



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**FARKLI MESLEK GRUPLARININ FİZİKSEL AKTİVİTE VE
BESLENME DURUMLARININ İNCELENMESİ: DİYET KALİTE
İNDEKSİ, SAĞLIKLİ YEME İNDEKSİ VE BESLENME
KISITLAMALARINA UYUM**

DİYETİSYEN BURÇİN KARAVELİOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. ADİLE ÖNİZ

ÖZGÖREN

EŞ DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. GÜNSU

SOYKUT ÇAĞSIN

2021- LEFKOŞA



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**FARKLI MESLEK GRUPLARININ FİZİKSEL AKTİVİTE VE
BESLENME DURUMLARININ İNCELENMESİ: DİYET KALİTE
İNDEKSİ, SAĞLIKLI YEME İNDEKSİ VE BESLENME
KISITLAMALARINA UYUM**

DİYETİSYEN BURÇİN KARAVELİOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. ADİLE ÖNİZ

ÖZGÖREN

EŞ DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. GÜNSU

SOYKUT ÇAĞSIN

2021-LEFKOŞA

Tez Onayı

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Besin ve Beslenme Bilimi Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir. Tez savunmasının tüm süreci elektronik ortamda kayıt altına alınmıştır.

Üye (Jüri başkanı):

Prof. Dr. Adile Öñiz Özgören

(Tez danışmanı)

Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,

Dekan



Üye:

Yrd. Doç. Dr. Sabiha Gökçen Zeybek

Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,

Beslenme ve Diyetetik AD



Üye:

Doç. Dr. Erkan Günay

Dokuz Eylül Üniversitesi, Necatî Rıpkon Spor Bilimleri Fakültesi

Antrenörlük Eğitimi AD



ONAY:

Bu tez, Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hüsnü Can Başer

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

Beyan

Bu tez çalışması kendi çalışmam olup, tezin yapılanmasında etik dışı davranışım olmadığını, tez çalışmasıyla ilgili bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi, kullandığım tüm kaynakları kaynaklar listesine eklediğimi, yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Diyetisyen Burçin KARAVELİOĞLU

Teşekkür

Tez sürecinin her aşamasındaki yardımları ve destekleri için, pozitif enerjisiyle beni motive eden ve akademik olarak örnek aldığım danışmanım Sayın Prof. Dr. Adile Öñiz Özgören ve eş danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Güñsu Soykut Çağsın'a

Yüksek lisans eğitimimde değerli katkı ve paylaşımlarından dolayı sayın Dr. Mustafa Hoca'ya..

Yüksek lisans süresincimde desteklerinden dolayı Yrd. Doç. Dr. Sabiha Gökçen Zeybek, Dr. Taygun Dayı, Uzm. Erg. Polat Koç, Uzm. Dyt. Gülşen Özduran, ve Uzm. Dyt. Fatma Hacet ve bölümdeki tüm çalışma arkadaşlarıma...

Her zaman yanımda olan, maddi ve manevi desteğini hiç esirgemeyen sevgili eşim Yrd. Doç. Dr. Ahmet Melih Karavelioğlu'na, canım kızlarım İdil ve Ece'ye...

Her koşulda yanımda olarak anlayış gösterip destek veren ve her türlü duyguyu paylaştığım arkadaşım Rukiye Arar'a, canım annem Leyli Şener'e, canım babam İsmail Hakkı Şener'e ve kardeşlerim Fatma Karadurak'a, Gülçin Şener Sökmen'e...

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Diyetisyen Burçin KARAVELİOĞLU

İçindekiler

	Sayfa
Tez Onayı	i
Beyan	ii
Teşekkür	iii
İçindekiler	iv
Kısaltmalar ve Simgeler Listesi	vi
Tablolar Listesi	vii
Şekiller Listesi	ix
Özet	1
Abstract	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
1.1. Hipotezler	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Fiziksel Aktivite ve Sağlık	7
2.2. Çalışan Tanımları, Çalışma Saatleri ve Sağlık	8
2.3. Sağlıklı Yaşam	10
2.4. Beyaz Yakalılarda Beslenme ve Obezite	11
2.5. Kronik Hastalıklarda Beslenme ve Aktivite	14
2.6. Sağlıklı Beslenme Durumunun Belirlenmesinde Kullanılan Ölçekler	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	22
3.2. Araştırma Genel Planı, Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	23
3.2.1. Antropometrik Ölçümler ve Vücut Bileşiminin Analizi	23
3.2.2. Besin Tüketiminin Saptanması	23
3.2.3. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Form	22
3.2.4. DASH Skorunun Hesaplanması	23

3.2.5. Uluslararası Diyet Kalite İndeksi (DKİ-U)	24
3.2.6. Sağlıklı Yeme İndeksi 2015 (SYİ-2015)	26
3.2.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II	27
3.3. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi	28
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	62
5.1. Öğün Örüntüsü	64
5.2. Antropometrik Ölçümler	66
5.3. DASH (Hipertansiyonu Durdurmaya Yönelik Yaklaşımlar)	69
5.4. Diyet Kalite İndeksi-Uluslararası	70
5.6. Sağlıklı Yeme İndeksi-2015	71
5.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	76
7. KAYNAKLAR	79
8. EKLER	
Ek 1. Etik Kurul Onaylı	104
Ek 2. Yüksek Lisans Tezine Ait Benzerlik Raporu	105
Ek 3. Anket Formu	106
Ek 4. Özgeçmiş	113

Kısaltma ve Simgeler Listesi

%:	Yüzde
<:	Küçüktür işareti
>:	Büyüktür işareti
≤:	Küçük eşittir işareti
≥:	Büyük eşittir işareti
±:	Artı-eksi işareti
g:	Gram
kg:	Kilogram
mg:	Miligram
kcal:	Kilokalori
SS:	Standart Sapma
x:	Ortalama
BEBİS:	Beslenme Bilgi Sistemi
BKİ:	Beden Kütle İndeksi
DASH:	Dietary Approaches to Stop Hypertension
DKİ-U:	Diyet Kalite İndeksi – Uluslararası
IPAQ:	Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu
MET:	Metabolik Eşdeğeri
KVH:	Kardiyovasküler Hastalıklar
SYİ-2015:	Sağlıklı Yeme İndeksi-2015
SPSS 20.0:	Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı 20.0
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü

Tablolar Listesi

	Sayfa
Tablo 1. DASH diyeti skor hedefleri ve ara hedefleri	24
Tablo 2. Diyet Kalite İndeksi-U	26
Tablo 3. Sağlıklı Yeme İndeksi-2015	28
Tablo 4. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	30
Tablo 5. Katılımcıların Yaş, Boy ve Vücut Ağırlığı Ölçümleri	33
Tablo 6. Katılımcıların Beden Kütle İndeksi Sınıflandırmasına göre Dağılımları ve Ortalama BKİ Değerleri	33
Tablo 7. Katılımcılara ait Bel Çevresi, Kalça Çevresi, Bel/Boy Oranı	34
Tablo 8. Katılımcıların Vücut Yağ Oranları	35
Tablo 9. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi	35
Tablo 10. Katılımcıların Kronik Hastalıklarının Değerlendirilmesi	38
Tablo 11. Katılımcıları Ailesel Kronik Hastalık Durumunun Değerlendirilmesi	39
Tablo 12. Katılımcıların Ev Dışı Yemek Yeme Alışkanlıkları	41
Tablo 13. Ev Dışı Yemek Yeme Alışkanlıklarının BKİ, Bel Çevresi ve Yağ Oranı	41
Tablo 14. Katılımcıların IPAQ Skoru Değerlendirilmesi	42
Tablo 15. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin DASH Diyeti'ne Uyumu	45
Tablo 16. Beyaz Yakalı Çalışanların BKİ sınıflandırılması ve DASH puanlarının değerlendirilmesi	48
Tablo 17. Katılımcıların demografik özellikleri ve DKİ-U Diyeti	49
Tablo 18. BKİ Değerlerine göre DKİ-U Uyumu	51
Tablo 19. Katılımcıların demografik özellikleri ve SYİ-2015	51
Tablo 20. BKİ Sınıflandırılmasına göre SYİ-2015 puanlarının değerlendirilmesi	54
Tablo 21. Katılımcıların Vücut Yağ Yüzdesi, SYİ-2015, DKİ-U, DASH, IPAQ Puanlarının Değerlendirilmesi	55

