicilerin ve Eğilimlerin Çokuluslu İzlenmesi)
SYBDÖ II	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği II
SYBDÖPO	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalaması
TEKHARF	: Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TOHTA	: Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması
TÖTM	: Turgut Özal Tıp Merkezi
TURDEP	: Türkiye Diyabet Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
p	: Anlamlılık düzeyi
n	: Sayı
sd	: Standart sapma

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Yetişkinlerde BKİ'ye göre zayıflık, fazla kiloluluk ve obezite sınıflandırması.....5	5
Tablo 2.2. İlaç tedavisi.....12	12
Tablo 2.3. Form çaylarının bileşimine giren bitkiler ve kullanılma amaçları.....18	18
Tablo 3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin alt grupları ölçekteki soru numaraları en düşük ve en yüksek puanlar.....28	28
Tablo 4.1. Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri.....29	29
Tablo 4.2. Araştırmaya katılanların öğün atlama ve vejetaryenlik durumları.....30	30
Tablo 4.3. Araştırmaya katılanların kahvaltıda tükettikleri yiyecek-içecek türleri.....31	31
Tablo 4.4. Araştırmaya katılanların öğlen tükettikleri yiyecek-içecek türleri.....32	32
Tablo 4.5. Araştırmaya katılanların akşam tükettikleri yiyecek-içecek türleri.....32	32
Tablo 4.6. Araştırmaya katılanların ara öğün yapma durumu ve ara öğünde yenen besinler..33	33
Tablo 4.7. Araştırmaya katılanların yemek seçimini etkileyen en önemli etmen ve yemek yeme şekilleri.....33	33
Tablo 4.8. Araştırmaya katılanların sigara, çay, kahve ve su tüketme durumları.....34	34
Tablo 4.9. Araştırmaya katılanların çaya, kahveye attıkları şeker miktarı.....35	35
Tablo 4.10. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre vejetaryenlik durumu.....35	35
Tablo 4.11. Araştırmaya katılanların sağlıklı beslenmeyle ilgili görüşleri.....36	36
Tablo 4.12. Araştırmaya katılanların, kilo kontrolü için diyet yapma durumları, diyet yapma sıklıkları, diyet yapma şekilleri.....37	37
Tablo 4.13. Araştırmaya katılanların diyet ürünü (light ürünler) kullanma durumları, diyet ürünü kullanmama nedenleri ve en çok tükettikleri diyet ürünü.....38	38
Tablo 4.14. Araştırmaya katılanların en sık tükettikleri ekmek türü.....39	39
Tablo 4.15. Araştırmaya katılanların tatlandırıcı şeker, vitamin-mineral, zayıflama amaçlı besin desteği, bitkisel zayıflama ilacı ve zayıflama çaylarından birini kullanma durumu, sıklığı ve ürünü öneren kişiye göre dağılımı.....39	39
Tablo 4.16. Araştırmaya katılanların kilolarıyla ilgili düşünceleri ve endişe düzeyleri.....40	40
Tablo 4.17. Araştırmaya katılanların BKİ 'e (Beden Kitle İndeksi) göre dağılımları.....41	41
Tablo 4.18. Araştırmaya katılanların medeni duruma göre BKİ durumu.....41	41
Tablo 4.19. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre BKİ durumu.....41	41
Tablo 4.20. Araştırmaya katılanların BKİ'sine göre günlük tükettikleri sigara, çay, kahve, çayda kullanılan şeker, kahvede kullanılan şeker ve su miktarları.....42	42

Tablo 4.21. Araştırmaya katılanların yemek yeme hızına göre BKİ durumu.....	42
Tablo 4.22. Araştırmaya katılanların zayıflatma diyeti yapma durumuna göre BKİ.....	43
Tablo 4.23. Araştırmaya katılanların diyet ürünü(light ürün) kullanma durumuna göre BKİ.....	43
Tablo 4.24. Araştırmaya katılanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği sağlık sorumluluğu alt grubu puanları	44
Tablo 4.25. Araştırmaya katılanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği egzersiz alt grubu puanları.....	45
Tablo 4.26. Araştırmaya katılanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği beslenme alt grubu puanları.....	46
Tablo 4.27. Araştırmaya katılanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği kendini gerçekleştirme alt grubu puanları.....	47
Tablo 4.28. Araştırmaya katılanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği kişilerarası ilişkiler alt grup puanları.....	48
Tablo 4.29. Araştırmaya katılanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği stres yönetimi alt grubu puanları.....	49
Tablo 4.30. Araştırmaya katılanların SYBDÖ alt grupları ve toplam puan ortalaması.....	49
Tablo 4.31. Araştırmaya katılanların yaşla SYBDÖ puanları arasındaki korelasyon.....	50
Tablo 4.32. Araştırmaya katılan kadın ve erkeklerin SYBDÖPO karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.33. Araştırmaya katılanların medeni duruma göre SYBDÖPO.....	51
Tablo 4.34. Araştırmaya katılanların eğitim gruplarına göre SYBDÖPO.....	52
Tablo 4.35. Araştırmaya katılanların görev yerine göre SYBDÖPO.....	53
Tablo 4.36. Araştırmaya katılanların BKİ'ne göre SYBDÖPO.....	54
Tablo 4.37. Araştırmaya katılanların sağlık problemi olma durumu ve SYBDÖPO.....	55
Tablo 4.38. Araştırmaya katılanların günlük öğün sayısı ve SYBDÖPO.....	56
Tablo 4.39. Araştırmaya katılanların öğün atlama durumu ve SYBDÖPO.....	57
Tablo 4.40. Araştırmaya katılanların ara öğün yapma durumu ve SYBDÖPO.....	58
Tablo 4.41. Araştırmaya katılanların zayıflatma diyet yapma durumu ve SYBDÖPO.....	59
Tablo 4.42. Bireylerin diyet ürünü (light ürün) kullanma durumu ve SYBDÖPO.....	60
Tablo 4.43. Bireylerin zayıflama amaçlı ürün kullanma durumu ve SYBDÖPO.....	61
Tablo 4.44. Araştırmaya katılanların sigara kullanma durumu ve SYBDÖPO.....	62
Tablo 4.45. Araştırmaya katılanların kilolu olmayla ilgili düşünceleri ve SYBDÖPO.....	63
Tablo 4.46. Araştırmaya katılanların kilolu olmayla ilgili endişeleri ve SYBDÖPO.....	64

1. GİRİŞ

Şişmanlık sorunu küreselleşmenin etkisi ile toplumların beslenme alışkanlıklarında oluşan değişimlere paralel olarak artış göstermektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde "beslenme alanında geçiş dönemi" olarak tanımlanan süreç, fazla kilolu ya da şişmanlık boyutunun artmasında rol oynamaktadır. Bu süreç, kentleşmede yaşanan olumsuz koşullar, demografik ve epidemiyolojik değişim, enfeksiyon hastalıklarının sıklığında azalma, beklenen yaşam sürelerinde uzama, kronik hastalıkların görülme sıklığında artış gibi pek çok sosyal, kültürel, ekonomik ve sağlık koşullarından etkilenmektedir (1).

Obezite vücuttaki yağ dokusunun artışı ve yağ dokusunun birikimi sonucu vücut ağırlığının artışı olarak tanımlanır. Aşırı ağırlık ve obezite günümüzde, ağırlık biriminden vücut ağırlığının, vücut uzunluğunun metre biriminden karesine bölünmesiyle bulunan beden kütle indeksi (BKİ) temel alınarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı bir BKİ 18,5-24,9kg/m² arasındadır. Fazla kiloluluk 25-29,9 kg/m² obezite ise BKİ≥30 kg/m² olarak tanımlanmaktadır. Özellikle ekonomik yönden gelişmiş olan ülkelerde giderek artmakta olan bir halk sağlığı sorunudur. Obezite tedavilerinde ağırlık kaybı ve ağırlığın korunması önem taşımaktadır. Kısa süredeki ağırlık kaybı çeşitli yöntemlerle gerçekleştirilmektedir; ancak ağırlığın uzun süreli korunması oldukça zordur (2).

Obezite birçok sağlık sorunlarına yol açması nedeniyle çözülmesi gereken önemli bir durumdur. Oluşan şişmanlığın tedavisinden çok şişmanlığın oluşumunun önlemek daha önemlidir. Obezitenin tedavisinde uygulanan yöntemler; beslenme tedavisi, fiziksel aktivitenin artırılması, davranış değişikliği tedavisi, cerrahi tedavi, ve ilaç tedavisi şeklinde gruplanabilir (3).

Günümüz tüketicisinin sağlıklı yaşama ve formunu koruma isteği hem yaşam şeklinde hem de tüketim kalıbında değişiklikler yapmasına, iş ve günlük hayatında spora ve dengeli beslenmeye daha fazla önem vermesine neden olmuştur. Bu gelişmelerle birlikte düşük kalorili gıda tüketimi oldukça artmış, düşük kalorili ürün tercih edenlerden oluşan yeni bir pazar ortaya çıkmıştır. Günümüzde hemen hemen her ürün grubunun düşük kalorili versiyonunu bulmak mümkün hale gelmiştir (4).

Düşük kalorili gıda ürünleri pazarının toplam pazar içindeki payı her geçen gün artmaktadır. İngiltere'de düşük kalorili gıda ürünleri pazarı toplam pazarın %30'unu oluşturmakta ve pazar %50 oranında daha hızlı büyümektedir. Ülkemizde ise düşük kalorili gıda ürünleri pazarı her yıl %25 oranında artmaktadır (4).

Kilo kontrolü ve sağlıklı beslenme ile ilgili ilk yazılı bilgiler çok eskilere dayansa da bu amaçla kullanılabilir gıda ilaçlara olan yoğun ilgi 19. yüzyılda sanayileşme sonucu obezitenin yaygınlaşması ile başlamıştır. O günden bu güne insanlar, karbonhidrat içeren gıdalardan uzak durarak lahana çorbası gibi belirli gıdaları tüketerek veya öğünlerine sirke, greyfurt gibi bazı eklemeler yaparak kilo kontrolü sağlamaya çalışmışlardır (5).

Fitoterapi, birçok hastalıkta ilaçlarla tedaviye destek olarak veya tek başına kullanılmakta, fitoterapotiklere olan ilgi her geçen gün artmaktadır. Piyasada suda çözülerek kullanılan kuru ekstreler, konsantre bitki ekstreleri, bitkisel karışımlar taşıyan tablet ve kapsüller, sulu-alkollü ekstre ve tentürler şeklinde bir çok bitkisel ürün bulunmaktadır. Günümüzde 50'nin üzerinde tek madde/ekstre içeren ürün ve 125'in üzerinde patentli kombinasyon eczanelerde ve eczane dışında (aktarlarda ve internet üzerinden) satılmakta ve kilo vermeye çalışan obezite hastalarına birer sihirli değnek gibi sunulmaktadır. Ancak bu amaçla hastalar tarafından kullanılan ürünlerin çoğunun etkinlik, güvenilirlik ve kaliteleri hakkındaki bilgileri yetersizdir. Bu ürünlerin içeriğinde, çoğunlukla diüretik ve laksatif etkili drogların bulunduğu görülmektedir. Bu droglar kullanıldığı zaman vücuttan hızlı bir şekilde su atılmaktadır. İnsan vücudunun yaklaşık %70'nin su olduğu bilinmektedir. Bu bitkisel ürünler bir hafta kadar kullanıldığında vücuttan yaklaşık 4-5lt kadar su atılmakta ve bu durum geçici olarak, aynı miktarda bir ağırlık kaybına neden olmaktadır. Burada kaybedilen yağ değil sudur (6).

Obezite tedavisinde etkili olduğu ispatlanan ilaçlar olmasına rağmen, bu ilaçların bazılarının reçeteli kullanılma zorunluluğu, toplam maliyetinin fazlalığı ve ciddi potansiyel yan etkileri gibi nedenlerden dolayı kullanıcıların ilk tercihi olmayabilmektedir. Bunun yerine bitkisel çaylar zayıflama amaçlı tercih edilmektedir. Toplumda bitkisel ürünlerin zararsız olduğuna yönelik var olan genel yanlış inanış, bitkisel çayların marketlerden ve internet yoluyla kolayca sağlanabilmesi ürünün geniş kitleler tarafından yaygın olarak kullanımına yol açmaktadır (7).

Beslenme, yaşamın her döneminde sağlığın temelini oluşturur. Sağlıklı beslenmede diyetin öncelikli görevi metabolik gereksinimleri karşılayan ve vücudun çalışması için gerekli enerji ve besin ögesini yeterli miktarda sağlamaktır. Ancak diyet tüketiciye kendini iyi hissetme ve keyif alma duygularını da vermektedir. Ayrıca beslenme bilimindeki son gelişmeler diyetin sadece optimal sağlığın oluşumu ve gelişiminde değil, dengesiz beslenmeye bağlı şişmanlık ve diyetle bağlı kardiyovasküler hastalıklar, kanser, tip2 diyabet,

osteoporoz gibi kronik hastalık riskini azaltmada da potansiyel bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir (8).

Sağlığın geliştirilmesi (Health Promotion), DSÖ tarafından insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırma ve sağlık düzeylerini daha da iyiye götürme sürecinin bütünü olarak tanımlanmıştır. 1986 Ottawa Bildirgesi'nde Sağlığı Geliştirme kavramı çerçevesinde “sağlıklı toplum politikası” ve “sağlığı destekleyen çevre ve ortamlar yaratılması” vurgulanmıştır (9). Davranışlarını tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma durumunu sürdürdüğü gibi, sağlık durumunu daha iyi bir düzeye getirebilir (10).

Bu araştırmadaki amaçlar:

- Sağlık personeli olan TÖTM hemşirelerinin beslenme alışkanlıklarını incelemek.
- Bireylerin diyet ürünü(light ürün) kullanımına ilişkin tutumlarını tespit etmek.
- TÖTM hemşirelerinin obezite oranlarını tespit etmek.
- Bireylerin yemek yeme alışkanlıkları ve obezite arasındaki ilişkiyi ortaya koymak.
- TÖTM hemşirelerinin zayıflama amaçlı ürün kullanımını ve yanlış diyet davranışlarını tespit etmek.
- Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği ile sağlıklı yaşam biçimi puanlarını tespit etmek.
- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puan Ortalamaları ile obezite ve beslenme alışkanlıkları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından obezitenin tanımı şu şekilde yapılmıştır: “Sağlığı bozacak ölçüde yağ dokularında anormal veya aşırı miktarda yağ birikmesidir”. Obezite, vücut yağ oranının artması ve endokrin ve metabolik değişikliklerle karakterize kompleks, multifaktöriyel bir hastalıktır (11). Aynı zamanda ana ölüm nedenlerinden birisidir (12).

Obezitenin ve fazla kilolu olmanın etiyolojik etmenleri arasında genetik ve çevresel etmenler gelmektedir. Kalıtım %35, modifiye edici genler %15, çevresel etmenler ve yaşam şekli %50 oranında etkilidir (13).

İnsan obezitesi bildirilen en eski sağlık bozukluklarından biridir ve 25.000 yıl öncesine dayanır; yine de, hala insan tarihinin çoğu için nispeten nadir görülen bir durum olarak kalır. Ancak, yakın geçmişte üzerinde benzersiz sosyo-demografik eğilimler nedeniyle, dünyanın çoğu bölgelerinde ve özellikle gelişmiş ülkelerde obezite yaygınlığında ciddi bir artış olmuştur. Daha önce dünya genelinde en az 1,1 milyar insanın aşırı kilolu ve bunların 312 milyonunun obez olduğu tahmin edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2030 yılı sonuna kadar, yaklaşık 370 milyon obezite mağduru insanın ve ilişkili hastalıkların olacağını tahmin ediyor (14).

Obezitebaşıta kardiovasküler ve endokrin sistem olmak üzere vücudun tüm organ ve sistemlerini etkileyerek çeşitli bozukluklara ve hatta ölümlere yol açabilen önemli bir sağlık problemidir. Dünya Sağlık Örgütü(WHO) tarafından en riskli 10 hastalıktan biri olarak kabul edilen obezitenin,yine aynı örgüt tarafından yürütülen son araştırmalarda kanserle yakın ilgisi olduğu da belirlenmiştir (15).

Obezite oluşturduğu sağlık riskleri nedeniyle önlenmeli ve tedavi edilmelidir. Obezitenin tedavisinde uygulanan yöntemler; beslenme tedavisi davranış değişikliği tedavisi, fiziksel aktivitenin artırılması, ilaç tedavisi ve cerrahi girişimlerdir. Tedavide en iyi sonuç, diyet tedavisi ile birlikte davranış değişikliği tedavisi ve fiziksel aktivitenin artırılması ile alınabilmektedir (16).

Obezite tanısı için çeşitli ölçümler geliştirilmiştir. Günümüzde, boy ve vücut ağırlığını kullanarak kişinin obez olup olmadığını tayin etmek en pratik ve doğru sonuç veren objektif

bir ölçümdür. Kilogram cinsinden ağırlığın, metre cinsinden boyun karesine bölünmesiyle elde edilen beden kitle indeksi (BKİ) en sık kullanılan obezite tanı yöntemidir (17).

2.1.1. BKİ

İlk kez 1835 yılında Quetelet tarafından tarif edildiği söylenen bu indeks bir asırdan fazla süredir kullanılmaktadır. Direkt dansitometreyle ölçülmüş vücut yağı miktarıyla korelasyonu iyidir (18). Ölçülen vücut ağırlığının (kg) boy uzunluğunun karesine (m²) oranıdır (19, 20, 21, 22). BKİ günümüzde yaygın olarak kullanılan pratik bir yöntemdir. BKİ'nin 25 kg/m²'nin altında olması kişinin normal vücut ağırlığında olduğunu gösterir (23). BKİ'ye göre yetişkinlerde zayıflık, fazla kiloluluk ve obezite sınıflandırılması Tablo 1'de verilmiştir (24).

Tablo 2.1: Yetişkinlerde BKİ'ye göre zayıflık, fazla kiloluluk ve obezite sınıflandırması

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)	
	Temel kesişim noktaları*	Geliştirilmiş kesişim noktaları*
Zayıf (düşük ağırlıklı)	<18.50	<18.50
Aşırı düzeyde zayıflık	<16.00	<16.00
Orta düzeyde zayıflık	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Hafif düzeyde zayıflık	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Toplu, hafif şişman, fazla kilolu	≥25.00	≥25.00
Şişmanlık öncesi (Pre-obez)	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Şişman (Obez)	≥30.00	≥30.00
Şişman I. Derece	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Şişman II. Derece	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Şişman III. Derece	≥40.00	≥40.00

2.1.2. Obezite Sıklığı

DSÖ tarafından Asya, Afrika ve Avrupa'nın 6 ayrı bölgesinde yapılan ve 12 yıl süren MONICA çalışmasında obezite prevalansında 10 yılda %10-30 arasında bir artış saptandığı bildirilmiştir (25).

Avrupa'da yetişkinler üzerinde yürütülen çeşitli çalışmalara göre fazla kilolu olma prevalansı erkeklerde %32-79, kadınlarda ise %28-78 arasında; obezite prevalansı ise erkeklerde %5-23, kadınlarda %7-36 arasında değişmektedir. Bu çalışmalara göre fazla kilolu olma durumunun en yüksek olduğu ülkeler Arnavutluk, Bosna-Hersek ve İngiltere

(İskoçya)'dir. Türkmenistan ve Özbekistan ise prevalansın en düşük olduğu ülkelerdir. Avrupa'da 2010 yılına kadar 150 milyon yetişkin, 15 milyon çocuk ve adolesanın obez olacağı tahmin edilmektedir (26).

Ülkemizde yetişkinlerde obezite prevalansını geniş çapta araştıran dört büyük çalışma bulunmaktadır. Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması (TEKHARF), Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması (TOHTA), Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP) Çalışması ve TOAD-Türkiye Obezite Profili Çalışmasıdır (24).

Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) tarafından yapılan ve 3681 kişiyi kapsayan TEK HARF çalışmasında BKİ 30 kg/m² obezite olarak tanımlanmış ve 30 yaşını aşkın Türk erkeklerinin dördte birinde (%25,2), kadınların da yarıya yakınında (%44,2) obezite tespit edilmiştir. Orta yaşlı (31-49 yaş) ve yaşlı (50 yaş ve üzeri) gruplarda ayrı ayrı ele alındığında, bu prevalansın erkeklerde anlamlı biçimde değişmediği (%24.8 ve 25.7), kadınlarda ise önemli ölçüde arttığı (sırasıyla %38 ve %50.2) bildirilmiştir. Obezite prevalansının zamanla yükseldiği, 1990'da benzer yaşta erkeklerde %12.5 iken iki kat arttığı, elli yaş ve üzerindeki kadınlarda ise prevalansın %40'tan az iken %50'ye yükseldiği belirtilmiştir (27).

1999-2000 yılları arasında 23.888 erişkin üzerinde yapılan TOHTA çalışmasında; 20 yaş üzeri kadınlarda obezite görülme sıklığı %35,4 olarak saptanmış ve erkeklere göre obezite riskinin 1,8 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (28).

TURDEP çalışması 20 yaş üzeri 24788 birey üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmaya göre, obezite prevalansı (BKİ 30 kg/m²) kadınlarda %29,9, erkeklerde %12,9 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada santral obezite (bel çevresi: kadında 88 cm, erkekte 102 cm) açısından değerlendirme yapıldığında obezite prevalansı %34,3 (kadınlarda %48.4 ve erkeklerde %16.9) olarak saptanmıştır. Kadınlarda santral obezite sıklığının bu denli yüksek olması, başta kalp damar hastalıkları ve tip 2 diyabet olmak üzere kadın nüfusun yakın gelecekte karşılaşacağı önemli sorunlara işaret etmektedir (29).

Türkiye Obezite Araştırma Derneği (TOAD) tarafından, 2000-2005 yılları arasında 6 ilde (İstanbul, Konya, Denizli, Gaziantep, Kastamonu ve Kırklareli) 20 yaş üstü 13.878 bireyde yapılan "Türkiye Obezite Profili" çalışmasında bireylerin %30,9'unun BKİ<25 kg/m², %39,6'sının (K:%34,5, E:%44,8) BKİ=25-30 kg/m² ve %29,5'inin (K:%34,5, E:%21,8) BKİ>30 kg/m² olduğu bulunmuştur. Bu çalışmadaki 7306 birey bel çevresine (santral obezite) göre değerlendirildiğinde kadınlarda bel çevresi ortalaması 79,8 cm, erkeklerde ise 98,5 cm olarak tespit edilmiştir (30).

Ülkemizde 5 yılda bir tekrarlanan 15-49 yaş grubu kadınların çalışma kapsamına alındığı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçları incelendiğinde de obezitenin kadın nüfusta giderek arttığı görülmektedir. Bu araştırma sonuçlarına göre, 15-49 yaş grubu kadınlarda fazla kiloluluk (BKI=25,0-29,9 kg/m²) sıklığı 1998, 2003 ve 2008 yılında sırasıyla %33,4, %34,2 ve %34,4, obezite (BKI 30 kg/m²) sıklığı ise %18,8, %22,7 ve %23,9 olarak bulunmuştur. Görüldüğü gibi kadınlarda obezite sıklığında son 10 yılda %5,1 artış olmuştur (24).

Şeker hastalığı vakalarının %44'ü, iskemik kalp hastalığı vakalarının %23'ü, kanser vakalarının %7 ile 41'i fazla kilo ile ilgilidir. Dünyada 20 yaş ve üstündeki bireylerin 1,4 milyarı fazla kiloludur. Bunların içinde 200 milyon erkek ve 300 milyon kadın obezdir. 2013'de 5 yaşın altındaki 42 milyon çocuk fazla kilolu ya da obezdir. Önceleri obezite zengin ülkelerin problemi olarak görülürken şimdilerde düşük ve orta gelirli ülkelerin şehirlerinde bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Bu ülkelerde artık fazla kiloluluk ve obezite zengin ülkelere %30 daha fazla artmaktadır (12).

2.1.3. Obezitenin Ortaya Çıkmasının Nedenleri

Obeziteye neden olduğu bilinen çok sayıda faktör içinde, aşırı ve yanlış beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği en önemli nedenler olarak kabul edilmektedir. Bu faktörlerin yanı sıra genetik, çevresel, nörolojik, fizyolojik, biyokimyasal, sosyo-kültürel ve psikolojik pek çok faktör birbiri ile ilişkili olarak obezite oluşumuna neden olmaktadır. Tüm dünyada özellikle çocukluk çağı obezitesindeki artışın sadece genetik yapıdaki değişikliklerle açıklanamayacak derecede fazla olması nedeniyle, obezitenin oluşumunda çevresel faktörlerin rolünün ön planda olduğu kabul edilmektedir (24).

Obezitenin oluşmasında başlıca riskler ve riski etkileyen faktörler aşağıda sıralanmıştır (24, 31):

- Aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları
- Yetersiz fiziksel aktivite
- Yaş
- Cinsiyet
- Eğitim düzeyi
- Sosyo - kültürel etmenler
- Gelir durumu
- Hormonal ve metabolik etmenler

- Genetik etmenler
- Psikolojik problemler
- Sık aralıklarla çok düşük enerjili diyetler uygulama
- Sigara- alkol kullanma durumu
- Kullanılan bazı ilaçlar (antidepresanlar vb.)
- Doğum sayısı ve doğumlar arası süre

2.2. Obezitenin Tedavisi

Obezite tedavisinde kullanılan yöntemler 5 grup altında toplanmaktadır:

1. Tıbbi beslenme (diyet) tedavisi
2. Egzersiz tedavisi
3. Davranış değişikliği tedavisi
4. İlaç tedavisi
5. Cerrahi tedavi

Obezite tedavisi hekim, diyetisyen, psikolog, fizyoterapistten oluşan bir ekip tarafından düzenlenmelidir (24).

