

Yeme İçme Sektöründe alışanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kardiyometabolik Risklerinin Belirlenmesi

Zeynep DEMİREZEN

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Hemşirelik
Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Temmuz 2019
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Prof. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdür Vekili

Bu tezin Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Prof. Dr. Refia Selma Görgülü
Hemşirelik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Nimet Ovayolu

2. Doç. Dr. Halise Çoşkun

3. Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin

ÖZ

Bu araştırma; yeme içme sektöründe çalışanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve kardiyometabolik risklerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel araştırma tasarımına uygun olarak yapılmıştır. Araştırma evrenini, Gazimağusa'da bulunan 39 işletmede çalışan 380 kişi oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 161 çalışan araştırma kapsamına alınmıştır. Veriler; Tanımlayıcı Özellikler Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II, Tip 2 Diyabet Risk Testi, Framingham Risk ve Find Risk Skoru ile toplanmıştır. İstatistiksel analizde; frekans, ortalama, ANOVA, ki kare ve t testi kullanılmış, anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların yaş ortalamasının 31.27 ± 10.31 , %70.81'inin erkek ve %58,39'unun bekar olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği genel puan ortalaması 135.25 (min: 90, max: 202) ile ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarından en yüksek puan manevi gelişim 28.83, en düşük ise fiziksel aktiviteden 17.32 alınmıştır. Gelir durumu, fiziksel aktivite yapma ve ailesinde kronik hastalık öyküsü değişkenleri ölçek ve ölçek alt boyutlarından alınan puanları etkilemiş ve istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Katılımcıların Framingham Risk Skorları; %89.66'sının düşük, %8.05'inin orta ve %2.30'unun yüksek düzeyde bulunmuş ve sadece sigara içme değişkeni ile arasında anlamlı istatistiksel fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Çalışanların Tip 2 Diyabet Risklerinin %85.71'inin düşük ve %14.29'unun yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların, yaş, medeni durum, sektörde çalışma süresi, egzersiz yapma, kendisinde ve ailesinde kronik hastalık öyküsü bulunma durumuna göre diyabet risk düzeylerinin farklı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Find

Risk Skorlarına bakıldığında %54,66'sının düşük, %29,81'inin hafif, %8,70'inin orta, %6,21'inin yüksek ve %0,62'sinin ise çok yüksek risk düzeyinde olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak araştırmaya katılanların ortalamanın üzerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergiledikleri görülmüştür. Bununla birlikte 10 yıllık kardiyovasküler hastalık ve tip 2 diyabet oluşma riskinin düşük olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Diyabet Riski Skoru, Framingham Risk Skoru, Kardiyovasküler Hastalık Riski, Yeme İçme Sektörü

ABSTRACT

The aim of this cross-sectional and descriptive study is to determine healthy life style behaviours and cardiometabolic risks of employees of the culinary sector. The population of this study is composed of 380 employees from 39 different business on, Famagusta. The sample wasn't selected and included 161 employees who voluntarily to participate in the study. In collection of the data, Personal Information Form, Healthy Lifestyle Behaviours Scale – II, Framingham, Type II Diabetes and Find Risk Score used. ANOVA, Chi Square and t-test were used to evaluate the data. Statistical relevance analysis level was accepted as $p < 0.05$.

The average age of employees in study is 31.27 ± 10.31 , also it is determined that 70.81% is male and 58.39% single. Healthy Lifestyle Behaviours Scale general mean score founded as 135.25 (min: 90, max: 202) which is above the average. The highest scores achieved from sub-dimensions of scale, spiritual development 28.83 and the lowest physical activities 17.32, Income status, physical activity and family history of chronic disease affected scores taken from sub dimensions of scale ($p < 0.05$). Framingham Risk Score determined as; 89.66% of employees are low, 8.05% of them are intermediate and 2.30% are at high risk. The results determined by Framingham Risk Score shows the statistically significant difference among the employees who smokes ($p < 0.05$). The study in Type II Diabetes Risk Test determined that 85.71% is low, 14.29% is under high risk of Type II Diabetes Risk. Participants' diabetes risk levels were seen statistically significant difference ($p < 0,05$) in the sub-levels of age grouping, marital status, duration of working in sector, history of chronic diseases. In the process of determining the scores of

Finnish Diabetes Risk Score; 54,66% of participants are low, 29,81% weak, 8,70% is intermediate, 6,21% is high risk and 0,62% is under the highest risk.

As a result, participants voluntarily attended to the study is displayed above average healthy lifestyle behaviours. Also 10 years of cardiovascular disease and type-2 diabetes disease risk determined as low.

Keywords: Nursing, Healthy Lifestyle Behaviours, Diabetes, Framingham Risk Score, Cardiovascular Disease Risk, Culinary Sector.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışma süresince çalışmalarına rehberlik eden, bilgi ve deneyimleri ile sonuca ulaşmamda sonsuz destek sağlayan, Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin'e, Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanı Prof. Dr. Refia Selma Görgülü, değerli hocam Prof. Dr. Gülümser Kublay ve değerli jüri üyeleri Prof. Dr. Nimet Ovayolu ve Doç. Dr. Halise Çoşkun'a katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen, beni yetiştiren ve her zaman yanımda olan canım aileme, babam Ali Demirezen'e, annem Ayşe Demirezen'e, tez aşamasında sabırla benden yardımını esirgemeyen arkadaşım Nurdan Yıldız'a, yüksek lisansım boyunca motivasyon kaynağım sevgili Tuna Vidinlioğulları'na ve değerli zamanlarını bana ayırarak çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara sonsuz teşekkür ederim.

KISALTMALAR

ABD	Amerikan Birleşik Devleti
ADNKS	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
ADA	American Diabetes Association (Amerikan Diyabet Birliği)
AHA	American Heart Association (Amerikan Kalp Birliği)
AKŞ	Açlık Kan Şekeri
BÇ	Bel Çevresi
BKI	Beden Kitle İndeksi
CREDIT	Chronic Renal Disease In Turkey (Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevelans Çalışması)
DKB	Diyastolik Kan Basıncı
DM	Diabetes Mellitus
FINDRISK	Finnish Diabetes Risk Score (Fin Diyabet Risk Skoru)
FHS	Framingham Heart Study (Framingham Kalp Çalışması)
FRS	Framingham Risk Skoru
HDL	High Density Lipoprotein (Yüksek Dantesiteli Lipoprotein)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü)
HT	Hipertansiyon
IDF	International Diabetes Federation (Uluslararası Diyabet Federasyonu)
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KADEM	Kıbrıs Toplumsal ve Ekonomik Araştırmalar Merkezi
KKH	Koroner Kalp Hastalığı

KARRİF-BD	Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
KVH	Kardiyovasküler Hastalıklar
LDL	Low Density Lipoprotein (Düşük Dantesiteli Lipoprotein)
NCHS	National Center for Health Statistics (Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi)
METSAR	Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması
MONICA	Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease (Kardiyovasküler Hastalıktaki Eğilimleri ve Belirleyicileri İzlemi)
MS	Metabolik Sendrom
NCEP- ATP III	National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Yetişkin Tedavi Paneli III)
NHANES III	National Health and Nutrition Examination Survey III (Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketi III)
NHLBI	Boston University & The National Heart, Lung & Blood Institute (Boston Üniversitesi & Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü)
Patent	Prevalence, Awareness and Treatment of Hypertension in Turkey (Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması)
PROCAM	Prospective Cardiovascular Münster (Prospektif Kardiyovasküler Münster)
SCORE	Systematic Coronary Risk Evaluation (Sistemik Koroner Risk Değerlendirmesi)

SKB	Sistolik Kan Basıncı
SYBD	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SYBDÖ II	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
TEMD	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TG	Trigliserid
TDC	Türk Diyabet Cemiyeti
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
TKD	Türk Kalp Derneği
TURDEP	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vii
KISALTMALAR.....	viii
TABLO LİSTESİ.....	xiv
ŞEKİL LİSTESİ.....	xvi
1 GİRİŞ.....	1
1.1 Araştırmanın Amacı	3
1.2 Araştırma Soruları	3
2 GENEL BİLGİLER.....	5
2.1 Sağlığın Tanımı	5
2.2 Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi	5
2.3 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	6
2.3.1 Sağlık Sorumluluğu	7
2.3.2 Fiziksel Aktivite	7
2.3.3 Stres Yönetimi	8
2.3.4 Beslenme	8
2.3.5 Kişilerarası İlişkiler	9
2.3.6 Manevi Gelişim (Tinsellik – Kendini Gerçekleştirme)	9
2.4 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesinde Hemşirelerin Rolü ..	9
2.5 Sağlıksız Yaşam Tarzı Sonucu Oluşan Kardiyovasküler Sorunlar	11
2.6 Metabolik Sendrom	12
2.6.1 Metabolik Sendrom Epidemiyolojisi	12

2.6.2 Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri	14
2.6.3 Metabolik Sendrom Risk Faktörleri	16
2.6.4 Metabolik Sendrom Bileşenleri	16
2.6.4.1 Obezite	16
2.6.4.2 Dislipidemi	19
2.6.4.3 Hipertansiyon	20
2.6.4.5 Diyabet ve İnsülin Direnci	22
2.6.4.6 Diyabet Tanımı	22
2.6.4.7 İnsülin Direnci	24
2.6.4.8 Diyabet Çeşitleri	24
2.6.4.9 Diyabetin Risk Faktörleri	25
2.6.4.10 Diyabet Belirti ve Bulguları	25
3 GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1 Araştırmanın Tipi	27
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	27
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.4 Örneklem Dahil Olma Kriterleri	28
3.5 Araştırmanın Değişkenleri	29
3.6 Veri Toplama Araçları	29
3.6.1 Veri Toplama Kullanılan Cihaz / Aletler	29
3.6.2 Tanıtıcı Özellikler Formu	31
3.6.3 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	31
3.6.4 Framingham Risk Skorlaması	33
3.6.5 Tip 2 Diyabet Risk Testi	33
3.6.6 Find (Fin) Diyabet Risk Skoru (FINDRISK)	34

3.6.7 Ölçüm Veri Kayıt Formu.....	34
3.7 Araştırma Zaman Çizelgesi.....	35
3.8 Veri Toplama Süreci Akış Şeması	35
3.9 Araştırmanın Etik Yönü	36
3.10 Verilerin Değerlendirilmesi.....	37
4 BULGULAR	38
5 TARTIŞMA.....	58
6 SONUÇ VE ÖNERİLER.....	75
6.1 Sonuç	75
6.2 Öneriler.....	77
KAYNAKLAR	78
EKLER.....	95
Ek 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	96
Ek 2: Tanıtıcı Özellikler Formu	99
Ek 3: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II.....	101
Ek 4: Framingham Risk Skoru	103
Ek 5: Tip 2 Diyabet Risk Testi.....	104
Ek 6: Find (Fin) Diyabet Risk Skoru (FINDRISK)	105
Ek 7: Ölçüm Verileri Kayıt Formu	106
Ek 8: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Uygunluk İzni.....	107
Ek 9: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin Kullanım İzni.....	108

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: DSÖ (1998) Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri	15
Tablo 2: NCEP – ATP III Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri	16
Tablo 3: Normal Plazma Lipoprotein Düzeyleri.....	20
Tablo 4: JNC 8 Sınıflandırılmasına Göre Kan Basıncı Kategorileri.....	20
Tablo 5: TURDEP – II Çalışması Genel Sonuçları	23
Tablo 6: Diyabet Çeşitleri	24
Tablo 7: Tip 1 ve Tip 2 Diyabet Arasındaki Farklar.....	26
Tablo 8: Katılımcıların Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı.....	38
Tablo 9: Katılımcıların Sigara – Alkol Kullanma, Egzersiz Yapma ve Kronik Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı.....	40
Tablo 10: Katılımcıların Antropometrik ve Biyokimyasal Ölçümlerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler	42
Tablo 11: Katılımcıların BKİ, Bel çevresi, Bel / Kalça Oranı ve HDL Kolesterol Değerlerinin Sınıflandırılması.....	43
Tablo 12: Katılımcıların Kardiyometabolik (Kardiyovasküler ve Diyabet) Risk Durumlarına Göre Dağılımı	44
Tablo 13: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD II) Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler	45
Tablo 14: Katılımcıların Yaş Grubu, Cinsiyet ve Eğitim Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD II) Puanlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 15: Katılımcıların Gelir Durum, Sektörde Çalışma Süresi, Günlük Çalışma Süresi ve Sigara İçme Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD II) Puanlarının Karşılaştırılması.....	48

Tablo 16: Katılımcıların Alkol Kullanma, Egzersiz Yapma, Kronik Hastalık ve Ailesinde Kronik Hastalık Bulunma Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD II) Puanlarının Karşılaştırılması	52
Tablo 17: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Diyabet Risklerinin Karşılaştırılması.....	54
Tablo 18: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Kardiyovasküler Risk Düzeyinin Karşılaştırılması	56

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Ülkelere Göre Metabolik Sendrom Prevelansı.....	14
Şekil 2: Türkiye’de Bölgelere Göre Metabolik Sendrom Prevelansı.....	14
Şekil 3: IDF'e Göre 2013 ve 2025 Yılı Karşılaştırmalı Prevelans Değerleri (20-79 yaş)	23
Şekil 4: Araştırmaya Dahil Edilen Kişilerin Dağılımı.....	28

Bölüm 1

GİRİŞ

Metabolik sendrom (MS), insülin direnciyle başlayan abdominal obezite, glukoz intoleransı veya diyabet, dislipidemi, hipertansiyon ve Koroner Arter Hastalığı (KAH) gibi sistemik bozuklukların birbirini takip ettiği ölümcül bir endokrinopatidir (1,2). Dünya çapında tüm popülasyonlarda KAH ve tip 2 diyabet prevalansı (kardiyometabolik hastalıklar) artmaktadır. Hastalar, aileleri ve sağlık sistemi için büyük bir yük oluşturan, mortalite ve morbidite yaratan, çok sayıda komplikasyon için önemli bir risk unsurudur. Kardiyometabolik hastalıklar, yüksek riskli bireylerde yaşam tarzı değişikliği ile etkili şekilde önlenabilir (3, 4).

Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketi III (NHANES III-National Health and Nutrition Examination Survey III) Amerikan Birleşik Devleti (ABD)'nde metabolik sendrom prevalansını %23.7 olarak bulmuştur. NHANES III verilerine göre ABD'de 20-29 yaş grubunda metabolik sendrom prevalansı %7 iken, 60-69 yaş grubunda %44'e kadar yükselmektedir (5,6).

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) Obezite ve Tanı Klavuzu'na (2017) göre; Türk erişkin toplumunda standart obezite sıklığının %35, bilinen diyabetli oranının %67,7 olduğu, obezitenin kadınlarda %34, erkeklerde ise %107 oranında arttığı bulunmuştur (7,8,9). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) Sağlık Bakanlığı 2008 verilerine göre; toplam %29,5'lik diyabet ve %31,6 obezite prevalansı görülmektedir (10).

Prevalansta görülen artışın nedenleri; artan teknoloji ile beraber özellikle ulaşım, üretim ve tarım alanlarındaki makineleşmeye yönelme, kolaylaşan yaşam biçimine bağlı fiziksel aktivitede azalma ve modern yaşamdaki beslenme alışkanlıklarındaki farklılaşma olarak belirtilmektedir (9,11,12).

MS'nin önlenmesinde ve tedavisinde sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının benimsenmesi, en öncelikli ve etkili yaklaşım biçimidir. Fiziksel aktivite, beslenme, sigara içme, alkol kullanma, stres yönetimi yalnızca obezitenin tedavisinde değil, kan basıncı, glisemik indeks, lipid profili ve kardiyometabolik riskin en önemli prediktörlerinden biri olan bel çevresi kalınlığının düzeltilmesinde, diyabetin ve kardiyovasküler komplikasyonların (kronik hastalıkların) önlenmesinde de etkilidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanması bireyin farkındalığı doğrultusunda, istek ve kararlılığı ile gerçekleşmektedir (13,14).

Modern tıp anlayışında hemşire sadece hastalıkların tedavi ve bakım hizmetinde değil aynı zamanda hastalıkların ortaya çıkmasını engellemek için çaba gösteren kişidir. Bahsedilen bu kavram zaman zaman koruyucu hemşirelik olarak da isimlendirilmektedir. Ancak bu terminoloji koruyucu hemşirelik adı altında bir grup hemşirenin olduğu izlenimi oluşturmaktadır. Oysa bakım veren tüm hemşirelerin aynı zamanda koruma misyonunu da anlatmaktadır (15).

Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN-International Council of Nurses)'nin kronik hastalıkların bakımıyla ilgili yayınladığı 2011 raporunda; kronik hastalıkların önlenmesi ve bakım hizmetinin geliştirilmesinde ulusal hemşire birliklerinin rollerini; bilgiyi yayma-savunuculuk ve ortaklıkların oluşturulması sürecindeki rolleri şeklinde başlıklar altında vermiştir. Hızla artış gösteren kronik hastalıkların kontrolünde uygun bakımın sürdürülmesi, sağlık düzeyinin geliştirilmesi ve istenen sağlık sonuçlarına ulaşılabilmesi için tüm toplum, çalışanlar ve işverenler, hastalar ve

ailelerini bilgilendirmek, işbirliği geliştirmek üzere hemşirenin temel rol ve sorumluluklarına dikkat çekmektedir (16).

Kardiyometabolik hastalıklar dünyada ve ülkemizde en önemli ölüm nedenidir ve sıklığı giderek artmaktadır. Mücadelede en önemli basamak primer korunma, yani hastalık ortaya çıkmadan, hastalığı ortaya çıkaran risk faktörlerinin ortadan kaldırılarak hastalığın önlenmesidir (17,18). Hemşireler kardiyometabolik hastalıklara karşı toplumu, bireyleri, hastaları ve ailelerini eğitmek, sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerini desteklemek ve motive etmede primer sorumlu grup olarak gösterilebilir (19).

Risk faktörlerinin kontrol altına alınabilmesi için, öncelikle bu risk faktörlerinin ortaya konulması gerekir. Bu sebeple araştırma kardiyometabolik sendrom gelişmesinde son yıllarda özellikle sorumlu tutulan değişmiş yeme içme kültürünün sunulduğu sektörde çalışanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve kardiyometabolik risklerinin belirlenmesi hedefiyle özellikle seçilmiştir.

1.1 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, yeme içme sektöründe hizmet veren iş yerlerindeki çalışanların kardiyometabolik risklerinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemektir.

1.2 Araştırma Soruları

S1: Yeme içme sektöründe çalışanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları nelerdir?

S2: Yeme içme sektöründe çalışanların kardiyometabolik (kardiyovasküler ve tip 2 diyabet) riski nedir?

S3: Yeme içme sektöründe çalışanların tanıtıcı özellikleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında fark yaratır mı?

S4: Yeme içme sektöründe çalışanların tanıtıcı özellikleri ile kardiyometabolik (kardiyovasküler ve diyabet) riskleri arasında fark var mıdır?

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Sağlığın Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, bedensel ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır (20). Sağlık; sosyal, kişisel kaynakları ve aynı zamanda fiziksel kapasiteyi öne çıkaran pozitif bir kavram olduğu söylenebilir. Günümüzde sağlık anlayışı ise bireyin sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme davranışlarının kazanılması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararları alabilmesini sağlamak üzerine dayandırılmıştır (21).

2.2 Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi

Sağlığın korunması; insanlara istediklerini elde etme ve en yüksek sağlık seviyesine ulaşmaları için eşit olanak sağlar. Bu da halk sağlığı olanakları ve çevresel sağlığı koruma alanlarında yasalar, politikalar ve programları uygulama ile elde edilir. Modern halk sağlığı yaklaşımı sağlığı koruma;

- Enfeksiyon hastalıklarını önleme ve kontrol etme,
- Radyasyon, kimyasallar ve çevresel zararlara karşı koruma üzerine odaklanır.

Son yıllarda yapılan halk sağlığı tartışmaları ve erişilebilen literatüre göre; sağlığı korumak, hastalık risklerini sınırlandıran uygulamaları kapsar. Sağlığı koruma, insanların çevresel zararlar ile karşılaşma ya da güvensiz ve sağlıklı olmayan davranışlarda bulunma olasılığını azaltmayı hedefler.

Bu alanda yapılan uygulamalar, koruma mekanizmaları oluşturarak insanları hastalıklardan korur. Sağlığı koruyucu bakış açısı, insanların aktif olarak yaşadıkları yerlerde, onların tutum ve davranışlarının güçlendirilmesi ile özdeşleşmiş aktif uygulamaları kullanır. Sonuç olarak, hastalıkların negatif etkileri ve risklerini azaltarak, toplum sağlığını korumayı amaçlamaktadır (22).

Sağlığın koruması ve geliştirilmesi denilince insanların aklına ilk gelen şey doktorlar, hemşireler ve hastaneler olmuş, daha sonrasında insan sağlığının yaşam biçimlerine çok bağlı olduğu fark edilmeye başlanmıştır (11). Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen 21. yüzyılda ‘Herkes İçin Sağlık Hedefleri’ sağlığı koruma ve geliştirmenin üzerinde önemle durmuştur. Fakat sağlığı koruma ve geliştirme hedeflerinin temellendirilmesinde yetersizlikler olduğu gözlenmektedir (23).

Günümüzde; egzersiz, doğru beslenme, sigara içme ve stres gibi faktörlerin sağlığı ve kardiyovasküler hastalık riskini etkilediği, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklardaki morbidite ve mortalitenin yaşam biçimi değişiklikleri ile önemli ölçüde azaltılabileceği bilinmektedir (11).

2.3 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık, insanın doğumdan ölümüne kadar olan yaşam sürecinde en çok üzerinde durulan ve değer görmesi gereken olgudur (24, 25). Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen davranışları kontrol edebilmesi, günlük aktiviteler sırasında kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır (11). Pek çok ülkede ulusal düzeyde yapılan çalışmalarda, yıllık ölümlerin en az %50’sinin bireyin sağlıksız yaşam biçiminden kaynaklandığı belirtilmektedir.

Bu sebeple, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde, yaşam biçiminin değiştirilmesine yönelik uygulamalar benimsenmiş en önemli ilke olarak kabul edilmiştir (26). Walker ve arkadaşları, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

(SYBD)'nı "kendi kendine başlayan hareketlerin çok boyutlu modeli, iyilik seviyesini korumaya ve yükseltmeye hizmet eden algılar, kendini gerçekleştirme ve bireyselliğin tamamlanması" şeklinde tanımlamıştır (27). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının altı alt boyutu vardır; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi.

Bu davranışları kendi hayat görüşü olarak benimseyen ve yaşamının her noktasında uygulamaya çalışan birey, sağlıklı kalmayı başarabilir. Birey sağlık halini sürdürebilir ve mevcut sağlık durumunu daha iyi seviyelere getirebilir (28).

2.3.1 Sağlık Sorumluluğu

Sağlığı geliştirme modelleri ve sağlığı geliştirme ile ilgili uygulamalarda, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının edinilmesi için bireylere sorumluluk yüklenmekte ve sağlığı geliştirmek için bireylerin eğitimi önemsenmektedir (29). Sağlık sorumluluğu ise; bireyin sağlığını korumak ve hastalıkları önlemek için kendi tutum ve davranışlarını değiştirmesi anlamına gelmektedir. Sağlık sorumluluğu aynı zamanda, bireyin kendi sağlığına ne düzeyde katıldığını gösteren bir belirleyicidir (30).

2.3.2 Fiziksel Aktivite

DSÖ, fiziksel aktiviteyi, iskelet kaslarının enerji harcayarak ürettiği herhangi bir bedensel hareket olarak tanımlar. İnsan fonksiyonlarının en temel öğelerinden birisi fiziksel aktivitedir. Fiziksel aktivite eksikliği, risk faktörü olarak küresel mortalitede dördüncü sırada yer alıp, ölümlerin % 6'sını oluşturmaktadır (31).