Tablo 22.	Katılımcıların DASH, SYİ-2015, DKİ-U ile IPAQ Skoru Durumunun Değerlendirilmesi	55
Tablo 23.	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Değerlendirilmesi	56
Tablo 24.	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ile Aktivite Durumunun Değerlendirilmesi	57
Tablo 25.	BKİ Sınıflamasına göre SYBDÖ-II Ortalama Puanlarının Değerlendirilmesi	59
Tablo 26.	Eğitim Durumu ile SYBDÖ-II Puanlarının Değerlendirilmesi	60
Tablo 27.	Meslek ile SYBDÖ-II Puanlarının Değerlendirilmesi	60
Tablo 28.	Katılımcıların Günlük Aktivite Miktarını Değerlendirilmesi	60
Tablo 29.	Katılımcıların Beslenme Desteği Talebinin Değerlendirilmesi	61

Şekiller Listesi

	Sayfa
Şekil 1. Cinsiyetlerin Dağılım	31
Şekil 2. Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	32
Şekil 3. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı	32
Şekil 4. Katılımcıların Aktivite Düzeyleri	45

Farklı Meslek Gruplarının Fiziksel Aktivite ve Beslenme Durumlarının İncelenmesi: Diyet Kalite İndeksi, Sağlıklı Yeme İndeksi ve Beslenme Kısıtlamalarına Uyum

Öğrencinin Adı: Burçin Karavelioğlu

Danışmanı: Prof. Dr. Adile Öniz Özgören

Eş Danışmanı: Yard. Doç. Dr. Günsu Soykut Çağsın

Anabilim Dalı: Beslenme ve Diyetetik

ÖZET

Amaç: Mevcut araştırma beyaz yakalı çalışanların, fiziksel aktivite düzeyinin ve beslenme durumunun diyet kalite indeksleri ile belirlenmesini hedeflemektedir.

Gereç ve Yöntem: Kuzey Kıbrıs'ta yaşayan 18-62 yaş arasındaki tüm beyaz yakalı yetişkin çalışanlar mevcut araştırmaya davet edilmiştir. Fiziksel aktivite seviyesini değerlendirmek için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi'nin Kısa Formu, vücut kompozisyonlarının değerlendirilmesinde antropometrik ölçümler, beslenme durumunun değerlendirilmesinde ise bireylerden kayıt tutma yöntemiyle alınan üç günlük besin tüketim kaydı ile Hipertansiyonu Önlemek için Diyet Yaklaşımları (DASH), Diyet Kalite İndeksi-Uluslararası (DKİ-U), Sağlıklı Yeme İndeksi-2015 (SYİ-2015) ve son olarak, yaşam tarzı değişikliklerini belirlemede de Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II) kullanılmıştır.

Bulgular: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde beyaz yakalı çalışan 18-58 yaş aralığındaki 211 yetişkin birey çalışmada gönüllü olarak yer almıştır. Bireylerin %59,2'si inaktif, %27,5'i minimum düzeyde aktif ve %13,3'ü sağlıklı geliştirici yönde aktif bulunmuştur ($p<0,00$). Erkeklerin aktivite düzeyi kadınlara göre yüksektir ($p<0,00$). Sağlıklı yeme indeksleri iyi olan katılımcıların aktivite düzeyleri de istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,00$). DKİ-U, DASH ve SYİ-2015 skorları karşılaştırıldığında, DKİ-U'ya göre diyet kalitesi iyi olan çalışanların SYİ-2015'e göre de sağlıklı yeme düzeylerine sahip olduğu istatistiksel olarak anlamlı derecede görülmüştür ($p<0,00$). DASH diyet skoru SYİ-2015 ve DKİ-U ile

karşılaştırıldığında beslenme düzeyi skoru iyi olanların aktivite skoru da iyi olmasına rağmen herhangi anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Sonuçlar: Beyaz yakalı çalışanların aktivite düzeyi minimum düzeyde aktif olanlar ile sağlığı geliştirici düzeyde aktif olanların diyet kalite ve sağlıklı yeme indeks puanları da iyidir.

Anahtar Sözcükler: Beyaz Yakalı Çalışanlar, Beslenme, Aktivite, Diyet Kalitesi

Examination of Physical Activity and Nutritional Status of Different Occupational Groups: Diet Quality Index, Healthy Eating Index, and Compliance with Dietary Restrictions

Student's name : Burçin Karavelioğlu

Advisor : Prof. Dr. Adile Öniz Özgören

Co-advisor : Assist. Prof. Günsu Soykut Çağsın

Department : Nutrition and Dietetics

ABSTRACT

Objective: The current research aims to determine the physical activity level and nutritional status of white-collar workers with diet quality indexes.

Materials and Methods: All white-collar adult employees between the ages of 18-62 living in the Northern part of Cyprus were invited to the present study. The International Physical Activity Questionnaire-Short Form was used for assessment of the level of physical activity, anthropometric measurements for evaluation of body compositions, and up to three 24-hour dietary recalls was used to evaluate nutritional status, and Dietary Approaches to Prevent Hypertension (DASH), Diet Quality Index-International (DQI-I), Healthy Eating Index-2015 (HEI-2015), and finally, Healthy Lifestyle Behaviors Scale-II (HLBS-II) was used to determine lifestyle changes.

Results: 211 adult individuals between the ages of 18-58 working in the Turkish Republic of Northern Cyprus voluntarily participated in the study. 59.2% of individuals were found to be inactive, 27.5% to be minimally active, and 13.3% to be active in a healthy lifestyle ($p<0.00$). The activity level of men is higher than that of women ($p<0.00$). The participants' activity levels with healthy eating indexes were also statistically higher ($p<0.00$). When DQI-I, DASH, and HEI-2015 scores were compared, it was found that employees with good diet quality according to DQI-I had healthy eating levels compared to HEI-2015 ($p<0.00$). When the DASH diet score was compared with HEI-2015 and DQI-I, no significant difference was observed, although

the activity score of those with good nutritional level scores was also satisfactory ($p>0.05$).

Results: The diet quality and healthy eating index scores of white-collar workers who are active at a minimum level of activity and active at a health-promoting level are also good

Keywords: White-Collar, Nutrition, Activity, Diet Quality

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde teknolojik yenilikler çalışanların işini daha çok oturarak yapması gerekliliğini getirmiş, bu da beraberinde yetersiz hareket edilmesine neden olmuştur. Yetersiz harekete bağlı olarak çalışanların enerji harcaması büyük ölçüde azalmıştır. Yeterli ve dengeli beslenme çalışan bireyin işgücü ve üretim verimliliğini artırırken, aynı zamanda hastalıklara karşı da koruyuculuğu artırmaktadır (Saltık, 1995; Tanır ve ark., 2001; Arslan ve ark., 2017; Akdevelioğlu, 2012). İş gücü kaybına neden olan hastalıkların oluşmaması için sağlıklı beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesi gerekmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak bilinen kardiyovasküler hastalıklar (KVH), kanser, tip 2 diyabet ve nörodejeneratif bozukluklar dünya çapında en önemli sağlık sorunlarıdır (Bennett ve ark., 2018). 2017 yılında yayınlanan raporda bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı mortalitenin 11 milyon olduğu bildirilmiştir (Diet Collaborators, 2019). İyi diyet kalitesinin bazı kronik hastalıklara yakalanma riskine karşı koruyucu potansiyel etkisi bulunmaktadır (Schwingshackl ve ark., 2015).

Toplumun önemli bir kısmını oluşturan ve yeni nesillere rol model olan beyaz yakalı çalışanların sağlığının korunması, hastalık oluşumunun engellenmesi açısından yeterli ve dengeli beslenme kadar fiziksel aktivite de çok önemlidir. Çalışanların gün içinde kendi beslenmelerine uygun öğün planı yaparak beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi, yeterli ve dengeli beslenmenin yanında ajandasına egzersiz planını da eklenmesi gerekmektedir (Erdoğan, 2014).