2.2.1. Tıbbi Beslenme (diyet) Tedavisi

Diyet, Yunanca bir kelime olup yaşam şekli anlamına gelmektedir. Obezite tedavisinde ise diyet, hastalık ve ölüm riskini azaltacak yeni bir yaşam şeklini ifade etmektedir. Kronik hastalıklarda diyet iki anlam taşımaktadır. Akut fazda diyet hastalığın semptomlarını hafifletmede yardımcı bir tedavi şeklidir. Kronik fazda ise yaşam şeklinin vazgeçilmez bir bileşeni olmaktadır. Diyabet tedavisine benzer olarak, obezite tedavisi süresince de yaşam şeklini ve sağlık durumundaki değişiklikleri adapte etmede periyodik olarak ayarlamaya ihtiyaç duyulur (32).

a. Enerji: Bireyin günlük enerji alımı, haftada 0.5-1.0 kg ağırlık kaybını sağlayacak şekilde azaltılmalıdır. Birey yavaş ve uzun sürede zayıflatılmalıdır. Zayıflama diyetlerinde günlük enerji miktarının belirlenmesinde ilke bireye harcadığından daha az enerji vermektir. Bireyin bazal metabolizma hızı (BMH) veya dinlenme metabolizma hızı (DMH) altında enerji verilmemelidir (24, 33, 34).

b. Protein: Günlük enerjinin yaklaşık %12-15'i proteinden gelmeli ve daha çok kaliteli protein kaynaklarından yararlanılmalıdır.

c. Yağ: Günlük enerjinin yaklaşık %25-30'u yağlardan sağlanmalıdır. Yağ miktarının yanı sıra kullanılacak yağ türü de önemlidir. Enerjinin doymuş yağ asidinden gelen oranı %10'un altında olmalı, çoklu doymamış yağ asidi %7-8, tekli doymamış yağ asidi %10-15 olacak şekilde belirlenmelidir. Yağda eriyen vitaminlerin (A, D, E, K vitaminleri) vücutta kullanımını sağlamak için yağ miktarı çok azaltılmamalıdır. Yağ miktarının önerilenin üzerinde olması obezite ve kalp damar hastalıkları gibi önemli sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olur.

d. Karbonhidrat: Günlük enerjinin yaklaşık %55-60'ı karbonhidratlardan sağlanmalıdır. Şeker gibi basit karbonhidratlar azaltılmalı (günlük enerjinin \leq %10), yerine kurubaklagiller (nohut, mercimek, kuru fasulye vb.) tam tahıl ürünleri, bulgur vb. kompleks karbonhidrat içeren besinlerin tüketimi artırılmalıdır.

e. Vitamin ve Mineraller: Zayıflama diyetlerinde düşük enerji içeriğine paralel olarak vitamin ve mineral (B grubu vitaminler, demir, kalsiyum vb.) yetersizlikleri görülebilir. Enerjisi çok düşük olmayan, besin öğeleri açısından dengeli diyetlerde, vitamin ve mineral yetersizliği söz konusu değildir.

f. Lif (Posa): Zayıflama diyetlerinde lif miktarı artırılmalıdır (25-30 g/gün). Sebzeler, meyveler, kurubaklagiller, tam tahıl ürünleri, kepekli un ve kepekli ürünler önerilen doğal posa kaynaklarıdır.

g. Sıvı: Günlük en az 2-3 litre sıvı tüketilmelidir. Su başta olmak üzere, içecekler ve besinlerin içeriğinde bulunan görünür/görünmez su "sıvı" olarak tanımlanmaktadır. Su tüketimi günlük 8-10 su bardağı olmalıdır. Bununla birlikte bireysel farklılıklar ve aktivite düzeyi sıvı gereksinimini etkiler. Vücuttaki metabolizma atıklarının atılabilmesi için yeterli miktarda sıvı alınmalıdır. Yemek öncesi, esnası ve sonrasında bol su içilmesi kabızlığın önlenmesinde oldukça etkilidir. Kabızlık bireyin ağırlık kaybetmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Sıvı tüketimi amacıyla şeker ilave edilmiş hazır meyve suları, gazlı içeceklerden vb. kaçınılmalıdır.

h. Tuz: Diyetle tuz alımı <5 g/gün olmalıdır. Hipertansiyon, kalp yetmezliği veya başka nedenlerle ödemi bulunan obez bireylerin diyetlerinde tuz miktarı daha dikkatli ayarlanmalıdır.

ı. Öğün Düzeni: Diyet 3 ana ve 3 ara öğün şeklinde düzenlenmelidir (24, 33, 34).

2.2.2. Egzersiz tedavisi

Egzersiz, şişmanlığın önlenmesi için önerilen önemli bir strateji ve şişmanlık tedavisinde etkili yardımcı bir yöntemdir. Diyetle birlikte yapılan egzersiz, vücut kas kütlelerinin korunumu, yağ dokusunda kayıpları arttırması ve de BMH'ın koruma sağlaması nedeniyle önemlidir (16).

Egzersiz, zayıflama programının önemli bir bölümünü oluşturur ve tek başına ağırlık kaybettirebilir. Ancak bu oran %5'den fazla değildir. Yapılan alışmalarda, egzersizin hem şişmanlığı, hem de komplikasyonlarını önlediği ve tedavi ettiği bildirilmektedir. Enerjisi sınırlı diyetle birlikte yapılan egzersiz, yağsız dokunun korunmasını sağlayarak, dinlenme metabolizma hızının düşüşünü engellemektedir. Egzersiz, enerji için vücutta yağ dokusunun harcanmasında etkilidir ve ağırlık kaybı süresince kas dokusunun aşırı kaybını önler. Bir meta-analiz raporunda, sedanter bireylerde aerobik egzersizin vücut kütlesi ile yakından ilişkili olduğu, ağırlık kaybının haftalık egzersiz sıklığı ve vücut yağ kütlesi arasında pozitif bir korelasyon gösterdiği bildirilmiştir. Yapılan bir başka çalışmada ise, egzersizin enerjisi kısıtlanmış ve düşük yağ içeren diyetle birlikte enerji harcamasını, vücut ağırlık ve yağ dokusu kaybını arttırdığı gösterilmiştir. Şişman bireylerde yağ oksidasyonunu arttırmak (16).

Şişman bireylerde yağ oksidasyonunu arttırmak için 30 dakikadan fazla süren, %65 oranında max oksijen kapasitesini (VO2max) sağlayan ve haftada en az 5 gün sıklıkla yapılan egzersizlerin optimal verimli olduğu bildirilmektedir. Yağ dokusundaki kaybı sağlamak için egzersiz programının en az 2 ay süre ile devam etmesi gerekir. Ağırlık kaybının kalıcılığını sağlamak için de egzersiz yaşam boyu sürdürülmelidir (16).

2.2.3. Davranış Değişikliği Tedavisi

Obezite tekrar ortaya çıkma potansiyeline sahip uzun süreli tedavi gerektiren bir olgudur. Bu nedenle diyet ve egzersizin yanı sıra davranış modifikasyonu tedavisinin de uzun süreli ve başarılı sonuçlar için kesinlikle uygulanması gerekmektedir. Ağırlığın denetiminde davranış modifikasyonu fazla ağırlık kazanımına neden olan yemek yeme ve fiziksel aktiviteyle ilgili olumsuz davranışları olumlu yönde değiştirmeyi veya azaltmayı, olumlu davranışları ise pekiştirerek yaşam biçimi haline gelmesini amaçlayan bir tedavi şeklidir (35).

Vücut ağırlığının kontrolünde davranış değişikliği tedavisi, fazla ağırlık kazanımına neden olan beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili olumsuz davranışları olumlu yönde değiştirmeyi veya azaltmayı, olumlu davranışları ise pekiştirerek hayat tarzı haline getirmeyi amaçlayan bir tedavi şeklidir. Davranış değişikliği tedavisinin basamakları:

- a. Kendi kendini gözleme
- b. Uyarı kontrolü
- c. Alternatif davranış geliştirme
- d. Pekiştirme, kendi kendini ödüllendirme
- e. Bilişsel yeniden yapılandırma
- f. Sosyal destek

a. Kendi kendini gözleme: Tedavinin ilk basamağıdır ve kontrol altında tutulması gereken davranışları belirleme açısından önemlidir. Bu şekilde bireyin, şişmanlığa neden olan davranışlarının farkına varması sağlanır. Yöntemin esası yemek yeme ve egzersizle ilgili davranışların kaydedilmesine dayanır.

b. Uyarı kontrolü: Sorun olan davranışa yol açan olaylar zincirini tanımlama ve zincirin erken aşamalarında müdahale için stratejiler geliştirme esasına dayanır. Amaç, yemek yemeyle ilgili dış uyarlardan etkilenmeyi önlemek, uygun yemek yeme davranışı için uyarıları artırmaktır. Bu amaçla olumlu yeme davranışı için alternatif yöntemler geliştirilir.

c. Alternatif davranış geliştirme: Bireyin belirli aktivitelere yönlendirilebilmesidir. Bu amaçla ara öğünlerde ve atıştırma isteğinin duyulduğu dönemlerde yapılmak üzere "yapmaktan hoşlanılan aktiviteler" listesi önceden belirlenir ve en uygunu seçilir.

d. Pekiştirme, kendi kendini ödüllendirme: Bu yöntem ağırlık kaybı ve korunmasına yönelik uygun davranışları ödüllendirerek, pekiştirmeyi amaçlar. Pekiştirme, zayıflamak için gerekli davranış değişikliğinin sürdürülmesinde yardımcıdır ve bireyin yemek dışındaki faaliyetlerden zevk almasına imkân sağlar.

e. Bilişsel yeniden yapılandırma: Olumlu düşünme imkânı ve motivasyonu sürdürmek için uygun tutumların gelişmesini sağlar.

f. Sosyal destek: Birçok obez birey için aile üyelerinin desteğini artırmak ve yine aile üyelerinden gelen bilinçli veya bilinç dışı olumsuz etkileri azaltmak, zayıflama tedavisi programının başarısında önemli bir faktördür. Eş veya arkadaşların aktif desteğinin sağlanması kesinlikle olumlu etki göstermektedir (24, 36).

2.2.4. İlaç Tedavisi

Şişmanlığı önleyici ilaçların tıpta kullanılmaya başlanması 19. yüzyılın sonlarında tiroit ekstrelerinin üretilmesi ile başlamış, bunu izleyen dönemde 1990'ların başına kadar pek çok ilaç kullanılmıştır. Bunlar arasında amfetamin, digital preparatları, diüretikler ve diğerleri bulunmaktadır. Bu ilaçların pek çoğu başarısız olmuş, pek çoğu da bağımlılık veya ölüme

kadar götürebilen yan etkiler nedeniyle yaygın kullanım alanı bulamamıştır. 1990'lı yıllarda o güne kadar bu amaçla kullanılan en etkin ajan olan ve plaseboya oranla anlamlı derecede kilo kaybına yol açtığı kanıtlanmış ve milyonlarca insana uygulanan deksfenfluramin, anlamlı sayıda fazla insanda kalp kapakçıklarında dejeneratif değişiklikler yaptığı için, tüm dünyada piyasadan çekilmiştir (37).

Halen dünyada obezite tedavisinde kullanılan ve faz III çalışmaları tamamlanarak piyasaya sürülmüş az sayıda ilaç vardır. Ayrıca araştırma aşamasında olan ve potansiyel olarak ileriki yıllarda kullanılma olasılığı bulunan pek çok ajan mevcuttur. Bu konuda olumsuz bir gerçek de onaylanmamış ve bilimsel olamayan pek çok ilacın yaygın olarak kullanımda olması ve bunların on binlerce insanın sağlığını tehdit etmesidir (37).

Amerikan Gıda ve ilaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanan kilo vermeye yönelik ilaçlar BKİ 30 kg/m² olan hastaların tedavi programlarına eklenebilir. Obezite risk etmenleri taşıyan hastalarda bu tedavi sınırı BKİ 27 kg/m²'ye çekilebilir. İlaç tedavisi; davranış değişikliği tedavisi, diyet tedavisi, fiziksel aktivitenin artırılması ya da bunların çeşitli kombinasyonlarıyla birlikte uygulanmalıdır. İlacın etkinliği ve yararlılığının değerlendirilmesi gerekir. Eğer ilaç ağırlık kaybına yardımcı olmuyor ya da yan etkiler ortaya çıkarıyorsa kesilmelidir. İlaç tedavisinde kullanılabilecek farmakolojik ajanların çeşitli özellikleri Tablo 2'de özetlenmiştir (38).

Tablo 2.2: İlaç tedavisi

İlaçlar	Etki mekanizması	Yan etkileri	Dozaj
Sibutramine	Serotonin, Noradrenalin ve Dopamin reuptake inhibitörü	-Kan basıncı artışı -Taşikardi -Baş ağrısı -İnsomnia -Konstipasyon -Ağız kuruluğu	Başlangıçta günlük 10mg. Tedaviye yanıt vermeyenlerde 4. haftanın sonunda günlük 15 mg
Orlistat	Reversible lipaz inhibitörü	-Fekal inkontinans -Steatore -Vitaminmalabsorpsiyonu -Flatus	Günde 3 kez 120 mg.

2.2.5. Cerrahi Tedavi

Obezitede cerrahi yaklaşım temelde ikiye ayrılır. Besinlerle alınan enerjinin azaltılmasına yönelik bariyatrik cerrahide hedef, besinlerin gastrointestinal sistemde emilimini azaltmaktır. Bu amaçla bypass, gastroplasti, gastrik bantlama, gastrik balon vb. yöntemler kullanılır. Rekonstrüktif cerrahide ise amaç; vücudun çeşitli bölgelerinde lokalize olmuş mevcut yağ dokularının uzaklaştırılmasıdır. Bu tedavide eğer hasta obezite tedavisinin gereklerini yerine getirmezse yağ birikimi tekrar gerçekleşmektedir (24).

2.3. Diyet Ürünler

Yağ ve enerji alımını azaltarak boya uygun beden ağırlığını korumak amacıyla, düşük kalorili yiyecek ve içeceklere yönelik tüketim alışkanlığı 1960'lardan bu yana giderek artış göstermektedir. Beslenme alışkanlıklarında düşük kalorili gıda tüketiminin güncellik kazanması bu tip ürünleri üreten endüstrinin de gelişmesine yol açmıştır. Gıda endüstrisi, doğal besinlerin bileşimini değiştirerek özel ürünleri üretime ve çeşitlerini artırmaya yönelmiştir (39).

Bu ürünler “diyet” veya “light” adıyla tüketiciye sunulmaktadır. Bunları; yağı azaltılmış, şeker yerine yapay tatlandırıcı kullanılmış ve posa(lif) eklenmiş ürünler oluşturmaktadır. Yağı azaltılmış ürünlerden en yaygın kullanılanlar süt ve süt ürünleridir (39).

Besin etiket bilgisi üzerinde yer alan “1 porsiyon miktarı” veya “100 gramı” ibareleri, sağlıklı beslenme amacı ile o besinden yenilmesi gereken miktarları önermez. Bazı besinlerin ambalaj veya etiketi üzerinde “şekersiz”, “şekeri azaltılmış”, “şeker katkısız” veya “şeker ilave edilmemiştir” ibareleri bulunmaktadır. Bu ibarelerin bulunması o besinin sağlıklı beslenmek için tüketilmesi uygun bir besin olduğu anlamına gelmez. Besinin içindeki yağ miktarı, yağın cinsi, tuz miktarı gibi bilgiler de önemlidir. Bazı şeker katkısız veya şekeri azaltılmış besinler fazla miktarda doymuş yağ içerebilmektedir. “Light” tanımlaması geleneksel versiyonlardan 1/3 oranında daha az kalorili veya %50 daha az yağlı besinler anlamına gelir. “Az kalorili” veya “Az yağlı” bir besin %50 az sodyum içeriyorsa buda light olarak nitelendirilir. Çoğu birey light ibaresini, şekersiz besin, sağlıklı besin olarak algılamaktadır. Bunun doğru olmadığını ifade eden bilgiler ambalaj üzerinde kolaylıkla görülecek şekilde yer almalıdır. Besin sanayinde hacim ve kıvam arttırıcı olarak veya şeker yerine kullanılan laktitol, mannitol, ksilitol, izomalt, hidrojenize nişasta hidrolizatı gibi şeker alkollerinin enerji değeri vardır. Besinin içerdiği şeker alkollerinin miktarı önemlidir. Bir

gram şeker alkollü ortalama olarak 2 kcal. değerinde enerji verir. Şeker alkolleri çeşitli sakız, bisküvi, şekerleme ve puding üretiminde yaygın olarak kullanılmaktadır (40).

Piyasada hazır olarak satılan diyet ürünlerinin ya yağ oranları azaltılmıştır ya da bu besinlere şeker yerine çeşitli tatlandırıcılar eklenmiştir. Her iki durumda da bu besinlerin enerji değerleri vardır. Diyet ürünleri hiçbir kısıtlama olmadan yenilebilecek yiyecekler olarak düşünülmemelidir. Zayıflama için hazırlanan beslenme programında şeker ve şekerli yiyeceklerin yer almaması nedeniyle bu yöndeki ihtiyaç ve istekleri karşılamak üzere piyasada bulunan diyet ürünleri beslenme uzmanına danışılmadan kullanılmamalıdır. Enerji kısıtlaması yapıldığında bu besinlerin enerji değerleri de mutlaka hesaba katılmalıdır. Bu ürünler beslenme programına ek olarak değil, diğer besinlerin yerine tüketilmelidir (40).

Macaskill-Paul-Pitcher'ın 1998 yılında İngiltere'de ve Viane-Gellynck'in 1997'de Belçika'da yaptıkları çalışmalarda tüketicilerin düşük kalorili ürünlere yönelik tutumlarını ve satın alma davranışları belirlenmeye çalışılmıştır. Elde ettikleri sonuçlara göre; düşük kalorili ürünler çoğunlukla kiloyu kontrol altında tutmak, hastalıklardan korunmak ve diyete yardımcı olmak amacı ile kullanılmaktadır. 1996 yılında Amerika Kalori Kontrol Konseyi'nin yaptığı bir araştırmada ise, Amerikalı yetişkinlerin çoğunluğunun (%88) yağ oranı değiştirilmiş gıdaları kullandığı tespit edilmiştir. Roininen-Lahteenmaki-Tuorila'nın 1999 yılında Finlandiya'da yaptıkları araştırmada tüketicilerin yağsız süt, yağ oranı azaltılmış peynir ve tatlandırılmış alkolsüz içecekleri, tam yağlı süt, tam yağlı çikolata ve tam yağlı peynirlerden daha sağlıklı buldukları tespit edilmiştir. Towler ve Shepherd, kadınların erkeklere göre yağ oranı yüksek gıda ürünlerine yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğunu, yağ oranı düşük gıda ürünlerine yönelik tutumlarının ise erkeklere göre daha olumlu olduğunu belirlemişlerdir. 2001 yılında Fransa' da 4268 tüketici üzerinde yapılan bir çalışmada enerji düzeyi azaltılmış ürünlerin kullanılma nedenleri diyet yapmaya katkı sağlama ve beden ölçülerini azaltmaya yardımcı olma şeklinde ifade edilmiştir. Konuya ilişkin diğer bir çalışma Zandastra- Graaf-Van Staveren tarafından 2000 yılında Hollanda'da yapılmıştır. Araştırma sonucunda günlük gıda ürünü olarak adlandırılan yağsız süt ve yoğurt, az yağlı süt ve yoğurt vb. düşük kalorili ürünlerin, sebze ve meyvelerin tam yağlı ürünlere göre tüketimlerinin yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırmalar sonucu elde edilen bilgiler doğrultusunda, yağ ve kalori oranı azaltılmış gıdalara birçok ülkede tüketici ilgisinin arttığını ve tüketim alışkanlıklarının değiştiğini söylemek mümkündür (4).

2.3.1. Tatlandırıcılar

Şeker yerine kullanılabilen, şekerle aynı tadı veren, sağlık açısından sakıncası olmayan, düşük kalorili ve/veya kalori içermeyen yapay olarak üretilen tatlandırıcılardır. Dünyada obezitenin giderek artması ile birlikte, enerji alımını kısıtlamak isteyenler özellikle enerji içermeyen tatlandırıcılara ve bu tatlandırıcılar ile yapılmış düşük kalorili ürünlere yönelmişlerdir. Tatlandırıcılarla yapılmış ürünlerin, şekerle yapılmış ürüne eşdeğer tatlılık sağlaması, üreticiler ve tüketiciler tarafından arzulanır. Yapay tatlandırıcıların sürekli gündemde kalıp, yeni tatlandırıcılar üzerinde çalışılmasının nedeni, hep şekerle yakın bir tat elde etme isteğinden kaynaklanır. Yapay tatlandırıcılar genel olarak 2 gruba ayrılır (41).

Enerji İçerenler Tatlandırıcılar:

- Fruktoz, mısır şurubu, maltoz, maltodekstrin.
- Şeker alkoller; sorbitol, mannitol, ksilitol, maltitol, eritritol, laktitol, isomalt.

Enerji İçermeyenler Tatlandırıcılar:

- Sakarin, aspartam, asesülfam potasyum, siklamat.
- Alitam ve sukraloz.
- Neohesperidin DC (41).

Tatlandırıcılar birçok gıda ve içecek üretiminde yaygın olarak kullanılmaktadır. Tatlandırıcıların kullanıldığı ürün grupları; alkolsüz içecekler, meyve suları, tatlılar, dondurmalar, reçel ve marmelatlar, şekerleme ve çikletler, unlu mamuller ve süt ürünleri olarak sıralanabilmektedir. Son yıllarda ağız gargaraları ve diş macunlarında da tatlandırıcılar yaygın olarak kullanılmaktadır (42).

2.3.2. Obezite Tedavisinde Bitkisel Ürünlerin Kullanılması

Geçmiş yıllarda şişmanlığın tedavisinde etkili, güvenilir, yan etkileri düşük ilaçların eksikliği başarının düşük olmasında önemli rol oynamıştır. Son yıllarda ise etkinliği kanıtlanmış güvenle kullanılacak ilaçlar kullanıma sunulmasına rağmen, hastalar tedavi için genellikle bitkisel ürün kullanımı ve akupunktur gibi yöntemlere yönelmektedir (43). Herbal zayıflama ilaçları ve gıda destekleyicileri etkin kilo verme iddiasıyla piyasaya arz edilmektedir. Bu ilaçlardan veya destekleyicilerden bazıları kilo kaybı sağlasa da ciddi yan etkiler de oluşturabilmektedir (44).

A.B.D.'de her yıl yaklaşık 33 milyar doların zayıflamak için kullanılan gıda destekleyicilerine ve diyet programlarına ödendiği bilinmektedir. Ülkemizde de bu rakam gittikçe artmakta ve büyük boyutlara ulaşmaktadır. Lisans alması gereken ilaçların aksine,

gıda destekleyicilerinin satışa sunulmadan önce Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi'nden (FDA) onay almaları gerekmektedir. Bu nedenle piyasada bulunan ve özellikle bitkisel birçok ürünün içeriği tam belli değildir; ürünün içerdiği etken madde miktarı seriler arası büyük farklılıklar gösterebilmektedir. Daha da önemlisi bu ürünler ağır metaller gibi (kurşun, arsenik, civa) istenmeyen birçok maddeyle kontamine olmuş olabilirler. Bu ürünlerin kullanımıyla ilişkilendirilen çok sayıda hepatotoksisite vakaları bildirilmiştir. Bu ürünler ülkemizde de sadece Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı'ndan onay alınarak satışa sunulmakta ve gerekli kontroller yapılmamaktadır (45).

Obezite tedavisinde yararlanılan bitkilerin etki mekanizması doğrudan etkililer ve dolaylı yoldan etki gösterenler olarak iki başlık altında incelenecektir (5).

- **Doğrudan Etkili Bitkiler**

Doğrudan etkili bitkilerden ilk gruptakiler metabolizmayı uyararak etki göstermektedir. Metabolizmayı uyaran bitkiler diğer adıyla termojenikler, enerji tüketimini artırarak yağ yıkımını sağlayan ürünlerdir. Yapılan ilk çalışmalarda glisin gibi aminoasitler ve citrusekstrelerinin termojenik etkileri incelenmiş, fakat bunların bazal metabolizma hızını yüksek oranda arttırmadıkları ve etkilerinin çok kısa sürdüğü görülmüştür. Son 25 yılda yapılan çalışmalar sempatik sinir sistemini (SSS) uyaran bileşikler üzerine odaklanmıştır. Sempatomimetikler; i. noradrenalin (NA) miktarını artırarak, ii. cAMP düzeyini artırarak, iii. sinaptik aralıktaki NA inhibitörlerini bloke ederek ve iv. NA yıkımından sorumlu fosfodiesterazları inhibe ederek enerji dengesini kontrol ederler. Termojenezi ve yağ yakılmasını arttıran etkileri vardır. Metabolizmayı uyararak etki gösteren bitkilerden en çok tanınanları deniz üzümü (kullanımı yasaklanmıştır), turunç, kahve, yeşil çay ve kırmızıbiberdir (5).

- **Dolaylı yönden etkili bitkiler**

Obezite tedavisinde kullanılan ve dolaylı yoldan etki gösteren birçok bitki mevcuttur. Bunlardan diüretik etki gösterenler, uzun yıllar kilo kontrolünü destekleyici amaçla kullanılmıştır. Ancak yapılan çalışmalarda su kaybının kilo vermede büyük bir etkisinin bulunmadığı görülmüştür. Diüretiklerin uzun süreli kullanımında vücutta dehidratasyon ve sıvı-elektrolit dengesinde bozukluklarına sebep olabileceği unutulmamalıdır. Zayıflama amacıyla uzun zaman kullanılmış olan sinameki (*Cassia acutifolia*, *C. angustifolia*) barut ağacı (*Rhamnus frangula*), sarısabır (*Aloe* sp.), ravent (*Rheum* sp.) türleri taşıdıkları antrakinon türevi heterozitler nedeniyle laksatif, pürgatif etkili bitkilerdir (5).

Günümüzde piyasada acı çehre adıyla zayıflama amacıyla pazarlanan ürünlerin içeriklerinde *Rhamnus purshiana* ve *R. catartica* bitkileri bulunmaktadır. Bu bitkiler yukarıda belirtildiği gibi içerdikleri antrakinonların laksatif etkisi ile bağırsakları boşaltarak yiyeceklerin emilimi engeller. Antrakinonlar, kalın bağırsak mukozasına etki ederek bağırsak motilitesini ve transportunu arttırmaları, su ve elektrolit sekresyonunu inhibe ederler. Bu etkileri ile dışkıının yumuşamasını ve hızla atılmasını sağlarlar. Ancak antrakinon taşıyan bitkilerin spazmodik gastrointestinal rahatsızlıklar, hipersensitivite reaksiyonları (kaşıntı, ürtiker), uzun süreli kullanımında bağırsak tembelliği ve su-elektrolit dengesi bozukluğu yapabileceği unutulmamalıdır. Bu durum özellikle potasyum kaybına yol açabilir. Kardiyak glikozitler, diüretikler ve adrenal kortikosteroidler ile birlikte alındığında potasyum kaybı kardiyak fonksiyon bozukluklarına ve kas zayıflıklarına neden olabilir (5).

Santral sinir sistemini etkileyen bitkilerden çarkıfelek (*Passiflora incarnata*) ve sarı kantaron (*Hypericum perforatum*)' nun standardize ekstreleri stres ve anksiyete nedeniyle beslenme düzeni bozulan kişilerde kullanılabilir (5).

Hiç şüphe yoktur ki, obezite tedavisinin en etkin yolu, diyet ve spordur. Ancak obezite hastaları bir hekim veya diyetisyenden yardım almadan, günlük yaşam şekillerini ve beslenme alışkanlıklarını değiştirmeden bir takım kimyasal veya bitkisel kaynaklı ürünü kullanarak zayıflama yolunu seçmektedirler (5).

2.3.3. Vitamin-Mineral

Zayıflama diyetlerinin vitamin ve mineral içeriği günlük gereksinimler kadar olmalıdır. Çok düşük kalorili olmayan yeterli ve dengeli beslenme ilkelerine göre hazırlanmış zayıflama diyetlerinde vitamin ve mineral yetersizliği söz konusu değildir. Ancak çok düşük kalorili diyetlerde enerjinin azlığına paralel olarak özellikle B grubu vitaminleri, demir ve kalsiyum yetersizlikleri görülebilir. Günlük 1200 kcal'den az enerji alan bireylerde, vegan vejeteryenlerde ve bazı besinlere karşı intoleransı ve alerjisi olanlarda, sigara ve alkol kullananlarda vitamin ve mineral takviyesi gerekebilmektedir (46, 47).

2.3.4. Bitkisel Zayıflama Çayları

Toplumda bitkisel ürünlerin zararsız olduğuna yönelik var olan genel yanlış inanış, bu ürünlerin zararsız olduğuna yönelik reklamlar ve yine bu bitkisel çayların marketlerden ve internet yolu ile bile kolayca sağlanabilmeleri ürünlerin geniş kitleler tarafından yaygın olarak kullanılmasına yol açmaktadır. Ancak bu ürünlerin bilinçsizce ve yaygın olarak kullanımına

bağlı olarak ortaya çıkan istenmeyen etkileri bildiren olgu raporları da artmaktadır. Özellikle efedrin içeren bitki çaylarının tüketilmesi, birçok istenmeyen etkiye neden olabilmektedir. Bitkisel form çaylarının bileşenine esas olarak laksatif ve diüretik etkileri olan birden fazla bitkisel drog girmektedir. Birden fazla drogün bir arada kullanılması bu drogların içerdiği kimyasal maddelerin farmakolojik etkilerinin potansiyalize olmasına ve toksik etkilerin ortaya çıkmasına neden olabilir (48).