2.3.3 Stres Yönetimi

Stres, organizmada bedensel ve ruhsal sınırların tehdit edilmesi ile ortaya çıkar (32). Strese uzun süre maruz kalındığında vücudun genel işlevleri bozulmaktadır. Bu sebeple stres yönetimi, kazanılması gereken sağlıklı yaşam biçimi

davranışlarından birisidir. Stres yaşayan kişiler sağlıklarını tehlikeye atacak davranışlarda bulunurlar ve kendilerine gereken özeni gösteremezler. Stresin, sağlık üzerine olan negatif etkisi olumlu sağlık davranışlarını azaltması olarak gösterilmektedir.

Stres yönetimi; stresin etkisini olumlu düzeyde tutabilmeyi öğrenmektir. Stres yönetiminin amacı ise stresi kontrol etmek ve stresle baş edebilmektir. Yaşam kalitesini artırır. Hastalıkların önlenmesine katkı sağlar ve sağlığın geliştirilmesine yönelik önemli hedeflerden birini oluşturur (33).

2.3.4 Beslenme

Beslenme, vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarda ve uygun zamanda alarak, bilinçli yapılması gereken bir davranıştır. İnsanın büyümesi, gelişmesi, yaşamının sağlıklı, mutlu ve başarılı bir şekilde sürdürülebilmesi için en temel gereksinimlerden biridir (34).

Besin öğeleri vücudun ihtiyaç duyduğu düzeyde alınmadığında yetersiz beslenme gerçekleşir. İnsanın hayatı boyunca 50'ye yakın besin öğesine gereksinimi vardır. Sağlıklı bir bireyin büyüme ve gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşayabilmesi için bu öğelerin her birinden günlük olarak yeterli miktarda alması gerekir. Gereğinden fazla alınan besinler vücutta yağ olarak depolanabileceği için sağlığa zarar verir (35).

Sağlıklı beslenme denebilmesi için, günlük yağ tüketiminin azaltılması, katı yağların yerine sıvı yağların tercih edilmesi, günlük şeker ve tuz tüketiminin azaltılması ve posalı yiyecek alımı arttırılmalıdır. Bunun yanı sıra su tüketimine de dikkat edilmelidir (34).

2.3.5 Kişilerarası İlişkiler

Kişilerarası ilişkiler, kişinin sözlü veya vücut dili yoluyla verdiği mesajları, duygu ve düşüncelerini paylaşmayı, kişinin diğer kişiler ile olan gereklilikler dışında anlamlı ilişkiler kurmasını içerir. Kişilerarası ilişkilerde önemli noktalardan biri olan aktif dinleme, bireyi tanımada, bilgi alışverişinde, sorunların tanımlanması ve çözümün bulunmasında önemlidir. Kişilerarası desteğin iyi olması, birey için problemlerin daha kolay aşılması, üretkenliğin ve yaşam kalitesinin artması anlamına gelir (36).

2.3.6 Manevi Gelişim (Tinsellik-Kendini Gerçekleştirme)

Manevi gelişim, kişinin kendi içinde gelişmeye ve kişiliğin birliğine yönelik bir güçtür. Manevi gelişim sağlamış kişiler, kendini tanır, güçlü ve zayıf yönlerini bilir, belli bir plan ve program doğrultusunda belli hedeflere yönelik bir yaşam sürer, başarılarının farkındadır. Bireyin kendini değerli hissetmesi, gerçekleştirdiği davranışlardan memnun olması ve kendini takdir etmesi, manevi gelişim (kendini gerçekleştirme) göstergesidir (30).

2.4 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesinde Hemşirelerin Rolü

Hemşirelik, her yaştan, aileden, gruptan ve topluluktan, hasta veya iyi, her ortamda bireylerin özerk ve işbirliğine dayalı bakımını kapsar (37). Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi hemşirenin temel sorumlulukları arasındadır (30).

Toplumun sağlık ve hastalık kavramları ile ilgili algıları, onların çeşitli durumlardaki sağlık arama davranışlarını etkileyebilir. Yapılan çalışmalar, bu algı ve davranışların bazı etmenler tarafından etkilendiğini ortaya koymaktadır (11). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sonuçlarını ortaya koyan son yıllarda yapılan çalışmalara

baktığımızda, yüksek oranda sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz faktörlerin etkisini görebiliriz (38). Günümüzde DSÖ ve pek çok sağlık kuruluşu, hemşireleri sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak göstermektedir.

Hemşireler sağlıklı ve hasta bireylere stres, egzersiz, beslenme, yeterli uyku, ideal kilo ve kötü alışkanlıklardan kaçınmayı içeren sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemini, her ortamda sunduğu bakım hizmetinde sıklıkla vurgulamayı görev edinirler (30).

Hemşireler farklı koşullarda farklı roller üstlenirler. Bilgi, pratik beceri ve değerler kombinasyonunu çok iyi kullanarak bugünün yanı sıra geleceğin ihtiyaçlarını karşılamak için çalışan özellikli bir grupturlar. Hemşireler oynadığı rol çeşitliliği nedeniyle benzersizdir. Hemşireler: kişisel bakım ve tedaviyi sağlayabilir ve yönetebilir. Aileler ve topluluklarla çalışabilir ve halk sağlığı ile hastalık ve enfeksiyonun kontrolünde merkezi bir rol oynayabilir. Özel rolleri ne olursa olsun, mesleki eğitim ve bilgileri ile insan merkezli ve insani değerleri ile yönlendirebilir. Hemşireler genellikle insanların, ilk ve bazen en uzun süreli gördükleri sağlık profesyonelidirler. Kültürlerini, güçlü yönlerini ve kırılganlıklarını paylaşırlar ve hastaların, ailelerin ve toplulukların ihtiyaçlarını karşılamak için etkili müdahaleleri şekillendirir ve sunabilirler. Günümüzde genel yetenek becerisine sahip yüz binlerce hemşireye ihtiyaç duyulmaktadır. Genel hemşireliğin yanı sıra artan özel ihtiyaçlar nedeniyle uzmanlaşmış özel hemşirelerin sunduğu bilgi, beceri ve değerlerin birleşimine daha fazla ihtiyaç duyulmakta ve bunun sonuna kadar geliştirilmesi gerekmektedir (39).

Hemşireler toplumda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılmasında rehber rolünü oynamaktadır. Toplumda sağlıklı yaşam biçimi davranışları

oluşturulmadığında hipertansiyon, obezite, diyabet, dislipidemi, kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve bunlarla birlikte metabolik sendrom gelişme sıklığı artmaktadır (30).

2.5 Sağlıksız Yaşam Tarzı Sonucu Oluşan Kardiyovasküler Sorunlar

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), dünyada ve ülkemizde kronik hastalıklar içerisinde önemli yere sahiptir. Tüm dünyada hastalık ve ölümlerin en sık nedenidir (40). Bugün dünyada varolan kardiyovasküler hastalıklar; aterosklerotik kalp hastalığı ve özellikle koroner kalp hastalığı, erken ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Avrupada 75 yaş öncesi tüm ölümlerin kadınlarda % 42, erkeklerde % 38'i kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Benzer şekilde Türkiye'de kardiyovasküler risk bakımından yüksek riskli ülkeler arasında gösterilmektedir (41). KVH'nın görülme sıklığı, gelişmiş ülkelerde azalırken, gelişmekte olan ülkelere artış göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelere, sağlıksız yaşam biçimi davranışları %87 oranında görülmekte ve ölümlerin %80'i kardiyovasküler hastalıklar sebebiyle gerçekleşmektedir. KVH'nın temelinde sağlıksız yaşam tarzı ve sosyal çevrenin olduğu bilinmektedir.

Hastalık grubu için 200'e yakın risk faktöründen söz edilmektedir. Kontrol altına alınabilecek faktörler; hipertansiyon, hiperlipidemi, obezite, diyabet, sağlıksız beslenme davranışı, sigara içme, alkol kullanımı, fiziksel inaktivite ve stresli yaşam tarzından oluşmaktadır (42). Toplum sağlığı açısından önemli olan, kardiyovasküler riskin belirlenmesinde kullanılan bir çok skorlama geliştirilmiştir. Türk Kalp Derneği (TKD) tarafından kullanılması önerilen Framingham Risk Skorlaması (FRS), Boston Üniversitesi ve Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü (NHLBI-Boston University & the National Heart, Lung & Blood Institute)'nün bir projesi olan Framingham Kalp Çalışması (FHS-Framingham Heart Study) doğrultusunda geliştirilmiştir.

FHS'ye 1948'de yılında başlanmıştır. Araştırmacılar Massachusetts eyaletinin Framingham kasabasından 30-62 yaş aralığında 5209 erkek ve kadın ile çalışmaya başlamışlardır. Daha sonra KVH gelişimi ile ilgili analiz edecekleri kapsamlı fiziksel muayeneler ve yaşam tarzı görüşmeleri yapmışlardır. Framingham, katılımcılar, çocukları ve torunları dahil olmak üzere üç kuşakta 14.000'den fazla kişiyi kapsamaktadır. FHS bulguları, kardiyovasküler sağlığın vücudun geri kalanını nasıl etkilediğinin anlaşılmasını sağlamıştır.

Çalışmada yüksek tansiyon ve yüksek kan kolesterolü, kardiyovasküler hastalık için majör risk faktörü olarak bulunmuştur. Bu doğrultuda geliştirilen FRS; HDL-kolesterol, total kolesterol, sigara kullanımı ve yüksek kan basıncını sorgulamaktadır. Skorlama sonucu ile on yıllık kardiyovasküler hastalık gelişme riski ortaya konmaktadır (43, 44).

2.6 Metabolik Sendrom

MS, insülin direnci ile başlayarak abdominal obezite, glukoz intoleransı veya diyabet, hipertansiyon, dislipidemi ve KAH gibi bir takım bozuklukların gözlemlendiği ölümcül bir endokrinopatidir. MS; insülin direnci sendromu, sendrom X, polimetabolik sendrom, ölümcül dördü ve uygarlık sendromu gibi farklı isimlerle de anlatılmıştır (45).

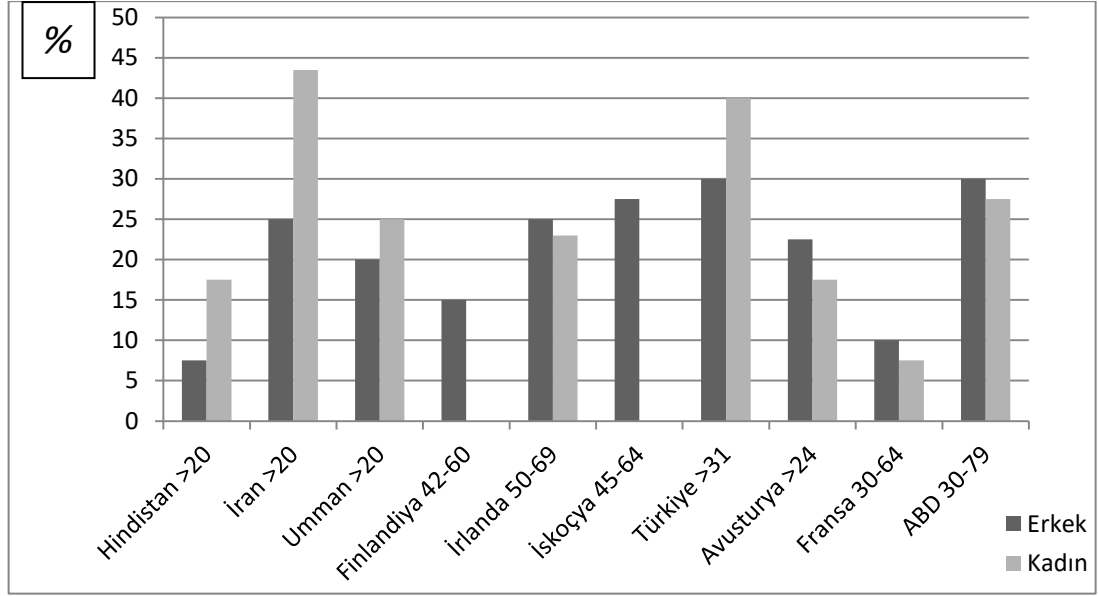
2.6.1 Metabolik Sendrom Epidemiyolojisi

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşlanma, kilo artışı ve hareketsiz yaşamın ağırlık kazanması sonucu metabolik sendrom sıklığındaki artış göze çarpmaktadır (17). Az gelişmiş ülkelere oranla gelişmiş ülkelerdeki yaşam şekli, son yüzyılda önemli şekilde değişmiştir. Bu yaşam şekli insanları sedanter yaşama iterken, işlenmiş ve yüksek kalori içeren besinlerin tüketimi ve stresli yaşam koşulları, MS'ü en önemli sağlık sorunlarından biri haline getirmiştir. Tüm dünyada

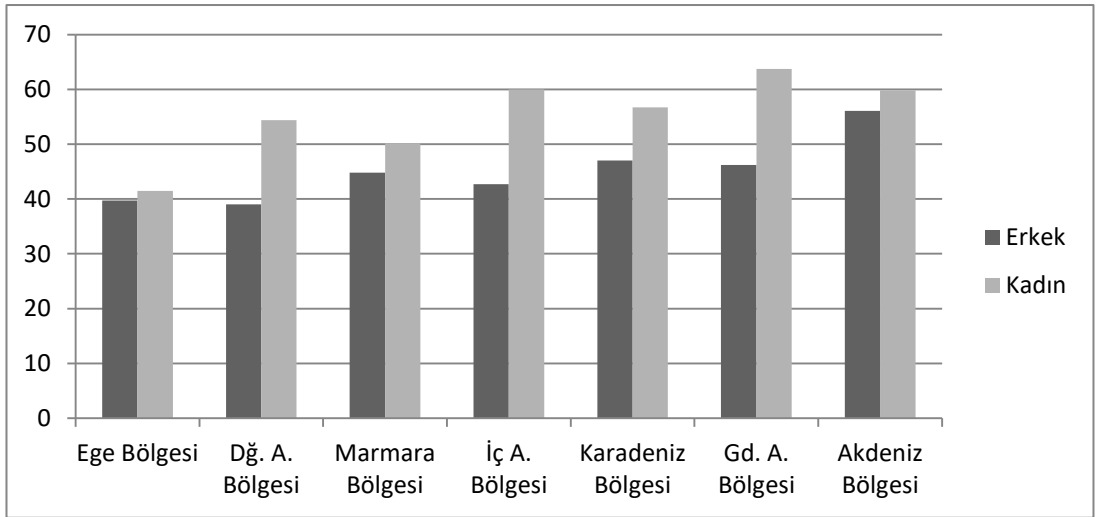
MS tanısı için kullanılan kriterlerle ilgili henüz tam fikir birliği sağlanamadığı için genel bir prevalansa ulaşmak mümkün değildir.

Ulusal Kolesterol Eğitimi Programı Erişkin Tedavi Paneli III (NCEP ATP III-National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III) tanı kriterlerine göre, bazı ülkelerin MS sıklığına bakıldığında ciddi farklılıklar bulunmaktadır. Yapılan en kapsamlı çalışmalardan biri olan ve NCEP ATP III kriterlerinin kullanıldığı NHANES III'de, ABD'nin MS prevalansı %23.7 olarak belirlenmiştir (46).

Ülkemizde yapılan "Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF)" çalışmasında göre, 2000 yılı itibariyle 30 yaş ve üzeri 9,2 milyon bireyde MS saptanmıştır. 2004 yılında yapılan Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması (METSAR) sonuçlarına göre 20 yaş ve üzeri bireylerde MS görülme sıklığı %35'tir. Bunun yanı sıra KAH gözlemlenen bireylerin %53'ünde MS bulunduğu ifade edilmiştir (47). 2017 yılı TEK HARF sonuçlarına göre 30 yaş üzeri erişkin nüfusun %32,8'i metabolik sendromlu olarak bulunmuştur. Erkeklerde bu oran %27 iken kadınlarda %36 olduğu görülmüştür (17). Ülkelere ve Türkiye'de bölgelere göre metabolik sendrom prevalansı Şekil 1 ve 2 de gösterilmiştir.



Şekil 1: Ülkere Göre Metabolik Sendrom Prevelansı (46)



Şekil 2: Türkiye’de Bölgelere Göre Metabolik Sendrom Prevelansı (17)

2.6.2 Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri

Metabolik sendrom, gelecekte diyabet ve kardiyovasküler hastalık gelişim riskini arttırdığı, birden fazla risk faktörünü içerdiği için metabolik bir disfonksiyon olarak tanımlanmıştır.

Tanımlama için ise en sık NCEP-ATP III kriterleri kullanılmaktadır. Buna göre tanı kriterleri içinde; Bel Çevresi (BC) artışı, kan basıncı yüksekliği ya da

hipertansiyon tedavisi almak, Açlık Kan Şekeri (AKŞ) ve Trigliserid (TG) yüksekliği ve HDL-kolesterol düşüklüğü düzeyi bulunur.

MS tanısı koyabilmek için, sayılan bu kriterlerden en az üç tanesinin bulunması gereklidir. Değişik çalışma gruplarının da farklı MS kriterleri bulunmaktadır. Ancak mevcut DSÖ, Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF-International Diabetes Federation) ve NCEP-ATP III kriterlerinin kardiyovasküler riski öngörme ve hastalığın seyrini belirleme açısından benzer başarıda oldukları gözlemlenmiştir (9). DSÖ ve NCEP-ATP III göre metabolik sendroma tanı kriterleri Tablo 1 ve Tablo 2’de belirtilmiştir.

Tablo 1: DSÖ (1998) Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri (46)

Aşağıdakilerden en az biri:
-İnsülin Direnci
-Bozulmuş Glukoz Toleransı
-Diyabet
ve
Aşağıdakilerden en az ikisi:
-Hipertansiyon (Kan basıncı 140/90 mmHg veya anti-hipertansif kullanması)
-Dislipidemi (Trigliserid düzeyi >150 mg/dl veya HDL-kolesterol düzeyi erkekte <35 mg/dL, kadında <40 mg/dL olması)
-Abdominal obezite (BKI >30kg/m ² veya bel/kalça oranı erkekte >0.90, kadında > 0.85 olması)
-Mikroalbuminüri (İdrarda albümin atılımı > 20 µg/dk. Veya albümin/keratin oranı > 30 mg/g)

Tablo 2: NCEP-ATP III Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri (48)

Parametreler	Tanı kriterleri
Abdominal Obezite	Bel çevresinin erkeklerde ≥ 102 cm, kadınlarda ≥ 88 cm. olması
Trigliserid	≥ 150 mg./dL ya da trigliserid yüksekliği için farmakolojik tedavi alıyor olması
HDL kolesterol	Kadınlarda < 50 mg/dL, erkeklerde < 40 mg/dL ya da düşük HDL kolesterolü nedeni ile farmakolojik tedavi alıyor olması
Kan Basıncı	$\geq 130/85$ mmHg olması ya da hipertansiyon nedeni ile farmakolojik tedavi alıyor olması
Açlık Kan Şekeri	≥ 100 mg/dL ya da kan şekeri yüksekliği için farmakolojik tedavi alıyor olması

2.6.3. Metabolik Sendrom Risk Faktörleri

MS oluşum sebepleri iki başlık altında incelenebilir. Bunlardan birincisi; edinilmiş faktörler olarak bildiğimiz yaş, obezite, hareketsizlik, yaşam stili, düzensiz beslenme ve stres varlığıdır. İkinci başlık ise genetik faktörlerdir. Son on yılda metabolik sendrom görülme sıklığındaki artış, insan genomunda bir değişiklik olmamasına rağmen güçlü gen-çevre ilişkisi varlığını düşündürmektedir (47). Bunun yanı sıra menapozal dönem, sigara kullanımı, düşük gelir durumuna sahip olma ve yüksek karbonhidratlı beslenme alışkanlığının bulunması risk faktörlerindedir (38).

2.6.4. Metabolik Sendrom Bileşenleri

2.6.4.1 Obezite

Obezite (şişmalık), vücut işlevleri için gerekenden fazla yağ depolanması ile enerji dengesindeki bozukluklarla belirlenen patolojik bir durumdur. Enerji dengesi ve vücut ağırlığı tamamen alınan ve yıkılan enerjinin dengesinden ibarettir. Şişmanlığın en önemli göstergesi vücudun yağ dengesinin bozulmasıdır.

Obezite tanısı beden kitle indeksi ve bel/kalça oranı ile doğrulanmaktadır. Normal beden kitle indeksi sınırı 18,5-24,9 kg/m²'dir. Hafif obez diyebilmek için beden kitle indeksinin 25 kg/m², obez için ise 30 kg/m² üzerinde olması gerekmektedir. Bel ve kalça oranı erkeklerde <1,0, kadınlarda ise <0,85 olmalıdır (49).

DSÖ'nün gerçekleştirdiği Kardiyovasküler Hastalıktaki Eğilimleri ve Belirleyicileri İzlemi (MONICA-Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) çalışmasında obezite prevalansının ülkeler ve bölgeler arasında değişiklik gösterdiği, ayrıca kadın ve erkekteki prevalansın da paralel gitmediği belirtilmiştir. DSÖ tahminlerine göre ise, 2016 yılında dünya genelinde, yetişkinlerin %39'u fazla kilolu ve %13'u obezdir. Obezite, özellikle düşük gelir grubuna ait olmayan ülkelerin sorunu olup, gelişmekte olan ülkelerde hızla artış göstermektedir (38).

Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi (NCHS-National Center for Health Statistics) ABD'de 2015–2016 yılında yetişkinler ve gençlerde obezite sıklığının ve prevalansının izlenmesi, azaltılması veya önlenmesine odaklanan halk sağlığı programlarının olduğunun altını çizmiştir. ABD yetişkinlerindeki kabaca şişmanlık prevalansını % 39,8 olarak bildirmiştir. Genel olarak 40-59 yaş arasındaki yetişkinlerde obezite prevalansının (%42,8), 20-39 yaş arası yetişkinlere göre (% 35,7) daha yüksek olduğu saptanmıştır (50). Tahminler, 2030 yılında obezite sıklığının %50'ye varacağını ön görmektedir. Avrupa ülkelerinde de benzer prevalans artışları söz konusudur (9).

Türkiye'de obezite prevalansını ve koroner risk faktörlerini araştıran ilk kapsamlı çalışma TEKHARF çalışması olmuştur. TEKHARF 2001/02 yılı takibinin

30 yaşını aşkın kohortunda, $> 30 \text{ kg/m}^2$ olanların prevalansı, erkeklerde %25,3, kadınlarda %44,2'dir (17).

Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması I-II (TURDEP I-II)'nda (2000-2010) bölgesel olarak (Trabzon, Afyonkarahisar, Bursa, Tokat, Adana, Sivas vb.) obezite prevalansının artışına dikkat çekmektedir. TURDEP-I incelemesinde 12 yıl sonra, yine aynı merkez illerde 26500 erişkinin katılımıyla gerçekleşen TURDEP-II çalışmasında, kadınlarda obezite oranı %44, erkeklerde %27 ve genel toplumda ise %35 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında, son 12 yılda kadınlarda obezite sıklığı %34, erkeklerde ise %107 oranında artış gösterdiği söylenebilir. Obezite, kadın ve erkeklerde 20-24 yaş aralığından itibaren 50-54 yaş grubuna kadar sürekli olarak artış gösterdiği, 55 yaş sonrasında azalma eğitimi görülmektedir (9).

METSAR tarafından yapılan çalışma ise; cinsiyet dağılımına, kırsal/kentsel alan yaşamlarına ve 20 yaşından büyük bireyler dahilinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma dahilinde obezite sıklığı kadınlarda %39,6, erkeklerde %28 olarak saptanmıştır. Kırsal ve kentsel alan olarak dağılımına bakıldığında ise kırsal alanda yaşayan kişilerde obezite sıklığı %33,9, kentsel alanda yaşayan kişilerde ise %33,8 olduğu, kent ve kır farkının ortadan kalktığı görülmüştür (47).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 yılında Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) yaş ve cinsiyet dağılımına göre sınıflandırıldığında, ülkemizdeki 20 yaş ve üzeri yetişkinlerde obezite prevalansının %29,5 (kadın %35, erkek %23,9) ve obez birey sayısının ise 15,995,392'ye ulaşmış olduğunu göstermektedir (9).