Sağlıklı yeme indeksleri optimal bir plan içinde yeterli ve dengeli beslenme modeli sunmaktadır. İndekslerde, bireylerin her 1000 kilokalori (kcal)'lık beslenme düzeni içinde besin ögesi gereksinimlerinin karşılanma düzeyini sorgulanmaktadır (Krebs-Smith ve ark., 2018; Kwan ve ark., 2013; Kim ve ark., 2003).

Bu ölçekler, meyve ve sebzeler, tam tahıllılar, baklagiller, yağlı tohumlar, balık ve deniz ürünleri, süt ürünleri, yumurta gibi ürünler ile fazla tüketildiğinde sağlığı bozan kırmızı et, basit şeker, sodyum, doymuş yağ gibi besin/besin ögesi içeriklerine dikkat çekerek sağlığın korunması ve kronik hastalıkların önlenmesi için toplum sağlığını da korumayı hedefleyerek oluşturulmuştur (Krebs-Smith ve ark., 2018; Kwan ve ark., 2013; Kim ve ark., 2004). Sağlıklı yeme indeks sonuçları iyi olan bireylerin; obezite, tip 2 diyabet, KVH, nörodejeneratif bozukluklar ve kanser gibi bulaşıcı olmayan

hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunmasında etkili olduğu gösterilmiştir (Diet Collaborators., 2015).

Bu çalışmanın amacı, masa başı çalışan beyaz yakalı bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri ile beslenme durumlarının, diyet kalitesi ve sağlıklı yeme indeksi ve DASH'a uyumlarının değerlendirilmesidir. Ayrıca, mevcut çalışmada yoğun iş temposunda kısıtlı hareket imkanıyla farklı meslek gruplarının aktivite düzeyinin demografik özellikler, sağlıklı yeme indeksleri ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Uzun vadede mevcut çalışmanın hedefi ise beyaz yaka çalışanların beslenme ve aktivite konusundaki farkındalıklarını artırmak ve günlük çalışma düzeni içinde sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri ile genel sağlık durumlarına katkı sağlamaktır. Kuzey Kıbrıs'ta masa başı çalışanların sağlığın korunması, önlenmesine ve tedavisine yönelik yeni bir bakış açısı sunması da ayrıca uzun dönemde hedeflenmektedir.

1.1. Hipotezler

- Masa başı çalışanların fiziksel aktivite düzeyi ve dolayısı ile Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu'nun skorları düşüktür.
- Masa başı çalışan sedanter bireylerin obezite riski ve vücut yağ oranları yüksektir.
- Masa başı çalışanların Hipertansiyonu Önlemek için Diyet Yaklaşımları Diyeti'ne uyumları düşüktür.
- Masa başı çalışanların Diyet Kalite İndeksi-Uluslararası puanları, dolayısıyla diyet kaliteleri düşüktür.
- Masa başı çalışanların Sağlıklı Yeme İndeksi-2015 puanları, dolayısıyla diyet kaliteleri düşüktür.
- Masa başı çalışanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II puanları, dolayısıyla sağlıklı bir yaşam biçimine sahiptir.
- DASH skoru ve diyet kalitesi iyi sınıflamasında olan masa başı çalışanlarının fiziksel aktivite puanları da yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Fiziksel Aktivite ve Sağlık

İskelet kaslarının çalıştırılması ve bunu yaparken de enerji harcanması fiziksel aktivite olarak tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2019). Sedanter Davranış Araştırma Ağı (Sedentary Behaviour Research Network) ekibi geniş bir çalışma yapmış ve inaktif tanımını geliştirerek yeterli miktarda aktif olmayan, kısıtlı hareket eden birey olarak belirlemiştir (Tremblay ve ark., 2017). Bireylerin gün içerisinde fiziksel olarak aktif olabilecekleri durumlar incelendiğinde; kişilerin iş yerleri, evleri, ulaşımında kullandıkları araçlar ve boş vakitlerinde kendilerine hareket sağlayacak alanlar olarak sıralanabilir (Eze ve ark., 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 raporunda hareketsizliğin dünya çapında büyüyen bir sağlık sorunu olduğunu ve yılda ortalama 1,9 milyon kişinin ölümüne neden olduğunu belirtmiştir (DSÖ, 2002). Dünya genelinde her dört yetişkinden bir tanesinin yeterince hareketli olmadığı bildirmiştir (DSÖ, 2021). Küresel ölüm risk faktörleri arasında inaktivitenin dördüncü sırada olduğunun vurgulandığı raporda, yetersiz hareketin %30 KVVH, %27 tip 2 diyabet ve %21-25 oranında ise kolon ve göğüs kanseri gibi ciddi sağlık sorunlarına neden olduğunu açıklanmıştır (DSÖ, 2010).

Uzun süre oturma ya da inaktif yaşam tarzı başta KVVH riskini artırmakta, ekran karşısında geçen süre ise kronik hastalıkların gelişim riskinin artmasına sebep olmaktadır (Patterson ve ark., 2018; Booth ve ark., 2017; Lin ve ark., 2017; Falck ve ark., 2016). Günümüzün toplumsal sorunu olan yetersiz hareketin, yetişkinlerde %45,6 gibi bir oranda olduğu ve kadınların erkeklere oranla daha az hareket ettiği bilinmektedir (Abu Saad ve ark., 2020). Sedanter çalışma koşulları nedeniyle beyaz yakalı çalışanların bel çevresi %32 oranında daha geniştir (Strauß ve ark., 2016). Bel çevresi geniş olan çalışanlar metabolik sendrom ve hipertansiyon gibi sağlık sorunlarıyla daha sık karşılaşmaktadırlar (Strauß ve ark., 2016). Fiziksel aktivitenin şiddetine ve miktarına bağlı olarak birey KVVH ve kanser gibi kronik hastalıklara karşı potansiyel olarak korunmaktadır. Düşük düzeyde fiziksel aktiviteye sahip, günlük en az altmış dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite gerçekleştiren bireylere göre, etkisi daha az olsa da, sedanter bir bireye göre kronik hastalıklara karşı daha iyi bir koruyucu etkiye sahiptir (Ekelund ve ark., 2019).

İş yeri müdahaleleri ile özellikle kişilere hareket kazandırma, yeterli ve dengeli beslenme hakkında bilgilendirme yöntemleriyle, kişilerin sağlıklı kilosunun korunması sağlanmıştır (Mulchandani ve ark., 2019). Sağlıklı atıştırma seçeneği eklenen iş yeri düzenlemelerinin ya da hareket imkanını artıran uygulamaların obezite riskini azaltmada önemli rol oynadığı bildirilmiştir (Narisada ve Suzuki, 2019).

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) bir ada ülkesi olup, bulunduğu coğrafi konumunun beslenme ve hayat tarzı gibi özelliklerini yıllar içinde şekillendirdiği görülmektedir. Kıbrıs adası mutfak kültürü incelendiğinde zeytin yağı, et, balık, yumurta, süt, tahıl, kurubaklagil, meyve ve sebzeleriyle adada Akdeniz beslenme modelinin hakimiyeti görülmektedir (Kyriacou ve ark., 2015).

2.2. Çalışan Tanımları, Çalışma Saatleri ve Sağlık

Çalışanlar için mavi yakalı, pembe yakalı ve beyaz yakalı vb. gibi ortak kullanılan bazı tanımlar kullanılmaktadır. Kullanılan bu tanımlar ile mesleğe yönelik iş yüklerinin içeriği vurgulanmaktadır (Eriş ve ark., 2020). Teknolojinin gelişmesiyle birlikte kadınların hizmet sektöründe tanımlandığı renk pembe olarak söylenmektedir. Pembe yakalılar günümüzde daha çok girişimci kadınlar için kullanılmakta olsa da evde bakım hizmetlerinde aktif görev alan çalışanlara verilen tanımdır (Kouzmin ve ark., 1999). Mavi yakalı tanımı iş yaparken kas gücünü kullanan iş grubu için kullanılmaktadır (Eriş ve ark., 2020). Beyaz yakalı çalışan sosyo ekonomik yönü güçlü, genelde idari işlerde görev alan, zihin gücüyle ofis gibi yerlerde daha çok masa başı işlerde çalışanlara verilen isimdir (Scott, 2014).