Eskişehir'deki marketler, aktarlar ve eczanelerde satışı yapılan 13 ayrı bitkisel form çayının bileşeninde en fazla giren bitkinin laksatif etki amacı ile kullanılan sinameki olduğunu göstermiştir. Sinamekiyi sırası ile kuşburnu, ısırgan, rezene ve biberiye gibi diüretik etkili olan bitkiler izlemektedir. Ürünlerde yer aldığı belirlenen bitkilerin laksatif, diüretik, terlemeyi arttırıcı, safra arttırıcı, sindirim sistemi uyarıcısı ve gaz giderici etkileri olduğu ve bu nedenlerle kilo vermeye yardımcı olarak kullanıldıkları belirlenmiştir (48).

Tablo 2.3: Form çaylarının bileşimine giren bitkiler ve kullanılma amaçları

Laksatif etkililer	Diüretikler	Terlemeyi arttıranlar	Safra arttırıcılar	Sindirim sistemi uyarıcıları	Gaz gidericiler
Sinameki	Funda	Ihlamur	Papatya	Biberiye	Papatya
Barut ağacı kabuğu	Altınotu	Melisa	Biberiye	Küçük kantaron	Adaçayı
Mürver	Papatya	Ardıç	Hibiskus		Anason
Bamya çiçeği	Ihlamur	Mürver	Kara hindiba		Civan perçemi
Aloe vera	Biberiye	Yeşil çay			Melisa
	Isırgan	Defne yaprağı			Rezene
	Civan perçemi	Aynısafa çiçeği			Hindiba
	Kiraz sapı				Frenk kimyonu
	Mısır püskülü				Nane
	Rezene				
	Ardıç				
	Mürver				
	Yeşil çay				
	Alıç çiçeği				
	Meyan kökü				
	Hibiskus				
	At kuyruğu				
	Avokado yaprağı				
	Hindiba				
	Ayrık kökü				
	Şahtere				
	Çıban otu				
	Huş ağacı yaprağı				
	Kara hindiba				
	Aynısafa çiçeği				

İncelenen örneklerin hiçbirinde çeşitli toksik etkilere neden olan ve yurt dışında satılan birçok zayıflama ürünüde bulunan efedrin içeren bitkilerin bulunmadığı belirlenmiştir.

Ayrıca hiçbir üründe kullanılan bitkilerin miktarlarının belirtilmediği saptanmıştır. Bu nedenle, ürünlerin formülasyonları tam olarak belirlenememiştir (48).

Obezite kronik bir problem olduğundan kronik tedavi gerektirir. Bu nedenle kilo vermeye yardımcı olması amacı ile bitkisel çayların da uzun süreli kullanılması gerekmektedir. İncelenen örneklerin kutularında da ürünlerin zayıflatıcı etkilerinin tam olarak gözlenebilmesi için en az 2 ay sürekli kullanılması gerektiği belirtilmiştir. Ancak bu durumda kullanıcılarda kronik laksatif ve diüretik suistimaline bağlı advers etkiler gelişebilir (48).

Kronik stimülan laksatif ve diüretik kullanımı durumunda ortaya çıkabilecek advers etkiler sulu ishal, kas zayıflığı, hipopotasemi, hipokalsemi hipomagnezemi, karında şişkinlik, karın ağrısı, mide-bağırsak kanamaları, anemi, yağlı dışkı, pankreas fonksiyon bozukluğu, rabdomiyoliz, böbrek yetmezliği, osteomalasi, metabolik alkaloz ile birlikte gelişen pseudo-Bartter sendromu, hiperaldosteronizm, hepatotoksisitedir (48).

Aktarlarda bulunan ürünlerin incelenmesi esnasında; saklama şartları ve drog standardizasyonu bakımından oldukça olumsuz izlenimler edinilmiştir. Aktarlardaki ortam genellikle taşıyıcı ve kontaminasyona fazlaca açık görünmektedir. İçerik ve etki olarak birbirleriyle hiç ilgisi olmayan farklı bitkilere, aynı ismin verildiği dahi tespit edilmiştir. Bu yüzden zayıflamak bir yana, çok ciddi yan etkilerin bile görülebilmesi söz konusudur (6).

2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD), bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünü olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde insanın fiziksel, sosyal, duygusal ve manevi durum gibi yaşamının bütün boyutlarıyla ilgili bir kavram olarak ele alınan sağlık, bu anlamda yaşamdan memnuniyeti ve yaşam kalitesini içermekte ve kendini gerçekleştirmenin giderek artmasını ifade etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bildirimleri 2000’li yıllarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemi üzerinedir. Bu bağlamda 2000 yılında “Herkes İçin Sağlık” sloganı ile sağlıklı yaşam biçiminin önemi vurgulanmıştır. 2010’lu yıllar için hedef sağlıklı insan sayısının giderek artırılmasıdır. Bu hedefe ulaşmada, kalitenin artırılması ve olumsuz sağlık şartlarının elimine edilerek sağlıklı yaşam biçiminin sağlanması gereklidir (49).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişilerarası destek ve stres yönetimine yönelik yapılan değerlendirmelerin bir bileşkesi olarak ortaya konulmaktadır. Kişilerin sağlık davranışlarını

en üst düzeye çıkarabilmeleri için sağlığı geliştirme çabaları önem arz etmektedir. Toplumların sağlık düzeyi sağlıklı bireylerin çoğunlukta olması ile ölçülür. Her insanın temel haklarından biri olan sağlıklı olma, sağlığın korunması ve sürdürülmesi, sağlığın geliştirilmesinin esasını teşkil eder. Bireyler, sağlıklı davranışlar geliştirmede kendi sorumluluklarını almalı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını günlük yaşam alışkanlıkları haline dönüştürmelidirler (49).

2.4.1. Obezitede Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı

Ulusal sağlık politikalarının ana hedefi sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı bir topluma ulaşmaktır. Sağlıklı topluma ulaşmak için sektörler arası işbirliğini kuvvetlendiren politikaların geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Sağlıklı bir hayat sadece topluma sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesiyle sağlanamaz. Bireylerin de kendi sağlığının farkında olması, hizmetleri talep etmesi ve olumlu yönde davranış değişikliği geliştirmesi gerekir (40). Çağımızın en büyük sağlık problemlerinden biri olan obeziteden korunmada devlete ve bireylere farklı sorumluluklar düşmektedir. Devlet, obezite ile mücadeleye yönelik etkin ve yaygın politikalar geliştirerek, doğru bilgi kaynakları ve çeşitli olanakları sağlayarak toplumu ve bireyleri sağlıklı bir hayat tarzına teşvik etmelidir. Bireyler ise bu hizmetleri talep etmeli, devletin sağladığı olanaklardan yararlanmalı, kendileri ve çocukları için yeterli ve dengeli beslenme ile düzenli fiziksel aktiviteyi normal yaşam biçimi olarak benimseyecekleri bir hayat tarzını benimsemelidir (40).

Obezite, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, bazı kanser türleri, solunum sistemi hastalıkları, kas-iskelet sistemi hastalıkları gibi pek çok sağlık probleminin oluşmasına zemin hazırlamakta, hayat kalitesi ve suresini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sebeple obezite ile mücadele etmek ülkemizin geleceği için son derece önemlidir (40).

2.4.2. Obezitede Beslenmeye Yönelik Yapılan Hatalı Davranışlar

Pozitif enerji dengesinin sağlanmasında, beslenmenin çok önemli rolü bulunmaktadır. Toplam enerji alımının uzun süreli olarak harcanandan daha fazla olması sonucu obezite beklenen bir durumdur. Enerjiyi oluşturan besin öğelerinin oranı da önemlidir. Yüksek yağ içerikli besin tüketimi ile obezite arasında pozitif korelasyon vardır. Benzer şekilde, yenilen besinlerin özellikle basit karbonhidrat oranının yüksek olması, fazla alınan enerjinin vücutta yağa dönüştürülüp depolanması ile yine kilo artışına neden olmaktadır. Hatalı beslenme

davranışları bireyleri obeziteye götüren ana nedenlerdir. Obeziteye neden olabilen hatalı yeme davranışlarının en önemlileri şunlardır:

- Normalin üstünde besin tüketimi,
- Özellikle çalışan kişilerde sağlıklı besinler yerine yenmeye hazır, enerji yoğunluğu yüksek besinleri çok tüketilmesi.
- Akşam eve geldikten sonra yemek zamanına kadar atıştırmak ve sonra tekrar yemek yemek.
- Hızlı yemek, büyük lokmalar almak, az çiğnemek, çatalı kaşığı elinden hiç bırakmamak,
- Öğün atlamak, öğün aralarında sürekli bir şeyler atıştırmak,
- Yemek yerken başka aktivitelerle uğraşmak (sohbet etmek, TV seyretmek, okumak vb.)
- Uzun süre sofrada kalmak,
- Sıkıntılı, stresli ve öfkeli durumlarda aşırı yemek,
- Ziyaret ve davetlere sık katılmak ve ikramları reddedememek,
- Akşam yemeğinden sonra yatıncaya kadar sürekli yemek,
- Gece uykudan uyanıp yemek yemek,
- Su içmemek veya az içmek, yerine yüksek enerjili içecekleri tercih etmek (40).

2.4.3. Obezitede Olumlu Yeme Davranışı Kazanma

Zayıflamaya yönelik beslenme programı uygulayan obez bireylere, olumlu yeme davranışı alışkanlığı kazandırmak için alternatif yöntemler geliştirilmiştir. Posadan zengin yiyeceklerin tüketiminin artırılmasına yönelik öneriler. Sebze meyve, hububat sağlıklı beslenmenin temelini oluşturan yiyecek grupları olarak tanımlanır. İçerikleri kompleks karbonhidratlar ve posa yönünden önemlidir. Sağlıklı bir beslenme için (31);

- Diyetle posalı besinlere yer vermeli, çiğ sebze, meyve, kurubaklagiller ve kepekli tahıl ürünleri artırılmalıdır.
- Beyaz ekmek veya beyaz undan yapılmış sandviç ekmeği yerine kepekli ekmek, çavdar ekmeği gibi posası yüksek ekmek türleri kullanılmalıdır.
- Kuru fasulye, nohut, mercimek gibi kurubaklagillere öğünlerde sıklıkla yer verilmelidir.

- Sebze ve meyve tüketimi artırılmalı, vitamin, mineral ve posa gereksinimi göz önüne alınarak sebze ve meyve sıklıkla tüketilmelidir. Her öğünde bir porsiyon pişmiş ve bir porsiyon çiğ sebze(salata) olacak şekilde iki porsiyon sebze yenmelidir.
- Meyve suyu ve salatası yerine taze meyve tercih edilmelidir
- Hazır çorba yerine evde yapılan çorbalar (Mercimek çorbası gibi) yenilmelidir (50).

Yağ tüketimini azaltmaya yönelik öneriler

Yağ tüketimi günlük enerjinin %30'u, doymuş yağ tüketimi günlük alınan yağın 1/3'ü ile sınırlandırılmalıdır. Çoğu kişi yağsız et, balık, düşük yağlı süt ürünleri gibi doymuş yağ ve/veya kolesterol içeriği düşük besinlerle beslenmek suretiyle kan kolesterol düzeylerini arzu edilen değerler içinde tutulabilir. Sağlıklı bir beslenme için:

- Yağ tüketimi özellikle doymuş yağ tüketimi azaltılmalı, doymuş yağların yerine doymamış yağlar tüketilmelidir.
- Et yağlı olduğundan etli yemeklere ayrıca yağ konmamalıdır. Mümkün olduğunca yağsız et alınmalı, eğer varsa etin görülen yağları çıkarılmalıdır.
- Pişirme esnasında yemeklere konulan yağ miktarı azaltılmalı (1kg sebze için 2 yemek kaşığı),
- Yemeklere konulan yağ yemeğe doğrudan eklenmeli ve kızartmalardan kaçınılmalıdır.
- Balık ve tavuk eti(derisiz), kırmızı ete kıyasla daha çok yenilmelidir.
- Tam yağlı süt ve yoğurt yerine yarım yağlı süt ve yoğurt kullanılmalıdır.
- Tam yağlı peynir yerine yarım yağlı peynir tercih edilmelidir.
- Mümkün olduğunca ev yemekleri yenmeli, hazır gıda tüketimi ve dışarıda yemek yeme sıklığı azaltılmalıdır.
- Cips gibi yağda kızartılmış yiyeceklerden kaçınılmalı, haşlanmış veya fırınlanmış patates tercih edilmelidir.
- Sosis, salam, sucuk gibi yağlı et ürünleri yerine aynı ürünlerin yağı azaltılmış çeşitleri ile yağsız et, tavuk, balıketi tercih edilmelidir.
- Salatalara hazır soslar ilave edilmemelidir. Arzu edilen lezzet değişikliği limon sirke ve baharat ile de sağlanabilir (31).

Alışverişe yönelik öneriler

- Besin alışverişini tok karnına yapmak, yenmemesi/az yenmesi gereken besinleri satın almamak,
- Alışverişe bir listeye çıkmak ve gereksinme dışı besinleri almamak,
- Yanına yapılan listeye yetecek kadar para almak, mümkünse kredi kartı kullanmamak,

- Yenmeye hazır besinleri satın almamak,
- Satın alırken aynı gruptaki besinlerin enerjisi düşük olanını seçmek (örnek: yağlı peynir yerine yağsız peynir almak gibi),
- Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler açısından düşük enerjili besin (light besin) tuzağına düşmemek (40).

Planlı olmaya yönelik öneriler

- Besin tüketimini sınırlamak için ne yiyeceğini önceden planlamak,
- Boş zamanlarda yiyecek atıştırmak yerine egzersiz yapmak. Ev veya iş yerinde egzersiz için belirli bir alan ayırmak,
- Sabah kalkınca, her öğün öncesi ve sonrasında 1 bardak su içmek,
- Önerilen yiyecekleri planlanan zamanlarda yemek (5-6 öğün şeklinde), öğün atlamamak.
- İkramları kabul etmemek, bunu kabalık olarak nitelendirmemek; çevredeki insanlara yemek için ısrar etmeleri yerine, yememek için teşvik etmelerinin daha iyi olacağını anlatmak,
- Düzenli dışkılama alışkanlığı edinmek (her gün, sabah kalkınca vb.)
- Her hafta, sabah aç karnına, aynı kıyafetlerle tartılmak ve ağırlığı kaydetmek (40).

Yemekle ilgili öneriler

- Göz önünde yiyecek bulundurmamak,
- Mutfakta fazla zaman harcamamak, en kısa sürede işi bitirip uzaklaşmak,
- Yüksek enerjili ve yenilmemesi gereken besinleri evde bulundurmamak,
- Yemekte küçük, salatada büyük tabak kullanmak,
- Serviste küçük boy kepçe kullanmak,
- Yemek biter bitmez sofradan kalkmak,
- Servis yaptıktan sonra servis kabını sofradan kaldırmak,
- Lokmalar arasında çatal ve kaşığı elinden bırakmak,
- Mümkün olduğunca iyi çiğneyerek yavaş yemek,
- Akşam yemekten sonra bir şey yememek,
- Yemek yerken başka aktiviteler (TV seyretmek, gazete-dergi okumak vb.) yapmamak,
- Akşam öğününü olanaklar elverdiği sürece 18:00–20:00 saatleri arasında yemek, sonrasında yüksek enerjili besinlerden uzak durmak (şekersiz çay, ıhlamur vb içilebilir),
- Alkol, zengin soslar ve süslemelerden kaçınmak (40).

Özel günlere yönelik öneriler

- Kalorisiz veya düşük kalorili içecekleri tercih etmek
- Her koşulda beslenme programına uygun besinleri seçmeye özen göstermek,
- Davetlere çok aç iken gitmemek,
- Davete katılmadan bir saat önce düşük enerjili salata, meyve gibi besinler atıştırarak iştahı baskılamak,
- İkramları reddetmeye hazırlanmak, aksilikler karşısında cesaretini kırmamak. Eğer fazla yenilirse sonraki öğünü sadece salata ve biraz peynirle geçiştirmek (40).

2.4.4. Obezitede Fiziksel Aktiviteyi Artırmaya Yönelik Davranış Kazanma

TEKHARF çalışması sonuçlarına göre toplumumuzda sedanter bireylerin (günde 1 kilometreden az yürüyen ve oturarak iş görenlerin) oranı yaşla artmakta ve kadınlarda fizik aktivite düzeyi her yaş grubunda erkeklerden daha düşük bulunmaktadır. Sedanter olma oranı 1990 yılı verilerine göre 20–29 yaş grubundan 70 yaş ve üzeri gruba gidildiğinde erkeklerde %6'dan %30'a, kadınlarda %3'den %52'ye kadar çıkmaktadır. TEKHARF çalışmasına göre toplumumuzda sedanter olma oranları yıllar içerisinde (1990-2000) özellikle kadınlarda artış göstermiştir (50).

Fiziksel aktivitenin hem vücut ağırlığının kontrolü ile hem de diğer mekanizmalarla kronik hastalık gelişim riskini azalttığı bilinmektedir. Fiziksel inaktivite iyi bilinen bir kardiyovasküler hastalık risk faktörüdür. Haftanın en az 5 günü yapılan sadece 30 dakika süren hafif fiziksel aktivite bile kardiyovasküler olayları azaltmaktadır (50).

Fiziksel aktivitenin meme ve barsak kanseri riskini azalttığı iyi bilinmekte; böbrek, endometrium ve özafagus kanserlerinin riskini de azalttığına dair kanıtlar bulunmaktadır. Ayrıca fiziksel aktivite insülin duyarlılığını etkilemekte ve tip 2 diyabet gelişimini azaltmaktadır. Günlük egzersiz süresinin 45 dakikaya uzatılması meme, barsak ve diğer kanser risklerinin daha belirgin olarak azalmasında faydalı olabilir (50).

Egzersiz kardiyovasküler hastalıklar ve kanserden korunma ötesinde hemen hemen tüm organ sistemlerinde olumlu etkileri mevcuttur. Egzersiz, osteoporoz ve kırıklardan korunmada, tedavi ve rehabilitasyonun en önemli öğelerinden biridir. Yaşlılarda egzersizin denge, dayanıklılık, barsak motilitesi, uyku, sosyal yaşam, duygu durumu ve zihinsel işlevler üzerinde olumlu etkileri bildirilmiştir (50).

Amerikan Spor Hekimliği Kolejinin (American College of Sport Medicine) önerisi tüm erişkinlerin her gün ortalama 30 dakika egzersiz yapmasıdır. Bu düzey bir aktivite günlük 840

kJ (200 kcal) enerji tüketimi yaptırır. Obez hastaların bu aktiviteleri yavaş yavaş yapmaları önerilir. Egzersiz önerilerine rehberlik yapmak üzere orta yoğunlukta egzersiz örnekleri olarak şunlar verilebilir: 45-60 dk voleybol, 45 dakika futbol, 35 dk hızlı tempo yürüyüş, ½ saat bisiklete binme, 20 dk yüzme, 15 dk ip atlama gibi sporlar veya 45-60 dk araba yıkama, 45-60 dk cam veya yer silme, 30-45 dakika bahçe işi, ½ saat yaprak tırmıklamak, 15 dk kar temizlemek ve ya 15 dk merdiven çıkmak. Başlangıçta veya çok sedanter yaşam tarzı olanlarda çok hafif egzersizlerle başlanarak yoğunluk hasta uyumuna göre arttırılmalıdır (51).

Fiziksel Aktiviteyi Arttırmaya Yönelik Öneriler

- Hergün (7gün) fiziksel olarak aktif olmayı amaçlamalı
- Orta derecede fiziksel aktivite: 30 dk da 2,5 km yürüme
- TV, sinema ve video oyunları: Günde 2 saatin altına indirilmelidir.
- Çocukların günlük ev işlerini yapmasına izin verilmelidir.
- Güvenli olan ve mümkün olan her şartta yürüyüş tercih edilmelidir.
- Okul beden eğitimi ve beslenme programları desteklenmelidir.
- Okul spor oyunlarına çocuğun katılımı cesaretlendirilmeli ve desteklenmelidir.
- Çocuklar ev ödevinden önce, okuldan sonra dışarıda aktif bir işe cesaretlendirilmelidir.
- Şehir rekreasyonel olanaklarını araştırılmalıdır.
- Fitnes içerikli hediyeleri seçilmelidir(paten, ip atlama, bisiklet).
- Televizyon izlerken, bilgisayar karşısında çalışırken veya sadece dinlenirken bir defada 30 dk. dan fazla oturmayın.
- Yapmaktan hoşlandığınız, yaşam şeklinize uygun ve uzun süre devam ettirebileceğiniz bir aktivite seçin.
- Esnek bir aktivite planınız olsun. Eğer bir, iki gün hiç egzersiz yapmazsanız kendinizi suçlu hissetmeyin. Unutmayın, aktivitenin aylarca veya yıllarca istikrarlı bir şekilde sürmesi daha önemlidir.
- Egzersize başlamadan önce doktorunuza danışın ve kendinize birden yüklenerek çok zorlamayın.
- Aracınızı park edin ve yürüyün; Yürüyüş için bütün olanakları kullanın. Günün sonunda kendinizi daha iyi hissedeceksiniz.
- Eve veya işyerine giderken otobüsten birkaç durak önce inerek geri kalan yolu yürüyün.
- Asansör yerine merdiven kullanın.
- Üzgün olduğunuzda veya sıkıldığınızda yürüyüşe çıkın (51).

- Arkadaşlarınızla beraber yapabileceğiniz aktivitelere katılın.
- Akşamlarınızı tembel bir şekilde geçirmeyin. Televizyon izlerken çeşitli egzersizler yapın.
- Egzersiz yaparken uygun kıyafet ve ayakkabı giyin.
- Ev işlerinizi yapmak için birini tutmak yerine kendiniz yapın.
- İşyerinizde, okulunuzda düzenlenen spor turnuvalarına katılın.
- Fiziksel olarak aktif değilseniz ne zaman ve nasıl aktif olabileceğinizi belirleyin ev işlerine daha çok fiziksel güç harcayın.
- Yavaş başlayın, kısa bir süre içerisinde çok fazla yapmayın.
- Bedeninizi dinleyin eğer baş dönmesi, mide bulantısı, ağrı ve çok fazla yorgunluk hissederseniz bu kısa bir süre içerisinde çok fazla egzersiz yaptığınızın göstergesidir.
- Eğer yaptığınız egzersizle rahatsanız miktarını artırın ve aşamalandırın.
- Bir haftada beş veya daha fazla gün, yarım saat, orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapmayı amalayın (52).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Evren ve Örneklem

Turgut Özal Tıp Merkezinde 816 hemşire çalışmakta olup, $\alpha=0,05$ güç 0,80 alındığında 252 kişiye ulaşılması gerektiği hesaplanmıştır. Poliklinikler, klinikler, ameliyathane ve yoğun bakımlar olarak 4 grubun hemşire isim listesinden tabakalı örnekleme (o gün var olan personel sayısının 750 olacağı düşünülerek) listedeki her üç kişiden biri alınarak anketler dağıtılmıştır.

3.3. Veri toplanması

Anket dağıtılan kişilerin Şubat 2014'de isim listesi yapılmış, bu kişilerin tamamına 15 gün içerisinde farklı zamanlarda, bölümlerine gidilmek suretiyle ulaşılmıştır.

3.4. Anket Formu

Anket formunda katılımcıların yaş, medeni halleri, eğitim durumları, kronik hastalıklarına ilişkin bilgiler 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 ve sigara kullanma alışkanlıkları sorulmuştur. Aynı zamanda anket formunda light ürünü kullanımına, zayıflama amaçlı diyet ürünü kullanımına yönelik sorular ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği yer almıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği (SYBDÖ): Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ), 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından Sağlığı Geliştirme Modeli'ni test etmek amacıyla geliştirilmiştir. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçer. Ölçek toplam 48 maddeden oluşmuştur. 6 alt grubu vardır. Alt grupları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimidir. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir. Ölçek Walker, Sechrist ve Pender tarafından 1995 yılında 4 madde daha eklenerek 52 maddeye çıkarılmıştır. Diğer 48 maddelik ölçekle yeni 52 maddelik ölçeğin tek farkı madde sayısıdır. Bu çalışmada 52 maddelik ölçek kullanılmıştır (53).

Kendini Gerçekleştirme Alt Grubu; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler. Sağlık Sorumluluğu Alt Grubu; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Egzersiz Alt Grubu; sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir. Beslenme Alt Grubu; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme yiyecek seçimindeki değişiklikleri belirler. Kişilerarası Destek Alt Grubu; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler. Stres Yönetimi; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumludur. Ters madde yoktur. İşaretleme 4'lü likert tipli ölçek üzerine yapılır. "Hiçbir zaman" yanıtı için 1, "Bazen" yanıtı için 2, "Sıkı sık" yanıtı için 3, "Düzenli olarak" yanıtı için 4 puan verilir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52 ve en yüksek puan 208'dir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin alt grupları ölçekteki soru numaraları en düşük ve en yüksek puanları Tablo 4'te gösterilmiştir (53-57).

Tablo 3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin Alt Grupları Ölçekteki Soru Numaraları En Düşük ve En Yüksek Puanları

Alt Gruplar	Ölçekteki Soru Numaraları	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
Kendini Gerçekleştirme	6,12,18,24,30,36,42,48,52	9	36
Sağlık Sorumluluğu	3,9,15,21,27,33,39,45,51	9	36
Egzersiz	4,10,16,22,28,34,40,46	8	32
Beslenme	2,8,14,20,26,32,38,44,50	9	36
Kişilerarası Destek	1,7,13,19,25,31,37,43,49	9	36
Stres Yönetimi	5,11,17,23,29,35,41,47	8	32
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	1.....52.madde	52	208

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde, Kruskal Wallis varyans analizi, Mann-Whitney U testi, Fisher's testi, Pearson khi kare testi, Anova testi, Independent samples t testi kullanılmıştır. Tüm istatistiksel değerlendirmelerde $p < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Araştırma kapsamına girenlerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguları

Tablo 4.1: Araştırma grubunun sosyo–demografik özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	206	81,7
	Erkek	46	18,3
Yaş(yıl)	20-24	34	13,5
	25-29	77	30,6
	30-34	63	25,0
	35-39	52	20,6
	40-45	18	7,2
	45-50	8	3,1
	Medeni durum	Evli	157
Bekar		88	34,9
Diğer		7	2,8
Eğitim	Lisans	164	65,1
	Önlisans	58	23,0
	Y.lisans	24	9,5
	Sağlık Meslek Lisesi	6	2,4
Kıdem(yıl)	1-5	92	36,5
	6-10	77	30,6
	11-15	47	18,6
	16-20	28	11,1
	21ve üzeri	8	3,2
Görev	Klinik hemşiresi	131	52,0
	Yoğun bakım hemş.	83	32,9
	Ameliyathane hemş.	23	9,1
	Poliklinik hemşiresi	15	6,0
Sağlık problemi	Yok	201	79,8
	Var	51	20,2
Sağlık problemi	Metabolik hastalık	20	39,2
	Diğer hastalıklar	31	60,8

Araştırmaya katılan 252 kişinin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı tablo 4.1’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların %81,7’si kadın, %18,3’ü erkektir. Kişilerin yaşları 20-50 arası olup, yaş ortalamaları $31,2 \pm 6,1$ ’dir. Araştırmaya katılanların %62,3’ünün evli, %34,9’unun bekar, %2,8’inin dul olduğu bulunmuştur. Eğitim durumlarına bakıldığında; %65,1’inin lisans mezunu olduğu tespit edilmiştir. Araştırma grubu olan hemşirelerin kıdemine bakıldığında %36,5’inin 1-5 yıl arasında kıdeme, %30,6’sının 6-10 yıl arası kıdeme, %18,6’sının 11-15 yıl arası kıdeme, %11,1’inin 16-20 yıl arası kıdeme, %3,2’nin 21 ve üzeri yıl kıdeme sahip oldukları bulunmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %52’si klinik hemşiresi, %32,9’u yoğun bakım hemşiresi, %9,1’i ameliyathane hemşiresi, %6’sı poliklinik hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Araştırmaya katılanların sağlık problemlerine bakıldığında %79,8’inde sağlık problemi olmadığı, %20,2’sinde sağlık problem olduğu tespit edilmiştir. Sağlık problemi olanların %39,2’sinin sağlık probleminin metabolik hastalıklardan oluştuğu görülmüştür.