Boy ve kilo değerleri kullanılarak hesaplanan vücut kitle indeksi incelendiğinde ise ; 15 yaş ve üstü obez bireylerin oranının 2014 yılında %19,9 iken, 2016 yılında %19,6 olduğu saptanmıştır. Cinsiyet ayrımı yapılarak bakıldığında;

2016 yılında kadınların %23,9'unun obez, %30,1'inin ise pre-obez olduğu belirlenirken, erkeklerde ise bu oranların sırasıyla, %15,2 ve %38,6 olduğu gözlemlenmiştir (51).

KKTC'de obeziteyle ilgili ilk çalışma Kıbrıs Türk Diyabet Derneği'nin girişimi ile 2005-2007 yılında Kıbrıs Toplumsal ve Ekonomik Araştırmalar Merkezi (KADEM) tarafından gerçekleştirilmiştir. Mayıs – Haziran 2007'de tarihinde yapılan bu çalışmada 12 – 15 yaş arasındaki çocukların 13,7%'si obez, %18,3'ü fazla kilolu ve %3,5'i ise az kilolu olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçları obez olan çocukların oranlarının yaş azaldıkça arttığını ortaya koymaktadır (52).

2.6.4.2 Dislipidemi

Dislipidemi; obeziteyle birlikte sık olarak rastlanan metabolik bozukluklardan birisidir. Görülme sıklığı beden kitle indeksi ile doğru orantılı olarak artar. Dislipidemisi olan bireylerin % 25,5'i normal kilolu, % 37,4'u fazla kilolu ve % 36,1'i obezdır. Dislipidemi tarama paneli; trigliserid, HDL kolesterol, LDL-kolesterol (Low Density Lipoprotein) ve total kolesterolü kapsamalıdır. Obez bireylerde plazma lipoprotein düzeyi değişkendir. Trigliserid, total kolesterol ve LDL-kolesterol düzeyi LDL yüksek, HDL kolesterol düzeyi ise düşüktür (9). Normal plazma lipoprotein düzeyleri Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3: Normal Plazma Lipoprotein Düzeyleri (9)

Normal Plazma Lipoprotein Düzeyleri	
HDL kolesterol	Erkeklerde: >40 mg/dL Kadınlarda : > 50 mg/dL
Trigliserid	<150 mg/dL
LDL kolesterol	<100 mg/dL
Total kolesterol	<200 mg/dL

2.6.4.3 Hipertansiyon

Hipertansiyon (HT), arteriel kan basıncı ölçümünün 130/80 mmHg ve ya daha yüksek bulunması olarak tanımlanabilir. Sürekli kan basıncının artması ile kendini gösteren, bütün sistemleri etkileyen bir hastalıktır. Önemli pek çok komplikasyon oluşmasına sebep olur. Toplumda sıkça rastlanır. Sağlık problemlerinin önemli bir kısmını oluşturur. HT tedavi edilmediğinde; kalp yetmezliği, koroner kalp hastalığı, hemorajik inme, renal yetmezlik, periferik arter hastalığı, aort diseksiyonu ve ölüm oranını artırdığı bilinmektedir (53). JNC 8 sınıflandırmasına göre kan basıncı kategorileri Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4: JNC 8 Sınıflamasına Göre Kan Basıncı Kategorileri (53)

	Diastolik	Sistolik
Normal Sınır	<80	<120
Yüksek	80	120-129
Evre 1	80-89	130-139
Evre 2	≥90	≥140
Hipertansif kriz	≥120	≥180

HT görülme sıklığı ve kan basıncının şiddeti, beden kitle indeksinin artması ile ilişkilidir. 2018 yılı Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu'nda, 10 kg'lık bir ağırlık artışının sistolik kan basıncı (SKB)'de 3 mmHg, diyastolik kan basıncı (DKB)'de ise 2,3 mmHg artışa sebep olduğu bildirilmiştir. Bu durum koroner arter hastalığı riskini %12, inme riskini ise %24 oranında arttırmaktadır. HT sıklığı aynı zamanda ırk ve coğrafyaya göre farklılık göstermektedir. ABD ve pek çok Avrupa ülkesinde yetişkin topluluğunun yaklaşık %25-30'unda hipertansiyon bulunmaktadır (53).

Türkiye'de yapılan değişik çalışmalarda yetişkinlerde hipertansiyon görülme sıklığı farklılık göstermektedir. Hipertansiyon görülme sıklığını; TKD %33, TEMD %35,9 ve Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği %30.3 olarak belirlemişlerdir (52). Ülkemizde ilk geniş kapsamlı hipertansiyon görülme sıklığı ile ilgili çalışma TEKHARF'dir. TEKHARF'e göre hipertansiyon görülme sıklığı %33,7 olarak saptanmıştır. Yaş ilerledikçe prevalansın arttığı görülmüştür (17).

Diğer bir büyük çalışma olan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (Patent-Prevalence, Awareness and Treatment of Hypertension in Turkey), ülkemizde hipertansiyonun sıklığı, dağılımı, farkındalığı, tedavi ve kontrol oranları konusunda en güncel ve kapsamlı bilgilere erişmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada erişkin yaş grubunda HT prevalansı %31,8 olarak bulunmuştur (55).

KKTC'de ise Sağlık Bakanlığı ile KADEM'in 2010 yılında yürüttüğü çalışmanın sonucuna göre yaşayan 35 yaş ve üstü bireylerin %17,1'inin HT olduğu saptanmıştır. Çalışma verilerine göre KKTC'de 18 yaş üstü bireylerin %5'inde kardiyovasküler hastalık tanısı bulunmaktadır. Genel olarak erkeklerde %15,6, kadınlarda %18,7 oranında HT gözlenmiştir. KKTC'de HT görülme sıklığı 35-44 yaş grubunda %5,6, 45-54 yaş grubunda %14,8, 65 ve yaş üzerinde %36,6'dır (52, 56).

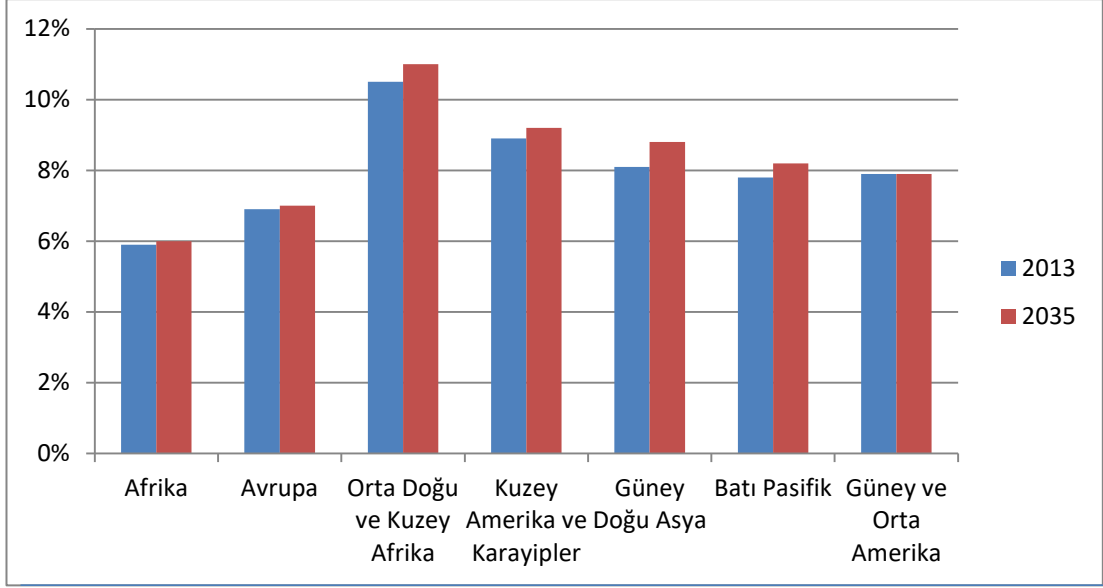
2.6.4.5 Diyabet ve İnsülin Direnci

Diyabet Tanımı

IDF'e göre; Diabetes Mellitus (DM), pankreas insülin sekresyonu yapamadığında veya vücut üretilen insülini iyi kullanamadığında ortaya çıkan kronik bir hastalıktır. İnsülin, pankreas tarafından üretilen, yediğimiz gıdalarda bulunan glikozun kan akışından vücuttaki hücrelere enerji üretmek için geçmesine izin veren, anahtar gibi davranan bir hormondur. Tüm karbonhidratlı besinler kanda glikoza yıkılır. Glikozun hücrelere girmesine ise insülin yardımcı olur. İnsülin üretilmemesi veya etkili bir şekilde kullanılmaması, hiperglisemiye yol açar. Uzun süreli hiperglisemiye maruz kalmak vücuda hasar verir. Çeşitli doku ve organların yetersizliğine sebep olabilir (57).

TEMĐ 2018 klavuzunda diyabeti şu şekilde ifade etmiştir; "Diyabet, insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki bozulmalar nedeniyle organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, sürekli tıbbi bakım gerektiren, kronik, geniş spektrumlu bir metabolizma bozukluğudur. Hastalığın, akut komplikasyon riskini azaltmak ve uzun dönemde tedavisi pahalı ve kronik (retinal, renal, nöral, kardiyak ve vasküler) sekellerinden korunmak için sağlık çalışanları ve hastaların sürekli eğitimi şarttır' (58).

2017 yılında Dünya üzerinde 7,23 milyar insan yaşamaktadır. IDF Atlası verilerine göre; diyabetli kişi sayısı 2017 yılında 425 milyon kişi iken 2045 yılında insidansın %48 artış göstererek 629 milyon olması beklenmektedir (59). IDF'e göre 2013 ve 2035 yılı karşılaştırmalı prevalans değerleri (20 - 79 yaş) Şekil 3'de verilmiştir.



Şekil 3: IDF'e Göre 2013 ve 2035 Yılı Karşılaştırmalı Prevelans Değerleri (20-79 Yaş) (59)

TURDEP -II çalışması genel sonuçları Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5: TURDEP -II Çalışması Genel Sonuçları (60)

Türkiye'de Genel Durum	Görülme Sıklığı	Kişi Sayısı
20 Yaş Üzeri Nüfus	%65,4	47.67.350
<u>Diyabet</u>	%13,7	6.503.027
Bilinen diyabetli	%7,5	3.547.401
Yeni diyabetli	%6,2	2.955.625
<u>Prediyabetli</u>	%28,7	13.812.899
<u>Diyabet ve prediyabet</u>	%42,4	20.315.926

KKTC'de 2008 yılında yapılan diyabet taraması sonuçlarına göre; 20 yaş ve üzeri bireylerin %11,3 diyabet, %18 oranında prediyabet olduğu belirlenmiştir. Bilinen diyabet ve prediyabet oranı toplam diyabet prevalansını oluşturmaktadır (%29,5). Sonuçlara göre her on kişiden üçünün diyabeti olduğu anlamına gelmektedir (61).

Diyabet, kardiyometabolik risk faktörleri arasında yer almaktadır. Diyabetli bireyin; sağlıklı yaşam tarzını benimsemesi ve sürdürmesi risk faktörlerini en aza indirmek için önemlidir. 2017 Türk Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi; tip 2 diyabetli bireylerin en önemli ölüm nedeninin kardiyovasküler hastalıklar olduğunu bildirmiştir. Toplumda kardiyometabolik risk düzeyi çalışmaları takip edildiğinde, diyabetin prevalansı göze çarpmaktadır (62).

İnsülin Direnci

Hücre ve reseptör hasarına bağlı olarak pankreasta üretilen insülinin kullanımında ortaya çıkan sorunlar nedeniyle, glukoz hücre içine giremez, enerji olarak kullanılamaz. Periferik dokularda insülinin gücü yetersiz kalır. Kanda hücre içerisine giremeyen glukoz hiperglisemiye sebep olur. Bu durumu insülin direnci olarak tanımlayabiliriz (58).

Diyabet Çeşitleri

Tablo 6: Diyabet Çeşitleri (63, 64, 65)

Tip1 Diyabet	Genellikle insülin eksikliğine yol açan pankreas beta hücre hasarı
Tip 2 Diyabet	Periferik insülin direnci insülin sekresyon yetmezliği ön planda
Gestasyonel Diyabet	Gebelik esnasında ortaya çıkan insülin sekresyonu eksikliği
Diğer Tipler	Beta hücre fonksiyonunda genetik bozukluklar İnsülin fonksiyonunda genetik bozukluklar Pankreas hastalıkları, endokrin hastalıklar İlaç ve kimyasal maddeler , enfeksiyonlar

Diyabetin Risk Faktörleri

- ✓ Hb A1c \geq %5,7 ,
 - ✓ 45 yaş ve üzeri kişiler,
 - ✓ Ailede diyabet öyküsü,
 - ✓ HDL- kolesterol düşüklüğü ,
 - ✓ Kardiyovasküler hastalık öyküsü,
 - ✓ Polikistik over sendromlu kadınlar,
 - ✓ Düşük doğum ağırlığında doğan kişiler,
 - ✓ Yetersiz fiziksel hareket veya sedanter yaşam sürme,
 - ✓ İnsülin direnci oluşturabilecek klinik durumlar (örneğin; obezite),
 - ✓ Santral obezite (bel çevresi kadında \geq 88 cm, erkekte \geq 102 cm) varlığı,
 - ✓ Normalden fazla kilo (Beden Kitle İndeksi \geq 25kg/m²),
 - ✓ Doymuş yağdan zengin ve posa oranı düşük beslenme tarzına sahip olma,
 - ✓ Farklı ırk kökeni (Diyabet prevalansı yüksek etnik kökene ait kişiler; Afrika kökenli Amerikalı , Latin,Yerli Amerikalı, Asyalı Amerikan , Pasifik Adalı),
 - ✓ 4 kg'dan fazla doğan bebek sahibi olan veya gestasyonel gebelik tanısı almış kadınlar,
 - ✓ Yüksek tansiyon varlığı (130/80 mmHg veya hipertansiyon tedavisi alma)
- (66).

Diyabetin Belirti ve Bulguları

Diyabetin üç kardinal belirtisi bulunur; poliüri, polidipsi, polifaji. Bunların yanı sıra;

- Ciltte kuruluk,
- Halsizlik ve yorgunluk,
- Ani görme değişiklikleri,

- Kısa sürede hızla kilo kaybı,
- Yaraların iyileşme süresinde uzama,
- Ellerde ve ayaklarda uyuşukluk, titreme,
- Sık sık tekrarlayan enfeksiyonlar gözlemlenebilir (66,67).

Tip 1 ve tip 2 diyabet arasındaki Farklar tablo 7’de belirtilmiştir.

Tablo 7: Tip1 ve Tip 2 Diyabet Arasındaki Farklar (67)

	Tip 1 DM	Tip2 DM
Yaş	Genç	40 yaş ve üzeri
Kilo	Zayıf	Kilolu-şişman
Oluşum Mekanizması	İnsülin eksikliği	İnsülin direnci ve kısmi insülin eksikliği
Başlangıç	Ani başlar	Yavaş ve sinsi
Tedavi	İnsülin kullanımı	Oral antidiyabetikler, yetersiz kalındığında insülin kullanımı

Bölüm 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

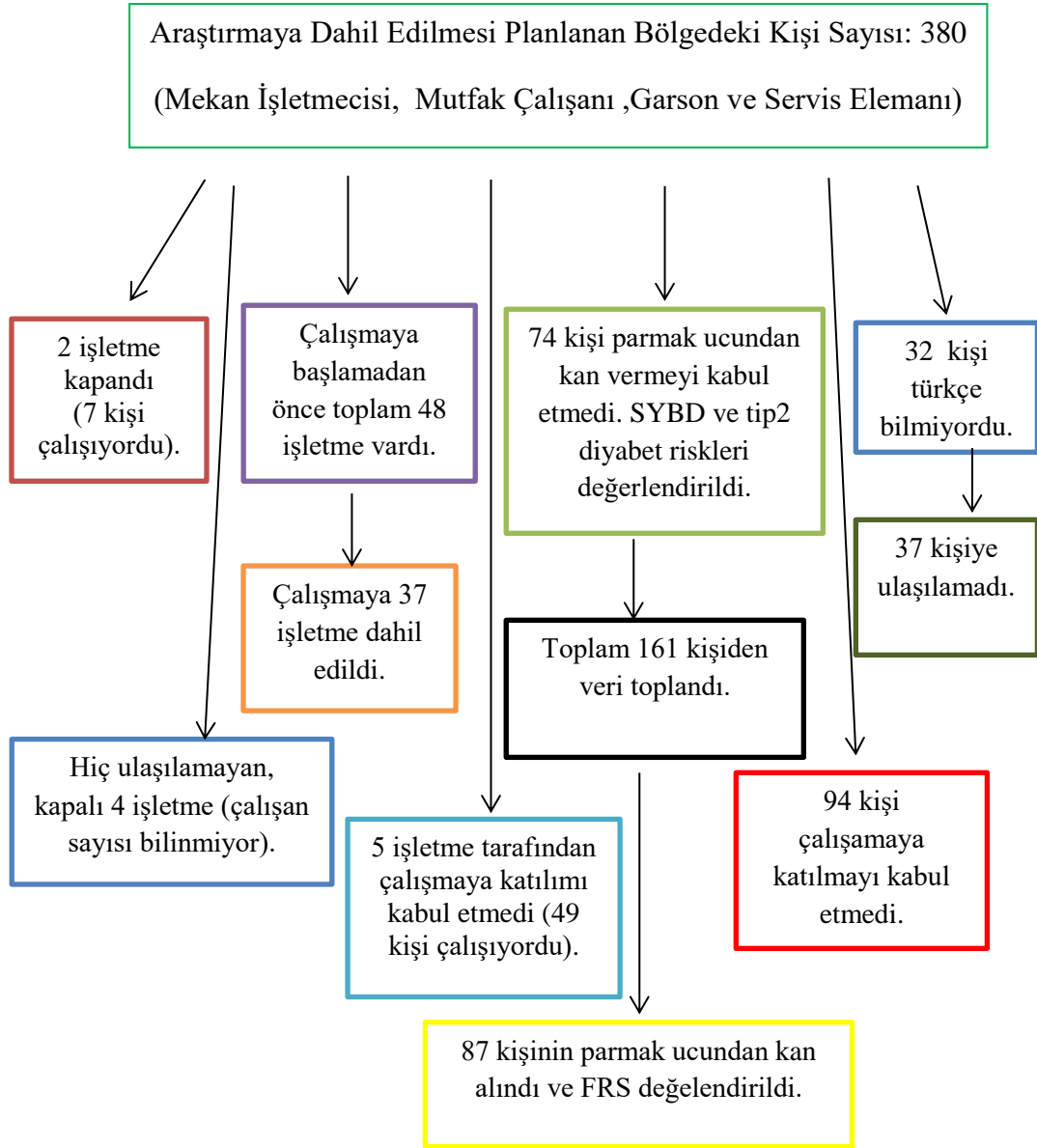
Araştırma yeme içme sektöründe hizmet veren iş yerlerindeki çalışanların kardiyometabolik risklerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Gazimağusa İlçesi İsmet İnönü Caddesi üzerinde yer alan yeme içme hizmeti veren işletmelerde, 15 Kasım 2018- 15 Ocak 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. İsmet İnönü Caddesi, yeme içme hizmeti veren işletme sayısının fazla olması ve insanlar tarafından sık tercih edilmesi nedeniyle seçilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Gazimağusa İlçesi İsmet İnönü Caddesi üzerinde bulunan toplam 39 işletme oluşturmaktadır. Bu işletmelerin içerisinde 16 cafe, 21 restaurant ve 2 unlu mamüller üreten firma bulunmaktadır. İşletmelerde toplam 380 kişi çalışmaktadır. Bunların 37'si mekan işletmecisi, 122'si mutfak çalışanı, 221 kişisi ise garson ve servis elemanıdır. Restaurant ve kafeler 2 vardiya şeklinde 8:00-17:00 / 17:00-01:00, unlu mamüller üreten yerler ise 7-24 hizmet vermekte ve iki vardiya (06:00-18:00 / 18:00-06:00) şeklinde çalışmaktadır. Araştırmada örneklem seçimi yapılmadan evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan 161 kişi ile araştırma tamamlanmıştır.



Şekil 4: Araştırmaya Dahil Edilen Kişileri Dağılımı

3.4 Örneklem Dahil Olma Kriterleri

Türkçe okuyup anlayabilen ve araştırma formlarını anlayıp uygulayabilme yetisine sahip okur yazar kişiler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.5 Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni; Tip 2 diyabet risk testi, Framingham Risk Skoru, FINDRISK (Finnish Diabetes Risk Score-Fin Diyabet Risk Skoru) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden alınan puanlardır.

Araştırmanın bağımsız değişkeni; çalışmaya katılanların tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma birimi, çalışma süresi, sektörde çalışma yılı, biyokimyasal ölçümleri, antropometrik değerleri, kan basıncı, kan lipid profili, bel çevresi, beden kitle indeksi, sigara kullanımı)'dir.

3.6 Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri;

- 18 sorudan oluşan Tanıtıcı Özellikler Formu,
- Sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçen ve toplam 52 maddeden oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II),
- Kardiyovasküler risk değerlendirmesi için FRS,
- Tip 2 diyabet riskini değerlendirmek için Türk Diyabet Cemiyeti tarafından geliştirilen Tip 2 Diyabet Risk Testi ve FINDRISK kullanılmıştır.

3.6.1 Veri Toplamada Kullanılan Cihaz/Aletler

- **Kan basıncı ölçümü için;** Endostall Perfect Civalı Yetişkin Tansiyon Aleti (manuel tansiyon aleti) kullanıldı. Katılımcı sırtı bir sandalyeye yaslayarak oturtuldu. Tansiyon ölçülecek kolundaki giyisiler sıvandı. Ölçüm sırasında konuşması, bacak bacak üstüne atmaması gerektiği söylendi. Kol kalp düzeyinde duracak şekilde pozisyon verildi ve kolu desteklendi. Steteskop dirsek çukuruna konuldu ve sabit kalması sağlandı. Ölçüm için manşonun brakiyal arter üzerine yerleştirildi. Oskültasyon yöntemi ile ölçüm yapıldığında manşonun basıncı

azaltılmaya başladıktan sonra sesin ilk duyulduğu anda okunan değer sistolik basınç, sesin artık işitilmez olduğu anda okunan değer ise diyastolik kan basıncı olarak kabul edildi ve kayıt edildi. Kan basıncı “Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Klavuzu” standartlarına uygun ölçüldü (68).