Beyaz yakalı çalışanlar genel olarak bir ekran karşısında uzun süre oturarak çalışmak durumundadırlar (Dedele ve ark., 2019). Uzun süre aynı ortamda oturarak hareketsiz çalışma aşırı kilo alımına neden olabilmektedir (Choi ve ark., 2010). Yetersiz, dengesiz beslenme ve hareketsizlik çalışanların sağlık durumunu olumsuz etkileyerek kronik hastalıkların oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Patnode ve ark., 2017).

Günün üçte birini işyerlerinde geçiren çalışanlar, günümüz koşullarında cinsiyet ayırt edilmeksizin çalışma hayatlarında eşit ve aktif roller almaktadırlar (Weeden ve ark., 2016). Kadınlar kültürel etki ile aynı zamanda ev işlerinden de

sorumludur (Virtanen ve ark., 2011). Yoğun ve uzun çalışma saatleri ve diğer sorumlulukları nedeniyle kadınlar daha fazla stres yüklenmektedir (Kim ve ark., 2016). Kadın iş hayatında aktif rol oynasa da kadına yüklenen işler nedeniyle erkeklere göre gün içinde 1,1 kat daha fazla efor harcamaktadır (Kim ve ark., 2016). Ev işleri ve çocuk yetiştirme gibi nedenlerle kadınlar arasında yorgunluk durumunun toplam çalışma saatleriyle arttığı gösterilmiştir (Kim ve ark., 2016). Kadınların çalışma hayatında aktif olması, beraberinde hazır besin tüketimine yönelimdeki artışa neden olarak yüksek enerjili besinlerin tüketiminin artmasında da rol oynamaktadır (Strickland ve ark., 2015). Ayrıca obezogenik çevre koşulları ve iletişim araçlarının etkinliği kişilerin beslenme davranışlarını oldukça etkilemektedir (Anderson ve ark., 2009).

Uzun çalışma saatleri %70 gibi yüksek bir oranla çalışanları etkileyerek kilo artışına neden olabilmektedir (Solovieva ve ark., 2013). Obezitenin gelişiminde besinin erişilebilirliği, maliyeti, kalitesi önemli bir belirleyicidir (Glanz ve ark., 2005). Besine ulaşım kolaylığı, ekonomisi besin seçimlerini etkilemektedir (Saltık 1995). Enerjisi yüksek yiyecek ve içeceklere kolay ulaşılması dengesiz beslenme alışkanlıklarının gelişime katkıda bulunmaktadır (Schwartz ve ark., 2012; Anderson ve ark., 2009). Obezogenik ortamın sağlıklı beslenme davranışlarını teşvik etmede olumsuz etkisine dikkat çekilmesi ve iş yerlerinde yapılacak düzenlemelerle çalışanların sağlığının korunmasında olumlu etki sağlayabilecektir (Naicker ve ark., 2021). Ekonomik besin tüketimi ve zaman yetersizliği çalışanların besin tercihlerini de etkilemektedir. Ev dışında yemek yemeyi etkileyen faktörleri belirlemek sağlığın gelişimi için önemlidir (Shuval ve ark., 2016).

İş yerlerinde küçük molalarla yapılacak on dakikalık egzersizin dahi sağlık üzerine pozitif etkisi bulunmaktadır (Mailey ve ark., 2016). İş yerine yönelik çözümlere sağlıklı atıştırma seçenekleri eklenmesi de sağlığın olumlu yönde gelişmesini sağlamada yardımcı olacaktır. İş yerinde sağlığın teşviki ve geliştirilmesini engelleyen çeşitli faktörler olabilir (Wolfenden ve ark., 2018). Ekonomik açıdan değerlendirildiğinde, hareketsizlikten kaynaklı obezitenin iş yerinde devamsızlık, hastalık izni kullanımı ya da sağlık hizmeti taleplerinde artışı da işveren için ekonomik yük yaratmaktadır (Popkin ve ark., 2006).

2.3. Sağlıklı Yaşam

DSÖ sağığı “Sağık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değıl, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir.” şeklinde tanımlamıştır (DSÖ, 1948). Sağık ve yaşam kalitesi ile ilgili faktörlerin %60'ı yaşam tarzı ile ilişkilendirilmektedir (Ziglio ve ark., 2004). Sağlıklı birey sağlıklı toplum felsefesiyle kaliteli yaşamın vazgeçilmezleri arasında kaliteli uyku, sosyalleşmek, beslenmek, egzersiz bulunmaktadır (Farhud, 2015).

Kaliteli bir uyku düzeni bireyin yaşam kalitesini artırmaktadır. Çalışanların uyku düzeninin iyi olması ise dikkat ve iş yeri güvenliği için son derece önemli olup, iş yerinde hata yapma payını azaltmada yardım sağlayacaktır (Hattatoğılu ve ark., 2021).

Dinleme, konuşma ve empati, sosyal varlık olan insanın kişilerarası ilişkilerini güçlendirmede iletişim kurma, ilişkileri sürdürme açısından yaşam kalitesini olumlu etkileyen önemli bir faktördür. İnsaların iletişim yönünü güçlü tutması, sağlıklı ilişkilerin kurulması ve yönetilmesi sosyal sağık için elzemdir (Tol ve ark., 2013).

Kimlik oluşumu kişinin geçmişten getirdiğı bilinç altında sakladığı etkenlerdir (Çivilidağı ve ark., 2018). İyilik hali, başarı, sağık, kabul görölmek gibi olumlu özelliklerin gelişiminde etkilidir. Bireyin manevi güçlerinin olmasının, karşısına çıkan olaylarda kendini korumasında etkilidir (Benson ve ark., 2003).

Beslenme eğitimlerinin sağlıklı yeme davranışlarının gelişmesinde etkili olduğu belirlenmiştir. Beslenme eğitiminin, hem bireylerin hem de toplum sağığının korunmasında ve gelişmesinde, ayrıca bireysel ve toplumsal farkındalığın artmasında önemli olduğu vurgulanmaktadır (Pekcan ve ark., 2019). Kurum içi eğitim çalışmaları etkinliği ispatlanmış olup güncel olarak uygulanan çevrimiçi beslenme eğitim programlarının da iş yeri uygulamalarında başarısı gösterilmiştir. Çalışanların eğitim programlarının yardımı ile kilo problemleri ve kan basıncı regölasyonunda olumlu etkiler sağılanmıştır (Eze ve ark., 2018; Thompson ve ark., 2018).

Fiziksel aktivite pek çok sağık otoritesi tarafından önerilen halk sağığının iyileştirilmesi için önemli bir araç olarak kabul edilmektedir (Marques ve ark., 2015). Ayrıca, düzenli yapılan fiziksel aktivitenin çalışanların yaşam kalitesini artırdığı

bilinmektedir (Yıldırım ve ark., 2019). Aktivite durumunu artıran faktörlerin çalışmak, yaş ve eğitim ilgili olduğu savunulmaktadır (Marques ve ark., 2015).

Yetişkinlere haftada 75-150 dakikalık şiddetli aerobik fiziksel aktivite ya da 150-300 dakika orta yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite yapılması önerilmektedir (DSÖ, 2021). Ayrıca, ek sağlık yararları sağladığından, haftada iki veya daha fazla gün tüm büyük kas gruplarını içeren orta veya daha yüksek yoğunlukta kas güçlendirici aktiviteler yapılması da önerilmektedir (DSÖ, 2021).

Stres bireyi fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan etkileyerek sağlığın bozulmasına neden olmaktadır (Yasemin ve Karabulut, 2018). Bazı durumlarda düşük düzeyde stresin başarı sağlamada yardımcı olduğu bildirilirken, fazla stres insan sağlığını tehdit etmektedir (Dülgeroğlu ve ark., 2017).