4.2. Araştırma kapsamına girenlerin beslenme alışkanlıklarına ilişkin bulguları

Tablo 4.2: Araştırmaya katılanların öğün atlama ve vejetaryenlik durumları

		n	%
Günde yenilen öğün	2	21	8,3
	3	154	61,2
	4	58	23,0
	5	19	7,5
Öğün	Atlamayan	219	86,9
	Atlayan	33	13,1
En önemli öğün atlama nedeni	Canım istemiyor	13	39,4
	Vakit bulamıyorum	10	30,3
	Gereksiz görüyorum	5	15,2
	Zayıflamak istiyorum	4	12,1
	Kahvaltıyı geç yapıyorum	1	3,0
Sabah öğünü	Atlamayanlar	24	72,7
	Atlayanlar	9	27,3
Öğlen öğünü	Atlamayanlar	14	42,4
	Atlayanlar	19	57,6
Akşam öğünü	Atlamayanlar	28	84,8
	Atlayanlar	5	15,2
Vejetaryen	Olanlar	8	3,2
	Olmayanlar	244	96,8

Tablo 4.2’de araştırmaya katılanların öğün atlama ve vejetaryenlik durumuna bakıldığında; katılımcıların %8,3’ü iki öğün, %61,1’i üç öğün, %23,0’ü dört öğün, %7,5’i beş öğün yemek yemektedir. Araştırmaya katılanların öğün atlama durumuna bakıldığında; %86,9’u öğün atlamamakta, %13,1’i öğün atlamaktadır. Öğün atlayanların %39,4’ü "canının istememesini", %30,3’ü "vakit bulamamayı", %15,2’si "gereksiz gördüğünü", %12,1’i "zayıflamak istediğini", %3’ü "kahvaltıyı geç yapmayı" öğün atlama nedeni olarak göstermiştir. Öğün atlayanların %27,3’ü sabah öğününü, %57,6’sı öğlen öğününü, %15,2’si akşam öğününü atlamaktadır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %3,2’si vejetaryen olduğunu, %96,8’i vejetaryen olmadığını belirtmiştir.

Tablo 4.3: Araştırmaya katılanların kahvaltıda tükettikleri yiyecek-içecek türleri

	n	%
Çay	199	81,2
Peynir	196	80,0
Zeytin	167	68,2
Poğaçı/Simit	166	67,8
Yumurta	155	63,3
Ekmek	150	61,2
Reçel/bal	87	35,5
Sebze	82	33,5
Yağ	41	16,7
Pekmez	40	16,3
Tost	35	14,3
Çikolata	25	10,2
Süt	22	9,0
Sandviç	12	4,9
Bisküvi vb.	12	4,9
Meyve suyu	10	4,1
Meyve	9	3,7
Kızartma	1	0,4

Tablo 4.3’ de araştırmaya katılan bireylerin kahvaltıda tükettikleri yiyecek-içecek türlerine bakıldığında; %81,2’si çay içtiğini, %80’i peynir yediğini, %68,2’si zeytin yediğini, %67,8’i poğaçı/simit yediğini, %63,3’ü yumurta yediğini, %61,2’si ekmek yediğini, %35,5’i reçel/bal

bal yediğini, %33,5'i sebze yediğini, %16,7'si yağ yediğini, %16,3'ü pekmez yediğini, %14,3'ü tost yediğini, %10,2'si çikolata yediğini, %9'u süt içtiğini, %4,9'u sandviç yediğini, %4,9'u bisküvi vb. yediğini, %4,1'i meyve suyu içtiğini, %3,7'si meyve yediğini, %0,4'ü kızartma yediğini belirtmiştir.

Tablo 4.4: Araştırmaya katılanların öğlen tükettikleri yiyecek-içecek türleri

	n	%
Ekmek, pilav, makarna, börek vb.	196	82,0
Sebze yemekleri, salata	168	70,3
Et, yumurta, kurubaklagil yemekleri	149	62,3
Süt, yoğurt, ayran	122	51,0
Meyve	71	29,7
Hamburger/tost	16	6,7
Bisküvi vb.	14	5,9
Simit /poğaç	13	5,4

Tablo 4.4'de araştırmaya katılan bireylerin öğlen öğününde tükettiklerine bakıldığında; bireylerin %82'si ekmek, pilav, makarna ve börek, %70,3'ü sebze yemekleri-salata, %62,3'ü et-yumurta-kurubaklagil yemekleri, %51'i süt-yoğurt-ayran, %29,7'si meyve, %6,7'si hamburger/tost, %5,9'u bisküvi, %5,4'ü simit/poğaç tükettiklerini ifade etmiştir.

Tablo 4.5: Araştırmaya katılanların akşam tükettikleri yiyecek-içecek türleri

	n	%
Sebze yemekleri, salata	201	80,1
Ekmek, pilav, makarna, börek vb.	182	72,5
Et, yumurta, kurubaklagil yemekleri	174	69,3
Süt, yoğurt, ayran	163	64,9
Meyve	137	54,6
Bisküvi vb.	26	10,4
Hamburger /tost	12	4,8
Poğaç/simit	6	2,4

Tablo 4.5'da araştırmaya katılan bireylerin akşam öğününde tükettiklerine bakıldığında; bireylerin %80,1'inin sebze yemekleri-salata, %72,5'inin ekmek, pilav, makarna ve börek,

%69,3'ünün et, yumurta, kurubaklagil yemekleri, %64,9'unun süt-yoğurt-ayran, %54,6'sının meyve, %10,4'ünün bisküvi, %4,8'inin hamburger/tost, %2,4'ünün simit/poğaç tükettikleri görülmüştür.

Tablo 4.6: Bireylerin ara öğün yapma durumu ve ara öğünde yenen besinler

		n	%
Ara öğün yapanlar	Bazen	126	50,0
	Evet	101	40,1
	Hayır	25	9,9
Meyve, çiğ sebze		138	60,8
Kek, bisküvi, cips		130	57,3
Kuruyemiş		113	49,8
Süt, yoğurt, ayran		70	30,8
Meyve suyu		55	24,2
Kola, gazoz, fanta		35	15,4
Diyet bisküvi		1	0,4

Araştırmaya katılan hemşirelerin Tablo 4.6'de ara öğün tüketme durumuna ve ara öğünde yenen besinlere bakıldığında; % 50'si ara öğünü bazen yapmakta, %40'1 ara öğün yapmakta, %9,9'u ara öğün yapmamaktadır. Ara öğünde yenen yiyeceklere bakıldığında; bireylerin %60,8'i meyve ve çiğ sebzeyi, %57,3'ü kek-bisküvi-cipsi, %49,8'i kuruyemiş, %30,8'i süt-yoğurt-ayran, %24,2'si meyve suyu, %15,4'ü kola-gazoz-fanta vb., %0,4'ü diyet bisküvi tercih etmektedir.

Tablo 4.7: Araştırmaya katılanların yemek seçimini etkileyen en önemli etmen ve yemek yeme şekilleri

Yemek seçimini etkileyen en önemli etmen	n	%
Lezzeti	151	59,9
Sağlıklı olması	52	20,6
Doyurucu olması	24	9,5
Kalorisi	9	3,6
Fiyatı	8	3,2
Kolay alınması	8	3,2
Yemek yeme şekli		
Normal	120	47,6
Hızlı	90	35,7
Yavaş	42	16,7

Tablo 4.7'de araştırmaya katılanların yemek seçimini etkileyen etmenlere bakıldığında; en önemli etmenin %59,9 ile “yemeğin lezzeti” olduğu ifade edilmiştir. Bunu %20,6 ile "yemeğin sağlıklı olması", %9,5 ile "yemeğin doyurucu olması" izlemektedir. Araştırmaya katılanların %47,6'sı yemeklerini normal hızda yediklerini belirtirken, %35,7'si hızlı ve %16,7'si de yavaş yemek yediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.8: Araştırmaya katılanların sigara, çay, kahve ve su tükete durumlari

		n	%
Sigara	Hayır	190	75,5
	1-5 adet/gün	21	8,3
	6-10 adet/gün	19	7,5
	11-20 adet/gün	21	8,3
	20 adet/gün üstü	1	0,4
İçilen ay(bardak)	Hiç içmeyen	8	3,2
	1-5	120	47,6
	6-10	95	37,7
	11 ve üzeri	29	11,5
Kahve (fincan)	Hiç içmeyen	137	54,4
	1 adet	71	28,2
	2	26	10,3
	3	11	4,4
	4	2	0,8
	5	2	0,8
Su	1-2 bardak	27	10,7
	3-4 bardak	45	17,9
	5-6 bardak	62	24,6
	7-8 bardak	45	17,9
	9-10 bardak	47	18,7
	10 bardak üstü	26	10,3

Tablo 4.8' da araştırmaya katılanların sigara, çay, kahve ve su tükete durumuna bakıldığında; %75,5'inin sigara içmediği, %8,3'nün 1-5adet/gün sigara, %7,5'inin 6-

10adet/gün sigara, %8,3'nün 11-20adet/gün sigara, %0,4'nün 20adet/gün üzeri sigara içtiği belirlenmiştir. İçilen çay miktarına bakıldığında; bireylerin %47,6'sının 1-5 bardak, %37,7'sinin 6-10 bardak, %11,1'inin 11-20 bardak çay içtiği bulunmuştur. İçilen kahve miktarına bakıldığında; bireylerin %54,4'ünün hiç kahve içmediği, %28,2'sinin 1 fincan, %10,3'ünün 2 fincan kahve içtiği görülmüştür. Bireylerin su içme durumuna bakıldığında; %10,7'sinin 1-2 bardak, %17,9'unun 3-4 bardak, %24,6'sının 5-6 bardak, %17,9'unun 7-8 bardak, %18,7'sinin 9-10 bardak, %10,3'ünün 10 bardak ve üstü su içtiği görülmüştür.

Tablo 4.9: Araştırmaya katılanların çaya, kahveye attıkları şeker miktarı

		n	%
Çaya atılan şeker adedi	şekersiz	107	43,9
	yarım	3	1,2
	1	36	14,7
	1.5	2	0,8
	2	47	19,3
	3	39	16,0
	4 ve üzeri	10	4,1
	Kahveye atılan şeker adedi	şekersiz	56
yarım		1	0,9
1		26	22,6
2		19	16,5
3		11	9,6
4		2	1,8

Tablo 4.9' da araştırmaya katılanların çaya ve kahveye attıkları şeker miktarına bakıldığında; %43,9'unun çayına şeker atmadığı, %1,2'sinin yarım şeker, %14,7'sinin 1 şeker, %19,3'ünün 2 şeker, %4,1'inin 4 ve üzeri şeker attığı görülmektedir. Kahveye atılan şekere bakıldığında; bireylerin %48,7'si şeker kullanmamaktadır. Katılanların %22,6'sı 1 şeker, %16,5'i 2 şeker, %9,6'sı 3 şeker, %1,8'i 4 şeker kullanmaktadır.

Tablo 4.10: Araştırmaya katılanların cinsiyete göre vejetaryenlik durumu

	Vejetaryen		Vejetaryen olmayan		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Erkek	1	2,2	45	97,8	46	18,3
Kadın	7	3,4	199	96,6	206	81,7
Toplam	8	3,2	244	96,8	252	100

Fisher's testi p: 0,554 *Satır yüzdesi ** Sütun yüzdesi

Tablo 4.10’da görüldüğü üzere erkeklerle kadınlar arasında vejetaryenlik yönünden anlamlı farklılık yoktur.

Tablo 4.11: Araştırmaya katılanların sağlıklı beslenmeyle ilgili görüşleri

		n	%
Yağ oranı düşük	Çok önemli	88	34,9
	Önemli	106	42,1
	Önemli değil	24	9,5
	Hiç önemli değil	34	13,5
Tuz oranı düşük	Çok önemli	72	28,6
	Önemli	112	44,4
	Önemli değil	28	11,1
	Hiç önemli değil	40	15,9
Vitamine zengin	Çok önemli	114	45,2
	Önemli	96	38,2
	Önemli değil	21	8,3
	Hiç önemli değil	21	8,3
Posalı oranı yüksek	Çok Önemli	64	25,4
	Önemli	88	34,9
	Önemli değil	57	22,6
	Hiç önemli değil	43	17,1
Kalorisi düşük beslenme	Çok önemli	67	26,6
	Önemli	82	32,5
	Önemli değil	47	18,7
	Hiç önemli değil	56	22,2

Tablo 4.11’de Araştırmaya katılanların sağlıklı beslenmeyle ilgili düşüncelerine bakıldığında; yağ oranı düşük beslenmeyi, %34,9’u çok önemli olduğunu, %42,1’i önemli olduğunu, %9,5’i önemli olmadığını, %13,5’i hiç önemli olmadığını, düşünmektedir. Bireylerin tuz oranı düşük beslenmeyle ilgili düşüncelerine bakıldığında; %28,6’sı çok önemli olduğunu, %44,4’ü önemli, %11,1’i önemli olmadığını, %15,9’u hiç önemli olmadığını düşünmektedir. Araştırmaya katılanların vitamine zengin beslenmeyle ilgili düşüncelerine bakıldığında; %45,2’si çok önemli, %38,2’si önemli, %8,3’ü önemli olmadığını, %8,3’ü hiç önemli olmadığını düşünmektedir. Araştırmaya katılanların posalı beslenmeyle ilgili düşüncelerine bakıldığında; posalı beslenmeyi; %25,4’ü çok önemli olduğunu %34,9’u

önemli, %22,6'sı önemli olmadığını, %17,1'i hiç önemli olmadığını düşünmektedir. Araştırmaya katılanların kalorisi düşük beslenme ile ilgili düşüncelerine bakıldığında; düşük kalorili beslenmeyi %26,6'sı çok önemli, %32,5'i önemli, %18,7'si önemli olmadığını, %22,2'si hiç önemli olmadığını düşünmektedir.

4.3. Araştırma kapsamına girenlerin diyet yapma durumu ve diyet ürünü kullanımına ilişkin bulguları

Tablo 4.12: Araştırmaya katılanların, kilo kontrolü için diyet yapma durumları, diyet yapma sıklıkları, diyet yapma şekilleri

		n	%
Diyet yapma durumu	Hayır	137	54,4
	Bazen	80	31,7
	Evet	35	13,9
Diyet yapma sıklığı	Kilo aldığımı hissettiğimde	79	68,7
	Nadiren/Ara sıra	23	20,0
	Sürekli	8	7,0
	Her yıl yaz başında	5	4,3
Diyet yapma şekli	Kendim hazırlıyorum	88	76,5
	Arkadaşımın tavsiyelerini uyguluyorum	10	8,7
	Diyetisyene gidiyorum	8	7,0
	Spor salonlarına gidiyorum	6	5,2
	Gazete ve dergilerdeki yayınları takip ediyorum	2	1,7
	Az yiyorum	1	0,9

Tablo 4.12'de araştırmaya katılanların diyet yapma durumlarına bakıldığında; %54,4'ü diyet yapmadığını, %31,7'si bazen diyet yaptığını, %13,9'u diyet yaptığını belirtmektedir. Bazen diyet yapanların ve diyet yapanların, diyet yapma sıklığına bakıldığında; %68,7'sinin kilo aldığını hissettiğinde, %23'nün nadiren/ara sıra, %7'sinin sürekli, %4,3'nün her yıl yaz başında diyet yaptığı belirlenmiştir. Diyet yapanların diyet yapma şekline bakıldığında; %76,5'inin kendi diyetlerini hazırladıkları, %8,7'sinin arkadaş tavsiyesine uyduğu, %7'sinin diyetisyene gittiği, %5,2'sinin spor salonuna gittiği, %1,7 'sinin gazete ve dergi yayınlarını takip ettiği, %0,9'unun ise az yediğini ifade ettiği görülmüştür.

Tablo 4.13: Araştırmaya katılanların diyet ürünü(light ürünler) kullanma durumları, diyet ürünü kullanmama nedenleri ve en çok tükettikleri diyet ürünü

		n	%
Diyet ürünü kullanma	Hayır	194	77,0
	Bazen	40	15,9
	Evet	18	7,1
Diyet ürünü kullanamama nedeni	Yararlı olduğunu düşünmüyorum	80	31,8
	Kilomdan memnunum	65	25,8
	Lezzetli olmaması	28	11,1
	Sağlıklı değil	17	6,7
	Kullandığımda rahatsızlık vermesi	2	0,8
	Zayıfım	1	0,4
	Pahalı olması	1	0,4
	En sık kullanılan diyet ürünü	Bisküvi	31
	Süt	11	19,0
	Ekmek	6	10,3
	Kola	3	5,2
	Kornfleks	2	3,4
	Galeta	2	3,4
	Mısır-pirinç patlağı karışımı	2	3,4
	Yağsız beyaz peynir	1	1,7

Tablo 4.13’de Araştırmaya katılanların diyet ürünü (light ürün) kullanma durumuna bakıldığında; %77’si diyet ürünü kullanmadığını, %15,9’u bazen kullandığını, %7,1’i kullandığını belirtmiştir. Bireylerin diyet ürünü kullanmama nedenlerine bakıldığında; %31,8’i yararlı olduğunu düşünmediği için, %25,8’i kilosundan memnun olduğu için, %11,1’i lezzetli olmadığı için, %6,7’si sağlıklı bulmadığı için, %0,4’ü zayıf olduğu için %0,4’ü pahalı olduğu için diyet ürünü kullanmadığını belirtmektedir. En çok kullanılan diyet ürününe bakıldığında; tüketilen diyet ürünleri arasında %53,4 ile diyet bisküvi ilk sırada tüketilmektedir. Bunu %19 ile light süt, %10,3 ile light ekmek, %5,2 ile light kola, %3,4 ile light kornflex, %3,4 ile light galeta, %3,4 ile light mısır-pirinç patlağı karışımı, %1,7’i ile yağsız beyaz peynir izlemektedir.

Tablo 4.14: Araştırmaya katılanların en sık tükettikleri ekmek türü

En çok kullandığınız ekmek türü	n	%
Beyaz ekmek	155	61,8
Tam buğday ekmeği	45	17,9
Kepekli ekmek	44	17,5
Çavdar ekmeği	6	2,4
Light ekmek	1	0,4

Tablo 4.14’de araştırmaya katılanların tükettiği ekmek türüne bakıldığında; %61,8’i beyaz ekmek, %17,9’u tam buğday ekmeği, %17,5’i kepekli ekmek, %2,4’ü çavdar ekmeği, %0,4’ü light ekmek tükettiği görülmüştür.

Tablo 4.15: Araştırmaya katılanların tatlandırıcı şeker, vitamin-mineral, zayıflama amaçlı besin desteği, bitkisel zayıflama ilacı ve zayıflama çaylarından birini kullanma durumu, sıklığı ve ürünü öneren kişiye göre dağılımı.

		n	%
Zayıflatıcı ürün	Evet	20	7,9
	Hayır	232	92,1
Tatlandırıcı şeker	Hergün	1	25,0
	Nadiren	3	75,0
Zayıflatıcı vitamin	Her gün	1	16,7
	Haftada 1	2	33,3
	Nadiren	3	50,0
Zayıflatıcı besin desteği	Günaşırı	1	33,3
	Haftada 1	1	33,3
	Nadiren	1	33,4
Bitkisel zayıflama ilacı	Her gün	2	28,6
	Günaşırı	1	14,3
	Nadiren	4	57,1
Zayıflatma çayı	Her gün	5	35,7
	Günaşırı	3	21,4
	Haftada 1	1	7,1
	Nadiren	5	35,7
Öneren kişi	Kendim	7	36,8
	Arkadaş	6	31,6
	Doktor	3	15,8
	Eczacı	2	10,5
	Diyetisyen	1	5,3

Tablo 4.15’de Araştırmaya katılanların zayıflatıcı ürün kullanma durumuna bakıldığında; %7,9’u zayıflatıcı ürün kullandığını, %92,1’nin zayıflatıcı ürün kullanmadığı, bulunmuştur. Tatlandırıcı şeker kullanımına bakıldığında; kullanan bireylerin %25’i her gün kullanmakta %75’i nadiren kullanmaktadır. Zayıflama amaçlı vitamin kullanımına bakıldığında; kullananların %16,7’si her gün kullanmakta %33,3’ü haftada bir %50’si nadiren kullanmaktadır. Zayıflatıcı besin desteği kullanımına bakıldığında; kullananların %33,3’ü her gün, %33,3’ü haftada bir, %33,4’ü nadiren, kullanmaktadır. Bitkisel zayıflatma ilacı kullanımına bakıldığında; kullananların %28,6’sı her gün, %14,3’ü gün aşırı, %57,1’i nadiren kullanmaktadır. Zayıflatma çayı kullanımına bakıldığında; kullananların %35,7’si her gün, %21,4’ü gınaşırı, %7,1’i haftada bir, %35,7’si nadiren kullanmaktadır. Zayıflatma amaçlı kullanılan ürünü kim önerdi sorusuna, kullananların verdikleri cevaplara bakıldığında; %36,8’i kendisinin aldığını, %31,6’sı arkadaşının, %15,8’i doktorun, %10,5’i eczacının, %5,3’ü diyetisyenin önerdiğini ifade etmiştir.

4.4. Araştırma kapsamına girenlerin obeziteye ilişkin bulguları

Tablo 4.16: Araştırmaya katılanların kilolarıyla ilgili düşünceleri ve endişe düzeyleri

		n	%
Kilolu olduğunu düşünüyor	Evet	139	55,2
	Hayır	113	44,8
Endişe düzeyi	Endişeli değilim	91	36,1
	Biraz endişeliyim	85	33,7
	Endişeliyim	57	22,6
	Oldukça endişeliyim	13	5,2
	Çok endişeliyim	6	2,4

Tablo 4.16’da Araştırmaya katılanların kilolu olmayla ilgili düşüncelerine bakıldığında; %55,2’si kilolu olduğunu, %44,8’i kilolu olmadığını düşünüyor. Kilo ile ilgili endişelerine bakıldığında; %36,1’inin endişeli olmadığı, %33,7’sinin biraz endişeli olduğu, %22,6’sının endişeli olduğu, %5,2’sinin oldukça endişeli olduğu, %2,4’ünün çok endişeli olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.17: Araştırmaya katılanların BKİ'e (Beden Kitle İndeksi) göre dağılımları (DSÖ sınıflamasına göre)

	BKI	n	%
Zayıf	< 18,5	3	1,2
Normal	18,5–24,9	145	57,6
Kilolu	25–29,9	86	34,1
Obez	≤30	18	7,1

Araştırmaya katılanların BKİ'e göre dağılımları tablo 4.17. de gösterilmiştir. Bireylerin %1,2'sinin zayıf, %57,6'sının normal kilolu, %34,1'inin kilolu ve %7,1'inin obez olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.18: Araştırmaya katılanların medeni duruma göre BKİ durumu

	Normal		Kilolu		Obez		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**
Evli	74	47,1	70	44,6	13	8,3	157	62,3
Evli değil	74	77,9	16	16,8	5	5,3	95	37,7
Toplam	148	58,7	86	34,1	18	7,1	252	100,0

*Satır yüzdesi ** Sütun yüzdesi
X²: 23,640 p=0,0001

Tablo 4,18'de görüldüğü gibi evlilerle evli olmayanlar arasında BKİ yönünden fark anlamlıdır (p=0,0001).

Tablo 4.19: Araştırmaya katılanların cinsiyete göre BKİ durumu

	Normal		Kilolu		Obez		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**
Erkek	22	47,8	17	37,0	7	15,2	46	18,3
Kadın	126	61,2	69	33,5	11	5,3	206	81,7
Toplam	148	58,7	86	34,1	18	7,1	252	100,0

*Satır yüzdesi ** Sütun yüzdesi
X²:6,408 p=0,041

Tablo 4.19'da görüldüğü gibi erkeklerle kadınlar arasında BKİ yönünden fark anlamlıdır (P=0,041).

Tablo 4.20: Araştırmaya katılanların BKİ'sine göre günlük tükettikleri sigara, çay, kahve, çayda kullanılan şeker, kahvede kullanılan şeker ve su miktarları

Alt ölçek	BKI	n	Aritmetik Ort.	Std.Sapma	p*
Günlük içilen sigara sayısı	Normal	148	1,4	0,9	0,005
	Kilolu	86	1,4	0,9	
	Obez	18	2,2	1,1	
Bir günde içilen çay miktarı(bardak)	Normal	148	6,3	4,3	0,783
	Kilolu	86	6,5	4,5	
	Obez	18	7,1	5,2	
Bir günde içilen kahve miktarı(fincan)	Normal	148	0,7	1,1	0,003
	Kilolu	86	0,6	0,8	
	Obez	18	1,6	2,4	
Kaç şekerli çay	Normal	148	1,3	1,3	0,034
	Kilolu	86	1,0	1,2	
	Obez	18	0,6	0,9	
Kaç şekerli kahve	Normal	148	0,4	0,9	0,248
	Kilolu	86	0,3	0,8	
	Obez	18	0,1	0,3	
Bir günde tüketilen su (bardak)	Normal	148	3,3	1,4	0,160
	Kilolu	86	3,6	1,5	
	Obez	18	3,6	1,1	

*ANOVA testi uygulanmıştır.

Tablo 4.20'de görüldüğü gibi obezlerin günlük içilen sigara sayısı ($p=0,005$) ve günlük içilen kahve miktarı ($p=0,003$) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Obeslerin çaylarında kullandıkları şeker miktarları ($p=0,034$) anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo4.21: Araştırmaya katılanların yemek yeme hızına göre BKİ durumu

Yemek yeme hızı	Normal		Kilolu		Obez		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**
Hızlı	39	43,3	40	44,4	11	12,2	90	35,7
Yavaş	31	73,8	10	23,8	1	2,4	42	16,7
Normal	78	65,0	36	30,0	6	5,0	120	47,6
Toplam	148	58,7	86	34,1	18	7,1	252	100,0

*Satır yüzdesi ** Sütun yüzdesi
 $X^2:16,134$ $p=0,003$

Tabloda görüldüğü gibi yeme hızı; hızlı, normal ve yavaş olanlar arasında BKİ yönünden fark anlamlıdır (p=0,003). Farkı yaratan hızlı yemek yiyenlerdir. Bu kişilerde obezite, daha yüksek orandadır.

Tablo 4.22: Araştırmaya katılanların zayıflatma diyeti yapma durumuna göre BKİ

Zayıflatma diyet yapma durumu	Normal		Kilolu		Obez		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**
Evet	16	45,7	17	48,6	2	5,7	35	13,9
Bazen	35	43,8	37	46,2	8	10,0	80	31,7
Hayır	97	70,8	32	23,4	8	5,8	137	54,4
Toplam	148	58,7	86	34,2	18	7,1	252	100,0

*Satır yüzdesi ** Sütun yüzdesi
X²:19,047 p=0,001

Tablo 4.22’de zayıflatma diyeti yapma durumu yönünden kişiler incelendiğinde BKİ yönünden fark anlamlıdır. Farkı yaratan diyet yapmayan gruptur.