- **Boy ve kilo ölçümü için;** F.Bosch FB-721 Dijital Boy Kilo Ölçer (dijital) kullanıldı. Kişi düz bir zemine koyulan cihazın üzerine basarak dik bir pozisyonda durması söylendi. F.Bosch FB-721 Dijital Boy Kilo Ölçer cihazın boy ölçmek için bulunan aparatı kişinin başının üzerine cihazı görece şekilde yan tutuldu. Hem boy hem de kilo ölçüldü. Ölçüm sonucunda beden kitle indeksi (BKI: kilo/boy²) hesaplandı.
- **Bel ve kalça çevresi ölçümünde;** 1x150 cm. ebatında esnemeyen mezura kullanıldı. Katılımcılardan düz bir zeminde dik pozisyonda durması istendi. Doğru bel ölçüsü için midenin içeri çekilmemesi, serbest bırakılması gerektiği söylendi. Ölçüm yapılırken mezuranın göbek deliğinin altından geçmesi ve beli tam tur sarması sağlandı. Kalça çevresi ölçümünde, kalçanın en geniş olan kısmından mezura rahat olacak şekilde ölçüm yapıldı.
- **HDL-kolesterol ve total kolesterol ölçümü için;** SD LipidoCare cihazı kullanıldı. Cihaz araştırmacı tarafından temin edildi. Kandaki testlerin hızlı ve hassas bir şekilde gerçekleştirilmesi için portatif bir araçtır. Yalnızca bir testle farklı parametreler sunar. Total kolesterol, trigliserid, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, kan glukoz düzeyi, HDL/LDL oranı hakkında bilgi verir. Parmak ucundan alınan bir damla kan ile ölçüm sağlanmaktadır. Çalışmada 2 farklı test çubuğu kullanılarak istenilen veriler elde edildi. Her bir teste ait 100 farklı sonucu tarih ve saatleri ile hafızasında saklayabilmektedir. Ölçüm sırasında kirli kabı, eldiven, atıklar kutusu, pamuk, alkol ve bant kullanıldı. Verilerin tamamı

ses ve gürültüden uzak, sakin bir ortamda katılımcı ile birebir olarak toplanmıştır. Gerekli koşulların sağlanabilmesi için işletme sahibinden randevu alarak katılımcıların dinlenme saatlerine uygun olarak işletmeye gidilmiştir.

3.6.2 Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2)

Konu ile ilgili literatür incelenerek hazırlanan tanıtıcı özellikler formunda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, alkol ve sigara tüketim durumunu, gelir algısı, çalışma yılı, ortalama çalışma süresi, fiziksel aktivite, kronik hastalık ve ailesinde bulunan kronik hastalıklar gibi kişisel sorular bulunmaktadır (13,69).

3.6.3 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)(EK-3)

Ölçek, Walker ve ark. (1987) tarafından geliştirilmiş, 48 madde ve altı faktörden oluşmaktadır, 1996 yılında tekrar revize edilmiştir (Walker ve ark., 1996). Ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. Walker tarafından 1996 yılında revize edilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ikinci versiyonu 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkiye’de ilk geçerlilik ve güvenilirliği Esin (1997) ve Akça (1998) tarafından yapılmıştır. Bahar ve ark. (2008) tarafından 52 maddelik halinin geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek toplam 52 maddeden oluşmuş olup 6 alt grubu vardır. Alt gruplar; manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir (min-mak:52-208)(69).

Alt gruplarda; manevi gelişim 9, sağlık sorumluluğu 9, fiziksel aktivite 8, beslenme 9, kişilerarası ilişkiler 9 ve stres yönetimi 8 maddeden oluşmaktadır.

Manevi gelişim, iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir.

Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır. Manevi gelişim alt boyutunda 9 madde bulunmaktadır (min-mak:9-36).

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmeli, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir. Sağlık sorumluluğu alt boyutunda 9 madde bulunmaktadır (min-mak:9-36).

Fiziksel aktivite, hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsar. Günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yürütülür. Fiziksel aktivite alt boyutunda 8 madde bulunmaktadır (min-mak:8-32).

Beslenme, bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirler. Beslenme alt boyutunda 9 madde bulunmaktadır (min-mak:9-36)

Kişilerarası ilişkiler, başkaları ile olan ilişkilerdir, nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içerir. Kişilerarası ilişkiler alt boyutunda 9 madde bulunmaktadır (min-mak:9-36)

Stres yönetimi, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir. Stres yönetimi alt boyutunda 8 madde bulunmaktadır (min-mak:8-32).

Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Derecelendirme 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) kabul edilmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin alt gruplarının Cronbach Alpha güvenilirlik düzeyleri 0.64 ile 0.80 arasında değişmektedir. Bahar'ın çalışmasında toplam Cronbach Alpha

değeri 0.92'dir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II 'nin geçerlik ve güvenilirlik düzeyi yüksek düzeyde bulunmuştur (69). Ölçeğin Bahar Z. ve ark.'dan ölçek kullanılma izni e-mail yolu ile alınmıştır. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.916 olarak hesaplanmıştır. Kardiyometabolik risk değerlendirilmesinde Framingham Risk Skorlaması, Tip 2 Diyabet Risk Testi ve FINDRISK kullanılmıştır.

3.6.4 Framingham Risk Skorlaması (EK-4)

Framingham, ABD'de Massachusetts eyaletinde bir kasabadır. Bu kasabada yaşayan 5209 erişkin 1948 yılından başlayarak ileriye dönük izlem çalışması kapsamına alınmıştır. Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü ve Boston Üniversitesi'nin ortak projesi olan bu çalışmada bugün üçüncü kuşak bireyler izlenmektedir. AHA (Amerikan Kalp Birliği), Framingham çalışması verilerine dayanarak FRS'nı sistemi geliştirmiştir. TKD, Kardiyovasküler risk skorlaması olarak FRS'nin kullanılmasını önermektedir (70). Skorlamada yaş, total kolesterol, HDL-kolesterol, kan basıncı, hipertansiyon tedavisi alıp almadığı ve sigara içme durumu sorgulanmaktadır. Uygun seçeneklere karşılık gelen puanlar toplanır. Kadın katılımcılar için minimum 9, maksimum 25 puan, erkek katılımcılar için minimum 0 puan, maksimum 17 puan elde edilmektedir.

Toplanan puanın son aşamada karşılık geldiği sonuç 10 yıllık koroner olay riskini oluşturmaktadır. <10 düşük risk, <10-20 arası orta risk ve >20 ise yüksek risk grubunu oluşturmaktadır.

3.6.5 Tip 2 Diyabet Risk Testi (EK-5)

Türk Diyabet Cemiyeti (TDC) tarafından geliştirilmiştir. Tip 2 diyabet risk testi 7 sorudan oluşmaktadır. Bireyin yaşı, cinsiyeti, kadın ise gestasyonel gebelik tanısı alıp almadığı (erkeklerde bu soru sorulmamaktadır), ailevi diyabet öyküsü,

hipertansiyon varlığı, fiziksel aktifliği ve kilosu belirlenerek değerlerine karşılık gelen puan hesaplanmaktadır. Test sonucunda 5 puana kadar hafif risk, 5 ve üzeri alınan puan ise yüksek diyabet riski olduğunu göstermektedir (71).

3.6.6 Fin (Finlandiya) Diyabet Risk Skoru Ölçeği (FINDRISK)(EK-6)

Fin (Finlandiya) Tip-2 Diyabet Risk Ölçeği (FINDRISK); sekiz sorudan (yaş, BKI, bel çevresi, egzersiz yapma durumu, sebze-meyve tüketme durumu, HT varlığı, daha önce kan şekerinin yüksek veya sınırda olup olmama durumu, ailede diyabet durumu) oluşmaktadır. Prof. Dr. Jaakko Tuomilehto ve Jaana Lindström tarafından (laboratuvar testleri olmadan Tip-2 DM yönünden riskli kişileri belirlemek için) 1987 yılında geliştirilmiştir. Geçerlilik ve güvenilirliği 1992’de yapılmıştır. Ölçeğin geçerlilik güvenilirliğini yapan Lindström’in çalışmasına göre 10 yıllık tip-2 diyabet riski “düşük risk = <7 puan, hafif risk= 7-11 puan, orta risk = 12-14 puan, yüksek risk = 15-20 puan ve çok yüksek risk = >20 puan” olarak değerlendirilmiştir. Skorlama verileri minimum 0 puan, maksimum 26 puan olarak değerlendirilebilir (4).

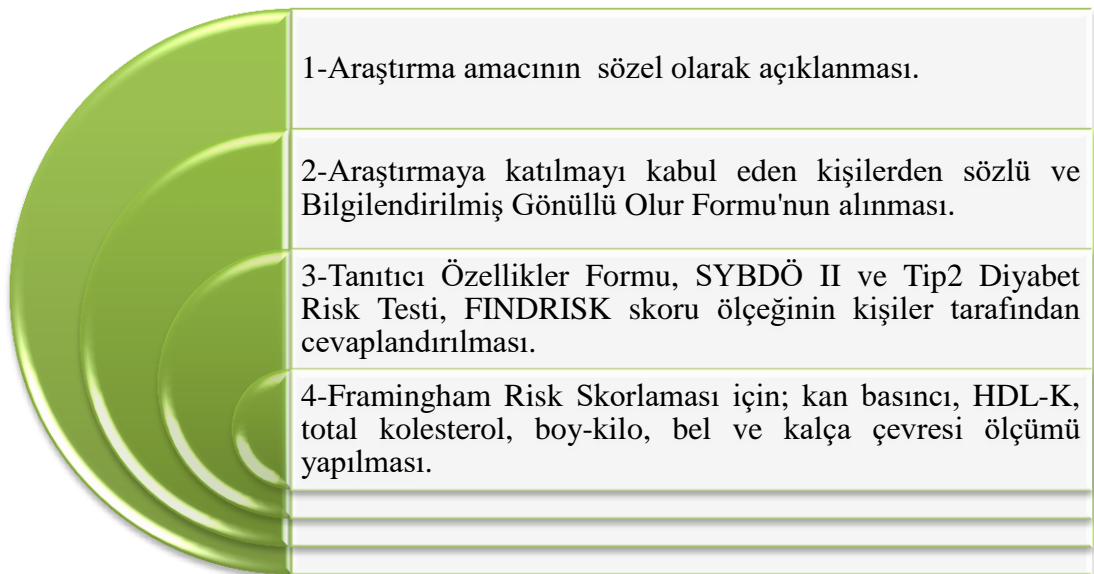
3.6.7 Ölçüm Verileri Kayıt Formu (EK-7)

Veri toplama aşamasında elde edilen ölçüm sonuçlarını kayıt etmek için oluşturulmuştur. Boy (cm), ağırlık (kg), BKI (kg/m^2), bel çevresi (cm), kalça çevresi (cm), bel ve kalça oranı, kan basıncı değeri, total kolesterol, HDL-kolesterol, FRS, FINDRISK ve Tip 2 Diyabet Risk Testi değerleri kayıt edilmiştir.

3.7 Araştırma Zaman Çizelgesi

	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs
Tez önerisi ve ölçek izinlerinin alınması	*											
Literatür tarama		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Kurum ve kurul izinlerinin alınması				*								
Araştırma anketinin uygulaması						*	*	*				
Araştırmanın istatistiksel analizi									*			
Araştırma sonuçlarının raporlanması										*	*	
Araştırma raporunun yazılması	*										*	*
Araştırmanın sunulması		*										

3.8 Veri Toplama Süreci Akış Şeması



Veri toplama aşamasında katılımcılara araştırma ile ilgili bilgi verildikten sonra ‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’ doldurmaları istendi. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’nda parmak ucundan alınacak bir damla kan ile total kolesterol ve HDL-kolesterol ölçümü yapılacağı belirtildi. Gönüllü Olur Formu’nu imzalamasına rağmen işleme geçildiği sırada 74 katılımcı vazgeçti. Framingham Risk Skor’u kriterlerinden olan HDL-kolestrol ve total kolestrol evrenin %22,90’unda (n:87) değerlendirilebildi. Toplamda 161 katılımcının SYBD ve tip 2 diyabet riski değerlendirilerek, çalışma evreninin %42,36’sına ulaşılabildi. Verilerimizi topladıktan sonra elde ettiğimiz bulgular ile ilgili katılımcılara geri dönüş yapıldı.

Çalışmamızda tip 2 diyabet riskini değerlendirmek üzere Türk Diyabet Cemiyeti’nin önerdiği Tip 2 Diyabet Risk Testi ve Amerikan Diyabet Birliği’nin önerdiği FINDRISK kullanıldı. Araştırmanın ön uygulaması sırasında, Tip 2 Diyabet Risk Testi ile değerlendirme yapıldı. Skorlamada iki adet kesme noktası bulunmasına bağlı olarak katılımcılar test sonucunda sadece düşük ve yüksek risk grubuna ayrıldı. Yapılan literatür incelemesi sonucunda daha fazla kesme noktası olan ve risk düzeylerini daha iyi ayırabileceği düşünülerek, FINDRISK’i veri toplama araçlarına dahil edildi. Her iki skorlama birlikte kullanıldı.

3.9 Araştırmanın Etik Yönü

- Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Sağlık Etik Alt Kurulu yazılı izni,
- Bahar Z. ve ark.’dan SYBDÖ II kullanılma izni e-mail yoluyla,
- Çalışmaya katılacak olan işletme sahiplerinden sözlü olarak izin alınmıştır.
- FRS , Tip2 Diyabet Risk Testi ve FINDRISK Skoru kullanımı için herhangi bir izne gerek yoktur.

- Araştırmaya katılacak kişilerden “Yazılı Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” alınmıştır.

3.10 Verilerin Değerlendirilmesi

Katılımcıların tanıtıcı ve mesleki özellikleri, sigara-alkol kullanma durumu, egzersiz yapma, kronik hastalık durumlarına ve kardiyometabolik (kardiyovasküler ve diyabet) risk durumlarına göre dağılımı sıklık (frekans) analizi ile belirlenmiştir. Katılımcıların antropometrik ve biyokimyasal ölçümleri, SYBDÖ II genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar ortalama, standart sapma değerleri ile gösterilmiştir.

Katılımcıların çeşitli özelliklerine göre SYBDÖ II genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması için öncelikle ölçek puanlarının normal dağılıma uyum gösterme durumu Kolmogov-Smirnov testi, Shapiro-Wilk testi, QQ plot grafiği ve basıklık-çarpıklık değerleri ile incelenmiş ve normal dağılıma uyumlu olduğu görülmüştür. Katılımcıların yaşına, eğitim durumuna, işletmedeki görevine, sektörde görev yapma süresine, günlük çalışma süresine, gelir durumuna göre SYBDÖ II genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar ANOVA testi ile karşılaştırılmış ve post-hoc test olarak Tukey testi kullanılmıştır.

Katılımcıların cinsiyetine, medeni durumuna, sigara içme, alkol tüketme, fiziksel aktivite ve kronik hastalık durumuna göre SYBDÖ II genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar bağımsız örneklem t testi ile karşılaştırılmıştır. Katılımcıların bazı özelliklerine göre kardiyovasküler risk ve diyabet riski durumların ki kare analizi ile karşılaştırılmıştır.

Bölüm 4

BULGULAR

Tablo 8: Katılımcıların Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş grubu		
25 yaş ve altı	52	32,30
26-30 yaş arası	37	22,98
31 yaş ve üzeri	72	44,72
Yaş Ortalaması (ort±ss)	31,27±10,31	
Cinsiyet		
Kadın	47	29,19
Erkek	114	70,81
Eğitim durumu		
İlköğretim ve altı	37	22,98
Lise	66	40,99
Üniversite	58	36,02
Medeni durumu		
Evli	67	41,61
Bekar	94	58,39
İşletmedeki görevi		
Yiyecek-içecek hazırlama	83	51,55
Yiyecek-içecek servisi	68	42,24
İşletme sahibi	10	6,21
Sektörde çalışma süresi		
1 yıl ve altı	28	17,39
2-5 yıl	48	29,81
6 yıl ve üzeri	85	52,80
Günlük çalışma süresi		
8 saat ve altı	26	16,15
9-10 saat	82	50,93
11 saat ve üzeri	53	32,92
Gelir durumu		
Gelir fazla	39	24,22
Gelir gidere eşit	74	45,96
Gelir az	48	29,81

%. Sıklık (frekans) analizi

Araştırmaya dahil edilen bireylerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerine göre dağılımı tablo 8’de verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin %32,30’unun 25 yaş ve altı, %22,98’inin 26-30 yaş ve %44,72’sinin 31 ve üzeri yaş grubunda yer aldığı, %29,19’unun kadın ve %70,81’inin erkek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %22,98’inin ilköğretim ve altı, %40,99’unun lise, %36,02’sinin üniversite mezunu olduğu, %41,61’inin evli, %58,39’unun ise bekar olduğu görülmüştür.

Katılımcıların mesleki özellikleri incelendiğinde, %51,55’inin çalıştıkları işletmede yiyecek-içecek hazırlama, %42,24’ünün yiyecek-içecek servisi yaptığı ve %6,21’inin işletme sahibi olduğu belirlenmiştir. Sektörde bulunma sürelerine bakıldığında, %17,39’unun sektöre 1 yıl ve altı, %29,81’inin 2-5 yıl ve %52,80’inin 6 yıl ve üzeri süredir görev yaptığı, %16,15’inin günde 8 saat ve altı, %50,93’ünün 9-10 saat ve %32,92’sinin 11 saat ve üzeri süreyle çalıştığı saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan bireylerin %24,22’sinin gelirinin fazla, %45,96’sını gelirinin giderine eşit ve %29,81’inin gelirinin az olduğu görülmüştür.

Tablo 9: Katılımcıların Sigara-Alkol Kullanma, Egzersiz Yapma ve Kronik Hastalık Bulunma Durumlarına Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara içme durumu		
İçen	95	59,01
İçmeyen	66	40,99
Sigara sayısı (n=95)		
Günde 9 adet ve altı	17	17,89
Günde 10-19 adet	26	27,37
Günde 20 adet ve üzeri	52	54,74
Alkol kullanma durumu		
Kullanan	86	53,42
Kullanmayan	75	46,58
Alkol kullanma miktarı (n=86)		
Haftada 100 ml ve altı	38	44,19
Haftada 101-999 ml	24	27,91
Haftada 1000 ml ve üzeri	24	27,91
Egzersiz yapma durumu		
Yapan	60	37,27
Yapmayan	101	62,73
Egzersiz süresi (n=60)		
Günde 30 dk'dan az	28	46,67
Günde 30 dk	18	30,00
Günde 30 dk'dan fazla	14	23,33
Kronik hastalık		
Var*	19	11,80
Yok	142	88,20
Ailesinde kronik hastalık		
Var	77	47,83
Yok	84	52,17
Ailesinde bulunan hastalık (n=77)**		
DM	35	45,45
HT	26	33,77
Kalp Hastalığı	33	42,86
Obezite	3	3,90

*HT, DM, Ülser, Tiroid, Kalp Hastalığı., Böbrek Hastalığı., Astım, Bronşit, Sinüzit, Taşikardi, Mide Bulantısı, Obezite.

** Birden fazla hastalık bulunmaktadır.

%. Sıklık (frekans) analizi

Araştırmaya dahil edilen bireylerin sigara-alkol kullanma, egzersiz yapma ve kronik hastalık durumlarına göre dağılımlarına ilişkin frekans analizi sonuçları tablo 9’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %59,01’inin sigara içmektedir. Günlük sigara tüketimlerine bakıldığında %17,89’u 9 adet ve altı, %27,37’si 10-19 adet ve %54,74’ 20 adet ve üzerinde sayıda sigara içtiği, %53,42’sinin alkol kullandığı ve alkol kullanan bireylerin haftalık tüketimleri sorulduğunda %44,19’u 100 ml ve altı, %27,91’i 101-999 ml ve %27,91’i 1000 ml ve üzerinde alkol tükettiği saptanmıştır.

Katılımcıların %37,27’sinin egzersiz yaptığı, egzersiz yapan bireylerin %46,67’sinin 30 dakikadan az, %30’unun 30 dakika ve %23,33’ünün günde 30 dakikadan fazla süreyle egzersiz yaptığı grlmştir. Katılımcıların %11,80’inin sürekli ilaç kullanmasına sebebiyet verecek kronik bir hastalıklarının olduğu, %47,83’ünün ailesinde kronik hastalık bulunduğu, ailesinde kronik hastalık öyküsü bulunan bireylerin ailesinde %45,45’inin DM, %42,86’sının kalp hastalığı ve %33,77’sinde ise HT bulunduğu belirlenmiştir.

Tablo 10: Katılımcıların Antropometrik ve Biyokimyasal Ölçümlerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	Kadın (n=47)					Erkek (n=114)			
	n	\bar{x}	ss	Min	Max	\bar{x}	ss	Min	Max
Boy uzunluğu (cm)	161	165,4	7,78	148	190	175,6	7,23	158	194
Vücut ağırlığı (kg)	161	65,8	12,48	43	100	80,14	13,8	55	123
BKI (kg/m²)	161	24,23	4,1	16,1	34	25,97	4,16	18,1	45,2
Bel çevresi (cm)	161	82,04	10,44	59	104	90,81	9,54	72	123
Kalça çevresi (cm)	161	95,15	9,39	72	116	100,79	8,32	84	126
Bel/Kalça	161	0,86	0,08	0,68	0,99	0,90	0,05	0,78	1,1
SKB (mm/Hg)	161	122,13	11,22	90	140	122,89	9,57	100	140
DKB(mm/Hg)	161	66,38	10,09	50	80	66,84	9,34	50	80
Total Kolesterol(mg/dL)	87	185,88	28,99	135	250	189,62	39,5	107	273
HDL Kolesterol(mg/dL)	87	49,17	10,92	33	73	45,01	9,44	24,2	67

\bar{x} : ortalama ss: standart sapma

Araştırmaya dahil edilen bireylerin antropometrik ölçümleri ve biyokimyasal ölçümlerine ait tanımlayıcı istatistikler tablo 10'da gösterilmiştir. Antropometrik ölçümlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde, kadın katılımcıların ortalama boy uzunluğu $165,40 \pm 7,78$ cm, vücut ağırlığı $65,80 \pm 12,48$ kg, BKI değerleri $24,23 \pm 4,10$ kg/m², bel çevresi $82,04 \pm 10,44$ cm, kalça çevresi $95,15 \pm 9,39$ cm ve bel/kalça oranı $0,86 \pm 0,08$ bulunmuştur. Kadın katılımcıların ortalama SKB değerleri $122,13 \pm 11,22$ mm/Hg, DKB değerleri $66,38 \pm 10,09$ mm/Hg, total kolesterol değerleri $185,88 \pm 28,99$ mg/dL ve HDL kolesterol değerleri $49,17 \pm 10,92$ mg/dL olarak tespit edilmiştir.

Erkek katılımcıların ortalama boy uzunluğu $175,60 \pm 7,23$ cm, vücut ağırlığı $80,14 \pm 13,80$ kg, BKI değerleri $25,97 \pm 4,16$ kg/m², bel çevresi $90,81 \pm 9,54$ cm, kalça çevresi $100,79 \pm 8,32$ cm ve bel/kalça oranı $0,90 \pm 0,05$ olduğu bulunmuştur. Erkek katılımcıların ortalama SKB değerleri $122,89 \pm 9,57$ mm/Hg, DKB değerleri

66,84±9,34 mm/Hg, total kolesterol değeri 189,62±39,50 mg/dL ve HDL kolesterol değeri ise 45,01±9,44 mg/dL bulunmuştur.

Tablo 11: Katılımcıların BKI, Bel Çevresi, Bel/Kalça Oranı ve HDL Kolesterol Değerlerinin Sınıflandırılması

	Kadın (n=47)		Erkek (n=114)	
	n	%	n	%
BKI (kg/m²)				
Zayıf (<18.5)	2	4,26	2	1,75
Normal (18.5-24.9)	28	59,57	50	43,86
Aşırı kilolu(25.0-29.9)	13	27,66	44	38,60
Obez(30 >)	4	8,51	18	15,79
Bel çevresi (cm)				
Kadın <90 , Erkek<100	38	80,85	94	82,46
Kadın >90 , Erkek>100	9	19,15	20	17,54
Bel/Kalça				
<0,9	25	53,19	47	41,23
>0,9	22	46,81	67	58,77
HDL Kolesterol (n=87)				
Kadın <50 , Erkek<40	5	19,23	43	70,49
Kadın >50 , Erkek>40	21	80,77	18	29,51

%. Sıklık (frekans) analizi

Katılımcıların BKI, bel çevresi, bel/kalça oranı ve HDL-kolesterol değerlerinin sınıflandırılması ilişkin veriler tablo 11’de verilmiştir. Araştırmaya katılan kadın bireylerin %59,57’sinin normal kiloda, %27,6’sının aşırı kilolu, %8,51’inin obez olduğu belirlenirken, %80,85’inin bel çevresi değerlerinin 90 cm’in altında olduğu, % 53,19’unun bel/kalça oranının 0,9’un altında %80,77’sinin HDL kolesterol değerinin 40’ın üzerinde olduğu görülmüştür.