2.4. Beyaz Yakalılarda Beslenme ve Obezite

DSÖ obeziteyi, “Sağlığı bozacak şekilde vücutta yağ birikimi” olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2021). Obezite, her geçen gün artış gösteren önemli bir halk sağlığı sorunudur. Vücutta anormal ve aşırı yağ birikimi yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Yılmaz, 2018). DSÖ’nün verilerine göre 18 yaş üstü yaklaşık 2 milyar birey aşırı kiloludur (<https://www.who.int/health-topics/physical-activity> Erişim tarihi: 9 Mayıs 2021). 2010 yılı obezite verilerine göre yetişkinlerin %30,3’ünün kilo fazlası olduğu rapor edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP) verilerine göre kadınların %29,9, erkeklerin %12,9’unun beden kütle indekslerinin (BKİ) 30 kg/m²’den yüksek olduğu, ve obez kategorisinde oldukları tespit edilmiştir. İşçilerin %17,4, memurların %14,9 ve serbest meslek çalışanlarının %15,1’inin obez olduğu belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2010). Dünyada 3 milyardan fazla çalışan olduğu, çalışanların %70’inin kronik hastalıklar açısından risk grubunda olduğu bildirilmiştir (The World Bank, 2021). Kilo artışı ya da başka bir deyişle vücut yağ oranındaki artış, özellikle de abdominal (karın) bölgesindeki vücut yağ birikimi insülin direnci, tip 2 diyabet, dislipidemi, koroner arter hastalığı gibi hastalıklara neden olabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Enerji kaynağı olarak besine ihtiyacımız vardır. Obeziteyi önlemek için besin ögesi ve besin çeşitliliğine önem verilmesi, tek çeşit beslenme planı yerine süt ve süt ürünleri, et, yumurta, kurubaklagil, tahıllar, sebze ve meyve gruplarını içeren tüm besin gruplarından yeterli ve dengeli besin alınması sağlamasıdır. Yetişkin bireylerin sağlığının korunmasında makro ve mikro besin öğelerini önemli bir yere sahiptir (TÜBER 2015). Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER 2015), besinlerden gelen günlük enerjinin %45-60'ının karbonhidratlardan, %12-20'sinin proteinlerden ve %20-35'inin yağlardan gelecek şekilde beslenme planlanmasını önermektedir (TÜBER 2015). Hafif ve orta derecede aktif bir yetişkinin günlük referans enerji alım miktarı sırası ile erkeklerde 2239-2077 kkal/gün ve 2558-2374 kkal/gün, kadınlarda 1786-1678 kkal/gün ve 2041-1917 kkal/gün aralıklarında önerilmektedir (TÜBER 2015).

Beslenme durumu bozulması veya bireyin yetersiz ve dengesiz beslenmesi birçok hastalığa neden olmaktadır (DSÖ, 2021). Yetersiz besin ve besin ögesi alımına bağlı protein enerji malnütrisyonu ayrıca, vitamin ve mineral yetersizlikleri metabolik bir çok işlevin bozulmasına neden olurken, gereğinden fazla besin tüketimi ise başta obezite olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıklara neden olmaktadır (DSÖ, 2021). Çalışanların sağlıklı vücut ağırlıklarını korumada sağlık otoritelerinin önerileri bulunmaktadır. Resmi kaynaklar yetişkinlerin günlük alınan kaloringin rafine şekerden karbonhidratlardan gelen kısmının %5'i geçmemesini önermektedir (Tedstone ve ark., 2015). Fazla karbonhidrat tüketimi obezite ve kronik hastalıklar için risk faktörü oluşturmaktadır (DSÖ, 2020). Kompleks karbonhidratların vitamin, mineral ve diyet posası içeriğinin zengin olmasından dolayı günlük enerjinin sağlıklı bir yetişkinde karbonhidratlardan gelen kısmının %50-55 arasında olması gerektiği bildirilmiştir. Özellikle kompleks karbonhidratlardan fakir bir beslenme modeli başta kabızlık olmak üzere birçok metabolik bozukluğa neden olmaktadır (DSÖ, 2020). Tuzun fazla alınması sağlık riskleri oluşturabileceğinden, günlük tuz tüketiminin beş gramı geçmemesi önerilmektedir (DSÖ, 2020). KVH riskini artırabileceğinden doymuş yağ alımının günlük enerjinin %7-8'ini geçmemesi önerilmektedir (Kachan ve ark., 2012; Yurtseven ve ark., 2014). Yetişkinlerin beslenmesinde mikro besin ögesi yetersizliği ve makro besin öğelerinin aşırı alımı özellikle kalp hastalıkları için risk

oluşturabilirken ihtiyaçtan fazla şeker ve yağ tüketimi alışkanlığı obeziteye neden olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Meyve ve sebze tüketimi sağlıklı beslenmenin önemli bir parçasıdır. Sağlıklı bir bireyin her gün en az beş porsiyon meyve ve sebze tüketmesi önerilmektedir (DSÖ, 2020). Zengin vitamin, mineral ve diyet posası içeriğiyle meyve ve sebze tüketimin hastalıklara karşı koruyucu etkisi bulunmaktadır (Kachan ve ark., 2012; Yurtseven ve ark., 2014). Çalışanların günlük beslenmesinde sebze ve meyve tüketiminin yetersiz olduğu belirtilirken, özellikle meyve tüketiminin yetersizliği daha fazla görülmektedir (Zazpe ve ark, 2013; Rodrigues ve ark., 2021).

Beyaz yakalı çalışanlar çalışma koşulları gereği yemeğini ertelemesi ya da pratik olması açısından fast-food tercih etmesi fazla enerji alımına neden olmaktadır. Buna ek olarak yetersiz fiziksel aktivite çalışanlarında kilo artışını tetiklemekte, özellikle de kadın çalışanların daha yüksek BKİ'ne sahip olmalarına sebebiyet vermektedir (Erdoğan, 2014). Organları çevreleyen bu visceral yağlanmanın iç organlarda yağlanmaya neden olacağı bildirilmiştir (Mermer ve Nilüfer 2017). Bu durum obezite başta olmak üzere insülin direnci, kardiyometabolik hastalıklar ve metabolik sendrom açısından yetişkinler için risk oluşturmaktadır (Després, 2012). Sedanter çalışma koşulları ve dengesiz beslenme alışkanlıkları vücutta yağ birikimine neden olmaktadır. İdeal vücut yağ oranı BKİ normal olan kadınlarda %20-30 ve erkeklerde %12-20'dir (Abernathy ve Black 1996). Vücut yağ oranlarının referans aralığının altında veya üzerinde olması sağlık açısından risk oluşturmakta, metabolik değişikliklere neden olarak sağlığı olumsuz etkilemektedir (Lee ve Nieman, 1993).

Fizyolojik olarak 20-50 yaş aralığı çalışma döneminin başladığı, metabolizmada değişikliklerin özellikle yaşla birlikte yavaşlamanın olduğu döneme denk gelmektedir (Lean, 2000). Yetişkinlerin çalışma dönemine denk gelen bu fizyolojik değişim sosyal ve duygusal becerilerin gelişiminde, öz yeterliliğin kişinin kendini kontrol etmede ve kilo kontrolünde ortaya çıkan sağlık problemlerinin gelişiminde de önemli bir yere sahiptir (Lapinski ve ark., 2019). Uzun çalışma saatleri ve stresli iş ortamları çalışanları etkilemektedir (Flier ve Elmquist, 2004). Özellikle 50 yaş üzeri kadın çalışanların uzun çalışma saatleri ile obezite arasında ilişki değerlendirildiğinde hareketsizlik ve yaşa bağlı fizyolojik değişimlerin etkilerden

bahsedilmektedir (Kim ve ark., 2016). Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal (HPA) eksen glukokortikoid hormonu salgılayarak büyüme ve tiroid hormonlarını baskılamaktadır (Porter ve ark., 2010). Hormonal faktörlere bağlı olan uykusuzluk gibi yetersiz yaşam koşulları leptin hormonunun salınımında azalmaya neden olup, vücutta yağ dokusunun ve iştahın artmasıyla obezite riskini de arttırdığı görülmektedir (Forbes ve ark., 2001; Chaput ve ark., 2007). Diğer önemli etkenlerden birisi de genetik yatkınlık olarak bilinmektedir. Obeziteye genetik yatkınlığı olan bireylerin düzenli fiziksel aktivite yaparak kilosunun korunması sağlanabilmektedir (Kim ve ark., 2016).

2.5. Kronik Hastalıklarda Beslenme ve Aktivite

Hareket, kas ve eklemlerin enerji harcayarak, farklı şiddet ve yorgunlukta enerji harcanmasıdır. Ayrıca, yürüme, koşma, sıçrama, yüzme, bisiklete binme gibi aktiviteler ile kalp atım sayısını ve solunum hızının artırılmasıdır (Caspersen, 1985). Çalışma koşulları günümüzde çalışanları daha hareketsiz olmaya yönlendirmiştir (CDC, 2021). Temel yaşam fonksiyonları arasında olan hareketin kısıtlanması ile birlikte hareketsiz yaşam tarzı dünya çapında en önemli beş sağlık sorunundan birisi haline gelmiştir (DSÖ, 2019).