Tablo 4.23: Araştırmaya katılanların diyet ürünü (light ürün) kullanma durumuna göre BKİ

Diyet ürünü kullanma durumu	Normal		Kilolu		Obez		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**
Evet	31	53,4	24	41,4	3	5,2	18	23,0
Hayır	117	60,3	62	32,0	15	7,7	194	77,0
Toplam	148	58,7	86	34,1	18	7,1	252	100,0

*Satır yüzdesi ** Sütun yüzdesi
X²:1,929 p=0,381

Tablo 4.23’de diyet ürünü kullananlar ile kullanmayanlar arasında BKİ yönünden anlamlı fark yoktur.

4.5. Araştırma kapsamına girenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Puanlarına ilişkin bulguları

Tablo 4.24: Araştırmaya katılanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği sağlık sorumluluğu alt grubu puanları

Sağlık Sorumluluğu	Hiçbir Zaman		Bazen		Sık Sık		Düzenli Olarak	
	n	%	n	%	n	%	n	%
3. Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.	33	13,1	152	60,3	52	20,6	15	6,0
9. Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.	53	21,0	146	57,9	36	14,4	17	6,7
15. Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.	27	10,7	142	56,3	64	25,4	19	7,5
21. Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.	58	23,0	148	58,8	36	14,3	10	4,0
27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.	21	8,3	143	56,7	67	26,6	21	8,4
33. Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.	73	29,0	129	51,2	29	11,5	21	8,3
39. Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.	75	29,7	124	49,2	43	17,1	10	4,0
45. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.	114	45,2	111	44,1	17	6,7	10	4,0
51. Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik ararım.	21	8,3	123	48,8	73	29,0	35	13,9

Sağlık sorumluluğu alt boyutunda sıra ortalaması 2,09+0,46 (medyan: 2,11) bulunmuş. Sağlık sorumluluğu toplam puan ortalaması 18,89'dur. Bireylerin sağlık sorumluluğu puanları orta düzeydedir.

Tablo 4.25: Araştırmaya katılanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği egzersiz alt grubu puanları

Fiziksel aktivite	Hiçbir Zaman		Bazen		Sık Sık		Düzenli Olarak	
	n	%	n	%	n	%	n	%
4. Düzenli bir egzersiz programı yaparım.	140	55,5	89	35,3	8	3,2	15	6,0
10. Haftada en az üç kez olmak üzere 20 dakika ve/veya daha fazla süreli egzersiz yaparım(Örnek olarak: hızlı yürüme, bisiklete binme, aerobik, dans, merdiven çıkma vb.)	101	40,1	98	38,9	37	14,7	16	6,3
16. Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım(Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm.	85	33,7	114	45,2	35	13,9	18	7,2
22. Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.	137	54,4	84	33,3	15	6,0	16	6,3
28. Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.	164	65,1	68	27,0	12	4,7	8	3,2
34. Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim.)	48	19,0	107	42,5	61	24,2	36	14,3
40. Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışımı kontrol ederim.	119	47,2	96	38,1	26	10,3	11	4,4
46. Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.	138	54,8	84	33,3	21	8,3	9	3,6

Fiziksel aktivite sıra ortalaması $1,77+0,56$ (medyan: 1,75) bulunmuş. Fiziksel aktivite toplam puan ortalaması 14,17'dir. Bireylerin fiziksel aktivite puanları düşüktür.

Tablo 4.26: Araştırmaya katılanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği beslenme alt grubu puanları

Beslenme	Hiçbir Zaman		Bazen		Sık Sık		Düzenli Olarak	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2. Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyet tercih ederim.	41	16,3	142	56,4	49	19,4	20	7,9
8. Şeker ve tatlıyı kısıtlarım.	56	22,2	133	52,8	39	15,5	24	9,5
14. Her gün 6-11 dilim ekmek, tahıl, pirinç ya da makarna yerim.	49	19,4	102	40,5	75	29,8	26	10,3
20. Her gün 2-4 öğün meyve yerim.	40	15,9	126	50,0	57	22,6	29	11,5
26. Her gün 3-5porsiyon sebze yerim.	43	17,1	138	54,8	51	20,2	20	7,9
32. Her gün 2-3 porsiyon süt, yoğurt veya peynir yerim.	22	8,7	120	47,6	73	29,0	37	14,7
38. Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.	39	15,5	136	54,0	56	22,2	21	8,3
44. Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.	50	19,8	111	44,1	57	22,6	34	13,5
50. Kahvaltı yaparım.	11	4,4	67	26,6	69	27,4	105	41,6

Beslenme sıra ortalaması $2,35+0,48$ (medyan: 2,33) bulunmuş. Beslenme toplam puan ortalaması 21,20'dir. Bireylerin beslenme puanları orta düzeydedir.

Tablo 4.27: Araştırmaya katılanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği kendini gerçekleştirme alt grubu puanları

Kendini Gerçekleştirme	Hiçbir Zaman		Bazen		Sık Sık		Düzenli Olarak	
	n	%	n	%	n	%	n	%
6. Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim.	16	6,3	136	54,0	71	28,2	29	11,5
12. Yaşamımın bir amacı olduğuna inanıyorum.	16	6,3	60	23,8	108	42,9	68	27,0
18. Geleceğe umutla bakarım	11	4,4	78	31,0	97	38,4	66	26,2
24. Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim.	11	4,4	102	40,5	83	32,9	56	22,2
30. Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.	19	7,5	93	36,9	91	36,2	49	19,4
36. Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.	59	23,4	135	53,6	48	19,0	10	4,0
42. Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.	11	4,4	71	28,2	109	43,2	61	24,2
48. İlahi bir gücün varlığına inanırım.	3	1,2	35	13,9	63	25,0	151	59,9
52. Yeni deneyim ve durumlara açığım.	12	4,8	80	31,7	98	38,9	62	24,6

Kendini gerçekleştirme sıra ortalaması 2,75+0,53 (medyan: 2,77) bulunmuş. Kendini gerçekleştirme toplam puan ortalaması 24,80'dir. Bireylerin kendini gerçekleştirme puanları iyi düzeydedir.

Tablo 4.28: Araştırmaya katılanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği kişilerarası ilişkiler alt grup puanları

Kişilerarası İlişkiler	Hiçbir Zaman		Bazen		Sık Sık		Düzenli Olarak	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.	9	3,6	135	53,6	85	33,7	23	9,1
7. İnsanları başarıları için takdir ederim.	8	3,2	73	29,0	119	47,2	52	20,6
13. İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.	8	3,2	86	34,1	104	41,3	54	21,4
19. Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.	14	5,6	101	40,1	95	37,7	42	16,6
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.	13	5,2	96	38,1	103	40,9	40	15,8
31. Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım.	11	4,4	88	34,9	103	40,9	50	19,8
37. Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.	48	19,0	127	50,4	55	22,2	21	8,3
43. Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.	35	13,9	115	45,6	73	29,0	29	11,5
49. Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.	73	29,0	118	46,8	52	20,6	9	3,6

Kişiler arası destek sıra ortalaması 2,63+0,48 (medyan: 2,55) bulunmuş. Kişiler arası destek toplam puan ortalaması 23,67'dir. Bireylerin kişiler arası destek puanları orta düzeydedir.

Tablo 4.29: Araştırmaya katılanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği stress yönetimi alt grubu puanları

Stres Yönetimi	Hiçbir Zaman		Bazen		Sık Sık		Düzenli Olarak	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5. Yeterince uyurum.	43	17,1	118	46,8	50	19,8	41	16,3
11. Her gün rahatlamak için zaman ayırıyorum.	70	27,8	131	52,0	39	15,5	12	4,7
17. Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabul ederim.	25	9,9	125	49,6	75	29,8	27	10,7
23. Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.	22	8,7	148	58,8	57	22,6	25	9,9
29. Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.	50	19,8	148	58,7	41	16,3	13	5,2
35. İş ve eğlence zamanımı dengelerim.	57	22,6	118	46,8	60	23,9	17	6,7
41. Günde 15–20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.	105	41,7	105	41,7	31	12,3	11	4,3
47. Yorulmaktan kendimi korurum.	73	29,0	118	46,8	52	20,6	9	3,6

Stres yönetimi sıra ortalaması 2,13+0,50 (medyan: 2,12) Stres yönetimi toplam puan ortalaması 17,07'dir. Bireylerin stres yönetimi puanları orta düzeydedir. Toplam ölçek puanı 119+20,79 (medyan: 117) (max puan 208'dir).

Tablo 4.30: Araştırmaya katılanların SYBDÖ alt grupları ve toplam puan ortalaması

Alt Gruplar	Sağlıklı Yaşam Davranışları Biçimi Puan Ort.
Kendini Gerçekleştirme	24,80±4,81
Sağlık Sorumluluğu	18,89±4,14
Egzersiz	14,17±4,54
Beslenme	21,20±4,37
Kişilerarası Destek	23,67±4,40
Stresle Yönetimi	17,07±4,05
Toplam	119,82±20,79

Tablo 4.30'da araştırmaya katılan hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde; kendini gerçekleştirme puan ortalaması

24,80±4,81, sağlık sorumluluğu puan ortalaması 18,89±4,14, egzersiz puan ortalaması 14,17±4,54, beslenme puan ortalaması 21,20±4,37, kişilerarası destek puan ortalaması 23,67±4,40, stres yönetimi puan ortalaması 17,07±4,05, sağlıklı yaşam biçimi davranışı toplam puan ortalaması 119,82±20,79 bulunmuştur.

Tablo 4.31: Araştırmaya katılanların yaşla SYBDÖ puanları arasındaki korelasyon

	Kendini gerçekleştirme	Sağlık sorumluluğu	Egzersiz	Beslenme	Kişiler arası destek	Stres yönetimi	Toplam ölçek
r	-0,052	0,016	-0,065	0,089	-0,017	-0,160*	-0,039
p	0,411	0,794	0,303	0,157	0,785	0,011	0,538

Tablo 4.31’de yaşla sadece stres yönetimi alt grubu puanı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (p: 0,011). Ancak bu ilişki zayıf bir ilişkidir (r: -0,160).

Tablo 4.32: Araştırmaya katılan kadın ve erkeklerin SYBDÖPO karşılaştırılması

Alt ölçek	cins	n	Aritmetik ort.	Std. Sapma	p*
Kendini gerçekleştirme	Erkek	46	25,1	6,0	0,257
	Kadın	206	24,7	4,5	
Sağlık sorumluluğu	Erkek	46	19,6	4,5	0,094
	Kadın	206	18,7	4,0	
Egzersiz	Erkek	46	16,8	5,2	0,001
	Kadın	206	13,5	4,1	
Beslenme	Erkek	46	21,7	4,9	0,254
	Kadın	206	21,0	4,2	
Kuşiler arası destek	Erkek	46	23,7	5,7	0,820
	Kadın	206	23,6	4,0	
Stres yönetimi	Erkek	46	18,2	4,7	0,032
	Kadın	206	16,8	3,8	
Toplam ölçek ortalaması	Erkek	46	2,4	0,5	0,025
	Kadın	206	2,2	0,3	

*Mann Whitney U testi p değeri

Tablo 4.32’de görüldüğü gibi “egzersiz”, “stres yönetimi” ve “toplam ölçek puanı” yönünden erkeklerle kadınların puanları arasında anlamlı fark vardır (sırayla p: 0,001, 0,032

ve 0,025). Her üçünde de erkeklerin puanları daha yüksektir. Bu durum erkeklerin kadınlara göre stres yönetimi ve egzersiz konularında daha başarılı olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.33: Araştırmaya katılanların medeni duruma göre SYBDÖPO

Alt ölçek	Medeni durum	n	Artitmetik ort.	Std. Sapma	p*
Kendini gerçekleştirme	Evli	157	24,7	4,7	0,263
	Bekar	88	25,0	4,9	
	Boşanmış/eşi ölmüş	7	22,5	5,5	
Sağlık sorumluluğu	Evli	157	18,4	3,8	0,120
	Bekar	88	19,6	4,5	
	Boşanmış/eşi ölmüş	7	19,0	4,4	
Egzersiz	Evli	157	13,7	4,3	0,072
	Bekar	88	14,9	4,7	
	Boşanmış/eşi ölmüş	7	14,5	5,5	
Beslenme	Evli	157	21,0	4,0	0,506
	Bekar	88	21,5	4,8	
	Boşanmış/eşi ölmüş	7	20,2	4,9	
Kişiler arası destek	Evli	157	23,4	4,3	0,455
	Bekar	88	24,0	4,5	
	Boşanmış/eşi ölmüş	7	23,0	4,5	
Stres yönetimi	Evli	157	16,5	3,9	0,007
	Bekar	88	18,0	4,0	
	Boşanmış/eşi ölmüş	7	17,0	4,5	
Toplam ölçek ortalaması	Evli	157	2,2	0,3	0,106
	Bekar	88	2,3	0,4	
	Boşanmış/eşi ölmüş	7	2,2	0,5	

K.Wallis Varyans Analizi

Tablo 4.33’de görüldüğü gibi alt ölçek puanlarında kişilerin medeni durumları sadece stres yönetiminde anlamlı farka sahiptir ($p < 0,05$). Bu farkı yaratan bekarlardır. Bekarların stres yönetiminde evli veya dul/boşanmış kişilerden daha yüksek puan aldıkları, yani daha başarılı oldukları görülmektedir.

Tablo 4.34: Araştırmaya katılanların eğitim gruplarına göre SYBDÖPO

Alt ölçek	Eğitim grubu	n	Aritmetik Ort.	Std.Sapma	p*
Kendini gerçekleştirme	Ön lisans	58	23,8	5,7	0,541
	Lisans	164	24,9	4,5	
	Y.lisans	24	25,7	4,1	
	Lise	6	26,0	4,0	
Sağlık sorumluluğu	Ön lisans	58	18,7	4,4	0,995
	Lisans	164	18,8	4,0	
	Y.lisans	24	19,5	4,6	
	Lise	6	18,1	3,2	
Egzersiz	Ön lisans	58	14,5	5,0	0,663
	Lisans	164	13,9	4,3	
	Y.lisans	24	14,9	4,6	
	Lise	6	14,0	5,7	
Beslenme	Ön lisans	58	21,0	4,2	0,939
	Lisans	164	21,2	4,3	
	Y.lisans	24	21,7	4,9	
	Lise	6	20,1	4,6	
Kişilerarası destek	Ön lisans	58	22,7	4,6	0,131
	Lisans	164	23,7	4,2	
	Y.lisans	24	24,2	4,4	
	Lise	6	27,1	4,4	
Stress yönetimi	Ön lisans	58	16,7	4,9	0,229
	Lisans	164	16,9	3,7	
	Y.lisans	24	18,0	3,9	
	Lise	6	19,3	3,8	
Toplam ölçek puanı	Ön lisans	58	117,6	24,1	0,584
	Lisans	164	119,7	19,5	
	Y.lisans	24	124,2	20,7	
	Lise	6	124,8	20,8	

K.Wallis Varyans Analizi

Tablo 4.34’de görüldüğü gibi eğitim farklılığı ölçek puanlarında anlamlı farklılık yaratmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.35: Araştırmaya katılanların görev yerine göre SYBDÖPO

Alt ölçek	Görev yeri	n	Aritmetik Ort.	Std.Sapma	p*
Kendini gerçekleştirme	Klinik	131	24,7	4,4	0,649
	Ameliyat	23	24,3	5,5	
	Polikl.	15	26,2	4,5	
	Yoğun bakım	83	24,7	5,1	
Sağlık sorumluluğu	Klinik	131	19,0	4,1	0,032
	Ameliyat	23	16,4	2,7	
	Polikl.	15	19,5	4,4	
	Yoğun bakım	83	19,1	4,1	
Egzersiz	Klinik	131	14,0	4,3	0,532
	Ameliyat	23	13,4	5,2	
	Polikl.	15	15,6	5,3	
	Yoğun bakım	83	14,3	4,5	
Beslenme	Klinik	131	20,9	4,0	0,009
	Ameliyat	23	18,9	2,7	
	Polikl.	15	23,2	5,6	
	Yoğun bakım	83	21,8	4,7	
Kişilerarası destek	Klinik	131	23,6	4,4	0,159
	Ameliyat	23	22,7	3,8	
	Polikl.	15	26,0	4,7	
	Yoğun bakım	83	23,6	4,3	
Stres yönetimi	Klinik	131	17,3	3,9	0,569
	Ameliyat	23	16,5	5,0	
	Polikl.	15	16,3	4,3	
	Yoğun bakım	83	16,8	3,8	
Toplam ölçek puanı	Klinik	131	119,8	19,6	0,195
	Ameliyat	23	112,5	21,0	
	Polikl.	15	127,0	22,7	
	Yoğun bakım	83	120,4	21,8	

K.Wallis Varyans Analizi

Tablo 4.35’de görüldüğü gibi çalışılan yer, sağlık sorumluluğu ve beslenme puanları yönünden anlamlı fark yaratmıştır ($p<0,05$). Farkı yaratan her iki analizde de ameliyathane hemşirelerinin puanlarının düşük oluşudur.

Tablo 4.36: Araştırmaya katılanların BKİ'ne göre SYBDÖPO

Alt ölçek	BKİ	n	Aritmetik Ort.	Std.Sapma	p*
Kendini gerçekleştirme	Normal	148	24,6	4,6	0,654
	Kilolu	86	25,1	4,9	
	Obez	18	24,4	5,4	
Sağlık sorumluluğu	Normal	148	13,9	4,3	0,517
	Kilolu	86	14,6	4,5	
	Obez	18	14,1	6,1	
Egzersiz	Normal	148	13,9	4,3	0,517
	Kilolu	86	14,6	4,5	
	Obez	18	14,1	6,1	
Beslenme	Normal	148	20,6	3,8	0,038
	Kilolu	86	22,1	4,9	
	Obez	18	21,6	4,8	
Kişilerarası destek	Normal	148	23,5	4,3	0,883
	Kilolu	86	23,8	4,4	
	Obez	18	23,8	4,8	
Stress yönetimi	Normal	148	17,1	3,8	0,813
	Kilolu	86	17,0	4,1	
	Obez	18	16,5	5,3	
Toplam ölçek puanı	Normal	148	118,5	19,5	0,484
	Kilolu	86	121,9	21,3	
	Obez	18	119,8	27,7	

K.Wallis Varyans Analizi

Tablo 4.36'da görüldüğü gibi BKİ, beslenme puanları yönünden anlamlı fark yaratmıştır. Farkı yaratan normal ve zayıfların oluşturduğu grubun puanının kilolu ve obezlerden düşük oluşudur. Bu durum normal kilolu kişilerin sağlığına daha az dikkat ettiğini göstermektedir.

Tablo 4.37: Araştırmaya katılanların sağlık problemi olma durumu ve SYBDÖPO

Alt ölçek	Sağlık problemi	n	Aritmetik Ort.	Std.Sapma	p*
Kendini gerçekleştirme	Evet	51	24,1	4,0	0,300
	Hayır	201	24,9	4,9	
Sağlık sorumluluğu	Evet	51	18,4	3,7	0,374
	Hayır	201	19,0	4,2	
Egzersiz	Evet	51	13,5	3,8	0,284
	Hayır	201	14,3	4,7	
Stres yönetimi	Evet	51	20,9	3,7	0,091
	Hayır	201	21,2	4,5	
Kişilerarası destek	Evet	51	23,5	3,9	0,881
	Hayır	201	23,6	4,5	
Beslenme	Evet	51	16,2	3,4	0,584
	Hayır	201	17,2	4,1	
Toplam ölçek puanı	Evet	51	116,8	13,4	0,260
	Hayır	201	120,5	22,2	

*Independent Samples t test uygulanmıştır.

Tablo 4.37’de görüldüğü gibi sağlık sorununun olup olmaması toplam SYBDÖPO'sını ve hiçbir alt ölçeğini etkilememektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.38: Araştırmaya katılanların günlük öğün sayısı ve SYBDÖPO

Alt ölçek	Öğün sayısı	n	Aritmetik Ort.	Std.Sapma	p*
Kendini gerçekleştirme	2	21	24,9	4,6	0,600
	3	154	24,6	5,0	
	4	58	25,4	4,7	
	5	19	23,7	3,2	
Sağlık sorumluluğu	2	21	18,1	4,4	0,117
	3	154	18,6	3,9	
	4	58	20,0	4,8	
	5	19	18,1	2,7	
Egzersiz	2	21	14,1	3,3	0,647
	3	154	14,1	4,5	
	4	58	14,6	5,3	
	5	19	13,1	3,3	
Beslenme	2	21	20,5	4,7	0,401
	3	154	21,0	4,4	
	4	58	22,0	4,4	
	5	19	21,0	2,6	
Kişilerarası destek	2	21	24,0	4,4	0,589
	3	154	23,3	4,5	
	4	58	24,2	4,3	
	5	19	23,8	3,0	
Stres yönetimi	2	21	16,9	3,6	0,643
	3	154	17,1	4,0	
	4	58	17,2	4,2	
	5	19	15,9	3,9	
Toplam ölçek puanı	2	21	118,7	18,9	0,413
	3	154	119,0	20,8	
	4	58	123,6	23,4	
	5	19	115,8	11,3	

*ANOVA testi uygulanmıştır.

Tablo 4.38’de görüldüğü gibi günlük öğün sayısı, toplam SYBDÖPO'sını ve hiçbir alt ölçeğini etkilememektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.39: Araştırmaya katılanların öğün atlama durumu ve SYBDÖPO

Alt ölçek	Öğün atlama durumu	n	Aritmetik Ort.	Std. Sapma	p*
Kendini gerçekleştirme	Evet	33	24,4	4,6	0,658
	Hayır	219	24,8	4,8	
Sağlık sorumluluğu	Evet	33	18,1	3,6	0,252
	Hayır	219	19,0	4,2	
Egzersiz	Evet	33	14,6	4,1	0,563
	Hayır	219	14,1	4,6	
Beslenme	Evet	33	20,6	4,3	0,478
	Hayır	219	21,2	4,3	
Kişiler arası destek	Evet	33	23,3	4,5	0,669
	Hayır	219	23,7	4,3	
Stres yönetimi	Evet	33	16,6	3,6	0,539
	Hayır	219	17,1	4,1	
Toplam ölçek puanı	Evet	33	117,9	18,6	0,573
	Hayır	219	120,1	21,1	

*Independent Samples t test uygulanmıştır.

Tablo 4.39’da görüldüğü gibi öğün atlayıp atlamama durumu toplam SYBDÖPO'sını ve hiçbir alt ölçeğini etkilememektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.40: Araştırmaya katılanların ara öğün yapma durumu ve SYBDÖPO

Alt ölçek	Ara öğün yeme durumu	n	Aritmetik Ort.	Std.Sapma	p*
Kendini gerçekleştirme	Evet	25	25,6	5,5	0,604
	Hayır	101	24,5	4,7	
	Bazen	126	24,8	4,7	
Sağlık sorumluluğu	Evet	25	18,7	5,0	0,325
	Hayır	101	19,3	4,4	
	Bazen	126	18,5	3,7	
Egzersiz	Evet	25	16,2	6,6	0,049
	Hayır	101	14,1	4,2	
	Bazen	126	13,8	4,1	
Beslenme	Evet	25	21,0	4,6	0,969
	Hayır	101	21,1	4,0	
	Bazen	126	21,2	4,5	
Kişilerarası destek	Evet	25	24,6	5,2	0,484
	Hayır	101	23,7	4,3	
	Bazen	126	23,4	4,2	
Stres yönetimi	Evet	25	18,0	5,7	0,361
	Hayır	101	17,1	3,7	
	Bazen	126	16,8	3,9	
Toplam ölçek puanı	Evet	25	124,2	27,6	0,469
	Hayır	101	120,0	20,1	
	Bazen	126	118,7	19,7	

*ANOVA testi uygulanmıştır.

Tablo 4.40'da görüldüğü gibi ara öğün yeme durumu egzersiz hariç, toplam SYBDÖPO'sını ve hiçbir alt ölçeği etkilememektedir ($p < 0,05$). Ara öğün yiyenlerin yemeyenlere ve bazen yiyenlere göre egzersiz puanı daha yüksektir ($p = 0,049$).

Tablo 4.41: Araştırmaya katılanların zayıflatma diyet yapma durumu ve SYBDÖPO

Alt ölçek	Zayıflatma diyeti yapma durumu	n	Aritmetik Ort.	Std.Sapma	p*
Kendini gerçekleştirme	Evet	35	24,4	4,3	0,221
	Bazen	80	25,5	4,9	
	Hayır	137	24,4	4,8	
Sağlık sorumluluğu	Evet	35	18,7	4,2	0,009
	Bazen	80	20,0	4,4	
	Hayır	137	18,2	3,8	
Egzersiz	Evet	35	14,7	4,6	0,153
	Bazen	80	14,8	4,8	
	Hayır	137	13,6	4,2	
Beslenme	Evet	35	21,8	4,2	0,004
	Bazen	80	22,3	4,2	
	Hayır	137	20,3	4,3	
Kişilerarası destek	Evet	35	23,4	3,3	0,412
	Bazen	80	24,2	4,6	
	Hayır	137	23,4	4,4	
Stres yönetimi	Evet	35	15,9	3,6	0,113
	Bazen	80	17,6	4,3	
	Hayır	137	17,0	3,9	
Toplam ölçek puanı	Evet	35	119,1	19,4	0,040
	Bazen	80	124,5	22,2	
	Hayır	137	117,2	19,8	

*ANOVA testi uygulanmıştır.

Tablo 4.41’de görüldüğü gibi bazen zayıflatma diyet yapanlarda, halen zayıflama diyet yapanlara veya diyet yapmayanlara göre toplam SYBDÖPO’sı anlamlı derecede yüksektir ($p=0,040$). Beslenme ($p=0,004$) ve sağlık sorumluluğu ($p=0,009$) alt ölçeği puanları yönünden de "bazen" diyet yapanların diğer 2 gruptan anlamlı derecede fark olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.42: Bireylerin diyet ürünü (light ürün) kullanma durumu ve SYBDÖPO

Alt ölçek	Diyet ürünü (light ürün) kullanma durumu	n	Aritmetik Ort.	Std.Sapma	p*
Kendini gerçekleştirme	Evet	18	25,6	3,1	0,527
	Bazen	40	25,3	4,2	
	Hayır	194	24,6	5,0	
Sağlık sorumluluğu	Evet	18	18,1	3,5	0,570
	Bazen	40	19,3	3,2	
	Hayır	194	18,8	4,3	
Egzersiz	Evet	18	14,2	3,8	0,150
	Bazen	40	15,4	4,4	
	Hayır	194	13,9	4,5	
Beslenme	Evet	18	21,7	5,8	0,825
	Bazen	40	21,3	3,4	
	Hayır	194	21,1	4,4	
Kişilerarası destek	Evet	18	23,4	2,9	0,567
	Bazen	40	24,3	3,6	
	Hayır	194	23,5	4,6	
Stres yönetimi	Evet	18	16,8	3,7	0,620
	Bazen	40	16,5	4,2	
	Hayır	194	17,2	4,0	
Toplam ölçek puanı	Evet	18	120,0	15,6	0,696
	Bazen	40	122,3	17,3	
	Hayır	194	119,2	21,8	

*ANOVA testi uygulanmıştır.