Erkek bireylerin %43,86’sının normal kiloda, %38,60’ının aşırı kilolu , %15,79’unun obez, %82,46’sının bel çevresi değerlerinin 100 cm altında , %58,77’sinin bel/kalça

oranının 0,9'un üstünde ve %29,51'inin HDL kolesterol değerinin 50'inin üzerinde olduğu görülmüştür.

Tablo 12: Katılımcıların Kardiyometabolik (Kardiyovasküler ve Diyabet) Risk Durumlarına Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Framingham Risk Skoru (n=87)		
Düşük Risk (1-9)	78	89,66
Orta Risk (10-19)	7	8,05
Yüksek Risk (20>)	2	2,30
Diyabet Riski Testi (n=161)		
Düşük Risk (<5)	138	85,71
Yüksek Risk (5>)	23	14,29
Gebelikte Diyabet (n=47)		
Var	5	10,64
Yok	42	89,36
Hipertansiyon varlığı (n=161)		
Var	9	5,59
Yok	152	94,41
Find Risk Skoru (n=161)		
Düşük Risk (<7)	88	54,66
Hafif Risk (7-11)	48	29,81
Orta Risk (12-14)	14	8,70
Yüksek Risk (15-20)	10	6,21
Çok Yüksek Risk (>20)	1	0,62

%. Sıklık (frekans) analizi

Katılımcıların kardiyometabolik (kardiyovasküler ve diyabet) risk durumlarına göre dağılımına ilişkin bulgular tablo 12'de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin Framingham Risk Skoru değerleri incelendiğinde, %89,66'sının düşük, %8,05'inin orta ve %2,30'unun yüksek risk düzeyinde buldukları, diyabet riskleri incelendiğinde, %85,71'inin düşük ve %14,29'unun yüksek risk düzeyinde

olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan kadın bireylerin %10,64'ünde gebelik döneminde diyabet görüldüğü saptanmıştır. Katılımcıların Find Risk Skorlarına bakıldığında %54,66'sının düşük, %29,81'inin hafif, %8,70'inin orta, %6,21'inin yüksek ve %0,62'sinin çok yüksek risk düzeyinde olduğu görülmüştür.

Tablo 13: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD II) Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	n	\bar{x}	ss	Min	Max
Sağlık Sorumluluğu	161	20,48	5,91	9	36
Fiziksel Aktivite	161	17,32	6,70	8	32
Beslenme	161	21,74	4,57	10	36
Manevi Gelişim	161	28,83	4,82	18	40
Kişilerarası İlişkiler	161	25,71	4,54	15	36
Stres Yönetimi	161	21,18	4,70	10	32
SYBD II	161	135,25	23,56	90	202

\bar{x} : ortalama ss: standart sapma

Araştırma kapsamına alınan bireylerin SYBD II genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler tablo 13'de verilmiştir. Katılımcıların SYBD II'den ortalama 135,25 puan aldıkları saptanmıştır (min: 90 mak: 202). Katılımcıların ölçekte bulunan alt boyutlardan aldıkları puanlar incelendiğinde, sağlık sorumluluğu 20,48±5,91, fiziksel aktivite 17,32±6,70 , beslenme 21,74±4,57, manevi gelişim 28,83±4,82, kişilerarası ilişkiler 25,71±4,54 ve stres yönetimi 21,18±4,70 olarak belirlenmiştir. Ölçek alt boyutlarından en yüksek puan manevi gelişim, en düşük puan ise fiziksel aktivite alt boyutundan alınmıştır.

Tablo 14: Katılımcıların Yaş Grubu, Cinsiyet ve Gelir Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD II) Puanlarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler		Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBD II
Yaş		$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
1	25 yaş ve altı	19,27±6,44	18,10±7,32	21,38±4,77	28,48±4,76	25,23±4,36	20,79±5,07	133,25±24,28
2	26-30 yaş	20,35±5,63	17,65±6,50	21,03±4,72	28,16±5,03	26±4,50	21,76±4,31	134,95±24,54
3	31 yaş ve üzeri	21,42±5,56	16,60±6,35	22,36±4,32	29,42±4,75	25,90±4,73	21,17±4,65	136,86±22,73
		F:2,028 p:0,135	F:0,810 p:0,447	F:1,276 p:0,282	F:1,026 p:0,361	F:0,426 p:0,654	F:0,456 p:0,635	F:0,356 p:0,701
Cinsiyet								
1	Kadın	20,94±5,38	16,72±6,2	21,77±3,83	28,23±3,68	24,96±4,28	20,79±4,46	133,4±20,04
2	Erkek	20,29±6,13	17,57±6,91	21,73±4,86	29,07±5,21	26,02±4,63	21,34±4,81	136,02±24,91
		t: 0,630 p:0,530	t: -0,728 p: 0,468	t:0,048 p:0,962	t:-1,001 p:0,318	t:-1,349 p:0,179	t: -0,680 p:0,498	t:-0,639 p:0,524
Eğitim Durumu								
1	İlköğretim ve altı	20,19±5,64	15,62±5,37	21,43±4,21	28,46±4,48	26±4,33	20,19±4	131,89±20,33
2	Lise	20,06±6,27	17,03±6,96	21,38±5,04	28,58±5,08	24,94±4,45	21,53±4,94	133,52±25,19
3	Üniversite	21,14±5,70	18,74±6,97	22,34±4,23	29,34±4,76	26,4±4,72	21,41±4,83	139,38±23,35
		F:0,567 p:0,569	F:2,605 p:0,077	F:0,796 p:0,453	F:0,529 p:0,590	F:1,701 p:0,186	F:1,077 p:0,343	F:1,454 p:0,237

* $p < 0.05$ t: t testi F: ANOVA

Katılımcıların yaş grupları, cinsiyetleri ve eğitim durumlarına göre SYBDÖ II puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar tablo 14’de gösterilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre; yaş grupları, cinsiyetleri ve eğitim durumlarına göre ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Katılımcıların yaş gurubu ve gelir durumu göre SYBDÖ II puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin ANOVA sonuçları, cinsiyetlerine göre SYBDÖ II puanlarının karşılaştırılması için bağımsız örneklem t testi bulguları gösterilmiştir.

Tablo 15: Katılımcıların Gelir Durumu, Sektörde Çalışma Süresi, Günlük Çalışma Süresi ve Sigara İçme Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD II) Puanlarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler		Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBD II
Gelir Durum		$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
1	Gelir Fazla	22,95±6,28	20,51±6,46	22,82±4,76	30,15±5,33	27,51±4,72	22,90±4,92	146,85±24,68
2	Gelir Gidere Eşit	19,19±5,68	16,38±6,57	20,93±4,59	27,78±4,71	24,47±3,95	20,16±4,62	128,92±22,82
3	Gelir Az	20,46±5,41	16,19±6,40	22,10±4,23	29,35±4,25	26,15±4,76	21,35±4,29	135,6±20,24
		F:5,450 p:0,005* 1-2(p=0,004) 1-3(p=0,008)	F:6,222 p:0,003* 1-2(p=0,002) 1-3(p=0,002)	F:2,240 p:0,090	F:3,616 p:0,029* 1-2(p=0,020)	F:6,444 p:0,002* 1-2(p=0,001)	F:4,562 p:0,012* 1-2(p=0,010)	F:8,054 p:0,000* 1-2(p=0,001) 1-3(p=0,030) 2-3(p=0,013)
Sektörde Çalışma Süresi								
1	1 yıl ve altı	20,68±5,87	19,21±5,79	21,82±4,08	28,11±4,12	25,96±4,28	20,5±4,33	136,29±19,62
2	2-5 yıl	19±5,57	17,73±7,32	20,63±3,85	28,98±4,39	25,33±4,49	20,98±4,72	132,65±20,73
3	6 yıl ve üzeri	21,25±6,02	16,47±6,54	22,34±5,01	28,98±5,27	25,84±4,70	21,52±4,83	136,39±26,22
		F:2,270 p:0,107	F:1,912 p:0,151	F:2,200 p:0,114	F:0,375 p:0,688	F:0,239 p:0,788	F:0,553 p:0,577	F: 0,416 p:0,660

Tablo 15 (Devamı);

Günlük Çalışma Süresi								
1	8 saat ve altı	20,96±6,23	20,08±6,24	21,12±4,78	29,91±4,08	26,38±3,74	21,96±5,14	140,42±19,2
2	9-10 saat	20,22±4,98	16,46±6,21	21,74±4,16	28,35±4,96	25,50±4,65	21,13±4,23	133,41±19,94
3	11 saat ve üzeri	20,64±7,07	17,30±7,38	22,04±5,10	29,02±5,30	25,70±4,77	20,87±5,20	135,57±29,93
		F:0,184 p:0,832	F:2,939 p:0,056	F:0,352 p:0,704	F:1,112 p:0,331	F:0,371 p:0,690	F:0,477 p:0,622	F:0,879 p:0,417
Sigara								
1	İçen	20,87±5,84	17,42±6,63	21,45±4,93	2,71±5,33	25,83±4,64	21,16±4,86	135,44±25,26
2	İçmeyen	19,91±6,02	17,18±6,85	22,15±4	29±4,01	25,53±4,43	21,21±4,51	134,98±21,05
		t:1,018 p:0,310	t:0,222 p:0,825	t:-0,954 p:0,342	t:-0,381 p:0,704	t:0,413 p:0,680	t:-0,072 p:0,943	t:0,121 p:0,904

* $p < 0,05$ t: t testi F: ANOVA

Katılımcıların gelir durumları, sektörde çalışma süresi, günlük çalışma süresi ve sigara içme durumuna göre SYBDÖ II puanlarının karşılaştırılmasına dair sonuçları tablo 15’de gösterilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin gelir durumu ile SYBDÖ II ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Geliri fazla olan katılımcıların sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyutlarından aldıkları puanların geliri giderine eşit ve geliri az olanlara göre yüksek bulunmuştur. Yine geliri fazla olan katılımcıların manevi gelişim, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarından aldıkları puanlar geliri giderine eşit olan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan bireylerin gelir durumlarına göre beslenme alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Katılımcıların SYBDÖ II genelinden aldıkları puanların gelir durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Geliri fazla olan katılımcıların SYBDÖ II genelinden geliri giderine eşit olan ve geliri az olan katılımcılara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Ayrıca geliri giderinden az olan katılımcıların SYBDÖ II puanları geliri giderine eşit olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Sonuçlar incelendiğinde, katılımcıların sektörde çalışma süresine göre SYBDÖ II puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Araştırma kapsamına alınan bireylerden 8 saat ve altında çalışanların fiziksel aktivite puan ortalamaları diğerlerinden yüksek olmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Katılımcıların sigara içme durumuna göre SYBDÖ II

puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bağımsız örneklem t testi sonuçları verilmiştir. Sigara içen ve sigara içmeyen bireylerin SYBDÖ II puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 16: Katılımcıların Alkol Kullanma, Egzersiz Yapma, Kronik Hastalık ve Ailede Olan Kronik Hastalık Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ II) Puanlarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler		Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBD II
Alkol		$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
1	Kullanan	20,51±6,10	17,16±6,61	21,97±4,82	28,91±4,99	25,58±4,45	21,66±4,51	135,79±23,43
2	Kullanmayan	20,44±5,74	17,51±6,84	21,48±4,29	28,73±4,65	25,85±4,68	20,63±4,89	134,64±23,85
		t:0,076 p:0,939	t:0,324 p:0,746	t:0,671 p:0,503	t:0,227 p:0,820	t:0,378 p:0,706	t:1,399 p:0,164	t:0,308 p:0,758
Egzersiz								
1	Yapan	21,55±5,94	22,70±5,41	22,35±4,80	29,73±4,49	26,35±4,20	22,13±4,66	144,82±21,34
2	Yapmayan	19,84±5,83	14,13±5,19	21,38±4,41	28,29±4,94	25,33±4,71	20,61±4,66	129,57±23,07
		t:1,785 p:0,076	t:9,972 p:0,000*	t:1,310 p:0,192	t:1,856 p:0,065	t:1,386 p:0,168	t:2,001 p:0,047*	t:4,167 p:0,000*
Kronik Hastalık								
1	Var	19,63±5,93	14,79±4,89	21,32±4,18	28,89±3,84	25,16±3,88	20,21±4,02	130±19,75
2	Yok	20,59±5,92	17,66±6,85	21,80±4,63	28,82±4,94	25,78±4,63	21,31±4,78	135,96±24
		t:-0,663 p:0,508	t:-1,766 p:0,079	t:-0,429 p:0,669	t:0,066 p:0,948	t:0,561 p:0,576	t:0,957 p:0,340	t:-1,035 p:0,302
Ailesinde Kronik Hastalık								
1	Var	20,22±5,63	16,47±6,04	21,39±4,55	28,04±4,55	23,36±4,38	20,97±4,41	132,45±21,42
2	Yok	20,71±6,19	18,11±7,20	22,06±4,60	29,55±4,97	26,02±4,69	31,37±4,98	137,82±25,22
		t:-0,528 p:0,598	t:-1,557 p:0,121	t:-0,929 p:0,355	t:-2,004 p:0,047*	t:0,920 p:0,359	t:-0,531 p:0,596	t:-1,449 p:0,149

*p<0,05 t: t testi

Araştırmaya dahil edilen bireylerin alkol tüketme, egzersiz yapma, kendisinde ve ailesinde kronik hastalık bulunma durumuna göre SYBDÖ II puanlarının karşılaştırılma sonuçları tablo 16'da gösterilmiştir. Katılımcıların alkol tüketme durumlarına göre SYBDÖ II puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Katılımcıların egzersiz yapma durumlarına göre SYBDÖ II genelinden ve ölçekte bulunan sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve egzersiz yapan katılımcıların SYBDÖ II genelinden ve ölçekte sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarından aldıkları puanların egzersiz yapmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Ailesinde kronik hastalık olan katılımcıların manevi gelişim dışındaki alt boyutlardan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Ailesinde kronik hastalık olmayan katılımcıların manevi gelişim alt boyutundan aldıkları puanların daha yüksek olduğu ve puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 17: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Diyabet Risk Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Düşük Risk (<5)		Yüksek Risk (5>)		X ²	p	F
	n	%	n	%			
Yaş grubu							
25 yaş ve altı	51	98,08	1	1,92	16,257	0,000*	1-3
26-30 yaş arası	34	91,89	3	8,11			2-3
31 yaş ve üzeri	53	73,61	19	26,39			
Cinsiyet							
Kadın	38	80,85	9	19,15	1,282	0,258	
Erkek	100	87,72	14	12,28			
Eğitim durumu							
İlköğretim ve altı	32	86,49	5	13,51	0,070	0,966	
Lise	56	84,85	10	15,15			
Yüksekokul/Fakülte	50	86,21	8	13,79			
Medeni durumu							
Evli	52	77,61	15	22,39	6,152	0,013*	
Bekar	86	91,49	8	8,51			
Sektörde çalışma süresi							
1 yıl ve altı	27	96,43	1	3,57	7,310	0,026*	1-2
2-5 yıl arası	44	91,67	4	8,33			1-3
6 yıl ve üzeri	67	78,82	18	21,18			
Günlük çalışma süresi							
8 saat ve altı	21	80,77	5	19,23	0,908	0,635	
9-10 saat arası	70	85,37	12	14,63			
11 saat ve üzeri	47	88,68	6	11,32			
Gelir durumu							
Gelir giderden fazla	31	79,49	8	20,51	2,644	0,267	
Gelir gidere eşit	63	85,14	11	14,86			
Gelir giderden az	44	91,67	4	8,33			
Sigara içme durumu							
İçen	78	82,11	17	17,89	2,465	0,116	
İçmeyen	60	90,91	6	9,09			
Alkol kullanma durumu							
Kullanan	72	83,72	14	16,28	0,599	0,439	
Kullanmayan	66	88,00	9	12,00			
Egzersiz yapma durumu							
Yapan	57	95,00	3	5,00	6,735	0,009*	
Yapmayan	81	80,20	20	19,80			
Kronik hastalık							
Var	10	52,63	9	47,37	19,255	0,000*	
Yok	128	90,14	14	9,86			
Ailede bulunan hastalıklar							
Evet	59	76,62	18	23,38	9,961	0,002*	
Hayır	79	94,05	5	5,95			

* $p < 0,05$ χ^2 : ki-kare analizi

Katılımcıların bazı özelliklerine göre diyabet risk düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin yapılan ki kare analizi sonuçları tablo 17'de gösterilmiştir.

Katılımcıların yaş gruplarına, medeni durumlarına, sektörde çalışma süresine,

egzersiz yapma, kronik hastalığı olma ve ailede kronik hastalık öyküsü bulunma durumuna göre diyabet risk düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). 31 yaş ve üzeri yaş grubunda olan kişilerin, evli bireylerin, sektörde 6 yıl ve üzeri süredir çalışanların, egzersiz yapmayanların, kronik hastalığı olan ve ailesinde kronik hastalık öyküsü olan bireylerin yüksek diyabet riski daha fazladır.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin yüksek diyabet riski taşıma oranının cinsiyetlerine, eğitim durumlarına, günlük çalışma sürelerine, gelir durumlarına, sigara içme ve alkol tüketme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 18: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Kardiyovasküler Risk Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Düşük Risk (1-9)		Orta Risk (10-19)		p
	n	%	n	%	
Yaş grubu					
25 yaş ve altı	28	35,90	0	0,00	
26-30 yaş arası	19	24,36	0	0,00	-
31 yaş ve üzeri	31	39,74	9	100,00	
Cinsiyet					
Kadın	25	32,05	1	11,11	0,183
Erkek	53	67,95	8	88,89	
Eğitim durumu					
İlköğretim ve altı	22	28,21	2	22,22	
Lise	34	43,59	4	44,44	-
Yüksekokul/Fakülte	22	28,21	3	33,33	
Medeni durumu					
Evli	29	37,18	3	33,33	0,565
Bekar	49	62,82	6	66,67	
Sektörde çalışma süresi					
1 yıl ve altı	19	24,36	0	0,00	
2-5 yıl arası	23	29,49	3	33,33	-
6 yıl ve üzeri	36	46,15	6	66,67	
Günlük çalışma süresi					
8 saat ve altı	14	17,95	3	33,33	
9-10 saat arası	33	42,31	3	33,33	-
11 saat ve üzeri	31	39,74	3	33,33	
Gelir durumu					
Gelir giderden fazla	17	21,79	3	33,33	
Gelir gidere eşit	37	47,44	5	55,56	-
Gelir giderden az	24	30,77	1	11,11	
Şigara içme durumu					
İçen	39	50,00	8	88,89	0,027
İçmeyen	39	50,00	1	11,11	*
Alkol kullanma durumu					
Kullanan	39	50,00	5	55,56	0,515
Kullanmayan	39	50,00	4	44,44	
Egzersiz yapma durumu					
Yapan	33	42,31	2	22,22	0,214
Yapmayan	45	57,69	7	77,78	
Sürekli ilaç kullanılan hastalık					
Var	10	12,82	2	22,22	0,360
Yok	68	87,18	7	77,78	
Ailede bulunan hastalıklar					
Evet	39	50,00	7	77,78	0,109
Hayır	39	50,00	2	22,22	

* $p < 0,05$

*Ki kare analizinin varsayımları sağlanamamaktadır.

*İleri test olan Fisher's testi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin bazı özelliklerine göre kardiyovasküler risk düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla uygulanan ki kare analizi sonuçları tablo 18’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine, medeni durumlarına, alkol kullanma, egzersiz yapma, sürekli ilaç kullanmayı gerektiren hastalığının olması ve ailesinde kronik hastalık bulunması durumuna göre kardiyovasküler risk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Katılımcıların sigara içme durumlarına göre kardiyovasküler risk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu saptanmış olup, sigara içen bireylerin orta düzey kardiyovasküler risk oranı sigara içmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Bölüm 5

TARTIŞMA

“Yeme İçme Sektöründe Çalışanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kardiyometabolik Risklerinin Belirlenmesi” amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulguların tartışması aşağıda başlıklar altında verilmiştir;

5.1 Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılmayı kabul eden (n:161) kişilerin yaş ortalaması 31,27±10,31 olup, katılımcıların çoğunluğunu (%79,81) erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların %22,98’inin ilköğretim ve altı, %40,99’unun lise, %36,02’sinin üniversite mezunu olduğu, %41,61’inin evli, %58,39’unun ise bekar olduğu görülmüştür (Tablo-8).

Özkan ve ark. (2008) bir Devlet Hastanesinde çalışan 163 hemşire ile SYBD incelendiği çalışmada, katılımcıların en az lise ve %17,2’sinin üniversite mezunu olduğu, %82,8’inin ise evli olduğunu belirtmiştir (72). On’un (2016) bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmada ise %42,6’sı bekar, %57,4’ü evli ve katılımcıların %93,4’ü üniversite mezunudur (73). Yapılan bu çalışmalara bakıldığında, her iki çalışmada evli olma durumu benzer olsa da, eğitim durumu anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Bu farklılık örneklemin hemşirelik gibi profesyonel ve üniversite eğitime dayalı bir meslek grubu ile yapılmış olmasından kaynaklandığı görülmektedir.

Çalışmamızda bireylerin çalışma sürelerine bakıldığında, %16,15’inin günde 8 saat ve altı, %50,93’ünün 9-10 saat ve %32,92’sinin 11 saat ve üzeri süreyle

çalıştığı saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan bireylerin %24,22'sinin gelirinin fazla, %45,96'sını gelirinin giderine eşit ve %29,81'inin gelirinin az olduğu görülmüştür (Tablo-8).

Gençgün'ün (2018) 137 yoğun bakım ve ameliyathane hemşiresi ile yaptığı çalışmada %57,9 günlük 8 saat ve altı, %42,1'inin ise günlük 9 saat ve üzeri çalıştığı saptanmıştır. Gençgün'ün çalışmasında katılımcıların çalışma saatleri bizim çalışmamıza göre daha düşüktür (74).

Çakır ve ark.'nın 2015 yılında Ankara'da bir Tıp Fakültesinde çalışan 144 araştırma görevlisinin SYBD ölçek puan ortalamaları $111,1 \pm 18,7$ olarak saptanmış ve katılımcıların günlük ortalama çalışma süreleri 11 saat ve üzerindedir. Ayrıca çalışma süresinin azalması ile birlikte SYBD arttığını belirtilmiştir (75). Çalışmamızla kıyaslandığında SYBD II ölçeğinden aldıkları puanın daha düşük olduğu görülmüştür. Bu farklılığın nedeni; Çakır ve ark.'nın yaptığı çalışmada, çalışma sürelerinin bizim çalışmamızdan daha uzun olması, katılımcıların kendilerine ayırdıkları sürelerin kısıtlı olması ve bu nedenle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürecektüklerinin olmamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Hejearnoe ve Leppin tarafından 2013 yılında Danimarka'da 360 denizci üzerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelenmiş, çalışma sürelerinin uzun olduğu, denizcilerin seyir boyunca çalışma alanları olan gemilerde kapalı kalmasının ve kısıtlı bir alanda yaşamalarının SYBD ciddi düzeyde etkilediği belirtilmiştir (76).

Çalışmamıza kıyasla bu farklılığın nedeninin çalışmaya alınan grubun sektör farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.2 SYBDÖ II İlişkin Bulguların Tartışılması

SYBDÖ II'den alınabilecek en düşük 52, en yüksek puan 208'dir. Bu veriler ışığında, çalışmamızda katılımcıların SYBDÖ II ölçeğinden ortalama 135,25 puan ile ortalamanın üzerinde bir SYBD'e puanına sahip oldukları söylenebilir (min: 90-mak: 202) (Tablo-13).