Düzenli egzersiz yapılması sağlığı koruyucu potansiyel etki göstererek KVVH, diyabet, kolon ve meme kanseri, depresyon gibi kronik hastalıklara karşı koruyucu etki sağlamaktadır (Diet Collaborators., 2015). Ayrıca hareketli yaşam tarzının kilo kontrolü sağlamada yardımcı olduğu bilinmektedir ((<https://www.who.int/health-topics/physical-activity> Erişim tarihi: 9 Mayıs 2021). Yeterli fiziksel aktivitenin iştah hormonlarının baskılanmasında etkili olduğu, bireyin açlık ve tokluk hissini etkileyerek kilo kontrolü sağladığı bildirilmiştir (Howe ve ark., 2014). Bu sayede fiziksel aktivite iştah hormonlarının düzenlenmesini sağlayarak kilo kontrolüne yardımcı etki göstermektedir (Howe ve ark., 2014).

İş yeri uygulamalarının sağlığın teşviki ve geliştirilmesi amacıyla sedanter yaşam tarzı ve kötü beslenme davranışların azaltılmasını ve çalışan sağlığının korunması üzerine odaklanması gerektiğini vurgulamaktadır (Quintiliani ve ark., 2007). Beyaz yakalı çalışanların gün içinde fiziksel olarak hareketsizliği metabolik

sendromun başlıca nedenleri olarak kabul edilir. Sosyodemografik özelliklerin aktivite düzeyinde etkisiyle ofis çalışanlarının aktivite düzeyinin daha düşük olduğu görülmüştür. Çalışanların iş dışı aktivitelerinde de aktif olmadığı bildirilmiştir (Ko ve ark, 2016). Sedanter yaşam tarzının ve beslenmenin etkisiyle özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde obezitenin oranları artmaktadır (Puciato, 2013; Biernat, 2015). Kadınların erkeklere göre daha hareketsiz olduğu ve hastalıklara yakalanmada risk altında olduğu çalışmalarla gösterilmiştir (Guthold ve ark., 2018). Hareketsizliğin bazı kanser hastalıklarında etkisi gösterilmiş, fiziksel aktivitenin kanser gelişiminden korumada etkili olduğu bildirilmiştir (Schmitz ve ark., 2010). Çalışan kadınların yetersiz harekete bağlı meme kanseri riskinin artabileceği gösterilmiştir. Yaşam tarzı davranışlarının bu gelişimde etkin rol aldığı bildirilmiştir (Kullberg ve ark., 2017). Kanser çalışmalarında aktivitenin hormonlar üzerindeki etkisi ile kanserden korunma etkisi görülmüştür (Moore ve ark, 2019). Menopoz sonrası kadınlarda, fiziksel aktivite hormonlar üzerinde olumlu potansiyel etki oluşturarak kanda insülin dengesini ve kilo kontrolünü sağlamaktadır. Fiziksel olarak aktif bireylerin stres ve bağışıklık sistemi üzerindeki koruyucu etkisi de ayrıca gösterilmiştir (Amerikan Kanser Derneği, 2021).

Sağlıklı beslenmenin teşvik edilmesi ve sağlık risklerini azaltmaya yönelik iş yeri düzenlemelerinin etkisi önemlidir (Naicker ve ark, 2021). Zengin diyet posası içeriğine sahip meyve ve sebzenin çalışanlar tarafından yetersiz tüketimi temel gereksinimin kaynaklarının yetersiz alınmasına neden olmaktadır (Naicker ve ark, 2021). Fakat, meyve ve sebze tüketimi çalışanlarda yetersizdir (Naicker ve ark, 2021). Besin içeriğinin ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi için gerekli desteğin sağlanması gerekmektedir (Naicker ve ark, 2021). Çalışanlarda metabolik sendrom insidansı dünya çapında her geçen gün artmaktadır (Inoue ve ark, 2014). Çalışanların yetersiz sebze tüketiminin mineral eksikliğine neden olarak obezite ve hipertansiyon riskini artırmada etkili olduğu görülmüştür (Aginsky ve ark, 2017).

Düzenli öğle yemeği alışkanlığın sağlığı koruyucu potansiyel etki göstererek kan basıncı ve kan yağlarını istenilen referans aralığında olmasını sağlamaktadır (Inoue ve ark, 2014). Ayrıca, sağlıklı beslenme modeli uygulama ve yeterli sebze tüketimi plazma ghrelin düzeylerini artırarak metabolik sendromun önlenmesine etkin rol oynamaktadır (Inoue ve ark, 2014). Beyaz yakalı çalışanların çalışma saatleri nedeniyle öğün erteleme ve hareketsiz çalışma ortamı kişilerde kilo artışına

(Narisada ve ark, 2019) ve kan kolesterol seviyesindeki artış nedeniyle KVH açısından riskinin artmasına neden olmaktadır (Aginsky ve ark, 2017).

Kalsiyum yetişkinler için elzem bir mineraldir. Süt, yeşil yapraklı sebzeler ve yağlı tohumlar iyi kalsiyum kaynaklarıdır. Süt tüketiminin kalsiyum içeriği dışında da iyi bir protein ve B₁₂ vitamini kaynağıdır. Günlük gereksinimi karşılamak için birçok beslenme kılavuzu tarafından önerilmektedir (TUBER 2015). Düşük kalsiyum alımına bağlı olarak kan basıncının yükselmesi arasındaki ilişki: kalsiyum makro minerallerden olan potasyum, magnezyum, sodyum ile birlikte görev yaparak vasküler sistemde denge sağlamaktadır (Wang ve ark., 2008). Yağ asitleri açısından da zengin içeriği ile süt ürünleri yetişkinlerin KVH riskinin azalmasını sağladığı bildirilmiştir (Michaëlsson ve ark., 2014).

Karbonhidrat, protein ve lipitler/yağlar gibi makro besin ögeleri, sodyum, klor, potasyum, kalsiyum, magnezyum, C, D, E vitamini gibi mikro besin ögeleri ve posanın yeterli ve dengeli alımı ve ılımlı alkol tüketimi sağlık üzerine olumlu potansiyel etki gösterebilmektedir (Lacklandm ve ark., 2015; Wuerznera ve ark., 2015; James ve ark., 2014; Weber ve ark, 2014).

Tahıllar, sebze ve meyveler mineral (potasyum, magnezyum vb.) ve diyet posasının önemli kaynaklarındandır. Yetersiz besin tüketimi ve yetersiz hareket çalışanların yaşam biçimini olumsuz etkileyerek hipertansiyon riskini arttırmaktadır. (Balasubramaniam ve Hewlings 2021). Uygun beslenme ve fiziksel aktivite programlarıyla bireyin yaşam tarzı değişiklikleri oluştuğunda çalışanların kan basıncının düzenlendiği gösterilmiştir (Fryar ve ark., 2017).

Fiziksel aktivitenin arteriyel vazodilatasyonu artışında, insülin duyarlılığı, dislipidemi, damar duvarının onarımında etkin bir iyileştirici etkisi olduğu bilinmektedir (Kaya, 2003). Aktivite ile birlikte kaslar çalışarak damarların genişlemesine yardımcı olarak kan basıncını düzenlemektedir. Düzenli yapılan aktivitenin özellikle 30-40 dakikalık hafif egzersizler, yürüme ve yüzme gibi egzersizlerin kan basıncını dengeleyerek KVH'dan koruduğu görülmektedir (Aggarwal ve ark, 2018). KVH sağlıklı besin seçimi, enerji içeriği yüksek besin tüketimi, inaktif yaşam, stres gibi bireyin yaşam şekliyle ilintilidir (Aggarwal ve ark, 2018).