Tablo 4.43’de görüldüğü gibi diyet ürünü kullanma durumu toplam SYBDÖPO’sını ve hiçbir alt ölçeğini etkilememektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.43: Bireylerin zayıflama amaçlı ürün kullanma durumu ve SYBDÖPO

Alt ölçek	Zayıflama amaçlı ürün kullanma durumu	n	Aritmetik		p
			Ort	Std. Sapma	
Kendini gerçek	Evet	20	26,2	3,6	0,177
	Hayır	232	24,6	4,8	
Sağlık sorumluluğu	Evet	20	19,3	4,5	0,648
	Hayır	232	18,8	4,1	
Egzersiz	Evet	20	15,1	4,0	0,320
	Hayır	232	14,0	4,5	
Beslenme	Evet	20	21,7	5,4	0,561
	Hayır	232	21,1	4,2	
Kişilerarası destek	Evet	20	24,8	4,3	0,213
	Hayır	232	23,5	4,4	
Stres yönetimi	Evet	20	16,8	4,6	0,806
	Hayır	232	17,0	4,0	
Toplam ölçek puanı	Evet	20	124,1	17,6	0,338
	Hayır	232	119,4	21,0	

*Independent Samples t test uygulanmıştır

Tablo 4.43’de görüldüğü gibi zayıflama amaçlı ürün kullanma durumu toplam SYBDÖPO’sını ve hiçbir alt ölçeğini etkilememektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.44: Araştırmaya katılanların sigara kullanma durumu ve SYBDÖPO

Alt ölçek	Sigara	n	Aritmetik Ort.	Std.Sapma	p*
Kendini gerçekleştirme	Hayır	190	25,0	4,8	0,152
	1-5adet/gün	21	22,9	5,5	
	6-10adet/gün	19	23,5	3,8	
	11-20adet/gün	22	25,1	4,4	
Sağlık sorumluluğu	Hayır	190	18,9	4,1	0,717
	1-5adet/gün	21	18,0	4,1	
	6-10adet/gün	19	19,3	3,1	
	11-20adet/gün	22	18,5	4,8	
Egzersiz	Hayır	190	14,1	4,4	0,657
	1-5adet/gün	21	13,2	4,1	
	6-10adet/gün	19	14,1	4,2	
	11-20adet/gün	22	15,0	5,8	
Beslenme	Hayır	190	21,4	4,5	0,388
	1-5adet/gün	21	20,0	4,2	
	6-10adet/gün	19	20,1	3,0	
	11-20adet/gün	22	21,5	3,7	
Kişilerarası destek	Hayır	190	23,7	4,2	0,320
	1-5adet/gün	21	22,1	5,5	
	6-10adet/gün	19	23,7	4,3	
	11-20adet/gün	22	24,5	4,5	
Stres yönetimi	Hayır	190	17,3	4,0	0,358
	1-5adet/gün	21	15,9	3,8	
	6-10adet/gün	19	16,3	4,4	
	11-20adet/gün	22	16,6	3,4	
Toplam ölçek puanı	Hayır	190	120,7	20,8	0,326
	1-5adet/gün	21	112,3	23,4	
	6-10adet/gün	19	117,3	15,8	
	11-20adet/gün	22	121,4	20,6	

ANOVA testi uygulanmıştır.

Tablo 4.44’de görüldüğü gibi sigara içme durumu toplam SYBDÖPO’sını ve hiçbir alt ölçeğini etkilememektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.45: Araştırmaya katılanların kilolu olmayla ilgili düşünceleri ve SYBDÖPO

Alt ölçek	Kendinizi kilolu buluyor musunuz	n	Aritmetik Ort.	Std. Sapma	p
Kendini gerçekleştirme	Evet	139	24,8	4,9	0,863
	Hayır	113	24,7	4,7	
Sağlık sorumluluğu	Evet	139	18,8	4,2	0,735
	Hayır	113	18,9	3,9	
Egzersiz	Evet	139	14,2	4,6	0,820
	Hayır	113	14,1	4,4	
Beslenme	Evet	139	21,4	4,5	0,238
	Hayır	113	20,8	4,1	
Kişilerarası destek	Evet	139	23,7	4,4	0,801
	Hayır	113	23,5	4,3	
Stres yönetimi	Evet	139	16,5	4,1	0,024
	Hayır	113	17,7	3,8	
Toplam ölçek puanı	Evet	139	119,6	21,4	0,910
	Hayır	113	119,9	20,0	

*Independent Samples t test uygulanmıştır.

Tablo 4.45’de görüldüğü gibi kendinizi kilolu buluyor musunuz sorusuna ‘‘hayır’’ diyenlerin stres yönetimi puanları anlamlı düzeyde yüksek ($p=0,024$) bulunmuştur. Toplam SYBDÖPO’sı ve diğer alt ölçekler yönünden evet diyenlerle hayır diyenler arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.46: Araştırmaya katılanların kilolu olmayla ilgili endişeleri ve SYBDÖPO

Alt ölçek	Kilo endişesi	n	Aritmetik Ort.	Std.Sapma	p*
Kendini gerçekleştirme	Endişeli değilim	91	25,0	4,7	0,737
	Biraz Endişeliyim	85	24,7	4,8	
	Endişeliyim	76	24,5	4,9	
Sağlık sorumluluğu	Endişeli değilim	91	19,1	4,5	0,147
	Biraz Endişeliyim	85	19,2	3,6	
	Endişeliyim	76	18,1	4,1	
Egzersiz	Endişeli değilim	91	14,4	5,4	0,502
	Biraz Endişeliyim	85	14,2	3,7	
	Endişeliyim	76	13,6	4,2	
Beslenme	Endişeli değilim	91	20,9	4,1	0,684
	Biraz Endişeliyim	85	21,5	4,3	
	Endişeliyim	76	21,1	4,7	
Kişilerarası destek	Endişeli değilim	91	23,8	4,5	0,626
	Biraz Endişeliyim	85	23,8	4,3	
	Endişeliyim	76	23,2	4,3	
Stres yönetimi	Endişeli değilim	91	18,0	4,2	0,001
	Biraz Endişeliyim	85	17,1	3,6	
	Endişeliyim	76	15,7	3,9	
Toplam ölçek puanı	Endişeli değilim	91	121,5	22,3	0,254
	Biraz Endişeliyim	85	120,8	19,4	
	Endişeliyim	76	116,5	20,2	

*ANOVA testi uygulanmıştır.

Tablo 4.46'da görüldüğü gibi kiloyla ilgili endişe duyanların stres yönetimi puanları anlamlı düzeyde düşük ($p=0,001$) bulunmuştur. Kiloyla ilgili endişe duyma veya duymamanın toplam SYBDÖPO'sını ve diğer alt ölçekleri etkilememektedir ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Araştırmanın tartışma bölümü, bulgular bölümüne uygun olarak beş bölümde incelenmiştir.

- Araştırma kapsamına girenlerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışması.
- Araştırma kapsamına girenlerin beslenme alışkanlıklarına ilişkin bulguların tartışması.
- Araştırma kapsamına girenlerin diyet yapma durumu ve diyet ürünü kullanımına ilişkin bulguların tartışması.
- Araştırma kapsamına girenlerin obeziteye ilişkin bulguların tartışması.
- Araştırma kapsamına girenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Puanlarına ilişkin bulguların tartışması.

5.1. Araştırma kapsamına girenlerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışması

Çalışmanın evrenini oluşturan Turgut Özal Tıp Merkezi hemşirelerinden araştırma kapsamına giren 252 hemşirenin 206'sı (%81,7) kadın 46'sı (%18,3) erkektir (Tablo 1). Kişilerin yaşları 20-50 arası olup, yaş ortalamaları $31,2\pm 6,1$ 'dir. Araştırmaya katılanların %62,3'ünün evli, %34,9'unun bekar, %2,8'inin dul olduğu görülmüştür. Eğitim durumlarına bakıldığında; %65,1'inin lisans mezunu olduğu tespit edilmiştir. Araştırma grubu olan hemşirelerin kıdemine bakıldığında %36,5'inin 1-5 yıl arasında kıdeme, %30,6'sının 6-10 yıl arası kıdeme, %18,6'sının 11-15 yıl arası kıdeme, %11,1'nin 16-20 yıl arası kıdeme, %3,2'nin 21 ve üzeri yıl kıdeme sahip oldukları görülmüştür. Araştırmaya katılan hemşirelerin %52'si klinik hemşiresi, %32,9'u yoğun bakım hemşiresi, %9,1'i ameliyathane hemşiresi, %6'sı poliklinik hemşiresi olarak görev yapmaktadır.

Araştırmaya katılanların sağlık problemlerine bakıldığında %79,8'inde sağlık problemi olmadığı, %20,2'sinde sağlık problem olduğu tespit edilmiştir. Sağlık problemi olanların %39,2'sinin sağlık probleminin metabolik hastalıklardan oluştuğu görülmüştür (Tablo 1). Ulaş'ın Malatya Askeri Hastanesinde yaptığı çalışmada ise bizim çalışmaya benzer olarak çalışanların %20,9'unun sağlık probleminin olduğunu bulmuştur (58). Sağlık Bakanlığının 2011 de sağlık çalışanlarına yönelik yaptığı araştırmada ise sağlık çalışanlarının %46,8'i

teşhis edilmiş bir hastalığının olmadığını, %36,1'i teşhis edilmiş bir hastalığının olduğunu %17,1'i bu soruya cevap vermediğini tespit edilmiştir (59).

5.2. Araştırma kapsamına girenlerin beslenme alışkanlıklarına ilişkin bulguların tartışması

Sağlığın korunmasında ve hastalıkların önlenmesinde yeterli ve dengeli beslenme temeldir. Besinlerin, vücudun gereksinimi kadar enerji, protein, karbonhidrat, vitamin ve mineraller sağlayacak miktarlarda alınması yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlar. Besinler 1) Et, yumurta ve kurubaklagiller 2) Süt, yoğurt, peynir, 3) Sebze ve meyveler, 4) Ekmek ve tahıllar olmak üzere dört gruba ayrılır. Her grubun içerdiği besin ögesi miktarı farklıdır. Yeterli ve dengeli beslenebilmek için her gruptan belirli miktarlarda alınması gerekir (60).

Öğün atlama bireylerin yetersiz ve dengesiz beslenmesine ve buna bağlı pek çok sağlık riskiyle karşılaşmalarına neden olmaktadır. Sağlıklı beslenmenin ilk önceliklerinden biri düzenli öğün alışkanlığına sahip olmaktır. Günlük besin alımı üç ana öğüne bölünerek alınması önemlidir ve günün en önemli öğünü olan sabah kahvaltısı sağlıklı beslenme için vazgeçilmezdir. Bizim araştırmamızda, araştırmaya katılan hemşirelerin %8,3'ü iki öğün, %61,1'i üç öğün, %23,0'ü dört öğün, %7,5'i beş öğün yemek yemektedir. Araştırmaya katılanların %13,1'i öğün atlamaktadır. Öğün atlama nedeni olarak %39,4'ü "Canın istememesi" en önemli neden olarak belirtmektedir. Öğün atlayan hemşirelerin en çok atladıkları öğün %84,8 ile öğlen öğünü olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Üniversite çalışanlarının obezite sıklığını ve bunu etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada da günde üç öğün yemek yiyenlerin oranı %63,8 bulunmuştur (61). Üç öğün yemek yiyen kişilerin oranı bakımından çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bizim çalışmamızda öğün atlamayanların oranı %86,9 bulunmuştur. Bu sağlıklı beslenme adına iyi bir orandır. Yaptığımız çalışmada hemşirelerin %3,2'sinin vejetaryen olduğu bulunmuştur.

Vücudumuz uyurken bile çalışmaya devam eder. Akşam yemeği ile sabah arasında yaklaşık 12 saatlik bir süre geçer. Bu süre içinde vücut, besinlerin tümünü kullanır. Sabah kahvaltı yapılmazsa beyinde yeterince enerji oluşmaz. Bu durumda yorgunluk, baş ağrısı, dikkat ve algılama azlığı gibi sıkıntılar yaşanır. 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, mөнünün özellikle C vitamini açısından dengeli olmasını sağlayan, böylece demir emilimini arttıran önemli

besinlerdir. Kahvaltıda tüketilen meyve ya da sebzenin kan kolesterol düzeyini düşürmede 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 (62).

Araştırmamız kapsamına giren hemşirelerin %81,2 kahvaltıda içecek olarak çay, %9,0'u süt, %4,1'i meyve suyu içmektedir. Kahvaltıda yenen yiyeceklere bakıldığında %80,0'i peynir %68,2'i zeytin %67,8'i 'poğaca/simit % 63,3 'ü yumurta %35,5'i reçel/bal, %33,5'i sebze %3,7'si meyve tükettiği bulunmuştur (Tablo 3). Üniversite öğrencileri üzerine yapılan bir araştırmada sabah kahvaltısında; öğrencilerin %80,8'i peynir, %70,0'i ekmek, %67,5'i zeytin, %45,8'i poğaç/simit, %45,3'ü reçel/bal,%42,5'i yumurta, %16,2'si taze sebze ve %5,0'ı taze meyve tükettikleri saptanmıştır. Ayrıca öğrencilerin %83,8'inin içecek olarak çay, %11,3'ünün süt, %9,3'ünün de meyve suyu tükettikleri bulunmuştur (39). Rakıcıoğlu ve ark. üniversite öğrencileri arasında kahvaltıda süt (%29,0) ve meyve suyu (%5,5) tüketiminin çaya (%68,0) kıyasla çok az olduğunu, %12,5'inin sürekli, %26,5'inin de bazen kahvaltıda sebze-meyve tükettiklerini bulmuşlardır (63). Yılmaz ve ark.'nın yaptıkları araştırmada da öğrencilerin %61,7'sinin kahvaltıda içecek olarak çay tükettiği ortaya konulmuştur (64). Bizim çalışmamızda çay içme oranı daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmanın kapsamına giren hemşirelerin %82,0'si öğlen yemeklerinde en çok tükettikleri, karbonhidrat grubu saydığımız; ekmek, pilav, makarna börek vb. yiyecekleri tüketmektedirler (Tablo 4). Akşam yemeklerinde ise %80,1'i en çok sebze yemekleri ve salata tüketmektedirler (Tablo 5). Hemşireleri %50'si ara öğün bazen yapmakta, %40'1 ara öğün yapmakta %9,9 ara öğün yapmamaktadır. Ara öğünde yenen yiyeceklere bakıldığında; bireylerin %60,8'i meyve ve çiğ sebzeyi, %57,3'ü kek-bisküvi-cipsi, %49,8'i kuruyemiş, %30,8'i süt-yoğurt-ayran, %24,2'si meyve suyu, %15,4'ü kola-gazoz-fanta vb. %0,4'ü diyet bisküvi tercih etmektedir (Tablo 6). Ara öğünlerde bireylerin çoğunun meyve ve çiğ sebze tercih etmeleri sağlıklı beslenme kuralları içinde iyi bir tercihtir. Fakat kek-bisküvi-cips gibi kalorisi yüksek ve besin değeri düşük yiyeceklerde azımsanmayacak kadar fazladır. Düzenli spor yapan ve yapmayan yetişkin kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada da şekerli besin kullanımı sırasıyla %36 ve %45,3 bulunmuştur (65). Bizim çalışmamızda bu tür besinlerin kullanımı daha yüksek (%57,3) bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların yemek seçimlerindeki en önemli etmen lezzettir (%59,9). Yemek seçimini lezzetten sonra sırasıyla sağlıklı olması (%20,6), doyurucu olması (%9,5), kalorisi (%3,6) fiyatı (%3,2) ve kolay alınması (%3,2) etkilemektedir (Tablo 7). Üniversite

öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada %48,0'i lezzet, %23,0'ü doyuruculuk, %14,5'i fiyat, %8,7'si yemeğin kalorisine dikkat ettiklerini belirtmişlerdir (39). Bizim çalışmamızla benzer olan yanı yemek seçimini etkileyen en önemli etmemin lezzet olmasıdır. Yapılan bir araştırmada ise öğrencilerin %23,7'si lezzet, %11,0'i besin değeri, %7,5'i fiyat, %50,7'sinin temizliğe dikkat ettikleri saptanmıştır (64). Araştırmaya katılan bireylerin yemek yeme şekillerine bakıldığında %47,6'sı yemeklerini normal hızda yediklerini belirtirken, %35,7'si hızlı ve %16,7'si de yavaş yemek yediklerini belirtmişlerdir (Tablo 7). Ulaş yaptığı çalışmada bireylerin yemek yeme hızını %46,7'sinin normal hızlı, %35,8'inin hızlı, %17,5'inin yavaş olduğunu bulmuştur (58). Çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Pekcan ve ark. 20-29 yaş grubu 57 obez, 70 normal ağırlıkta olan 127 obez kadın üzerinde yaptığı araştırmada ise, normal ağırlıkta olan bireylerin %27,1'inin, obezlerin ise %52,6'sının yemeklerini hızlı bir şekilde tükettikleri saptanmıştır (66).

Çalışmamızda hemşirelerin sigara içme durumuna baktığımızda %75,5 sigara içmediğini bulduk (Tablo 8). Sağlık Bakanlığının sağlık çalışanları ile yaptığı bir çalışmada ise sigara içmeme oranı %63,1 bulunmuştur (59). Yurtta kalan öğrenciler üzerinde yapılan bir araştırmada ise sigara içmeme oranı (%75,9) bizim çalışmamızla benzer bulunmuştur (67). Ülkemizde en çok içilen içecek olan çay bizim çalışmamızda içilme oranı %96,8 bulunmuştur. Ulaş da yaptığı çalışmada çay içme oranını %91,8 olarak bulmuş (58). Bizim çalışmaya benzerlik göstermektedir. Kahve içme oranı (%45,6) ise çaya göre daha düşüktür. Ulaşın yaptığı çalışmayla (%44,4) benzerlik göstermektedir.

Bireylerin su içme durumuna bakıldığında; %10,7'sinin 1-2 bardak, %17,9'unun 3-4 bardak, %24,6'sının 5-6 bardak, %17,9'unun 7-8 bardak, %18,7'sinin 9-10 bardak, %10,3'ünün 10 bardak ve üstü su içtiği görülmüştür (Tablo 8). En yüksek su tüketim oranının günde 5-6 su bardağı tüketenlerde olduğu (%24,6) tespit edilmiştir. Hemşirelerin ortalama tükettikleri su miktarı 6,7 bardaktır. Hemşirelerin günlük su tüketimlerine bakıldığı zaman günde 2 litre ve daha fazla su tüketenlerin oranı (%29,0) düşüktür. Su ve diğer içecekler vücut su dengesinin korunmasında önemlidir. Hücrelerin yaşamsal faaliyetleri ve bu sayede vücut fonksiyonlarının yerine getirilmesi vücudun su dengesinin korunması ile mümkündür. Suyun vücut için elzem olduğu ve günlük vücuttan atılan sıvı miktarının yaklaşık 2,5 litre olduğu düşünüldüğünde araştırmaya katılan hemşirelerin su tüketiminin yetersiz olduğu görülmektedir (62, 68). Arslan ve Mendeş, yaptıkları çalışmada üniversite öğrencilerinin günlük ortalama su tüketiminin 913 ± 9.27 mL olduğunu saptamışlardır (69).

Yeterli ve dengeli beslenme ancak besleyici ve güvenilir besinlerin tüketilmesi ile sağlanabilir. Bu da eğitim yoluyla gerçekleştirilebilir. Beslenme eğitimi ile bireylere doğru ve gerçek bilgiler vererek, daha iyi beslenme alışkanlıkları kazandırmak, yanlış beslenme alışkanlıklarını ve uygulamalarını değiştirip olumlu uygulamaları yaşam biçimi haline dönüştürülmesi sağlamak, onların yeterli ve dengeli beslenmeleri dolayısıyla daha sağlıklı olmaları amaçlanmalıdır.

Amerikan Kalp Cemiyeti tarafından (AHA) 1957 yılında ilk kez duyurulan diyet önerilerinin içerisinde yer aldığı üzere bugün de kardiyovasküler hastalıklardan korunmada ve tedavisinde diyetin total yağ, doymuş yağ ve kolesterol içeriklerinin düşük tutulması gereği bilinmektedir. Buna benzer öneriler tüm ulusal diyet önerilerinde yer almış, kardiyovasküler hastalıklardan korunma ve tedavisinde diyetin total yağ içeriğinin azaltılması hedeflenmiştir. DSÖ, kilo kontrolü için düşük kalorili ve az yağlı diyet, sebze ve meyve tüketiminin artırılması, lifli besin tüketiminin artırılması gerektiğini belirtmektedir. DSÖ önerilerine göre total yağ alımı, enerjinin %30'unu geçmemelidir. Yüksek yağ tüketimi şişmanlık riskini artırmaktadır. Avrupa Birliğine üye on beş ülkeyi kapsayan 1995-1996 yıllarında 15 yaş üstü 14331 kişiyle yapılan bir çalışmada, sağlıklı beslenmeden ne anlaşıldığı sorgulanmıştır. Katılımcıların %80'i (ülkelere göre değişen oranlar %67-91) daha çok sebze-meyve, daha az yağ ya da yağlı yiyecekler, denge ve çeşitlilikten bahsetmiştir. Sağlıklı beslenme davranışlarında etkili olan yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi değişkenlerle yapılan karşılaştırmalarda eğitim düzeyinin sağlıklı beslenme algılayışında en güçlü etkiye sahip olduğu görülmüştür (58).

Araştırmamıza katılan bireylerin sağlıklı beslenmeyle ilgili düşüncelerine bakıldığında; yağ oranı düşük beslenmeyi, çok önemli olduğunu ve önemli olduğunu düşünenlerin oranı %77, önemli olmadığını ve hiç önemli olmadığını düşünenlerin oranı %23'dür. Bireylerin tuz oranı düşük beslenmeyle ilgili düşüncelerine bakıldığında; çok önemli olduğunu ve önemli düşünenlerin oranı %73, önemli olmadığını ve hiç önemli olmadığını düşünenlerin oranı %27'dir. Araştırmaya katılanların vitamince zengin beslenmeyle ilgili düşüncelerine bakıldığında; çok önemli ve önemli olduğunu düşünenlerin oranı %83,4, önemli olmadığını ve hiç önemli olmadığını düşünenlerin oranı %16,6'dır. Araştırmaya katılanların posalı beslenmeyle ilgili düşüncelerine bakıldığında; çok önemli olduğunu ve önemli olduğunu düşünenlerin oranı %60,3 önemli olmadığını ve hiç önemli olmadığını düşünenlerin oranı %29,7'dir. Araştırmaya katılanların kalorisi düşük beslenme ile ilgili düşüncelerine bakıldığında; çok önemli ve önemli olduğunu düşünenlerin oranı %59,1,

önemli olmadığını ve hiç önemli olmadığı düşünenlerin oranı %41,9'dur (Tablo 11). Ulaş'ın Malatya Askeri Hastanesi çalışanlarıyla yaptığı çalışmada sağlıklı beslenmeyi önemli bulanların oranı daha düşüktür. Söz konusu çalışmada bireyler tuz oranı düşük beslenmeyi %50,4, yağ oranı düşük beslenmeyi %63,1, vitamince zengin beslenmeyi %72,0 oranında önemli bulmaktadır (58). Bunun eğitim düzeyindeki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Ergün'ün 2003'te Ankara'da yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre; erkeklerin sağlıklı beslenme kavramında; taze ve doğal besinler (%93,6), denge ve çeşitlilik (%85,7) ve daha fazla sebze ve meyvenin öne çıktığı (%78,8) görülmektedir. Kadınların sağlıklı beslenme kavramının temelini ise taze ve doğal besinler (%90,7), daha fazla sebze ve meyve (%82,8), denge ve çeşitlilik (%80,4) ile daha az yağ ve daha az yağlı ürünler (%80,4) oluşturmaktadır. Tüm yaş gruplarındaki bireyler için sağlıklı beslenme ile ilgili en önemli etmenin taze ve doğal besinlerin tüketimi olduğu saptanmıştır. Artan yaş ile beraber 'daha az yağ ve daha az yağlı ürünler' sağlıklı beslenme kavramında önem kazanmaktadır (70). Eğitim düzeyi yükseldikçe yanlış ve hatalı uygulamalar azalmakta, sağlık ve beslenmeye ilişkin bazı yararlı uygulama ve alışkanlıkların arttığı görülmektedir (70, 71).

5.3. Araştırma kapsamına girenlerin diyet yapma durumu ve diyet ürünü kullanımına ilişkin bulguların tartışması

Günlük enerji alımının dengelenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılması ile vücut ağırlığını denetim altına almak olasıdır. Beslenmede taze sebze ve meyvelerin, tahılların (özellikle tam tahıl ürünleri), yağsız süt, balık, yağsız etler ile tavuk ve kurubaklagillerin tüketimi sağlıklı bir seçimdir. Yağ ve şeker içeriği düşük olan besinler tercih edilmelidir. Araştırmamızda bireylerin ideal kilolarını korumak veya kilo vermek için diyet yapma durumlarına bakıldı. Hemşirelerin %54,4'ü diyet yapmadığını, %31,7'si bazen diyet yaptığını, %13,9'u diyet yaptığını belirtmektedir (Tablo 12). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada diyet yapanların oranı %5,0, bazen diyet yapanların oranı %36,7, diyet yapmayanların oranı %58,3 olarak bulunmuştur (39). Araştırmamızda diyet yapanların çoğu kilo aldığına (%68,7) diyet yaptıklarını belirtmişlerdir. Diyet yapanların diyet yapma şekline bakıldığında; %76,5'inin kendi diyetlerini hazırladıkları, %8,7'sinin arkadaş tavsiyesine uyduğu, %7'sinin diyetisyene gittiği, %5,2'sinin spor salonuna gittiği, %1,7'sinin gazete ve dergi yayınlarını takip ettiği, %0,9'unun ise az yediğini ifade ettiği görülmüştür (Tablo 12). Üniversite öğrencilerin %81,5'i diyet programlarını kendisinin hazırladığı, %3,3'ü gazete ve dergi yayınlarından, %0,5'inin de televizyon/radyo programlarına göre diyet uyguladıkları tespit

edilmiştir (39). Ülkemizde beslenmede diyet uygulama, genellikle yemeklerde kullanılan yağ türünü değiştirme, yağ ve tuz miktarını kısıtlama biçiminde anlaşılmaktadır. SBKK-2002 araştırmasına göre, beslenmelerinde diyet uygulayanların oranı %28,1 ve beslenme bilgisi alanların oranı %21,6'dır. Beslenme bilgisini sağlık personelinin edinenlerin oranı %71,5 olup, bilgi kaynağının %55,3'ünü hekimler, %12,9'unu ebe-hemşireler ve %3,3'ünü ise diyetisyenler oluşturmaktadır (72).

Son yıllarda birçok ülkede diyet gıda tüketimindeki artış, yeni gıda alışkanlıklarının yerleşmeye başladığını göstermiştir. Gıda teknolojisindeki yoğun gelişmeler ve diyet gıdaların tüketimi alışkanlığı, giderek toplumlarda yerleşmesi, gıda üreticilerini bu konuda sürekli artan talebi karşılamaya yöneltmiştir. Gıdaların kalori içeriğinin dolayısıyla kişilerde enerji alımının azaltılması ürün yapısında yer alan yağ ve şekerlerin tam veya kısmi ikamesiyle sağlanır (73). Araştırmamızda bireylerin diyet ürünü (light ürün) kullanımına bakıldığında; %77'si diyet ürünü kullanmadığını, %15,9'u bazen kullandığını, %7,1'i kullandığını belirtmiştir (Tablo 13). Memiş'in üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada diyet ürünü kullananların oranı %6,7, bazen kullananların oranı %19,0, kullanmayanların oranı %74,3 bulunmuştur (39). Bizim çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir. Gaziantep üniversitesi çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada %13,6'sı diyet ürünü kullanmıyor, %20,3'ü bazen kullanıyor, %66,1'i kullanmıyor şeklinde bulunmuştur. Bu çalışmada diyet ürünü kullanma oranı bizim çalışmamıza göre daha yüksek bulunmuştur (74). Çalışmamızda bireylerin diyet ürünü kullanmama nedeninin başında %31,8 ile "yararlı olduğunu düşünmeme" gelmektedir.