Tedik ve ark.'nın (2018) bir üniversitenin 277 hemşirelik bölümü öğrencisi ile yaptığı çalışmasında SYBDÖ II ortalama $131,01 \pm 19,58$ puan bulunmuş ve çalışmamız ile paralellik göstermektedir (77). Öz tarafından 2018 yılında İstanbul'da bir üniversitede 608 öğrenci ile yapılan çalışmada SYBDÖ II ortalama $124,0 \pm 17,4$ puan (36), Akgün'ün (2014) 180 hemşirelik ve sınıf öğretmenliği öğrencileriyle yaptığı çalışmada $126,55 \pm 18,76$ puan (78), Özkan ve Yılmaz'ın (2008) bir Devlet hastanesinde çalışan 204 hemşire ile yapmış oldukları çalışmada ise $125,96 \pm 16,99$ puan bulunmuştur (72). Çalışmamızla kıyaslandığında SYBDÖ II alınan puan ortalamaları daha düşüktür. Öz'ün çalışmasında eğitim düzeyinin ve Özkan ve Yılmaz'ın çalışmasında gelir durumu algısının düşük olması bu farklılığın sebebi olarak düşünülebilir. Çalışmamızda katılımcıların %77,01 en az lise ve üniversite/fakülte mezunudur.

Çalışmamızda yeme içme sektöründe çalışan kişilerin SYBD II ölçeği ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puana bakıldığında; gelir durumu, egzersiz yapma ve ailesinde olan kronik hastalıklar ile anlamlı bir ilişki olduğu görülmüş fakat; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sektörde çalışma süresi, günlük çalışma süresi, sigara içme, alkol tüketme ve kendisinde bulunan kronik hastalık durumu ile herhangi bir ilişkisi bulunamamıştır.

Çalışmamızda geliri fazla olan katılımcıların sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyutlarından aldıkları puanların geliri giderine eşit ve geliri az olanlara

göre yüksek bulunmuştur. Yine geliri fazla olan katılımcıların manevi gelişim, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarından aldıkları puanlar, geliri giderine eşit olan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo-14).

Çalışmamıza benzer olarak Bostan'ın 2013 yılında bir Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan 337 hemşire ve Çetiner'in 2014 yılında 858 hastane çalışanı üzerinde yaptıkları sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği çalışmalarda, gelir durumunun ölçek ve ölçek alt boyutlarından alınan puanları etkilediği belirlenmiştir (32,79).

2018 yılında Oral'ın (n: 1286) üniversite öğrencilerinin katılımı ile gerçekleştirdiği çalışmada öğrencilerin kendi ifadelerinde belirttiği ekonomik durumlarıyla SYBDÖ ortalama puanları ($125,4\pm 19,5$) kıyaslandığında gelir durumunu iyi olarak tanımlayan grupta puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (34). Bu araştırma sonuçları çalışmamızı desteklemektedir.

Çalışmamızın aksine Gönül'ün 2009'da 178 kişi ile bir ilaç firmasında yaptığı çalışma incelendiğinde yaş ortalaması $36,34\pm 7,02$ bulunmuş, tüm çalışanların SYBD benzerlik gösterdiği fakat gelir durumu ve fiziksel aktivitenin ölçeğin alt boyutlarını etkilemediği görülmüştür. Bu çalışmada ölçek ve ölçek alt boyutlarından alınan puanların cinsiyet ve sigara içme durumunu negatif yönde etkilediği belirtilmiştir (80).

Rensburg ve Surujlal'ın 2013'de Güney Afrika'nın Gauteng eyaletindeki üç üniversitede 400 öğrenci ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiği çalışmada cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kızların erkeklere oranla stres düzeylerinin daha yüksek olduğu ve daha fazla fiziksel aktivite davranışı gösterdikleri belirtilmiştir. Çünkü egzersizin yararlarından birinin stres seviyelerini azaltmak olduğu düşünülmektedir. Sigara içme ve alkol tüketme

oranlarına bakıldığında, kızların erkeklere oranla sigara içme ve alkol kullanma oranının daha yüksek olduğu görülmüştür (81). Bunun nedeninin kız öğrencilerin çevrelerine karşı daha duyarlı olmaları tahmin edilmektedir.

Bu çalışma verileri araştırmamız ile benzerlik göstermemektedir. Çalışmamızla kıyaslandığı zaman, SYBD'yi negatif yönde etkileyen sigara içme-alkol kullanma oranı ve sağlığı pozitif yönde destekleyen fiziksel aktivite yapma durumunun daha yüksek olduğu görülmüştür.

Çalışma kapsamına aldığımız 161 kişiden 77'si (%47,83) ailesinde bir veya birden fazla kronik hastalık bulunduğunu, 84 kişi (%52,17) ise ailesinde herhangi bir kronik hastalık bulunmadığını ifade etmiştir. Bazı katılımcılar bir veya birden fazla kronik hastalığın varlığını (%45,45 DM, %42,86 KVH ve %33,77 HT) tanımlamışlardır. Ailesinde kronik hastalık olmayan katılımcıların manevi gelişim alt boyutundan aldıkları puanların ($29,55 \pm 4,97$) daha yüksek olduğu ve puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu gözlemlenmiştir ($p < 0,05$)(Tablo-5).

2018 yılında Gümüş'ün 449 lise öğrencisi ile yaptığı bir çalışmada %42.9'unun ailesinde kronik bir hastalık olduğu, en sık KVH ve HT görüldüğü saptanmıştır. Çalışmamızın tam tersine, ailesinde kronik hastalık bulunma durumu ölçek ve ölçek alt boyutlarında anlamlı bir fark yaratmamıştır (82). Bu farklılığın nedeni lise yaş grubundaki bireylerin çevresine olan farkındalığının gelişmemiş olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

5.3 Katılımcıların Antropometrik ve Biyokimyasal Ölçümlerine Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda katılımcıların antropometrik ölçümlerine (boy, vücut ağırlığı, BKI, bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranı, SKB, DKB, total kolesterol ve HDL-kolesterol) başvurulmuştur.

Kadın ve erkek katılımcıların sırasıyla ortalama BKI düzeyi $24,23 \pm 4,10$ kg/m^2 ve $25,97 \pm 4,16$ kg/m^2 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadın bireylerin %27,6'sının aşırı kilolu, %8,51'inin obez, erkek bireylerin ise %38,60'ının aşırı kilolu, %15,79'unun obez olduğu belirlenmiştir. Her iki cinsiyetin BKI sınıflandırılmasına baktığımızda erkeklerde aşırı kilolu ve obez oranının daha yüksek olduğunu görülmektedir (Tablo-10).

2017 TÜİK verileri incelendiğinde; 15 yaş ve üstü obez bireylerin oranı 2014 yılında %19,9 iken, 2016 yılında %19,6 olduğu görülmektedir. Cinsiyet sınıflandırılması yapıldığında; 2016 yılında kadın ve erkek bireyler sırasıyla %23,9 ve %15,2'sinin obez, %30,1 ve %38,6 ise pre-obez (aşırı kilolu) olduğu görülmüştür (83). Bu sonuçlara göre kadınların %54'ünün, erkeklerin %53,8'inin aşırı kilolu ve obez olduğu söylenebilir. Çalışmamızda kadınların %36,11'i aşırı kilolu ve obez, erkeklerin ise %54,39 olduğu görülmüş, TÜİK verileri ile kıyasladığımızda çalışmamızda kadınların aşırı kilolu ve obez olma durumu daha düşük, erkeklerde ise oranların paralel olduğu görülmüştür. Bu farklılığın nedeni çalışma sırasında ulaşılan kadın sayısının araştırmamızdaki kadın sayısından hayli yüksek olmasına bağlı olabilir.

Avcı ve ark.'nın 2015'de fındık fabrikasında çalışan 120 işçide yaptığı çalışmada BKI durumları ele alındığında bireylerin % 42,5'inin fazla kilolu, %33,4'ünün obez ve morbid obez olduğu görülmüştür (84). Akgöz'ün 2017'de

Antalya’da bir Aile Sağlığı Merkezine gelen 19 kişi ile yaptığı çalışmasında ortalama BKİ’nin $31,12\pm 5,58$ ’dir (85).

Huang ve ark.’nın (2017) in’de ülke çapında tamamladıkları çalışmada bireylerin %41,9’unun aşırı kilolu ve %16,4’unun obez olduğu belirlenmiştir (86).

Yapılan bu çalışmalarda BKİ oranlarının belirgin düzeyde yüksek olduğu grlmştir. Bu farklılığın sebebi yaş ortalmasının ve kadın cinsiyet sayısının çalışmamıza oranla daha yüksek bulunmasından kaynaklanmaktadır.

Steyn ve Nel (2003) tarafından yapılan bir çalışmada, Güney Afrika'daki siyahi kadınların büyük bir bölümünün aşırı kilolu ve obez olduğu grlmştir (87).

Benzer şekilde, Peltzer ve Pengpid (2012), Güney Afrika’da bir üniversitede yaptıkları çalışmada kız öğrencilerin erkek öğrencilere oranla obezite sıklığıının yüksek olduğunu belirtmişlerdir (88). Bu alışma sonuçlarını incelediğimizde, çalışmamıza oranla obezite düzeyinin yüksek olduğu düşünülmektedir. Bu farklılığın nedeni öğrencilerin üniversitede sağlıksız beslenme alışkanlığı gösterdikleri ve bununda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği söylenebilir.

Çalışmamızda kadın ve erkek katılımcıların sırasıyla bel çevresi $82,04\pm 10,44$ cm ve $90,81\pm 9,54$, kalça çevresi $95,15\pm 9,39$ cm ve $100,79\pm 8,32$, bel/kalça oranı $0,86\pm 0,08$ ve $0,90\pm 0,05$ ’dir (Tablo-10).

Gönül’n (2009) 178 ilaç firması çalışanı ile yaptığı araştırmada kadınlarda bel çevresi $78,80\pm 11,05$, erkeklerde bel çevresi $94,18\pm 8,68$ olduğu grlmştir (80).

2017 yılında Azerbaycan’ın Guba şehrinde yaşayan 20 yaş ve üstündeki 288 kişi ile yapılan bir çalışmada ise ortalama kalça çevresi 103 ± 11 cm, bel çevresi 93 ± 13 cm, bel/kalça oranı $0,9\pm 0,08$ cm olarak bulunmuş, cinsiyet ayrımı yapılmaksızın bel/kalça oranı 0,8 cm üzerinde olan bireylerin kardiyovasküler hastalıklara yatkın oldukları belirtilmiştir (89). Bu veriler doğrultusunda, yapılan bu çalışmalarda

erkeklerin bel çevresi ve ortalama bel/kalça oranının daha yüksek, kadınların bel çevresinin daha düşük olduğu söylenebilir.

2008'de Hejarnoe ve ark.'nın Danimarka'lı 360 denizci üzerinde yaptığı çalışmada, tamamı erkek olan katılımcıların %66'sının bel çevresinin >94 cm.'den ve %25'inin BKİ'sinin ≥ 30 'dan daha yüksek olduğu belirtilmiştir (76). Çalışmamız ile kıyaslandığında bel çevresi ve BKİ oranlarının yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın nedeni; sürekli olarak doymuş yağdan zengin beslenme, kısıtlı egzersiz alanına sahip olmaları, erkek yaşam kültürünün hakim olması, sektör ve kültür farklılığı olarak düşünülebilir.

TEKHARF 2017 bulgularına baktığımızda 2001/02 kohortunun kapsadığı 2350 kişide BKİ, bel çevresi ve bel/kalça oranı göze çarpmaktadır. Türk yetişkinlerinde erkek ve kadında sırasıyla ortalama bel çevresi 90,7 ve 90,8 cm, bel/kalça oranı 0,92 ve 0,86, BKİ'nin ise 27,3 kg/m² ve 29,1 kg/m² olduğu belirtilmiştir (17). Verilerimiz Türkiye verileri ile paralellik göstermektedir.

METSAR'ın 2005 yılında 4264 kişiyi kapsayan kohort çalışmasında, IDF'e göre tanımlanan bel çevresi ölçüsünün (E>94 cm, K>80 cm) ülkemiz kadınlarının %73,8'i, erkeklerin %43,2'si belirtilen kriterin üstünde değerlere sahip oldukları belirtilmiştir. Yine METSAR bulgularına göre %36'sının aşırı kilolu ve %30,4'ünün obez olduğu saptanmıştır (47). TEMD'e bakıldığında (E:102 cm, K:88 cm) abdominal obezite erkeklerde %17,2, kadınlarda %58,8, genel ortalama ise %36,2 olarak bildirilmiştir (45). 2009 yılında yayımlanan 10,748 kişi ile yapılan Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevelans Çalışması (CREDIT-Chronic Renal Disease In Turkey)'nda %55,7'sini kadınlar, %44,3'ünü erkekler oluşturmaktadır. Bulgular sonucunda abdominal obezite erkeklerde %17,3, kadınlarda %46,7, obezite sıklığı erkeklerde %15,5, kadınlarda %24,6 olduğu görülmüştür (90). METSAR, TEMD ve

CREDIT çalışması sonuçlarına bakıldığında bizim çalışmamızdan farklı olarak bel çevresi, bel/kalça oranı, BKİ ve abdominal obezite sıklığının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu farklılığın nedenini bizim çalışmamıza katılan kadın katılımcı sayısının ve yaş ortalamasının daha düşük olması olarak açıklayabiliriz.

Gözlelediğimiz bir diğer kriter ise kan basıncıdır. Literatür kan basıncının yüksekliğinin yaşın artmasıyla birlikte görülme oranının arttığını belirtmektedir (91). Çalışmamızda kadın ve erkek katılımcıların sırasıyla ortalama SKB değerleri $122,13 \pm 11,22$ mm/Hg ve $122,89 \pm 9,57$ mm/Hg, DKB değerleri $66,38 \pm 10,09$ mm/Hg ve $66,84 \pm 9,34$ mm/Hg ile optimal düzeyde olduğu gözlemlenmiştir. Her iki cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. Aynı zamanda çalışma kapsamına alınan 161 kişiden %5,59 hipertansiyon tanısına sahiptir (Tablo-10).

Sarıgül'ün 2014 yılında obez ve aşırı kilolu 1528 hasta üzerinde yürüttüğü çalışmada kan basıncı ölçümleri kadın ve erkeklerde sırasıyla; SKB $128,8 \pm 18,7$ ve $131,8 \pm 17,7$ mmHg, DKB $83,2 \pm 11,8$ ve $85,5 \pm 12,3$ olarak bulunmuştur (92). Akgöz'ün 2017 yılında orta düzeyde kardiyovasküler risk taşıyan 327 kişide yapılan ölçümler sonucunda %15,6'sında yüksek SKB ve %20,8'inde yüksek DKB olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda yaş artışına bağlı olarak kan basıncı düzeyinin arttığı vurgulanmıştır (85). TEKHARF'de Türkiye'nin değişik coğrafi bölgelerine göre yüksek kan basıncı bulunma oranı incelendiğinde %33,7 olduğu görülmüştür (17). 2009'da yapılan CREDIT çalışmasında yüksek kan basıncı sıklığı kadınlarda %35,7 ve erkeklerde %29,4 olarak bulunmuştur. Çalışmamız ile paralel olan 30-39 yaş aralığı yüksek kan basıncı sıklığı %20'dir (90). Bahsi geçen bu çalışmalarda gözlemlenen değerlerin tamamı, bizim çalışmamıza oranla anlamlı düzeyde yüksektir. Çalışmamızda bulunan ortalama SKB ve DKB düzeyleri normal aralıktadır. Yapılan bu çalışmalar ile bizim çalışmamız arasındaki farkın, bizim

çalışmamızdaki yaş ortalamasının daha düşük olmasından ve servis elemanlarının nisbeten hareketli bir iş yaşamına sahip olmalarından kaynaklandığı söylenebilir.

KVH için düzenlenebilir bir risk faktörü olan kan lipid profilinin takibi önemlidir. Çalışmamızda total kolesterol ve HDL-kolesterol düzeyleri incelenmiştir. Kadın ve erkeklerde sırasıyla ortalama total kolesterol değerleri $185,88 \pm 28,99$ mg/dL ve $189,62 \pm 39,50$ mg/dL normal aralıkta olduğu, HDL kolesterol değerleri ($49,17 \pm 10,92$ mg/dL ve $45,01 \pm 9,44$ mg/dL) ise kadınlarda normale çok yakın düşük, erkeklerde ise normal aralıkta fakat istenilenden düşük olduğu görülmektedir. Çalışmamızda kadınların %19,23'ünde, erkeklerin ise %70,49'unda HDL-kolesterol düşüklüğü göze çarpmaktadır (Tablo-11).

Akgöz'ün (2017) orta düzeyde kardiyovasküler risk taşıyan 327 kişide yapılan ölçümler yaptığı çalışmada katılımcıların ortalama total kolesterol düzeyinin $212 \pm 39,70$ mg/dL olduğu görülmüş ve %24,5'inin beklenen değerden daha yüksek (<200 mg/dL) olduğu belirtilmiştir (85). Oktay ve ark.'nın (2012) MS tanı kriterlerini incelemek amacıyla 210 yeni tanılı tip 2 diyabetli kişide yaptığı çalışmada, katılımcıların ortalama total kolesterol değeri $214,17 \pm 49,69$ mg/dL, HDL-kolesterol değeri ise $45,91 \pm 13,10$ mg/dL olarak belirlenmiştir. Bireylerin %57,1'inde ise HDL-kolesterol düşüklüğü bulunmaktadır (93). Yapılan bu her iki çalışmada da total kolesterol düzeyinin olması gereken değer üzerinde olduğu görülmektedir. Çalışmamıza kıyasla total kolesterol daha yüksek ve HDL-kolesterol benzer düzeyde düşüktür. Total kolesterol ortalamasından görülen farklılığın nedeni olarak her iki çalışmada da bireylerin yaş ortalamasının 50'den yüksek olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

5.4 Katılımcıların Kardiyovasküler Risk Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Dünyada ki teknolojik ve farmakolojik yeniliklere rağmen koroner kalp hastalığı en mühim ölüm ve sakatlık sebeplerinin ilk sıralarında yer almaktadır (80). TKD'nin Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzu'na göre; KKH'den korunmak için alınacak önlemlerin temelinde, hastalığa sebep olan yaşam tarzının ve çevresel faktörlerin değiştirilmesi, yüksek riskli bireyleri belirleyip özel önlemler alınması gelmektedir. Koroner kalp hastalığı farklı birçok risk faktörünü kapsamaması nedeniyle bireyin çevresi ile bir bütün olarak değerlendirilmesi büyük önem taşır (94).

Araştırma kapsamına aldığımız bireylerin kardiyovasküler risk düzeylerini belirlemek amacıyla Framingham Risk Hesap Cetveli (Framingham Risk Skoru) kullanılmıştır. FRS, araştırmaya katılan bireylerin 10 yıllık Mİ ve koroner kaynaklı ölüm riskini vermektedir. 2010 yılında 'Framingham Kalp Çalışmasının Küresel Risk Üzerindeki Etkisi'ni değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışma sonucunda göre; çok değişkenli faktörleri sorgulaması ve KAH geçirmemiş yüksek risk altındaki olguları sınıflandırmanın kolay olması nedeniyle FRS'nin tercih edilebileceği bildirilmiştir (95).

FRS'ye benzer olarak kardiyovasküler riski değerlendirmek için Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE), Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD), TEKHARF Risk Skoru, Prospective Cardiovascular Münster (PROCAM), Reynolds Risk Skoru, QRISK ve WHO/ISH gibi birçok farklı ülkenin kullandığı skorlama sistemleri geliştirilmiştir (42, 96, 97).

Çalışmamızda FRS değerleri incelendiğinde, %89,66'sının düşük, %8,05'inin orta ve %2,30'unun yüksek risk düzeyinde olduğu bulunmuştur. Katılımcıların

hesaplanan KVH riskinin oldukça düşük olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine, medeni durumlarına, alkol kullanma, egzersiz yapma, sürekli ilaç kullanmayı gerektiren hastalığı olması ve ailesinde kronik hastalık bulunması durumuna göre kardiyovasküler risk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo-18). Fakat katılımcıların sigara içme durumlarına göre kardiyovasküler risk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu saptanmış ve sigara içen bireylerin orta düzey kardiyovasküler risk oranı sigara içmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo-18).

Çalışmamızda sigara içme oranının %59,1 olduğu görülmüştür (Tablo-9). Yeşil ve Altıok'un (2012) ve Abacı'nın (2011) yaptıkları çalışmalarda, sigara kullanımının KVH oluşturma riskini önemli ölçüde arttırdığını ve önemli bir risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir (98,99). TÜİK'in 2009'da yayınladığı 'Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'nda; 15 yaş ve üzeri bireylerin %31,3'ünün her gün veya ara sıra sigara ve tütün mamülleri kullandığını ve en yaygın 24-44 yaş arasında olduğunu bildirilmiştir (100). Bu oran TÜİK 2014 verilerinde %27,3'e, 2016 yılında ise %26,5'e düşmüştür (83). Çalışmamızda sigara içme oranı (%59,1) yüksek olmasına rağmen, FRS'nin düşük çıkmasının sebebi yaş ortalamamızın ve sorgulanan diğer risk faktörlerinin düşük (total kolesterol, HDL-kolesterol ve kan basıncı) olmasına bağlı olabilir.

- Myasoedova ve ark.'nın 2013 yılında nüfusa dayalı FRS kullanarak kardiyovasküler risk öyküsü bulunmayan 1197 hastada gerçekleştirdikleri analizde, kadın ve erkek arasında anlamlı bir farklılık görülmemiş, kadın ve erkeklerde ortalama riskin %6 olduğu saptanmıştır. Risk skorunu yaş dışında etkileyen herhangi bir etken olmadığı belirtilmiştir (101).

- Simon ve ark. Fransa ve İsveç'teki (1997) Renault ve Volvo'nun kurumsal iş şirketlerinde kardiyovasküler risk faktörleri değerlendirilmek üzere 45-50 yaşları arasında rastgele seçilen 1000 erkek çalışan için Framingham Risk Skoru hesaplanmıştır. Çalışanların FRS puanları Fransız erkeklerde $3,6 \pm 2,72$, İsveçli erkeklerde $3,88 \pm 2,84$ olarak saptanmış, sigara içme ve alkol kullanma durumunun riski etkilediği görülmüştür (102).
- 156 kişi ile Gönül'ün 2009 yılında yaptığı çalışmada Framingham'dan alınan puan ortalaması erkeklerde $2,78 \pm 2,99$, kadınlarda $-2,79 \pm 5,78$ 'dir. Kadınların %3,5'i, erkeklerin %14,1'i orta ve yüksek risk grubundadır. FRS artmış yaş ve erkek cinsiyet ile anlamlı bir farklılık gösterirken, medeni durum, sosyoekonomik düzey, gece vardiyasında çalışma, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı ve akrabalarda kronik bir hastalığın bulunması ile anlamlı bir farklılık göstermemektedir (80).
- Marrugat ve ark.'nın (2003) İspanya'da iskemik kalp hastalığı oranının yüksek olmasına dayanarak yaptıkları çalışmada sırasıyla kadın ve erkeklerde ortalama FRS; %3,8 ve %10 olarak bulunmuştur. Ek olarak, çalışmada yapılan değerlendirmenin cinsiyet, diyabet varlığı ve sigara içme durumunun FRS'i negatif yönde etkilediği belirtilmiştir (103).
- Tekkeşin ve ark.'nın 2011 yılında (n:3169) 'Türk Erişkinlerde Framingham Risk Faktörleri'ni incelemek için yaptıkları çalışmada yaş ortalaması $46,5 \pm 6,2$, sigara içme oranı %36,32'dir. FRS kadın ve erkeklerde sırasıyla; %48,7 ve %32,7 orta, %4,6 ve %9,4 yüksek risk olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak; on yıllık koroner hastalık riskinin, Türk erkeklerinde kadınlara kıyasla iki kat daha ciddi bir tedavi süreci gerektirdiği ve FRS'nun klinik alanda kullanımı ile KVH öngörülmesi ve önlenmesi açısından uygun bir yöntem olduğu bildirilmiştir (104).