Sağlıklı beslenme planında minerallerden zengin besin tüketimi önerilmektedir (Smith ve ark., 2018). Potasyum makro minerallerden biri olup düz kaslar ve endotel hücrelerin hücre membran potansiyelinin değişiminde rol almaktadır. Yetersiz potasyum tüketimi sempatik sinir sistemini uyarmaktadır (Ünal 2015). Aşırı tuz tüketiminin böbrek işlev bozukluğuna neden olarak renin-anjiyotensin sisteminde etkisi üzerinde olumsuz etkisi bulunmaktadır (Ünal 2015). Yetersiz potasyum tüketimine bağlı, böbreklerde proksimal tübülden sodyum geri emilimi artar. Bu durum, hücre içindeki iyon dengesini etkileyerek asidoza neden olur. Yetersiz potasyum tüketiminin süresinin uzaması sodyum pompa aktivitesini artırarak vücutta sodyum tutulumu artırır. Magnezyum yetersizliği kişilerde vazokonstriksiyona neden olmaktadır (Weber ve ark, 2014). Magnezyumun hücre içi kalsiyum düzeyini ATPaz enzimi aracılığı ile sabitleyerek, prostoglandin ve nitrik oksit üzerinde etki göstererek kan basıncını düzenlemektedir (Lee ve ark., 2020). Kalsiyumdan zengin besin tüketiminin kan basıncını düşürücü etkisi bilinmektedir. Kalsiyum varlığında magnezyum ile birlikte fazla kalsiyumun hücre içi girişi engellenerek vazokonstriksiyonun azalmasını sağlar. Mineral dengesiyle vazodilatasyona neden olur ve kan basıncının yükselmesini engeller (Houston, 2008). Aşırı sodyum tüketimi KVH açısından risk oluşturmaktadır (Üstündağ, 2016). Yetersiz sodyum tüketimi ise baş dönmelerine neden olabilmektedir. Günümüzde sodyum yetersizliği çok nadir görülmekle birlikte çoğu zaman akut gastroenterit gibi sindirim sistemi bozukluklarında görülmektedir (Peng ve ark, 2019).

Tip 2 diyabet hastaları için uygun fiziksel aktivite olarak yürüyüş, bisiklete binme, yüzme önerilmektedir (Anderson ve Geil, 1994). Fiziksel aktivite, açlık insülin seviyesinin kontrolü, antihipertansif etki, kan lipid profilinde denge, kilo kontrolü gibi etkileri sayesinde tip 2 diyabet riskini azaltmaktadır (Anderson ve Geil, 1994). Tip 2 diyabet hastalarının fiziksel aktivite miktarında ve beslenme kalitesindeki artış Hemoglobin A1c düzeyinin sağlıklı sınırdan olmasını sağlamaktadır (Dashti ve ark., 2020).

Yüksek Tansiyonun Önlenmesi, Tespiti, Değerlendirilmesi ve Tedavisi Ulusal Komite Raporuna göre ideal vücut ağırlığının korunması (BKİ: 18.5-24.9 kg/m²), toplam ve doymuş yağ oranı düşük, meyve, sebzelerden zengin besin tüketimi,

beslenme ile alınan tuzun miktarının beş gramla sınırlandırılması, günlük 30 dakikalık aerobik egzersiz yapılması ve ılımlı alkol tüketimi gibi yaşam tarzı değişiklikleri önerilmektedir (Konlan ve ark., 2020).

2.6. Sağlıklı Beslenme Durumunun Belirlenmesinde Kullanılan Ölçekler

Antropometrik ölçüm ekonomik, kolay ve çabuk uygulanabilen ve güvenilirliği olan bir yöntemdir. Ölçümlerden elde edilen sonuçlar bireyin beslenme ve sağlık durumu hakkında bilgiler verir. Antropometrik ölçümlerle bireyin vücut bileşenleri, kilosu, boyu, bel çevresi, kalça çevresi, vücut yağ oranı ve kas kütlesi belirlenebilir. Antropometrik ölçümler bireyin genel sağlık durumunun değerlendirmesi için kullanılan önemli bir kriterdir (Akdevelioğlu ve ark., 2012; TÜBER, 2015). Bireylerin kas, kemik ve yağ dokusu değerlendirmek için kullanılan antropometrik ölçümler nicel ölçümlerdir. Bireyin boy, kilo, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi ölçümlerinin bilinmesinin beslenme bozukluklarının tanımlanmasında daha net bir yaklaşım sağlanmasına katkıda bulunabilir (Mirwald ve ark., 2002). İdeal vücut ağırlığı hesaplanırken bireyin antropometrik ölçümleriyle birlikte fiziksel aktivite düzeyi de önemlidir. Besinlerden gelen enerjinin gün içinde tüketilmesi ile dengede olması ideal vücut ağırlığının korunması sağlanmaktadır (Cavill ve ark., 2006).

Yetersiz fiziksel aktivite kronik hastalıklar ile, düzenli fiziksel aktivite ise de daha sağlıklı yetişkinler ve yaşlanma etkilerinin gecikmesi ile ilişkilendirilmektedir (Rebelo-Marques ve ark., 2018). Beslenme ve aktivite dengesinin yetişkinlerin ilerideki hayatını pozitif yönde etkilediği belirtilmektedir (Rebelo-Marques ve ark., 2018). Hareket, bedenimizi kullanarak yaptığımız yürüyüş, kol ve bacak hareketleri, oturup kalkmak, eğilmek, baş ve gövde hareketleri gibi fiziksel olarak enerji harcadığımız aktivitelerdir (Altay, 2007). Fiziksel aktivite düzeyine göre bireyin günlük enerji ihtiyacı %30-100 oranında artırılmalıdır (Kaya, 2003). Aktivite düzeyi Metabolik Eşdeğer Dakika (MET) değeri üzerinden hesaplanmaktadır. MET, kişinin dinlenme esnasında tükettiği oksijen miktarıdır, bu da dakikada yaktığı 1,25 denk gelmektedir. Sedanter olma durumunda kişi ortalama dakikada 1,0-1,5 MET enerji harcamaktadır (Pate ve ark., 1995). MET değeri hesaplanırken kişinin haftada kaç gün ve günde kaç saat fiziksel aktivite yaptığı sorgulanmaktadır. Yapılan her bir aktivite kendi şiddeti ve süresinin düzeyine göre belirlenen katsayı ile aktivitenin süresi ve kaç

gün aktivite yaptığı çarpılarak hesaplanır. Toplam MET değerleri tüm aktivitelerin toplam puandır (Pitta ve ark., 2006).

Fiziksel aktivitenin nabız sayısını ve solunum hızını artırması gerekmektedir. Çalışma ortamlarında yapılacak ufak egzersiz hareketleri, işe bisiklet veya yürüyerek gitmek, alışveriş gibi etkinlikler fiziksel aktivite olarak kabul görmektedir (<https://www.acsm.org> Erişim Tarihi: 7 Haziran 2021). Beyaz yakalılar bilgisayar başında aynı sandalyede uzun saatler harcayarak çalışmaktadır (Güven ve Günay, 2021). Çalışırken, ulaşım araçlarında, evde televizyon karşısında oturma ayrıca pandeminin etkisiyle de hareketsizlik görülmektedir (<https://www.cdc.gov> Erişim Tarihi: 7 Haziran 2021). COVID-19 salgını çalışanların sosyal mesafe, uzaktan çalışma, yorgunluk hareketsiz davranıştaki artışlara neden olmuştur. (Deutsche Welle, 2020).

Sağlıklı beslenme indeksleri günümüzde bilinen güvenliği ispat edilmiş önemli diyet kalite indeksi indeksleridir. İyi bir beslenme planının bireyi kronik hastalık riskinden koruduğu bilinmektedir (Schwingshackl ve ark., 2019). Çalışanlara yönelik hazırlanacak iş yeri menülerinin iyi diyet kalitesine sahip olması çalışanların yeterli ve dengeli beslenmesini sağlayacak ve kronik hastalık risklerinden koruyabilecektir (Özcan ve Kızıl, 2020).