Araştırmamızda en çok tüketilen diyet ürünleri arasında %53,4 ile diyet bisküvi ilk sırada yer almaktadır. Bunu %19 ile light süt, %10,3 ile light ekmek, %5,2 ile light kola, %3,4 ile light kornflex, %3,4 ile light galeta, %3,4 ile light mısır-pirinç patlağı karışımı, %1,7'i ile yağsız beyaz peynir izlemektedir (Tablo 13). Light ürün kullanım sıklığını araştıran bir çalışmada; ise bireylerin satın aldıkları düşük kalorili gıda ürünleri arasında en çok bisküvi (%37,4), daha sonra içecekler (%34,7) ve ekmek (%27,8) yer almaktadır. Bu sonuçlar en çok tercih edilen light ürünler açısından çalışmamızla benzerlik göstermektedir (4). Araştırmamıza katılan bireyler en çok beyaz ekmek (%61,8) kullanmaktadır (Tablo 14) .

Ülkemizde birçok ürün kilo verdirdiği iddiasıyla pazarlanmakta ve bilinçsizce tüketime sunulmaktadır. Bunlar arasında zayıflama çayları, zayıflama bantları ve zayıflama tozları/likit preparatları/ampulleri de önemli yer tutmaktadır. Ayrıca zayıflama amacıyla kullanılan çok etken madde içeren birçok preparat bulunmaktadır. Bu preparatların birçok istenmeyen etkisinin görülebileceği ve bireyin kullandığı ilaçlarla etkileşmeye girebilecekleri

bilinmektedir. Diğer taraftan bu preparatların obeziteye karşı etkinlikleri de tam olarak bilinmemektedir. Bu nedenle de kişinin kilo verme sorununu çözemeyecekleri gibi obeziteye bağlı olarak ortaya çıkabilecek hastalık risklerinin; doğru diyet, egzersiz ve gerektiğinde uygun bir medikal yaklaşım ile çözülebilmesini, kullanıldıkları süre boyunca, engellemiş olacakları için kullanımları sakıncalı olabilir (45). Araştırmamıza katılan bireylerin %7,9'u zayıflatıcı ürün kullanmakta iken %92,1 kullanmadığını belirtmektedir (Tablo 15). Araştırmamızda en çok kullanılan zayıflama ürünü zayıflama çaylarıdır. Son yıllarda birçok hastalığa iyi geldiği düşünülerek veya zayıflama amacıyla, bitkisel karışımların ve zayıflama çaylarının kullanımı artmıştır. Birçok aktif biyolojik bileşik içeren bu ürünlerin yan etkileri konusunda ise literatürde yeterli bilgi bulunmamaktadır (75). Beslenme destek ürünü kullanan tüketici profiline özellikleri, beslenme destek ürünü kullanım durumları ve bilinç düzeyleri saptanmaya çalışılan bir araştırmada bireylerin birden fazla destek ürünü kullandıkları saptanmıştır. Multi-vitamin tableti, antioksidan, bitkisel ürün, diyet ürünü ve mineral kullanımı açısından cinsiyetler arasında farklılık görülmezken ($p>0.05$), spor ürünleri ve vitamin kullanımı açısından anlamlı bir farklılık ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır (76).

5.4. Araştırma kapsamına girenlerin obeziteye ilişkin bulguların tartışması

Obezitenin yaygınlığı son 20 yıl içerisinde 3 kat artmıştır. DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki tüm yetişkinlerin yarısı ve çocukların beşte biri fazla kiloludur. Bunların üçte biri obez olup, rakamlar hızla artmaktadır. Fazla kiloluluk ve obezite bulaşıcı olmayan hastalık oranlarının artmasına, yaşam süresinin kısıtlanmasına katkıda bulunmakta olup, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bölgede yıllık bir milyonun üzerinde ölüm fazla vücut ağırlığına bağlı hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Boya uygun vücut ağırlığının dengede tutulması uzun ve sağlıklı bir yaşamın anahtarıdır (77, 78).

Araştırmamızda kilolu olduğunu düşünen bireylerin oranı %55,2'dir (Tablo 16). BKİ'ye göre bireylerin %1,2'sinin zayıf, %57,6'sının normal kilolu, %34,1'inin kilolu ve %7,1'inin obez olduğu bulunmuştur (Tablo 17). Sağlık Bakanlığının sağlık çalışanları üzerinde yaptığı bir çalışmada ise %2,9'u zayıf, %51,2'si normal %35,5'i fazla kilolu %11,4'ü obez olduğu bulunmuştur (59). Efil 2005 yılında sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada, hekimlerin %7,9'unun, hemşirelerin ise %7,5'inin obez olduğunu bulmuştur (79). Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Üniversite çalışanları üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise araştırmaya katılanların %48,1'i normal kiloda, %41,3'ü kilolu, %10,6'sı ise obez bulunmuştur (61). Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı-Hıfzıssıhha Mektebi

Müdürlüğü tarafından yapılan beyana dayalı Ulusal Hanehalkı Araştırması sonuçları incelendiğinde ülkemizde 18 yaş ve üzeri bireylerde fazla kilolu olanların sıklığı %31,35 obezite sıklığı ise %12,02 bulunmuştur. Aynı çalışmada cinsiyete göre obezite değerlendirildiğinde kadınların %28,93'ünün fazla kilolu, %14,59'unun obez, erkeklerin ise %33,64'ünün fazla kilolu ve %9,7'inin obez olduğu bulunmuştur (78). TÜİK 2012 sağlık araştırmasında on beş yaş ve üzeri bireylerde beyana dayalı vücut kitle indeksine bakılmış fazla kilolu olma oranı %34,8 obez olma oranı %17,2 bulunmuştur. Aynı çalışmada cinsiyete göre obezite değerlendirildiğinde kadınlarda; fazla kilolu olma %30,4 obez olma %20,9 erkeklerde; fazla kilolu olma %39,0 obez olma %13,7 bulunmuştur (80).

Bizim çalışmada obezitenin cinsiyete göre dağılımına bakıldığında ise erkeklerde obezite oranı %15,2 iken kadınlarda obezite oranı %5,3 bulunmuştur ($p<005$) (Tablo 19). Erkeklerde şişmanlığın fazla olmasının örneklemin demografik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışmaya benzer olarak Sağlık Bakanlığının sağlık çalışanları üzerinde yaptığı, çalışmada da erkeklerin BKİ ortalamasının kadınlardan yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Yine benzer olarak Artvin bölgesinde yapılmış olan başka bir çalışmaya göre de erkeklerde şişmanlık kadınlardan daha fazla görülmektedir (81).

Çalışmamızda obeziteyle medeni durum arasındaki ilişkiye bakıldığında evli olanların (%44,6) evli olmayanlara (%16,8) göre fazla kilolu oldukları bulunmuştur ($p<005$) (Tablo 18). Yapılan birçok çalışmada evlilerin bekârlara göre daha yüksek oranda obez oldukları bulunmuştur (59, 79, 81).

Yaptığımız çalışmada araştırmaya katılanların BKİ'lerine göre günlük tükettikleri sigara, çay, kahve, çayda kullanılan şeker, kahvede kullanılan şeker ve su miktarlarına bakıldığında; obezlerin günlük içtikleri sigara sayısı ($p<0,05$) ve günlük içtikleri kahve miktarı ($p<0,05$) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Obezlerin çaylarında kullandıkları şeker miktarları ($p<005$) anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 20). Günlük içilen çay, kahvede kullanılan şeker, günlük içilen su miktarları ile BKİ'i arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p>005$). Bizim çalışmanın aksine Artvin'de yapılan bir çalışmaya göre sigara içmeyenlerin BKİ ortalamaları içenlere oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmasına (81) karşın; Erkol ve Khorshid, Güneş ve ark., Çayır ve ark., sigara içme ile obezite arasında ilişki bulamamıştır (82, 83, 84). Araştırmamıza katılanların yemek yeme hızları ve BKİ'ileri arasında anlamlı bir fark mevcut ($p<005$). Farkı yaratan hızlı yemek yiyenlerdir (Tablo 21). Bu kişilerde obezite daha yüksek orandadır. Malatya ve Konya'da kadınlar üzerinde yapılan araştırmalarda da hızlı yemek yiyenlerde obezite daha fazla bulunmuştur. Dolayısı ile hızlı

yemek yeme, doyunluk hissi oluşuncaya kadar alınan gıda miktarının artmasına ve fazla kalori alımına neden olmaktadır (83, 85).

Çalışmamızda zayıflatma diyet yapma durumu ve BKİ'leri karşılaştırılmış, normal kilodaki bireylerin anlamlı düzeyde daha az ($p<005$) zayıflatma diyet yaptığı bulunmuştur (Tablo 22). Diyet kısa süreli yapılması gereken bir beslenme olarak düşünülürse kilolu ve obez olanların diyet yapma oranını yüksek çıkması normaldir. Bu durum bireylerin diyet kavramını algılamalarına bağlı olduğu düşünülmektedir. Normal kilodaki bireylerin uyguladıkları sağlıklı beslenme yaşam tarzı şekline dönüştüğünden dolayı kısa süreli diyetlere ihtiyaç duymamaktadırlar. Çalışmamıza göre diyet ürünü kullanıp kullanmamayla BKİ arasında anlamlı ($p>005$) bir fark yoktur (Tablo 23). Can'ın diyet polikliniğine başvuran bireylerle yaptığı araştırmada ise BKİ ile diyet ürünü kullanma arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (86).

5.5. Araştırma kapsamına girenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Puanlarına ilişkin bulguların tartışması

Turgut Özal Tıp Merkezi Hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada en düşük puan egzersiz alt boyutunda alınırken, en yüksek puan kendini gerçekleştirme alt boyutunda alınmıştır. Toplam ölçek puan ortalaması $119\pm 20,79$ (medyan 117) bulunmuştur (Tablo 30). Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise en düşük puan egzersiz alt boyutunda bulunurken, en yüksek puan kişiler arası destek alt boyutundadır. Aynı çalışmada toplam ölçek puan ortalaması $121,85\pm 18,05$ bulunmuştur (10). Ayaz ve arkadaşlarının, hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları konulu çalışmasında da bizim çalışmamızda olduğu gibi en yüksek puan kendini gerçekleştirme alt boyutunda bulunurken, en düşük puan egzersiz alt boyutunda bulunmuştur (87). Özkan ve Yılmaz'da hastanede çalışan hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada, bizim çalışmamızda olduğu gibi kendini gerçekleştirme alt boyutunda yüksek, egzersiz alt boyutunda düşük puanlar bulmuşlardır (88). Bostan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışını incelediği çalışmasında bizim çalışmamızda olduğu gibi kendini gerçekleştirme alt boyutu puan ortalamasını ($26,16\pm 4,26$) en yüksek bulurken egzersiz puan ortalamasını ($15,32\pm 4,81$) en düşük bulmuştur. Toplam puan ortalaması da $125,62\pm 19,40$ 'dır (89). Farklı gruplar üzerinde yapılan bezer çalışmalarda da egzersiz alt puan ortalamaları hep düşük çıkmaktadır. Bu bulgular toplumumuzun egzersiz yapma alışkanlığının olmadığını düşündürmektedir. Düzenli yapılan egzersizin sağlık

üzerindeki olumlu etkisi kaçınılmazdır. Bu olumlu etkiler, kilo kontrolünden ve bazı kanserlerin önlemesine kadar gitmektedir. Ancak düzenli egzersiz yapılabilmesi için uygun ortam ve zamanın yaratılması gerekmektedir.

Araştırmamızda yaşla SYBDÖPO karşılaştırıldığında sadece yaş ile stres yönetimi alt grubu puanı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p=0,011$). Ancak bu ilişki zayıf bir ilişkidir ($r:-0,160$) (Tablo 31). Araştırmamıza göre cinsiyet ve SYBDÖPO ortalaması ve alt boyutları arasında anlamlı fark vardır. Araştırmamıza göre erkek hemşirelerin egzersiz puanları, stres yönetimi puanları ve toplam ölçek puanları daha yüksek ($p<005$) bulunmuştur (Tablo 32). Yalçinkaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarıyla yaptıkları çalışmada kadınların erkeklere göre sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutlarından daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır (10). Pasinlioğlu ve Gözüm'ün sağlık personelleriyle yaptıkları çalışmada kadınların beslenmeye daha çok özen gösterdiği tespit edilmiştir (90). Zaybak ve Fadiloğlu'nun üniversite öğrencileri arasında yaptıkları çalışmada ve kızların erkeklere göre daha fazla sağlık sorumluluğu alt boyutundan yüksek puan aldıkları belirtilmektedir (91). Ancak Ergün ve Erol'un çalışmalarında ise erkek öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması, kız öğrencilerden daha yüksek bulunduğu ifade edilmektedir (92). Yurt dışında öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada ise erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha fazla egzersiz yapma davranışı gösterdikleri belirtilmiştir (93).

Araştırmamıza göre medeni durum ve SYBDÖPO karşılaştırıldığında alt ölçek puanlarından sadece stres yönetiminde anlamlı bir fark ($p<005$) bulunmuştur (Tablo 33). Bu farkı yaratan bekârlardır. Bekârların stres yönetiminde evli veya dul/boşanmış kişilerden daha yüksek puan aldıkları, yani daha başarılı oldukları görülmektedir. Bekar hemşirelerin stres yönetimi puan ortalamalarının evli hemşirelere göre daha yüksek bulunmasında, bekar hemşirelerin sorumluluklarının daha az olması ve kendilerine daha fazla zaman ayırma imkanlarının olması etki etmiş olabilir. Cürcani ve arkadaşlarının hemşirelerle yaptıkları çalışmada bizim çalışmaya benzer olarak bekar olan hemşirelerin stres yönetimi puan ortalamaları daha yüksek belirlenmiştir (94). Bostan yaptığı çalışmada bekar olan hemşirelerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt grupları ve genel ölçek puan ortalamalarının evli olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (89). Araştırmamızda eğitim durumu ve SYBDÖPO arasında önemli bir fark ($p<005$) bulunmamıştır (Tablo 34). Literatürde tam tersi eğitimle ölçek puanlarını artığı

gösterilmektedir. Bunun sebebi bizim örneklem grubumuzun eğitim seviyelerinin yakın olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin çalışma birimlerine göre SYBDÖPO ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, çalışma birimi; sağlık sorumluluğu ve beslenme puanları yönünden anlamlı fark yaratmıştır ($p<0.05$) (Tablo 35). Farkı yaratan her iki analizde de ameliyathane hemşirelerinin puanlarının klinik, poliklinik ve yoğun bakım hemşirelerine göre daha düşük oluşudur. Bostan, yaptığı çalışmada, çalışma birimi ile fiziksel aktivite arasında anlamlı bir fark bulmuştur. Tanı birimlerinde çalışan hemşirelerin fiziksel aktivite puan ortalaması ve acil-yoğun bakımda çalışan hemşirelerin fiziksel aktivite puan ortalamasının, dahili birimlerde çalışan hemşirelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğunu saptanmıştır (89). Yalçınkaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanları üzerinde yapmış oldukları çalışmada, tanı birimlerinde çalışanların manevi gelişim alt grubu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (10).

Araştırmamızda hemşirelerin BKİ'ne göre SYBDÖPO ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde beslenme alt grubu puan ortalamalarında anlamlı bir fark ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 36). Farkı yaratan normal kiloluların oluşturduğu grubun puanının kilolu ve obezlerden düşük oluşudur. Bu durum normal kilolu kişilerin sağlığına daha az dikkat ettiğini göstermektedir. Bunun bir nedeni de algıda seçicilik olabilir. Kilo problemi olan kişilerin, beslenme konusunda daha çok bilgi edinme ve bu bilgileri uygulama konusundaki isteklerinden kaynaklanıyor olabilir. Ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada ise BKİ ile SYBDÖPO ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (54). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin BKİ' ne göre SYBD ölçeği ve alt boyutları incelendiğinde, BKİ'ne göre normal kilolu olan grubun sağlık sorumluluğu ve kendini gerçekleştirme alt boyutlarında anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları görülmüştür (95). Arslan ve Ceviz'in ev kadını ve çalışan kadınlar ile yaptıkları çalışmada, obezite sınırı aşıldıktan sonra fiziksel aktivite ve sağlıklı davranış alışkanlıklarında bir azalma meydana geldiği gözlemlenmiştir (96).

Hemşirelerin kronik hastalıklarının olup olmaması (Tablo 37), günlük öğün sayıları (Tablo 38), öğün atlama durumları (Tablo 39) ile SYBDÖPO ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Bozhüyük, üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada bizim çalışmamıza benzer kronik hastalık durumunun SYBDÖPO ve alt boyutlarını etkilemediğini bulmuştur (95). Çalışmamızda ara öğün yeme durumu egzersiz hariç, toplam SYBDÖPO'sını

ve hiçbir alt ölçeği etkilememektedir. Ara öğün yiyenlerin yemeyenlere ve bazen yiyenlere göre egzersiz puanı daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 40).

Araştırmamızda zayıflatma diyet yapma durumu ile SYBDÖPO ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 42). Bazen zayıflatma diyet yapanların, halen zayıflatma diyet yapanlara veya diyet yapmayanlara göre toplam SYBDÖPO'sı anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Beslenme ($p<0.05$) ve sağlık sorumluluğu ($p<0.05$) alt ölçeği puanları yönünden de "bazen" zayıflatma diyeti yapanların diğer 2 gruptan daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur (Tablo 41). Yalçınkaya ve arkadaşları sağlık personelinin beslenme biçimine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceledikleri araştırmalarında; genel toplamda, beslenme ve stresle baş etme alt boyutlarında, aradaki farkı istatistiksel olarak anlamlı bulmuşlardır ($p<0.05$). Aynı çalışmada stresle baş etme alt boyutunda sebze-meyve ağırlıklı beslenenler daha yüksek puan alırken, genel toplamda ve beslenme alt boyutunda ise protein ağırlıklı beslenenler daha yüksek puan almıştır (10).

Hemşirelerin diyet ürünü (light ürünler) kullanıp kullanmaması, zayıflatma amaçlı ürün kullanma durumu (Tablo 42), sigara kullanma durumu (Tablo 43) ile SYBDÖPO ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Karadeniz ve ark.'nın üniversite öğrencileriyle yaptıkları araştırmada bizim çalışmamıza benzer olarak öğrencilerin SYBD ile sigara kullanımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (97). Özkan ve Yılmaz çalışmalarında sigara içenlerin egzersiz ve beslenme puanlarını düşük bulmuşlardır (88). Bostan sigara kullanmayan hemşirelerin beslenme alt grubu puan ortalamalarının sigara kullanan hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulmuştur (89). Bireylere kazandırılması gereken en önemli sağlıklı yaşam davranışlarından biri sigaranın içilmemesi veya bırakılmasıdır. Araştırmamızda olduğu gibi literatürde tersi sonuçlar olsa da genelde sigara kullanımının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir.

Araştırmamızda hemşirelerin kendini kilolu bulup bulmama (Tablo 45) ve kiloyla ilgili endişe düzeyleri (Tablo 46) arasında stres yönetimi puanları arasında anlamlı fark ($p<0.05$) bulunmuştur. Bu sonucun çıkması şöyle yorumlanabilir; kendini kilolu bulma ve kiloyla ilgili endişelerin yüksek olması, bireylerin stres düzeylerini artırmaktadır. Her iki analiz için toplam SYBDÖPO'sı ve diğer alt ölçekler yönünden anlamlı fark bulunmamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın evrenini oluşturan Turgut Özal Tıp Merkezi hemşirelerinden araştırma kapsamına giren 252 hemşirenin 206'sı (%81,7) kadın 46'sı (%18,3) erkektir.

Araştırmaya katılanların %13,1'i öğün atlamakta, öğün atlama nedenleri arasında %39,4 ile "canımın istememesi" ilk sırada gelmektedir. Kahvaltıda %67,8'i poğaça/simit yediğini belirtmektedir. Öğlen en çok yenilen (%82,0) yemek grubu; ekmek, pilav, makarna, börek vb. yiyeceklerdir. Akşam en çok yenilen (%80,1) yemek grubu; sebze yemekleri, salata gibi yiyeceklerdir. Ara öğünde tercih edilen yiyeceklerin arasında %60,8'i ile ilk sırada meyve ve çiğ sebze %57,3' ile ikinci sırada kek, bisküvi, cips gibi yüksek kalorili yiyecekler yer almaktadır. Hemşirelerin ortalama tükettikleri su miktarı 6,7 bardaktır. Yemek seçiminde en önemli etmenin (%59,9) lezzet olduğu bulunmuştur.

Diyet ürünü (light ürün) kullanma oranı (bazen ve devamlı) %23 bulunmuştur. Diyet ürünü kullanmama nedeni arasında ilk sırada (%31,8) yararlı olmadığını düşünmek, yer almaktadır. En çok tüketilen diyet ürünü diyet bisküvi olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılanların en çok tükettikleri ekmeğin beyaz ekmek (%61,8) olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %7,9'u tatlandırıcı, vitamin-mineral, zayıflama amaçlı besin desteği, bitkisel zayıflama ilacı ve zayıflama çayı gibi ürünleri kullanmaktadır.

Araştırmaya katılanların; %1,2'si zayıf, %57,6'si normal kiloda, %34,1'i kilolu %7,1' obez bulunmuştur. Erkeklerde obezite oranı %15,2 iken kadınlarda obezite oranı %5,3 bulunmuştur ($p<005$). Evli olanların bekarlara göre daha fazla kilolu ve obez oldukları bulunmuştur ($p<005$).

Araştırmamıza göre obez grubun daha çok sigara ve kahve içtikleri aynı grubun çaylarına daha az şeker attıkları bulunmuştur ($p<005$).

Hızlı yemek yiyenlerin bireylerin obezite oranları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<005$). Diyet ürünü kullanma ile BKİ'si arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin SYBDÖPO 119,82 bulunmuştur. Bu değer orta bir değerdir. Hemşireler SYBDÖ alt boyutlarında en yüksek puanı (24,80) kendini gerçekleştirmede, en düşük puanı (14,17) egzersiz alt boyutunda aldıkları bulunmuştur. Buda fiziksel aktivite düzeyinin sağlıklı bir yaşam için yeterli olmadığını göstermektedir.

Cinsiyetin SYBDÖPO ve alt boyutunun puan ortalamalarını etkilediği; erkeklerin egzersiz, stres yönetimi ve toplam ölçek puanlarında daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur

($p<005$). Bekârların stres yönetimi alt boyutunda evli ve dul/boşanmışlara kişilerden daha yüksek puan aldıkları yani daha başarılı oldukları bulunmuştur.

Hemşirelerin çalıştığı birimin beslenme ve sağlık sorumluluğu alt boyut puanlarını etkilediği bulunmuştur ($p<005$). Ameliyathane hemşirelerinin; klinik, poliklinik ve yoğun bakım hemşirelerine göre beslenme ve sağlık sorumluluğu alt boyut puanları daha düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların diyet ürünü (light ürün) ve zayıflama amaçlı diğer ürünlerin kullanması ile SYBDÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bireylerin kendini kilolu bulması ve kiloyla ilgili endişelerinin yüksek olması onların stres yönetimi puanlarını anlamlı düzeyde etkilemektedir ($p<005$). Bu kişilerin stres yönetimi puanları daha düşük bulunmuştur.

Bu bulgular ışığında şu önerilerde bulunulabilir:

Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirilmesi ve devam ettirilmesinde sağlık çalışanı olarak önemli rol ve sorumlulukları vardır. Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Hastalık ve sağlık kavramları kültürlere ve insanların geçmiş deneyimlerine göre farklılık gösterse de, uygun sağlık eğitimi ile sağlıklı yaşam davranış biçimleri oluşturulabilir.

Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları içinde en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite alt grubunda bulunmuştur. Sağlıklı bir fiziksel aktivite yapılabilmesi için gerekli olan araç, gereç, saha ve malzeme eksiklerinin giderilmesi, bu malzemeleri hemşirelerin ücretsiz kullanabilmesi, ayrıca hastanelerde hemşireler için, fiziksel aktiviteler düzenlenerek egzersizin özendirilmesi sağlanmalıdır.

Hemşirelerin sağlığını korumak ve geliştirmek için sağlık eğitim programları oluşturulmalı, bu çalışmada düşük puan ortalamasına sahip olan stres yönetimi ve fiziksel aktivite davranışları öncelikli olmak üzere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını içeren programlar hazırlanmalı, obezite ve sağlıklı beslenme konusunda diyetisyen rehberliğinde hizmet içi eğitimler yapılmalıdır.

Hemşirelerin görev yerlerinin belli sürelerle rotasyonla değiştirilmeli özellikle ameliyathane ortamında çalışanların bu bölümde uzun süre çalıştırılmaması sağlanmalıdır.