Yapılan bu çalışmalarda (80,101,102,103,104) belirtilen sonuçlar çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

- Görmel'in kardiyovasküler risk faktörlerini ve risk skorlama sistemlerinin koroner hastalıkları öngörmedeki yerini belirlemek amacıyla, 2015 yılında 414 koroner anjiyografi yapılan hastayla yürüttüğü çalışmada, FRS'ye göre %27,5 yüksek risk bulunmuştur. Ayrıca ciddi KAH bulunmasına rağmen yüksek risk kategorisine girmeyenlerin hastaların risk oranının Framingham'a göre %67,8 olduğu ve yaş artışı ile birlikte risk oranının arttığı belirtilmiştir (105).
- Çınar'ın 2017 yılında bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde iç hastalıkları servisine başvuran 117 yaşlı birey ile yürüttüğü çalışmada FRS; %5,9 düşük risk, %30,8 orta, %63,3 yüksek risk bulunmuştur. FRS'ye dayanarak on yıllık koroner kalp hastalığı riski, ortalama erkeklerde %33,6 ve kadınlarda %21,9 bulunmuştur. Çalışmaya katılan erkeklerin FRS'den aldığı puan, kadınlardan anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir (106).
- Salyer ve ark. 2006 yılında (n:95) HIV (Human Immunodeficiency Virus-İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü) enfeksiyonu varlığı bilinen kişilerde FRS kullanarak KKH riskleri ve yaşam biçimi davranışlarını incelediği çalışmada, katılımcıların %80'inde düşük risk, %20'sinde orta ve yüksek risk bulunmaktadır (107).
- Nomoto ve ark.'nın 2016 yılında Japonya'da bir hastanede, endotel disfonksiyonu ve ateroskleroza olmayan 103 ayaktan tedavi alan tip 2 diyabet hastasıyla yaptığı çalışmada KKH riskinin, yaş artışı ve hiç evlenmemiş olma durumu ile anlamlı düzeyde etkilendiği bildirilmiştir. Ek olarak, tip 2 diyabetin bireylerde KKH riski için önemli bir etken olduğu belirtilmektedir (108).
- Onat ve ark. tarafından TEKHARF kohortunun Framingham Risk Fonksiyonlarına göre değerlendirilmesi yapılmıştır. TEKHARF prospektif ana

bulgularında, çalışma için geliştirilen çizelgeye göre, erkeklerin ortalama 4,16 ve kadınların 2,3 puan aldığı belirtilmiştir. 2000 yılı TEKHARF verileri FRS'ye göre değerlendirildiğinde ortalama kadınlarda %6,4 ve erkeklerde %13,9 risk olduğu saptanmıştır. FRS, TEKHARF risk skoruna oranla daha düşük değerleri göstermektedir. FRS ve TEKHARF arasındaki farkın sebebinin ise yaş aralığının düşük olması olarak belirtmişlerdir (109).

Yapılan bu çalışmalar (105, 106, 107, 108, 109) çalışmamız ile farklılık göstermiş, KVH riskinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu farklılığın nedeni olarak, çalışma popülasyonlarının farklı olması, tek bir cinsiyet (erkek) üzerine yoğunlaşılması, farklı vardiyalarda çalışma durumu ve yaş ortalamasının $31,27 \pm 10,31$ 'den daha yüksek olması gösterilebilir.

5.5 Diyabet Risk Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Diyabet, multisistemik yaklaşım gerektiren bir hastalıktır. Bu yüzden risk taşıyan bireylerin izlemi ve koruyucu önlemler alınması oldukça önemlidir. En yaygın görülen endokrin hastalık olması ile beraber diyabet prevalansı gelişmekte olan ülkelerde artış göstermektedir. Dünyada 2010 yılında diyabetik kişi sayısı 220 milyon iken, 2025 yılında bu sayısının 300 milyon olacağı düşünülmektedir (110).

Çalışmamızda bireylerin tip 2 diyabet riskini değerlendirmek üzere, TDC tarafından geliştirilen Tip 2 Diyabet Risk Testi ve FINDRISK kullanılmıştır (111). Araştırmamıza dahil edilen bireylerin, tip 2 diyabet riskleri incelendiğinde, %85,71'inin düşük (<5 puan) ve %14,29'unun yüksek risk (>5 puan) düzeyinde olduğu görülmüştür. Katılımcıların, yaş gruplarına, medeni durumlarına, sektörde çalışma süresine, egzersiz yapma durumuna, kronik hastalığı olma ve ailede kronik hastalık öyküsü bulunma durumuna göre diyabet risk düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu görülmüştür ($p < 0.05$) (Tablo-17). Çalışmamızda 31

yaş ve üzeri yaş grubunda olan kişilerin, evli bireylerin, sektörde 6 yıl ve üzeri süredir çalışanların, egzersiz yapmayanların, kronik hastalığı olan ve ailesinde kronik hastalık öyküsü olan bireylerin yüksek diyabet riski taşıma oranı daha fazladır. Çalışmamızda FINDRISK'e bakıldığında %8,70'inin orta, %6,83'ünün yüksek ve çok yüksek risk düzeyinde olduğu belirlenmiştir (Tablo-12). Kullandığımız her iki skorlama yöntemine göre de çalışmamızda diyabet riskinin düşük olduğu saptanmıştır.

2013 yılında Selçuk'un Bigadiç'te yaşayan 45-74 yaş grubu 509 kişiyle gerçekleştirdiği çalışmada, FINDRISK; %25,4'ünün orta, %28 'inin yüksek ve çok yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda kronik hastalık bulunma durumunun diyabet olma riskini anlamlı düzeyde etkilediği belirtilmiştir (112). İğci'nin 2018 yılında 3138 kişi ile bir Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yaptığı diyabet risk değerlendirmesinde American Diabetes Association (ADA-Amerikan Diyabet Birliği) Tip 2 Diyabet Risk Testi kullanılmıştır. Çalışmada bireylerin % 68'inin diyabet riski düşük (<5 puan), %32'sinin yüksek (>5 puan) bulunmuştur. Yaşı 40 ve üzeri olanların, egzersiz yapmayanların, ailesinde kronik hastalık bulunanların, eğitim düzeyi düşük olanların ve gelirini az olarak ifade eden kişilerin diyabet risk düzeyini yüksek bulunmuştur. ADA'nın önerdiği Tip 2 Diyabet Risk Testi ve TDC'nin geliştirdiği ve çalışmamızda kullanılan Tip 2 Diyabet Risk Skoru aynı sorulardan oluşmaktadır (113).

Yapılan bu çalışmalarda (112, 113) çalışmamıza kıyasla tip 2 diyabet riski daha yüksektir. Farkın nedeni her iki çalışmada da yaş ortalamasınının 40'ın üzerinde olması ve daha büyük bir alanda çalışılmış olması olabilir. Aynı zamanda hastalarda hipertansiyon oranı bizim çalışmamıza (%5,59) göre daha yüksek olabilir, buda bize

HT varlığında diyabet oluşum riskinin HT olmayanlara oranla iki kat daha fazla olduğunu hatırlatmaktadır (114).

Bölüm 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuç

“Yeme İçme Sektöründe Çalışanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kardiyometabolik Risklerinin Belirlenmesi” amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

- Araştırmaya katılmayı kabul eden 161 kişinin yaş ortalaması $31,7 \pm 10,31$ 'dir.
- Çalışan işletme sahibi, aşçı, garson ve servis elemanlarının %70,81 erkek ve 58,39 evlidir.
- %52,80'si 6 yıl ve üzeri süredir sektörde çalışmaktadır.
- Katılımcıların %82,61'i günlük 9 saat üzeri çalışmakta ve 24,22'si gelirini az olarak ifade etmektedir.
- Katılımcıların %59,01'i sigara içmekte ve %53,42'si alkol kullanmaktadır.
- Çalışanların %11,80'i kendisinde kronik bir hastalık bulunduğunu, %47,83'ü ailesinde bir veya daha fazla kronik hastalık (%45,45 DM, %42,86 kalp hastalığı, %33,77 HT) olduğunu belirtmiştir.
- Katılımcıların SYBDÖ II aldıkları ortalama puan (135,25) literatür ortalamasından yüksektir (min: 90 - mak: 202) ve yeme içme sektöründe çalışanların yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranışı gösterdikleri söylenebilir.
- Katılımcılar SYBDÖ II alt boyutlarından en yüksek puanı manevi gelişimden (28,83), en düşük puanı ise fiziksel altıvitenden (17,32) almışlardır.

- Çalışmamızda SYBD Ölçek ve ölçek alt boyutlarından alınan puanları gelir durumu, egzersiz yapma ve ailesinde olan kronik hastalıklar etkilemiş, yaş grubu, cinsiyet ve eğitim durumu, sektörde çalışma süresi, günlük çalışma süresi, sigara içme, alkol tüketme ve kendisinde bulunan kronik hastalık durumu etkilememiştir.
- Çalışmamızda geliri fazla olan katılımcıların sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyutlarından aldıkları puanlar diğer katılımcılara göre daha yüksektir.
- Ailesinde kronik hastalık olmayan katılımcıların manevi gelişim alt boyutundan aldıkları puanlar daha yüksektir.
- Kadın ve erkek katılımcıların sırasıyla BKİ düzeyi $24,23 \pm 4,10 \text{ kg/m}^2$ ve $25,97 \pm 4,16 \text{ kg/m}^2$ olarak bulunmuştur.
- Erkeklerde aşırı kilolu ve obez oranının (%54,39) kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Çalışma kapsamına aldığımız 161 kişiden %59'u hipertansiyon tanısına sahiptir.
- Katılımcıların %2,30'unun FRS'si yüksek risk düzeyindedir.. Hesaplanan KVH riski oldukça düşüktür.
- Çalışmamızda sigara içme oranının %59,1 olduğu saptanmıştır. Sigara içen katılımcıların FRS'si, içmeyenlere göre yüksek bulunmuştur.
- Araştırmamıza dahil edilen bireylerin, %85,71'inin düşük, %14,29'unun yüksek tip 2 diyabet risklerine sahiptir.
- 31 yaş ve üzeri yaş grubunda olan kişilerin, evli bireylerin, sektörde 6 yıl ve üzeri süredir çalışanların, egzersiz yapmayanların, kronik hastalığı olan ve ailesinde kronik hastalık öyküsü olan bireylerin yüksek diyabet riski taşıma oranı daha fazladır.
- Çalışmada elde ettiğimiz bulgular, MERSAR, TEKHARF, CREDIT gibi çalışmalardan daha düşük veriler sunmaktadır.
- Yüksek risk grubundaki kişilere ulaşılarak uzman hekime yönlendirildi.

6.2 Öneriler

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda belirlenen öneriler yer almaktadır.

- Elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda, kardiyometabolik risk faktörlerinin farkına varılmasına yönelik toplumsal farkındalık çalışmalarında hemşirelerin sorumluluklarının önemine yönelik düzenlemelerin yapılması,
- KKH ve risk faktörleri konusunda farkındalık geliştirme programları düzenlenmesi,
- İş yerlerinde çalışanlara olumlu sağlık davranışlarının artması için destek verilmesi,
- Sağlık davranışı geliştirme programları grubun özellikleri ve ihtiyaçları doğrultusunda hazırlanması,
- Erkeklerde aşırı kilolu ve obez oranı daha yüksek olduğu için özellikle erkeklerin bu konuda bilgilendirilmesi,
- Farklı sektörlerde de SYBD ile ilgili çalışmalar yapılması,
- Daha büyük bir örneklem grubunda FINDRISK ve Tip 2 Diyabet Risk Skoru birlikte kullanılarak aradaki sınıflandırma farkının incelenmesi,
- Farkındalığı artırmaya yönelik medya ve politik işbirlikleri ile bilgilendirme ve farkındalık oluşturma program ortaklıklarının yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- [1] Balkan F. (2014), *Metabolik Sendrom*, Ankara Medical Journal, 13(2).
- [2] Sampson, U. K. Fazio, S. ve Linton, M. F. (2012), *Residual Cardiovascular Risk Despite Optimal LDL Cholesterol Reduction With Statins: The Evidence, Etiology, And Therapeutic Challenges*, Current Atherosclerosis Reports, 14(1), 1-10.
- [3] Şahan, C. Sözmen, K. Doğanay, S. Ünal, B. (2015), *Türkiye’de Kalp ve Damar Hastalıkları Sıklıklarındaki Değişimin Değerlendirilmesi*, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 13(1), 62-80.
- [4] Lindström, J. ve Tuomilehto, J. (2003), *The Diabetes Risk Score: A Practical Tool to Predict Type 2 Diabetes Risk*, Diabetes Care, 26(3), 725-731.
- [5] Ford, E.S. Giles, W.H. Dietz, W.H. (2002), *Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey*, Jama, 287(3), 356-359.
- [6] Sahyoun, N. R. Jacques, P. F. Zhang, X. L. Juan, W. McKeown, N. M. (2006), *Whole-grain intake is inversely associated with the metabolic syndrome and mortality in older adults*, The American Journal of Clinical Nutrition, 83(1), 124-131.

- [7] Schwingshackl, L. Ve Hoffmann, G. (2014), *Dietary Fatty Acids in the Secondary Prevention of Coronary Heart Disease: A Systematic Review, meta-analysis and meta-regression*, BMJ open, 4(4), 1-9.
- [8] Türk Diyabet Cemiyeti, <http://www.diabetcemiyeti.org/c/turdep-2-sonuclarinin-ozeti> (17 Mayıs 2018)
- [9] Obezite, T. E. M. D. ve Grubu, H. Ç. (2017), *Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 11-19.
- [10] Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, <http://www.saglikbakanligi.com/> (20 Haziran 2018)
- [11] Bozhüyük, A. Özcan, S. Kurdak, H. Akpınar, E. Saatçı, E. Bozdemir, N. (2012), *Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği*, Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 6(13), 88-92.
- [12] Kocaakman, M. Aksoy, G. ve Eker, H. H. (2010), *İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 17(2), 19-24
- [13] Erkin, Ü. (2014), *Üniversite Öğrencilerinde Ruh Sağlığı, Sağlık Kaygısı ve Sağlık Davranışları Arasındaki İlişkiler*, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi.

- [14] Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, *Obezite*, <http://www.thsk.gov.tr> (28 Mayıs 2019)
- [15] Güleç, S. (2009), *Kalp Damar Hastalıklarında Global Risk ve Hedefler*, Türk Kardiyol Derneği Araştırması 37, 3-5.
- [16] Durna, Z., ve Akın, S. (2012). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri, (1):197, 198.
- [17] Onat, A. T. Tekharf (2017), *Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük* [electronic resource]. Edited by Altan ONAT. İstanbul: Logos Yayıncılık, 180.
- [18] Yumuk, V. D. (2005), *Prevalence of Obesity in Turkey*, Obesity Reviews, 6(1), 9-10.
- [19] <https://www.graduatenuresingedu.org/cardiology/> (25 Haziran 2018).
- [20] World Health Organization (WHO), <https://www.who.int/about/mission/en/> (21 Şubat 2019)
- [21] Vural. P. I. ve Bakır N. (2015), *Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler*, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(1).

- [22] Kasapoğlu, E. S. (2015), *Meslek Yüksekokulu ğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Bülent Ecevit Üniversitesi.
- [23] Kocaakman, M. Aksoy. G. Eker, H. H (2010), *İstanbul İlindeki Hembirelik Yüksekokulu ğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 17(2), 19-24.
- [24] zcan, S. ve Bozhuyuk, A. (2016), *Healthy life behaviors of the health science students of Cukurova University*, Cukurova Medical Journal, 41(4), 664-674.
- [25] Sezer, A.(2012), *Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara niversitesi.
- [26] zkan A. (2018), *Sınıf ğretmenlerinin ve Adaylarının Enerji ve Besin ğesi Alımları (Beslenme Alışkanlıkları) İle Sağlıklı yaşam Biçimi Davranışlarının ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Bartın niversitesi.
- [27] şen, M.A. Ceylan, A. Kurt, M. E. Palancı, Y. Adın, C. (2017), *Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ğrenilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler*, Dicle Tıp Dergisi, 44 (1) : 111.

- [28] Özarıslan, B. B. (2013), *Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- [29] Koçoğlu, D. (2006), *Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi.
- [30] Demir S. (2016), *Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Çalışan Güvenliği Konusundaki Farkındalıkları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*, Yüksek Lisans Tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi.
- [31] World Health Organization (WHO),
(<https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/>) (23 Şubat 2019)
- [32] Çetiner, S. H. (2014), *Hastane Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.
- [33] Tedik, S. E. (2015), *Hemşirelik Öğrencilerinde Fazla Kilo Durumu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi.
- [34] Oral, B. (2018), *Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi.

- [35] T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/yeterli-ve-dengeli-beslenme-nedir.html> (02 Nisan 2019)
- [36] Öz, Ş. (2018), *Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- [37] International Council of Nurses (ICN), <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions> (28 Şubat 2019)
- [38] Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği-TEMED (2018), *Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu*.
- [39] APPG on Global Health (2016), *A Report by the All-Party Parliamentary Group on Global Health* , <http://www.appg.globalhealth.org.uk> (1 Haziran 2019)
- [40] Yeşil, P. ve Altıok, M. (2012), *Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolünde Fiziksel Aktivitenin Önemi*, Türk Kardiyol Derneği-Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi.
- [41] Helvacı, A. Tipi, F. F. ve Belen E. (2014), *Obeziteye Bağlı Kardiyovasküler Hastalıklar*, Okmeydanı Tıp Dergisi, 30(Ek Sayı 1) : 5-14.

- [42] Yıldız, Z. Arıkan, İ. Metintaş, C. S. Kalyoncu, C. Yıldız, Z (2009), *Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARİF-BD) Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği*, Türk Kardiyol Derneği, 37(1), 35-40.
- [43] Boston University & The National Heart, Lung & Blood Institute, <https://www.nhlbi.nih.gov/science/framingham-heart-study-fhs> (12 Nisan 2019)
- [44] Framingham Heart Study, <https://www.framinghamheartstudy.org/fhs-about/history/epidemiological-background/> (13 Nisan 2019)
- [45] Metabolik Sendrom Klavuzu (2009), Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.
- [46] Özer S. (2019), *Metabolik Sendrom ve Bakım Yönetimi, Olgu Senaryolarıyla İç Hastalıkları Hemşireliği*, İstanbul; Tıp Kitabevi,syf:310-316.
- [47] METSAR, Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması, 2016.
- [48] World Health Organization-WHO, Pan American Health Organization-PAHO, <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7835/5138.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (24 Haziran 2019)
- [49] Kaplan, G. ve Dedeli, Ö. (2012), *Kavram ve Kuramlar, Metabolizma Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, İstanbul, İstanbul Kitabevi.

- [50] Hales, C. M. Carroll, M. D. Fryar, C. D. Ogden, C. L. (2017), *Prevalence of Obesity Among Adults and Youth: United States, National Center for Health Statistics Data Briefs*, 2015–2016.
- [51] Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Sağlık Araştırması (TÜİK), *Türkiye Sağlık Araştırması Hakkında Genel Açıklama*, (31 Mayıs 2017)
- [52] KADEM, Kıbrıs Toplumsal ve Ekonomik Araştırmalar Merkezi, <http://kadem.org.tr/> (10 Haziran 2019)
- [53] Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (2018), *Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu*.
- [54] Joint National Committee/Birleşik Ulusal Komite (2017), *Amerika Hipertansiyon Kılavuzu (ACC/AHA)*.
- [55] Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey, the PatenT study in 2003, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16148604>, (10 Mart 2019)
- [56] Gönel, P. (2019), *Hastaların Hipertansiyon Bilgilerinin Tedaviye Uyum ve Öz-Etkililik Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi.
- [57] International Diabetes Federation (IDF), <https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes.html> (20 Mart 2019)

- [58] Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği-TEMED (2018), Diyabet Risk Belirleme ve İzlem Klavuzu.
- [59] International Diabetes Federation- IDF (2017), *Diabetes Atlas Eighth Edition*, <https://diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html> (30 Mart 2019)
- [60] T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Diyabet Programı 2015-2020*, https://extranet.who.int/ncdccs/Data/TUR_D1_T%C3%BCrkiye%20Diyabet%20Program%C4%B1%202015-2020.pdf (1 Nisan 2019)
- [61] Kıbrıs Türk Diyabet Derneği, http://www.diyabetderneği.com/duyuru.php?duyuru=DYR_41594&d=kibris-d%C4%B0yabet-%C3%87ali%C5%9Eetayi-2015 (26 Mart 2019)
- [62] Ulusal Diyabet Konsensus Grubu, *Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi* (2017), Türkiye Diyabet Vakfı, https://www.turkdiab.org/admin/PICS/webfiles/Diyabet_tani_ve_tedavi__kitabi.pdf (1 Nisan 2019)
- [63] Türk Diyabet Hemşireleri Derneği, http://www.tdhd.org/dhd_kitab.php (23 Mart 2019)
- [64] Durna, Z. (2013), *İç Hastalıkları Hemşireliği*, İstanbul, Akademik Basın ve Yayıncılık, 231-252.
- [65] TÜRKDİAB, *Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi*, 2017.

- [66] Türk Diyabet Cemiyeti, <http://www.diabetcemiyeti.org/c/tip-2-diyabet-icin-risk-faktorleri> (24 Haziran 2019)
- [67] Bedük. T. (2016), *İç Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları*, Ankara, Güneş Tıp Kitabevi.
- [68] Türk Kardiyoloji Derneği, Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/3_18530.htm?wbnum=1103 (10 Haziran 2019)
- [69] Bahar, Z. Beser, A. Gordes, N. Ersin, F. Kissal, A. (2008), *Healthy Lifestyle Behavior Scale II: A Reliability And Validity Study*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi, 12, 1-13.
- [70] Türk Kardiyoloji Derneği-TKD, <https://www.tkd.org.tr> (20 Mayıs 2019)
- [71] Türk Diyabet Vakfı, <http://www.turkdiab.org/> (20 Mayıs 2019)
- [72] Özkan, S. ve Yılmaz, E. (2008), *Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(7), 89-105.
- [73] On, B. (2016), *Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi ile ilgili Görüşleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi.

- [74] Gençgün, F. (2018), *Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi.
- [75] Çakır, M. Piyal, B. and Aycan, S. (2015), *Healthy lifestyle behaviors and quality of life in physicians: a Faculty of Medicine Based Cross-Sectional Study*. Ankara Medical Journal, 15(4).
- [76] Hejearnoe, L. and Leppin, A. (2013), *Health promotion in the Danish maritime setting: challenges and possibilities for changing lifestyle behavior and health among seafarers*. BMC Public Health, 13(1), 1165.
- [77] Tedik, S.E. and Hacialioğlu, N. (2018), *Investigation of the Relationship Between Excess Weight and Healthy Lifestyle Behaviors in Nursing*, International Refereed Journal of Nursing Researches (UHD).
- [78] Akgün Kostak, M. Kurt, S. Süt, N. Akarsu, Ö. ve Ergül, G. D. (2014), *Hemşirelik ve Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*, TAF Prev Med Bull 2014; 13 (3): 189-196.
- [79] Bostan, N. (2013), *Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi.
- [80] Gönül, G. (2009), *Bir İlaç Firmasında Çalışanların Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.

- [81] Janse van Rensburg, C. ve Surujlal, J. (2013), *Gender differences related to the health and lifestyle patterns of university students*, Health SA Gesondheid (Online), 18(1), 1-8.
- [82] Gümüş, E. (2018), *Manisa Sarıgöl İlçesindeki lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi.
- [83] Türkiye İstatistik Araştırması (2017), Haber Bülteni, Sayı: 24573, www.tuik.gov.tr (30 Mayıs 2019)
- [84] Avcı, İ. A. ve Erdoğan, T. K. (2015), *Hazelnut Factory Workers in Working in the Evaluation of the Frequency of Obesity and Healthy Life Habits*, TAF Preventive Medicine Bulletin, 14(5).
- [85] Akgöz, A. (2017), *Kardiyovasküler Hastalık Riski Orta Düzeyde Olan Bireylere Hemşire Liderliğinde Yaptırılan Fiziksel Aktivitenin Risk Düzeyini Düşürmeye Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi.
- [86] Huang, Y. Li, J. Zhu, X. Sun, J. Ji, L. Hu, D. ... CCMR-3B STUDY Investigators. (2017), *Relationship between healthy lifestyle behaviors and cardiovascular risk factors in Chinese patients with type 2 diabetes mellitus: a subanalysis of the CCMR-3B STUDY*, Acta Diabetologica, 54(6), 569-579.

- [87] Senekal, M. Steyn, N. P. ve Nel, J. H. (2003), *Factors Associated With Overweight/Obesity In Economically Active South African Populations, Ethnicity & disease*, 13(1), 109-116.
- [88] Peltzer, K. ve Pengpid, S. (2012), *Body Weight And Body Image Among A Sample Of Female And Male South African University Students*, *Gender and Behaviour*, 10(1), 4509–4522.
- [89] Mammadova, A. (2017), *Azerbaycan Guba Şehrinde Metabolik Sendrom ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması*, Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- [90] Chronic Renal Disease İn Turkey (CREDIT), *Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevelans Çalışması*, http://www.turkhipertansiyon.org/kongre2010/gultekin_suleymanlar.pdf (10 Mayıs 2019)
- [91] Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği –TEMED. (2018), *Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Klavuzu*, Obezite, Lipid Metabolizması ve Hipertansiyon Çalışma Grubu, Ankara.
- [92] Sarıgüzel, Y. C. (2014), *Obez ve Aşırı Kilolu Hastalarda Farklı Antropometrik Ölçümlerin ve Kardiyometabolik Risk Faktörlerinin Prediktif Değerlerinin Karşılaştırması*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Düzce Üniversitesi.

- [93] Oktay, M. Oktay, G. Ertekin, Y. Sönmez, C. ve Sönmez, F. (2012), *Yeni Tespit Tip 2 Diyabetik hastalarda Metabolik Sendrom sıklığı ve bileşenlerinin değerlendirilmesi*, Ankara Medical Journal, 12(4).
- [94] Türk Kardiyoloji Derneği, Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzu, <https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k11/4e423.htm?wbnum=1604> (06 Haziran 2019)
- [95] Bitton, A. ve Gaziano, T. (2010), *The Framingham Heart Study's Impact on Global Risk Assessment*, Progress in Cardiovascular Diseases, 53(1), 68-78.
- [96] Kültürsay, H. (2011), *Kardiyovasküler Hastalık Riski Hesaplama Yöntemleri*, Türk. Kardiyol. Dern. Arş, 39, 6-13.
- [97] Öksüz, F. ve Yayla, C. (2018), *SCORE Kardiyovasküler Risk Puanlama Sistemi ile Non-dipper Hipertansiyon Arasındaki İlişki*, Dicle Tıp Dergisi, 45(4), 379-386.
- [98] Yeşil, P. ve Altıok, M. (2012), *The Importance Of Physical Activity In The Prevention And Control Of Cardiovascular Diseases*, Turkish Journal of Cardiovascular Nursing, 3(3), 39-48.
- [99] Abacı, A. (2011), *The current status of cardiovascular risk factors in Turkey*, Archives of the Turkish Society of Cardiology, 39:4, 1-5.

- [100] Türkiye İstatistik Kurumu-TÜİK (2008), Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, Haber Bülteni.
- [101] Myasoedova, E. Akkara Veetil, B. M. Matteson, E. L. Kremers, H. M. McEvoy, M. T. ve Crowson, C. S. (2013), *Cardiovascular Risk in Psoriasis: a Population-Based Analysis With Assessment of the Framingham Risk Score*, Scientifica.
- [102] Simon, A. Dimberg, L. Levenson, J. Lanoiselee, C. Massonneau, M. Eriksson, B... and Hansson, L. (1997), *Comparison of Cardiovascular Risk Profile Between Male Employees of Two Automotive Companies in France And Sweden*, European Journal of Epidemiology, 13(8), 885-891.
- [103] Marrugat, J. Solanas, P. Ralph, D. Sullivan, L. Ordovas, J. Cordon, F... and Elosua, R. (2003), *Coronary Risk Estimation in Spain Using a Calibrated Framingham Function*, Revista Espanola De Cardiologia, 56(03), 253-261.
- [104] Tekkeşin, N. Kılınç, C. ve Ökmen, A. Ş. (2011), *Investigation of Framingham Risk Factors in Turkish Adults*, Journal of Clinical and Experimental Investigations, 2(1), 42-49.
- [105] Görmel, S. (2015), *Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin ve Risk Skorlama Sistemlerinin Koroner Aterosklerozu Öngörmedeki Yeri*, Uzmanlık Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi.

- [106] Çınar, K. (2017), *Yaşlı Metabolik Sendromlu Hastalarda Kardiyovasküler Riski Arttıran Faktörlerin Belirlenmesi*, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- [107] Salyer, J. Lyon, D. E. Settle, J. Elswick, R. K. ve Rackley, D. (2006), *Coronary Heart Disease Risks And Lifestyle Behaviors in Persons With HIV Infection*, Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 17(3), 3-17.
- [108] Nomoto, H. Miyoshi, H. Furumoto, T. Oba, K, Tsutsui, H. Inoue, A. ... ve SAIS Study Group (2016), *A Randomized Controlled Trial Comparing the Effects of Sitagliptin and Glimpiride on Endothelial Function and Metabolic Parameters*, Sapporo Athero-Incretin Study 1, 11(10), e0164255. doi:10.1371/journal.pone.0164255.
- [109] Onat, A. Uysal, Ö. ve Hergenç, G. (2001), *TEKHARF Çalışması Orijinal Kohortunun Framingham Risk Fonksiyonuna Göre Değerlendirilmesi: Halkımızın Mutlak Koroner Riskinin Yüksekliğine İlişkin Bir Ek Kanıt*. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 29(4), 208-214.
- [110] Önmez, A. ve Tamer, A. (2017), *Bir Üniversite Hastanesi Diyabet Polikliniğine Başvuran Hastaların İzlem Sonuçlarının Değerlendirilmesi*, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(3), 143-147.
- [111] Türk Diyabet Cemiyeti- TDC, <http://www.diabetcemiyeti.org/> (1 Haziran 2019)

- [112] Tari Selçuk, K. (2013), *Bigadiç'te 45-74 Yaş Bireylerde Tip 2 Diyabet Riskinin Belirlenmesi*, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi.
- [113] İğci, M. A. (2017), *Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Erişkin Bireylerde Risk Değerlendirme Skorlama Sistemi Kullanılarak Tip 2 Diyabet Riskinin Taranması*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- [114] Türk Hipertansiyon Derneği, www.turkhipertansiyon.org (5 Haziran 2019)

EKLER

Ek 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



Doğu Akdeniz Üniversitesi
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
Sağlık Etik Alt Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Yalın ve anlaşılır bir dil kullanılarak hazırlanmalıdır. Formda yer alan bilgiler başvuru dosyasındaki diğer belgelerdeki bilgilerle uyumlu olmalıdır.)

ARAŞTIRMANIN ADI:

(Aşağıdaki paragraf değiştirilmemelidir, yalnızca boşluklar başvurusu yapılan araştırmaya göre tamamlanmalıdır)

Bu form ile “*Yeme İçme Sektöründe Çalışanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kardiyometabolik Risklerinin Belirlenmesi*” isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, Yard. Doç. Dr. Handan Sezgin sorumluluğu altında yapılmaktadır.

Araştırmanın Konusu ve Amacı:

Kardiyometabolik hastalıklar dünyada ve ülkemizde en önemli ölüm nedenidir ve sıklığı giderek artmaktadır. Mücadelede en önemli basamak hastalık ortaya çıkmadan, hastalığı ortaya çıkaran risk faktörlerinin ortadan kaldırılarak hastalığın önlenmesidir. Hemşireler kardiyometabolik hastalıklara karşı toplumu, bireyleri, hastaları ve ailelerini eğitmek, sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerini desteklemek ve motive etmede öncelikli olduğu gruptur.

Risk faktörlerinin kontrol altına alınabilmesi için, öncelikle bu risk faktörlerinin ortaya konulması gerekir. Bu sebeple araştırma yeme içme sektöründe çalışanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve kardiyometabolik risklerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın Yöntemi:

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Tanıtıcı Özellikler Formu, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçen ve toplam 52 maddeden oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II), diyabet için Türk Diyabet Cemiyeti tarafından geliştirilen Tip 2 Diyabet Risk Testi kullanılması planlanmaktadır.

Kan basıncı, kilo ve boy, bel çevresi ölçümü yapılacaktır. Ayrıca parmak ucundan alınacak bir damla kan ile kan şekeri ve total kolesterol ölçümü için; Accutrend Plus GCTL (glukoz+ kolesterol) kullanılacaktır. Ölçüm sırasında bir kirli kabı ve eldiven kullanılacak, atıklar muhafaza edilecektir. Ulaşılan test sonuçları hakkında size bilgi verilecek, kişisel bilgileriniz herhangi bir yerde veya kurumla paylaşılmayacaktır.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler :

Gereksininiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı : Zeynep Demirezen
Görevi : Yüksek Lisans Öğrencisi
Telefon: 0533 880 6613

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

(Aşağıdaki paragraf değiştirilmemelidir, yalnızca boşluklar başvurusu yapılan araştırmaya göre tamamlanmalıdır)

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağım şekilde cevapladı.

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda Zeynep Demirezen ile iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Arş. Gör. Zeynep Demirezen
Adres: DAÜ Sağlık Bilimleri Fakóltesi C blok 1.kat
Tel: 0533 880 66 13

İmza:

Tarih:

Ek 2: Tanıtıcı Özellikler Formu

Sayın katılımcı;

Bu çalışma ‘‘Gazimağusa Bölgesinde Yeme İçme Sektöründe Çalışanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kardiyometabolik Risklerinin Belirlenmesi’’ amacıyla planlanmıştır. Anket sorularına vereceğiniz yanıtlar hiçbir kişi ya da kuruma verilmeyecek, yalnızca araştırmacı tarafından bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Soruları eksiksiz yanıtlamanızı bekler, katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Zeynep Demirezen

Doğu Akdeniz Üniversitesi

Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

1.Kaç yaşındasınız?

.....

2. Cinsiyetiniz nedir?

Kadın () Erkek ()

3. Eğitim durumunuz nedir?

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| a) Okur- yazar değil () | d) Ortaokul mezunu () |
| b) Okur- yazar () | e) Lise mezunu () |
| c) İlkokul mezunu () | f) Yüksekokul/Fakülte mezunu () |

4. Medeni durumunuz nedir?

Evli () Bekar ()

5. İşletmedeki görev yeriniz nedir?

Yiyecek ve içecek hazırlama ()

Yiyecek ve içecek servis ()

6. Bu sektörde kaç yıldır çalışıyorsunuz?

.....

7.Günlük ortalama kaç saat çalışıyorsunuz?

.....

8. Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

Gelir giderden fazla ()

Gelir gidere eşit ()

Gelir giderden az ()

9. Sigara içiyor musunuz? Cevabınız hayır ise 11. soruya geçiniz.

Evet () Hayır ()

10. Miktar:.....adet Günde () Haftada () Ara sıra ()

11. Alkol tüketiyor musunuz? Cevabınız hayır ise 13. soruya geçiniz.

Evet () Hayır ()

12. Miktar:..... Günde () Haftada () Ayda () Ara sıra()

13. Egzersiz yapıyor musunuz? Cevabınız hayır ise 13. soruya geçiniz.

Evet () Hayır ()

Günde.....dk, Haftada.....dk, Ara sıra.....dk

14. Sürekli ilaç kullanmak zorunda olduğunuz bir hastalığınız var mı? Cevabınız hayır ise 16. soruya geçiniz.

Evet () Hayır ()

15. Cevabınız evet ise hastalığınız nedir ?

.....

16. Hangi ilaçları kullanıyorsunuz ?

.....

17. Ailenizde hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı veya obezite var mı?

Evet () Hayır () Diğer ()

18. Cevabınız evet ise hastalığı nedir?

.....

Ek 3: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Verilen cevapların doğru ya da yanlış herhangi bir değeri yoktur. Hiç bir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlıklı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				

23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

Ek 4: Framingham Risk Skoru

Framingham Risk Hesap Cetveli

Erkekler için						Kadınlar için					
Yaş	Puan					Yaş	Puan				
20-34	-9					20-34	-7				
35-39	-4					35-39	-3				
40-44	0					40-44	0				
45-49	3					45-49	3				
50-54	6					50-54	6				
55-59	8					55-59	8				
60-64	10					60-64	10				
65-69	11					65-69	12				
70-74	12					70-74	14				
75-79	13					75-79	16				
Puan						Puan					
Total kolesterol (mg/dl)	Yaş 20-39	Yaş 40-49	Yaş 50-59	Yaş 60-69	Yaş 70-79	Total kolesterol (mg/dl)	Yaş 20-39	Yaş 40-49	Yaş 50-59	Yaş 60-69	Yaş 70-79
<160	0	0	0	0	0	<160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0	160-199	4	3	2	1	1
200-239	7	5	3	1	0	200-239	8	6	4	2	1
240-279	9	6	4	2	1	240-279	11	8	5	3	2
≥280	11	8	5	3	1	≥280	13	10	7	4	2
Puan						Puan					
Sigara durumu	Yaş 20-39	Yaş 40-49	Yaş 50-59	Yaş 60-69	Yaş 70-79	Sigara durumu	Yaş 20-39	Yaş 40-49	Yaş 50-59	Yaş 60-69	Yaş 70-79
Sigara içmiyorsa	0	0	0	0	0	Sigara içmiyorsa	0	0	0	0	0
Sigara içiyorsa	8	5	3	1	1	Sigara içiyorsa	9	7	4	2	1
Puan						Puan					
HDL kolesterol (mg/dl)	Puan					HDL kolesterol (mg/dl)	Puan				
≥60	-1					≥60	-1				
50-59	0					50-59	0				
40-49	1					40-49	1				
<40	2					<40	2				
Puan						Puan					
Sistolik kan basıncı (mmHg)	Tedavi almıyorsa		Tedavi alıyorsa		Sistolik kan basıncı (mmHg)	Tedavi almıyorsa		Tedavi alıyorsa			
<120	0		0		<120	0		0			
120-129	0		1		120-129	1		3			
130-139	1		2		130-139	2		4			
140-159	1		2		140-159	3		5			
≥160	2		3		≥160	4		6			
Puan						Puan					
Toplam puan			10 yıllık risk (%)			Toplam puan			10 yıllık risk (%)		
<0			<1			<9			<1		
0			1			9			1		
1			1			10			1		
2			1			11			1		
3			1			12			1		
4			1			13			2		
5			2			14			2		
6			2			15			3		
7			3			16			4		
8			4			17			5		
9			5			18			6		
10			6			19			8		
11			8			20			11		
12			10			21			14		
13			12			22			17		
14			16			23			22		
15			20			24			27		
16			25			≥25			≥30		
≥17			≥30								

Şekil 1. Framingham risk hesap cetveli: Öncelikle cinsiyete göre tablo seçilmelidir. Yaş, total kolesterol, sigara, HDL kolesterol ve sistolik kan basıncı ile ilgili bölümlerde yaş grubuna uygun puan seçilerek puanlar toplanmalı ve en son aşamada toplanan puanın karşılık geldiği 10 yıllık koroner olay riski hesaplanmalıdır. Bu tabloda sadece koroner olay riski (ölümcül ve ölümcül olmayan toplamı) hesaplanır. <%10 düşük riski, %10-20 orta riski, >%20 yüksek riski gösterir.

Ek 5: Tip 2 Diyabet Risk Testi

TIP 2 DİYABET* RİSKİ TAŞIYOR MUSUNUZ?

Testi yapın, hemen öğrenin



TÜRK DİYABET CEMİYETİ

Puanınızı
Buraya Yazın

1 Kaç yaşındasınız?
40 yaşından küçük (0 puan)
40-49 (1 puan)
50-59 (2 puan)
60 ya da daha üzeri (3 puan)

2 Cinsiyetiniz?
Erkek (1 puan) Kadın (0 puan)

3 Daha önce hamilelik diyabeti tanısı konuldu mu? (Kadınlar için)
Evet (1 puan) Hayır (0 puan)

4 Anne, baba ya da kardeşiniz diyabetli mi?
Evet (1 puan) Hayır (0 puan)

5 Daha önce size yüksek tansiyon tanısı konuldu mu?
Evet (1 puan) Hayır (0 puan)

6 Fiziksel olarak aktif misiniz?
Evet (0 puan) Hayır (1 puan)

7 Kaç kilosunuz?
(Yandaki tablodan faydalanınız)

BOY	KİLO		
	54-64 kg	65-86 kg	87+kg
	56-66 kg	67-89 kg	90+kg
	58-68 kg	69-92 kg	93+kg
	60-71 kg	72-95 kg	96+kg
	61-73 kg	74-98 kg	99+kg
	64-76 kg	77-101 kg	102+kg
	66-78 kg	79-105 kg	105+kg
	68-81 kg	82-108 kg	109+kg
	70-84 kg	84-111 kg	112+kg
	72-86 kg	87-115 kg	116+kg
	74-89 kg	89-118 kg	119+kg
	77-91 kg	92-122 kg	122+kg
	79-94 kg	95-126 kg	126+kg
	81-97 kg	97-129 kg	130+kg
	83-100 kg	100-133 kg	133+kg
	86-102 kg	103-136 kg	137+kg
	88-105 kg	106-141 kg	141+kg
	91-108 kg	109-144 kg	145+kg
	93-111 kg	112-148 kg	149+kg
	1 Puan	2 Puan	3 Puan

Puanınızı
Buraya Yazın

Toplam puanınız 5 ya da üzerindeyse:
Tip 2 diyabet için yüksek risk taşıyorsunuz. Ancak Tip 2 diyabetli ya da prediyabetli olup olmadığınızı, doktorunuz söyleyebilir. Takibinizi yapan bir doktorunuz var ise kontrollerinize aksatmadan devam etmelisiniz.

Düzenli doktor kontrolünde değilseniz, öncelikle bir doktora görünmeli, durumunuzun değerlendirilmesine, takip ve tedavinizin yapılmasına imkan tanınmalısınız.

*Halk arasında şeker hastalığı olarak bilinen **diyabet**, pankreasın yeterli miktarda insülin hormonu üretmemesi ya da ürettiği insülinin etkili bir şekilde kullanılmaması durumunda gelişen ve hayat boyu devam eden bir hastalıktır.

Riskinizi Azaltın

Testin sonucu Tip2 diyabet riski taşıdığınızı gösteriyor olabilir. Hayatınızda yapacağınız küçük değişikliklerle bu riski yönetebilirsiniz. Doktorunuzun yönlendirmeleriyle birlikte, doğru ve sağlıklı bir beslenme tercihi yaparak ve fiziksel aktivitenizi artırarak sağlığınız ve hayatınız için önemli bir adım atmanız mümkün.

DOĞRU BESLEN • HAREKET ET • DİYABETTEN KORUN



TÜRK DİYABET CEMİYETİ

Ek 6: Find (Fin) Diyabet Risk Skoru (FINDRISK)

1.Yaş
0 puan: < 45 yaş
2 puan: 45-54 yaş
3 puan: 55- 64 yaş
4 puan: > 64 yaş
2. Beden Kitle İndeksi (BKİ)
0 puan: < 25 kg/m ²
1 puan: 25-30 kg/m ²
3 puan: > 30 kg/m ²
3. Bel Çevresi
Erkek 0 puan: < 94 cm. 3 puan: 94-102 cm. 4 puan: > 102 cm.
Kadın 0 puan: < 80 cm. 3 puan: 80-88 cm. 4 puan: > 88 cm.
4. Ekseri günlerde veya boş zamanlarınızda çoğunlukla günde en az 30 dk. egzersiz yapıyor musunuz?
0 puan: Evet
2 puan: Hayır
5. Hangi sıklıkla sebze ve meyve tüketiyorsunuz?
0 puan: Her gün
1 puan: Her gün değil
6. Kan basıncı yüksekliği için hiç ilaç kullandınız mı veya sizde yüksek tansiyon bulundu mu ?
0 puan: Hayır
2 puan: Evet
7. Daha önce (check-up, hastalık veya gebelik sırasında) kan şekerinizin yüksek veya sınırda olduğu söylendi mi ?
0 puan: Hayır
5 puan: Evet
8. Aile bireylerinizden herhangi birinde diyabet tanısı konulmuş muydu ?
0 puan: Hayır
3 puan: Evet; amca, hala, dayı, teyze, kuzen ya da yeğen (ikinci derece yakınlarda)
5 puan: Evet; biyolojik baba ya da anne, kardeşler ya da çocuğunuzda(Birinci derece yakınlar)

Diyabet Risk Skoru

Toplam Skor	Risk Derecesi	10 yıllık risk
< 7	Düşük	%1 (1/100)
7-11	Hafif	%4 (1/25)
12-14	Orta	%16 (1/6)
15-20	Yüksek	%33 (1/3)
> 20	Çok yüksek	%50 (1/2)

Skor =

Ek 7: Ölçüm Veri Kayıt Formu

	Ölçüm Sonuçları
Boy (cm)	
Ağırlık (kg)	
Beden Kitle İndeksi (kg/m ²)	
Bel çevresi (cm)	
Kalça çevresi (cm)	
Bel / Kalça Oranı	
Kan basıncı değeri	
Total kolesterol	
HDL-K değeri	
Framinhgam Risk Skoru	
TİP 2 Diyabet Risk Anketi (FINDRISK) Puanı	
Türk Diyabet Cemiyeti Tip2 Diyabet Risk Skoru	

Ek 8: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Uygunluk İzni



Etik Kurulu / Ethics Committee

Sayı: ETK00-2018-0241
Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.

14.09.2018

Zeynep Demirezen,

Sağlık Bilimleri Fakóltesi
Yüksek Lisans Öğrencisi

Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun **21.05.2018** tarih ve **2018/59-56** sayılı kararı doğrultusunda, "**Yeme İçme Sektöründe Çalışanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kardiyometabolik Risklerinin Belirlenmesi**" adlı araştırmanızı, Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin'in danışmanlığında araştırmanız, Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.

Bilginize rica ederim.

Doç. Dr. Şükrü TÜZMEN
Etik Kurulu Başkanı

ŞT/ba.

www.emu.edu.tr

Ek 9: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Kullanım İzni

Gönderen: Zuhâl Bahar <zbahar@ku.edu.tr>

Gönderildi: 6 Haziran 2018 Çarşamba 23:01

Kime: Handan Sezgin

Konu: Re: Ölçek kullanma izni

Sayın Sezgin,
Ölçeğimizi çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Kolay geldin,Sevgiler
Zuhâl Bahar

7 Haz 2018 Per, saat 13:45 tarihinde Handan Sezgin

<handan.sezgin@emu.edu.tr> şunu yazdı:

Sayın Hocam

Öğrencimin "**Gazimağusa Bölgesinde Yeme İçme Sektöründe Çalışanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kardiyometabolik Risklerinin Belirlenmesi**" konulu yüksek lisans tezinde

geçerlik güvenilirliğini yaptığınız "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" yi kullanmak istiyoruz. Ölçek orjinalini, kullanma iznini verirseniz sevinirim. İyi çalışmalar,

Saygı ve Sevgiler