Kadın hemşirelerin stres düzeyleri daha yüksek olduğu için ameliyathane ve yoğun bakım gibi yoğun yerlerde pozitif ayrımcılık yapıp erkek hemşirelerin bu tür yerlerde ağırlıklı olarak çalıştırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Aslan A, Attila S, Önemli Bir Sağlık Sorunu: Şişmanlık, *sted* 2002, 11: 169
2. Tıǧlı M. Zayıflatma Diyeti Uygulayan Bireylerin Başarı Oranları ve Etkileyen Faktörlerin Saptanması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2012
3. Mercanlıgil SM. Şişmanlığın Tedavi Yöntemleri Doğrular ve Yanlışlar, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729, S 7-10, Ankara. www.beslenme.gov.tr/content/files/arastirmalar/uyelik/beslenme_bilgi_serisi/Kitaplar/d/d_03_sismanligintedaviyontemleridogrularveyanlislar.pdf 7 Ekim 2014
4. Yılmaz MK, Ünal S, Düşük Kalorili(Light) Gıda Kullanılan Tüketicileri Kullanım Sıklığına Göre Ayrılma Üzerine Bir Araştırma. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2007, 10(2): 456-72
5. Aslan M, Orhan N, Obezite Tedavisinde Yardımcı Olarak Kullanılan Doğal Ürünler, *Mised* 2010, 23(24): 91-105
6. Karademir M. Zayıflama Ürünlerinin Bileşiminde Bulunan Tıbbi Bitkiler Üzerine Araştırmalar, Farmasötik Botanik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi, 2006
7. Doğru Çelik A. Obezite Tedavilerinde kullanılan Fitoterapotikler, Fitoterapi Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Gazi Üniversitesi, 2011
8. Yücecan S. Tüketici Sağlığı, Yaşam kalitesi ve Optimal Beslenme, *Tüketici Yazıları(1)*, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Basım Evi, 2007: 187-97
9. Piyal B. Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi, I.Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı, Muğla/Marmaris, 2006: 26-7.
10. Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY, Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007,6(6): 409-20.
11. Artan N, Zayıflama Diyeti Uygulanan Yetişkin Kadınlarda Biyokimyasal ve Antropometrik Bulguların İzlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2003
12. Facts about overweight and obesity <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> 10 Ocak 2015

13. Jahnavi, A., Chandrika, D., & Sultana, G. Prevalence of Overweight and Obesity in School Going Children, *Pharmanest*, II(4), 2011, July 369-74.
14. Alam I, Larbi A, Does Inflammation Determine Whether Obesity is Metabolically Healthy or Unhealthy? The Aging Perspective, *Mediators Inflamm*, Article ID 456456, 2012, 14 pages
15. Altunkaynak BZ, Özbek E, Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 2007, 34(2): 144-9.
16. Akbulut G, Erişkinlerde Şişmanlığın Diyet Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar ve Fiziksel Aktivitenin Önemi, *mised*, 2010, mayıs: 23-4
17. Ak ŞG. Abdominal Obezite ile İnsülin Direnci Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Haliç Üniversitesi, 2012
18. Atar, A. Obezlerde Plazma Lipid Düzeyleri İle Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sağlık Bakanlığı, Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005
19. Arslan M, Obezite (Şişmanlık). *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 1993, 2(6): 198-201.
20. Alikashişoğlu A, Yordam N, Obezitenin Tanımı ve Prevelansı. *Katkı Pediatri Dergisi*, 2000, 21(4):475-81.
21. Pekcan G, Şişmanlık Tanısında Antropometrik Ölçümler ve Yorumu (Sunuya Hazırlayan; Arslan, P.) I. *Ulusal Obezite kongresi diyetisyenler sempozyumu sunuları*, 2001: 13-8, İstanbul.
22. Ergün A, ve Erten S, Öğrencilerde Vücut Kitle İndeksi ve Bel Çevresi Değerlerinin İncelenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2004, 57(2): 57-61
23. Özer Ö. Polikliniğe Başvuran Obez Kadınların Çalışıp-Çalışmama Durumlarının Beslenmelerine Etkisi, Sağlık Bilimleri, Beslenme Diyet Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Haliç Üniversitesi, 2012
24. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2010-2014) http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kontrolprogrami_2010_2014.pdf 21 Aralık 2014
25. Molarious A, Seidel JC, Sans S, Toumlehto J, Kuulasmaa K, Varying ensitivity of waist action levels to identify subjects with overweight or obesity in 19 populations of the WHO MONICA Project. *J Clin Epidemiol*. 1999, 52: 1213-24

26. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response, Ed. Francesco Branca, Haik Nikogosian ve Tim Lobstein, WHO, Denmark, 2007: 1
27. Onat A, Türkiye'de Obezitenin Kardiyovasküler Hastalıklara Etkisi, *Türk Kardiyoloji Dergisi*, 2003, 31(5): 279-89
28. Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V, Türkiye'de obezite ve hipertansiyon taraması sonuçları (TOHTA), *Endokrinolojide Yönelişler Dergisi*, 2002, 11(Ek-1): 1-16,
29. Satman İ, Yılmaz T, Şengül A, Salman S, Salman F et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey. *Diabetes Care*; 2002, 25(9): 1551-6,
30. Bağrıaçık N, Onat H, İlhan B, Tarakci T, Oşar Z, Özyazar M, Hatemi H ve Yıldız G, Obesity Profile in Turkey, *International Journal of Diabetes and Metabolism*, 2009, 17: 5-8
31. Arslan M, Başkal N, Çorakçı A ve ark, Ulusal Obezite Rehberi, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Yayını, 1999
32. Kılıç AV. Hafif ve Orta Şişman Yetişkin Bireylere Uygulanan Zayıflama Diyetleri sonucundaki vücut ağırlık kaybının serum lipid profilleri ve diğer bazı parametreler üzerine etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyetetik Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2006
33. Baysal A. Beden Ağırlığının Denetimi, Baysal A, Bozkurt N, Pekcan G, Besler H.T., Aksoy M, Merdol T.K, Keçecioglu S, Mercanlıgil S.M. *Diyet El Kitabı*, 3. Baskı, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1999: 39-60
34. Mercanlıgil S. Yetişkin Bireylerde Obezite Denetiminde Beslenme, *V. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi Kitabı*. 2006: 162-4.
35. Güney M. Kadınlarda Ağırlık Yönetiminin Yeme Tutumu Davranışı Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Başkent Üniversitesi, 2014
36. Akgün B. Beden Ağırlığı Yönetiminde Davranış Modifikasyonu. (Ed. Baysal A, Baş M.), *Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi*, Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını, Ekspres Baskı Aş., Ankara, 2008: 158-70
37. Keskin L. Obezite Tedavisi Oksidatif Stresi Düzeltmede Ne Kadar Etkili? İlaçlar Arasında Fark Var mı?, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı, Yan Dal Uzmanlık Tezi, Malatya, İnönü Üniversitesi, 2009
38. Eker E, Şahin M, Birinci Basamak Obeziteye Yaklaşım, *sted*, 2002, 7: 246-9

39. Memiş E. Üniversite Öğrencilerinde Şişmanlık(Obezite) Durumu ve Diyet Ürünleri Kullanımları Üzerinde Bir Araştırma, Aile Ekonomisi ve Beslenme Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Gazi Üniversitesi, 2004
40. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara, 2014, http://www.tiroidkongresi2014.org/OBEZITE_TTK_web.pdf
22 Aralık 2014
41. Alphan TME. Tatlandırıcı İçeren Özel Beslenme Amaçlı Gıdalar, Diyabet Yıllığı 2004-2005
42. Yılmaz N. Yapay Tatlandırıcılar ve Gıda Sanayinde Kullanımları, Yüksek Lisans Tezi, Gıda Mühendisliği Anabilim Dalı, Bursa, Uludağ Üniversitesi, 2007
43. Demirci H, Yılmaz M, Arslan M, Obezitede herbal tedavi. *Endokrinolojide Diyalog* 2007, 2: 90-5.
44. Erkekoğlu P, Baydar T, Şahin G, Geriatrik grupta obezite tedavi yaklaşımlarının toksikolojik açıdan değerlendirilmesi-I: Herbal preparatlar ve gıda destekleyicileri. *Turkish Journal of Geriatrics* 2008, 11: 151-68.
45. Giray,B., Erkekoğlu ,P. Şahin,G. Zayıflatma Amaçıyla kullanılan çok Etken Maddeli Bazı Preparatların Toksikolojik Açıdan Değerlendirilmesi; Fen-Phen ve Usnik Asit, *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 2009, 2: 131-48
46. Yaman M, Obezitede Diyet Tedavisi, *Archives of Clinical Toxicology*, 2014, 1: 8-12
47. Akbulut G, Rakıcıoğlu N, Şişmanlığın Tedavisinde Güncel Yalaşımalar, *Genel Tıp Derg*, 2010, 20(1): 35-42
48. Saraçoğlu A, Ergun B, Türkiye’de Satılan Bazı Bitkisel Zayıflama Çaylarının İçerikleri ve Bu Çayların Kullanımına Bağlı Ortaya Çıkabilecek İstenmeyen Etkiler. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 2006, 26: 355-63.
49. Cihangiroğlu Z, Deveci SE., Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler, *Fırat Tıp Dergisi*, 2009, 16(2): 78-83
50. Aydın ZD, Toplum ve Birey İçin Sağlıklı Yaşlanma;Yaşam Biçimi Rolü, *S.D.Ü Tıp Fakültesi Dergisi*, 2006, 13(4): 43-8
51. Baltacı, Gül, Obezite ve Egzersiz
http://diyabet.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/fiziksel_aktivite_bilgi_serisi/E7.pdf
22 Aralık 2014

52. Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G, Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam, Sağlık Bakanlığı Yayını, 2008 <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t50.pdf>
22 Aralık 2014
53. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlilik ve Güvenlik Çalışması, C.Ü. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 12(1): 1-13
54. Karadamar M. Ergenlerin Kiloları ile İlgili Algılarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, Mersin Üniversitesi, 2010
55. Sevindik F. Fırat Üniversitesi Öğrencilerinde Problemlerle İnternet Kullanımı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Malatya, 2011
56. Aksoy T. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2010
57. Esin MN. Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının, Saptanması ve Geliştirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 1997
58. Ulaş B. Malatya Asker Hastanesinde 2007 Yılında Görev Yapan Personelin Sağlıklı Beslenme Konusundaki Tutum ve Davranışları, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, İnönü Üniversitesi, 2008
59. Sağlık Bakanlığı Temel Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Çalışanlarında Obezite (Şişmanlık) ve Zayıflık Durumunun Belirlenmesi Araştırma Raporu, <http://www.saglikcalisanisagligi.org/dosyalar/obeziteraporu.pdf> 13 Nisan 2015
60. Merdol KT. Başoğlu S. Örer N. Beslenme ve Diyetetik Açıklamalı Sözlük, Hatipoğlu Yayınları, Ankara, 1999: 378
61. Taze M. Üniversite Çalışanlarında Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması(Dumlupınar Üniversitesi Örneği) Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitim ve Spor Programı, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya, Dumlupınar Üniversitesi, 2010
62. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi (2002) http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/beslenme_rehberi.pdf 13 Nisan 2015

63. Rakıcıoğlu N, Fidancı G, Kıral S, Sebze ve Meyve Tüketimine Etki Eden Etmenlerin Saptanmasına Yönelik Bir Çalışma. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 2002, 31(1): 18-31
64. Yılmaz İ, Demirci M, Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları, *Gıda*, 2001, 6(5): 83-6
65. İzgi H. Düzenli Spor Yapan ve Yapmayan Çalışan Yetişkin Kadınların Beslenme Alışkanlıklarının ve Antropometrik Ölçümlerinin İncelenmesine Yönelik Bir Çalışma, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Bilimleri Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2011
66. Pekcan G, Baltaoğlu S, Şişman Kadınların Beslenme Bilgi Düzeyi ve Alışkanlıklarının Saptanması. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 1988, 17: 45-64
67. Özdoğan Y, Yardımcı H, Özçelik ÖA, Yurtta Kalan Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları, *Karadeniz* 15: 139-40
<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/kdeniz/issue/view/5000004898> 04 Nisan 2015
68. Özata M, *Doğru Beslen Formda Kal*, Epsilon Yayıncılık, İstanbul 2004: 205
69. Arslan, C, Mendeş B, Üniversitelerin Farklı Bölümlerinde Okuyan Erkek ve Kız Öğrencilerin Sıvı Tüketimleri ve Bilgi Düzeylerinin Araştırılması. F.Ü. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2004,18(3): 163-70
70. Ergün C. Sağlıklı Beslenme Kavramı ve Tüketici Algısı Üzerine Bir Araştırma, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara. Hacettepe Üniversitesi, 2003
71. Kılıç E, Şanlıer N, Üç Kuşak Kadının Beslenme Alışkanlığının Karşılaştırılması, *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 2007, 15(1): 31-44.
72. Kılıç M, Kronik Hastalıkların Önlenmesi Risk Faktörlerinin Önemi, *TAF Prev Med Bull*, 2011, 10(6): 733-40.
73. Yapar B, Diyet Ürünler www.ito.org.tr/Dokuman/Sektor/1-28.pdf 04 Nisan 2015
74. Eroğlu Y, Şentürk E, Karacabey K, Gaziantep Üniversitesi akademik ve İdari Personelin Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2012, 9: 1
75. Karsen H, Çalışır C, Duygu F, Karaağaç L, Tavşan Ö, Zayıflama Çayı Kullanımına Bağlı Gelişen Akut Hepatit: Bir Olgu Sunumu, *Van Tıp dergisi*, 2011, 18(8): 110-2
76. Ünsal GN, Özdemir G, Ersoy G, Tüketicilerin Beslenme Destek Ürünü Kullanım Bilincinin Değerlendirilmesi, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 2010, 24(2): 81-8

77. Ulaş B, Üniversite Öğrencilerinde Hemogloblin A1C Taraması ve Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Malatya, İnönü Üniversitesi, 2013
78. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017), Ankara http://beslenme.gov.tr/content/files/home/turkiye_saglikli_beslenme_ve_hareketli_hayat_programi.pdf 29 Nisan 2015
79. Efil S, Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, Kocatepe Üniversitesi, 2005
80. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2013,(2014) http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/t.c._saglik_bakanligi_saglik_istatistikleri_yilligi_2013.pdf 29 Nisan 2015
81. Işık E, Kanbay Y, Aslan Ö, Işık K, Çınar S, Aile Hekimliği Birimine Başvuran Bireylerde Obezite Sıklığı ve İlişkili Etmenler: Artvin Örneği, *F.N. Hem. Derg.*, 2013, 21(2): 107-15
82. Erkol A, Khorshid L, Obezite; predispozan faktörler ve sosyal boyutun değerlendirilmesi. *SSK Tepecik Hastanesi Dergisi*, 2004, 14(2): 101-07
83. Güneş G, Genç M, Pehlivan E, Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki Erişkin Kadınlarda Obezite, *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 2000, 7(1): 48-53.
84. Çayır A, Atak N, Köse, SK, Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2011, 20: 64
85. Koruk İ, Şahin KT, Konya Fazilet Uluşık Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Grubu Ev Kadınlarında Obezite Prevalansı ve Risk Faktörleri, *Genel Tıp Derg*, 2005, 15(4): 147-55
86. Can NS. Beden Kitle İndeksine Göre Bireylerin Diyet Ürünleri Kullanım Durumları İle Bilgi Düzeylerinin Saptanması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Haliç Üniversitesi, 2011-2012
87. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F, Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005, 9(2): 26-34.

88. Özkan S, Yılmaz E, Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2008, 3: 7
89. Bostan N. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2013
90. Pasinlioğlu T, Gözüm S, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık personelinin sağlık davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Dergisi*, 1998, 2(2): 60-8.
91. Zaybak A, Fadıloğlu Ç, Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004, 20(1): 77-95
92. Ergün A, Erol S. Lise öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, IX. Halk Sağlığı Kongresi. 3-6 Kasım 2004, Ankara www.halksagligi.org/halkmed/index.php?id=2600. 02 Nisan 2015
93. Sanchez A, Norman GJ, Sallis JF, Calfas KJ, Cella J, Patrick K, Patterns and correlates of physical activity and nutrition behaviors in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine* 2007, 32(2): 124-130.
94. Cürcani M, Tan M, Özdelikara A, Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2010, 9(5): 487-92.
95. Bozhüyük A. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, Çukurova Üniversitesi, 2010
96. Arslan C, Ceviz D, Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi, *F.Ü. Sağ. Bil. Derg*, 2007, 21(5): 211-20
97. Karadeniz G, Uçum EY, Dedeli Ö, Karaağaç Ö, Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2008, 7: 497-502

EKLER

Ek:1 ÖZGEÇMİŞ

1. GENEL

Adı : Hülya
Soyadı : GEÇGEL KOÇ
Doğum Tarihi ve Yeri : 03.05.1973, PERTEK
E-mail :hulyagecgel@msn.com
Medeni Durum : Evli
Yabancı Dil Durumu : Almanca (Okuma, anlama ve yazma iyi)
İngilizce (Orta)

2. EĞİTİM

1987-1990 : Tunceli Cumhuriyet Lisesi

1992-1996 : Hacettepe Üniversitesi Sağlık Teknolojisi Yüksek Okulu,
Beslenme ve Diyetetik Bölümü, lisans eğitimi

1996-1998 : Stuttgart Almanya Inligua Sprachschlule ve Ökumenisches
Studenten Zentrum'dan almanca kursu

1998-1999 : Gazi Üniversitesi Pedogojik Formasyon Sertifikası eğitimi

2012-2015 : İnönü Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı yüksek lisans
eğitimi

3. MESLEKTE DENEYİM

2006-Halen İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi diyetisyen olarak
görev yapıyor.

2003-2006 Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, diyetisyen olarak
görev yapıldı.

2000-2003 Harran Ünivesitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama
Hastanesi diyetisyen olarak görev yapıldı.

Ek 2: ANKET

Sayın katılımcı;

Bu çalışma ‘**Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Hemşirelerinin Zayıflama Amaçlı Diyet Ürünü Kullanma Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını belirlemek**’ amacıyla yapılmaktadır.

Sizi de bu araştırmaya katılmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Sizden doldurmanızı istediğimiz anket formun da bireysel bazı özelliklerinizin yanı sıra beslenme alışkanlığınızı, light ürünlerin tüketiminizi, zayıflama amaçlı bitki çayı, zayıflama amaçlı bitkisel ilaç kullanımınızı ve sağlıklı yaşam düzeyinizi belirleyen sorular mevcuttur. Bu anketi doldurmak yaklaşık 10 dakikanızı alacaktır.

Araştırma kapsamında uygulayacak olduğumuz ankette **sizinle ilgili özel bilgileri içeren hiçbir soru bulunmamaktadır**. Ayrıca vermiş olduğunuz cevaplar ve bilgiler tarafımızca gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi
Hülya GEÇGEL KOÇ

1) Yaş : Cinsiyet: 1)Erkek 2)Kadın

2) Medeni Durumunuz : 1)Evli 2) Bekar 3)Boşanmış /Eşi Ölmüş

3) Eğitim Durumunuz :

1) Önlisans 2) Lisans 3) Yüksek Lisans 4) Diğer (Belirtiniz).....

4) Meslekte kaçınıcı yılınız?.....

5) Göreviniz ?

1) Klinik Hemşiresi

2)Ameliyathane Hemşiresi

3) Poliklinik Hemşiresi

4)Yoğun Bakım Hemşiresi

5) Diğer (belirtiniz).....

6) Boyunuzcm 7) Kilonuzkg

8) Herhangi bir sağlık probleminiz var mı?

1.)Evet

2.)Hayır

9) Cevap (Evet) ise sağlık problemi nedir?.....

10) Günde kaç öğün yemek yersiniz? (Ara öğünler dahil).

1.) Bir kez 2.) İki kez 3.) Üç kez 4.) Dört kez 5.) Beş kez ve >

11) Öğün atlar mısınız?

1.) Evet

2.) Hayır

12) Öğün atlıyorsanız hangi öğünü atladığınızı belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

1.) Sabah

2.) Öğle

3.) Akşam

13) Öğün atlıyorsanız **en önemli** nedeninizi belirtiniz.

- 1.) Canım istemiyor 4.) Hazırlaması zor
2.) Zayıflamak istiyorum 5.) Gereksiz görüyorum
3.) Vakit bulamıyorum 6.) Diğer (Belirtiniz)

14)Vejetaryen misiniz?

- 1) Evet 2) Hayır

15)Sabah kahvaltısında neler yersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- 1.) Poğaç /Simit 7.) Sandviç 13.) Çay
2.) Peynir 8.) Reçel /Bal 14.) Süt
3.) Yumurta 9.) Pekmez 15.) Meyve suyu
4.) Zeytin 10.) Yağ 16.) Ekmek
5.)Bisküvi vb. 11.) Taze sebze 17.) Çikolatalı karışımlar
6.) Tost 12.) Taze meyve 18.)Diğer(Belirtiniz).....

16) Öğle ve akşam yemeklerinde **genellikle** yediklerinizi belirtiniz.(Birden fazlaseçenek işaretleyebilirsiniz).

	öğlen	akşam
Süt-Yoğurt-Ayran		
Et,Yumurta, Kurubaklagil Yemekleri		
Ekmek ,Pilav,Makarna, Börek vb.		
Sebze Yemekleri, Salata		
Meyve		
Poğaç/Simit		
Hamburger/Tost		
Bisküvi vb.		
Diğer(Belirtiniz)		

17)Öğün aralarında besin tüketiyor musunuz?

- 1)Hayır 2)Evet 3) Bazen

18) Yanıtınız **EVET veya BAZEN** ise belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1)Kek, bisküvi, cips 4)Süt-yoğurt-ayran
2)Meyve, çiğ sebze 5)Meşrubat,meyve suyu
3)Kuruyemiş 6)Kola,gazoz,fanta vb.
7) Diğer (belirtiniz).....

19)Yemek seçiminizde **en önemli**men hangisidir?

- 1.) Fiyatı 5.) Kolay alınması
2.) Lezzeti 6.) Kalorisi
3.) Doyurucu olması 7.) Diğer (Belirtiniz)

20)Yemek yeme şekliniz nasıldır?

- 1)Hızlı 2) Yavaş 3) Normal

21) Sigara içiyor musunuz?

- 1) Hayır 2) 1-5 adet/gün 3) 6-10 adet/gün
4) 11-20 adet/gün 5) Diğer (belirtiniz).....adet/gün

22) Çay ve kahve tüketme durumunuzu belirtiniz.

	Günde kaç bardak İçersiniz?	Bir bardak için kaç adet şeker kullanırsınız?
Çay(Çay Bardağı/gün)		
Kahve(fincan/gün)		

23) Günde ne kadar su tüketirsiniz?(Su bardağı)

- 1) 1-2 Bardak 2) 3-4 Bardak 3) 5-6 Bardak
4) 7-8 Bardak 5) 9-10 Bardak 6) 10 Bardak üstü

24) İdeal kilonuzu koruyabilmek veya kilo vermek için diyet yapıyor musunuz?(Cevabınız HAYIR'sa 27. soruya geçiniz.)

- 1.) Evet 2.) Bazen 3.) Hayır

25) Diyet yapıyorsanız hangi sıklıkla diyet yaptığınızı belirtiniz

- 1.) Sürekli 2.) Kilo aldığımı hissettiğimde 3.) Her yıl yaz başında
4.) Nadiren /Ara sıra 5.) Diğer (Belirtiniz)

26) Diyet programınızı **genellikle** nasıl yaparsınız?

- 1.) Kendim hazırlıyorum
2.) Arkadaşlarımla tavsiyelerini uyguluyorum
3.) Gazete ve dergilerdeki yayınları takip ediyorum
4.) Televizyon /radyo programlarını takip ediyorum
5.) Diyetisyene gidiyorum
6.) Spor salonlarına gidiyorum
7.) Sağlık merkezine gidiyorum
8.) Diğer (belirtiniz).....

27) Aşağıdaki sağlıklı beslenme seçeneklerinden hangisi/hangileri sizin için önemlidir?

	Çok önemli	Önemli	Önemli değil	Hiç önemli değil
1. Yağ oranı düşük				
2. Tuz oranı düşük				
3. Vitamince zengin				
4. Posa oranı yüksek				
5. Kalorisi düşük				

28) Herhangi bir diyet ürünü(Light ürünler) kullanır mısınız?

- 1) Evet 2) Bazen 3) Hayır

29) Eğer cevabınız "**HAYIR**" ise en önemli kullanmama nedeninizi belirtiniz.

- 1.) Pahalı olması 5.) Kilomdan memnunum
2.) Yararlı olduğunu düşünmüyorum 6.) Sağlıklı değil
3.) Lezzetli olmaması 7.) Diğer (belirtiniz).....
4.) Kullandığımda rahatsızlık vermesi

(Cevabınız Hayır'sa 32.soruya geçiniz.)

30)Eğer cevabınız "**EVET veya BAZEN**" ise **en çok** tükettiğiniz diyet ürününü(light ürün) yazınız?
1).....

31)**En sık** tükettiğiniz ekmek türünü belirtiniz.

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1)Beyaz ekmek | 4)Yulafli ekmek |
| 2)Kepekli ekmek | 5)Tam buğday unundan ekmek |
| 3)Çavdar ekmeği | 6)Light ekmek |
| 7)Diğer(belirtiniz)..... | |

32)Tatlandırıcı, vitamin-mineral, zayıflama amaçlı besin desteği, bitkisel zayıflama ilacı ve zayıflatma çaylarından birini kullanıyor musunuz?

- 1)Evet 2)Hayır

33)Cevabınız **EVET** ise kullanım sıklığını adını ve miktarını belirtiniz.

	Her gün	Günaşırı	Haftada 1	Nadiren	Hiç tüketmem
Tatlandırıcı şeker					
Vitamin-mineral					
Zayıflama amaçlı besin desteği					
Bitkisel zayıflama ilacı					
Zayıflatma çayları					

34)Zayıflama amaçlı kullandığınız diyet ürününü kim önerdi?

- | | |
|--------------|--------------------------|
| 1)Doktor | 4)Komşu |
| 2)Diyetisyen | 5)Arkadaş |
| 3)Eczacı | 6)Diğer(belirtiniz)..... |

35)Son 5 yıldaki en düşük ve en yüksek vücut ağırlığınız neydi

En düşük.....kg En yüksek.....kg

36)Kilolu olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- 1)Evet 2) Hayır

37)Şu andaki kilomdan.....

- 1) Endişeli değilim
- 2) Biraz endişeliyim
- 3) Endişeliyim
- 4) Oldukça endişeliyim
- 5) Çok endişeliyim

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMLERİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Bu anket, sizin şu anki yaşam biçiminiz ve kişisel alışkanlıklarınızla ilgili sorular içermektedir. Lütfen her soruya elinizden geldiğince doğru cevaplar vermeye çalışınız ve hiçbir soruyu atlamamaya özen gösteriniz. Soruları, kendinize en yakın olan cevabın altına “X” işareti koyunuz. Anket formunun üzerine isim yazmanıza ya da formun size ait olduğunu belli edecek herhangi bir işaret koymanıza gerek yoktur.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.				
2.Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyet 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.Şeker ve tatlıyı kısıtlarım.				
9.Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10.Haftada en az üç kez olmak üzere 20 dakika ve/veya daha fazla süreli egzersiz yaparım(Örnek olarak:hızlı yürüme, bisiklete binme, aerobik, dans, merdiven çıkma vb.)				
11.Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.				
12.Yaşamımın bir amacı olduğuna inanıyorum.				
13.İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.				
14. Her gün 6-11 dilim ekmek, tahıl, pirinç ya da 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 kabul ederim.				
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 ilgilisorularım 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.				

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26. Her gün 3-5porsiyon 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 2-3 porsiyon süt, yoğurt veya peynir yerim.				
33.Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımındanayda 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 atışımı 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 katılıyorum.				
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 ararım.				
52. Yeni deneyim ve durumlara açığım.				

Ek 3: ETİK KURUL KARARI

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İnönü Üniversitesi Merkez Kampüsü, 44280, Malatya, Türkiye
	TELEFON	+90 422 341 06 60 / 1219
	FAKS	+90 422 341 00 36
	E-POSTA	inu.dhek@inonu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Turgut Özal Tıp Merkezi Hemşirelerinin Zayıflama Amaçlı Diyet Ürünü Kullanma Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	2013/177			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İnönü Üniversitesi Halk Sağlığı AD			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLE N BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2013/177	Tarih: 04.12.2013				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Turgut Özal Tıp Merkezi Hemşirelerinin Zayıflama Amaçlı Diyet Ürünü Kullanma Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ	Psikiyatri	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Metin GENÇ	Halk Sağlığı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Araştırmacı
Prof. Dr. Saim YOLOĞLU	Biyoistatistik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Türkan TOĞAL	Anesteziyoloji ve Rea.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ahmet KARADAĞ	Çocuk Sağlığı ve Hast.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Alaadin POLAT	Fizyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. H.Birgöl CUMURCU	Psikiyatri	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Doç. Dr. Yusuf YAKUPOĞULLARI	Tıbbi Mikrobiyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seda TAŞDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr Mehmet KARATAŞ	Tıp Tarihi ve Etik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç .Dr. Neslihan ŞİMŞEK	Diş Hekimliği	İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Ömer Murat AYDIN	Nükleer Tıp Uzmanı	Malatya Devlet Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Metin TAY	Eczacı	Serbest Eczacı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Zafer ERGÜZEL	Hukuk	İnönü Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Hasan KONAN	Sivil Üye	Zaloğlu Ltd. Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Sayı : 68636013/BH/170.99 - 9018

...../...../2013

Konu : Anket İzni

ARALIK 2013

Sayın Hülya GEÇGEL KOÇ
Diyetisyen

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi olduğunuz ve teziniz ile ilgili olan “Hemşirelerin Zayıflama Amaçlı Diyet Ürünü Kullanma Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” konulu anketi, Hastanemizde yapma talebiniz hakkındaki 09.12.2013 tarihinde Başhekimliğimize vermiş olduğunuz dilekçeniz incelenmiş olup; söz konusu talebiniz Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Ali ÖZER
Başhekim a.
Başhekim Yard.