Sağlığın korunmasında fayda gösteren beslenme kılavuzlarının en önemlilerinden birisi Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü (National Heart, Lung, and Blood Institute) tarafından geliştirilen DASH beslenme planıdır. Anti-hipertansif etki gösteren beslenme planı, içerisindeki faydalı bileşenlerle dikkat çekmiş ve 1997 yılından bu yana da uygulanmaktadır (Appel 1997). Sodyum içeriği yüksek besin tüketimi, yetersiz sebze tüketiminin (Chaudhary ve ark, 2020; Saneei ve ark, 2014) ve basit karbonhidrat içeren bir beslenme programı kan basıncını yükseltirken (Kim ve ark, 2018), bitkisel protein içeren bir beslenme modelinin ise tam tersi etki göstererek kan basıncını regüle ettiği gösterilmiştir (Richter 2015). KVH mortalitesi yüksek hastalıklardan biri olup, tedavisi için beslenme kılavuzları yayımlanarak diyet stratejileri önerilmektedir (Mellen ve ark., 2008). DASH diyetin kan basıncı regülasyonu sağlamak dışında kanda düşük dansiteli lipoprotein (LDL) düzeyinde düşürücü etkiye sahip olduğu da gösterilmiştir (<https://www.nhlbi.nih.gov/health->

[topics/dash-eating-plan](https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/dash-eating-plan) Erişim Tarihi: 11 ayıs 2021). DASH, ilaç kullanmadan hipertansiyonu kontrol altında tutan ve sağlığın korunmasında etkili bir beslenme modelidir (NIH, 2006).

Sağlıklı beslenme için hazırlanan indeksler, sebze ve meyve içeriğiyle günlük alınacak vitamin ve minerallerden zengindir (NIH 2006). Besin çeşitliliğinin günlük beslenmede artırılması önermektedir. Rengarenk sebze ve meyvelerin günlük tketimeyle meyve ve sebzelerin içeriğinde bulunan polifenoller ve antioksidanların sağlığı koruyucu potansiyel faydalarından yararlanılabilmektedir (NIH, 2006). Sağlığı koruyucu potansiyel etkiye sahip olan bu bileşenler antioksidan enzim sistemlerini aktive ederek oksidatif stresin azalmasında önemli rol oynamaktadır (NIH, 2006). Ayrıca, hastalıklardan korunmasında potansiyel iyileştirici etkiye sahiptirler. Hedeflenen beslenme planında protein, sebze ve meyve, süt ürünleri, beyaz et ve tam tahıllar gibi besinlerin tüketime artırarak, toplam besin tüketiminde doymuş yağ ve kolesterol ile basit karbondhidratları sınırlandırmaktadır (<https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/dash-eating-plan> Erişim Tarihi: 11 Mayıs 2021).

DKİ-U, uluslararası düzeyde planlanmış bir indeks olup toplumların beslenme durumunu tespit etmeye yönelik hazırlanmıştır. DKİ-U, kişinin iki ardısığ günün ve hafta sonu bir günün 24 saatlik boyunca tüm yenilen içilen besin tüketim kaydının değerlendirilmesiyle hesaplanmaktadır. Bireyin toplam besin tüketime besin ögesi içeriğinin değerlendirilmesi ile bireylerin yeme davranışı ve yeterli ve dengeli besin ögesi gereksinimleri karşılayabileceği analiz edilerek, kronik hastalıklara yönelik koruyucu etkinin belirlenmesinde önemli bir ölçektir (Kim ve ark, 2003).

DKİ ilk hazırlanan indeks şekli olup “Kronik Hastalık Riskini Düşürmek için Uygulamalar” düşünülerek hazırlanmıştır. DKİ-U uluslararası formu olup bireyin kronik hastalıklara karşı beslenme sorunlarının tespit edilmesi ve düzeltilmesi, beslenme kalitesinin referans düzeye getirilmesini hedeflemektedir. İndeks 24 saatlik besin tüketime besin içeriği ve örüntüsüne dikkat çekerek diyetin çeşitliliğini, yeterliliğini, içeriğini ve genel dengesini değerlendirmektedir (Kim ve ark, 2003; Setayeshgar ve ark, 2017).

Sağlıklı Yeme İndeksi (SYİ), yetişkin bireylerin günlük besin ve besin ögeleri tüketim önerileri doğrultusunda Amerika Birleşik Devletleri Tarım Bakanlığı tarafından geliştirmiş diyet kalitesini değerlendiren bir ölçektir (Tande ve ark, 2010). 1995 yılında ilk kez hazırlanan ölçek bireyin günlük besin tüketim kayıtlarından elde edilen verilerin önerilen miktarda tüketimi ölçmek için oluşturulmuştur (Bowman ve ark, 1998). Ancak zaman içinde indeks güncellenmiş, günümüzde kullanılan SYİ-2015 haline getirilmiştir. Sağlıklı beslenme indeksi sağlık koşullarını geliştirmek ve kronik hastalık riskini azaltmak için oluşturulmuştur (Guenther ve ark., 2014). Güncel kılavuzda yapılan değişiklikler ile günlük enerji gereksinimi için ihtiyaç duyulan besin grubu çeşitliliğinin, besin içeriğinin yoğunluğunun sağlanması hedeflenmiştir (Guenther ve ark., 2008; Guenther ve ark., 2013; Krebs-Smith ve ark, 2018).

Hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde yaşam biçiminin değiştirilmesi hedeflenmektedir. Kişinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmesiyle, hastalıklardan korunması, yaşam kalitesinin artması ve ömrün uzaması gibi sağlığın olumlu yönde gelişmesi beklenmektedir (Walker, 1996).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, sağlığın korunması, bireyin yaşam tarzının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireyi hastalıklara karşı oluşabilecek risk faktörlerinden korumada ve hastalıkların oluşumunu önlemede etkilidir (Walker, 1996). Bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşı, cinsiyeti gibi kişisel özellikleri, çevresiyle olan ilişkileri ve uyumu ve tecrübeleri ile şekillenmektedir (Estrada ve ark, 2016). Sağlıklı yaşam davranışları ile hedeflenen bireylerin kısa süreli sonuca yönelik değil uzun vadede sağlıklı yaşam alışkanlıklarının gelişmesi açısından önemsenmektedir (Sousa ve ark, 2014). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları altı önemli alt grup altında incelenmektedir (Walker, 1996). SYBDÖ-II'nin alt başlıkları aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Manevi Gelişim
- Sağlık Sorumluluğu
- Fiziksel Aktivite
- Beslenme
- Kişiler Arası İlişkiler
- Stres Yönetimi

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Çalışmanın evrenini, 18-62 yaş aralığında farklı mesleklerde çalışan beyaz yakalı çalışanlar oluşturmaktadır. Yakın Doğu Üniversitesi Etik Kurulu tarafından YDU/2020/85-1212 nolu kararı ile araştırmanın etik kurul açıdan uygun olduğu belirtilmiştir (Ek 1). Aralık 2020-Mayıs 2021 tarihleri arasında çalışmaya katılmak isteyen gönüllülere mail ve sosyal medya aracılığıyla çevrimiçi duyurular yapılarak çalışma duyurulmuştur. İlgilen çalışanlarla görüşülerek, antropometrik ölçümlerin alınmasında engeli olmayan gönüllüler araştırmaya dahil edilmiştir. Gönüllü katılımcılar “Aydınlatılmış Onam Formu” nu onaylayarak çalışmaya katılmışlardır.

3.2. Araştırma Genel Planı, Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Araştırma üç farklı kapsamda değerlendirilmiştir. İlk olarak çevrimiçi ve kovid-19 korunma koşulları sağlanarak teke tek (yüz yüze) bireysel görüşmeler yapılmıştır. Çevrimiçi anket formu ile gönüllülerin kişisel, demografik ve sağlık bilgilerine ulaşılmıştır. Ayrıca çalışmaya katılan gönüllülerin öğün düzeni, besin tercihleri ve öğle yemeği yemek yediği yerler sorgulanmıştır. İkinci aşamada randevu alınarak gönüllü katılımcıların antropometrik ölçümleri yapılacağı günün planlaması yapılmıştır. Antropometrik ölçümlerde, bireylerin vücut kompozisyon analizleri Tanita cihazı (BF-350) ile yapılmıştır. Bel ve kalça ölçümleri esnemeyen mezür yardımı ile ölçülmüştür.

Çalışmanın üçüncü aşamasında 24 saatlik geriye dönük besin tüketim formu küçük el broşürü (Ek 3) olarak tasarlanmış renkli bir şekilde gönüllülerden ikisi hafta içi biri hafta sonu olmak üzere üç günlük besin tüketimlerinin kayıt tutmaları istenmiştir. Teke tek görüşmelerde fotoğraflı besin kataloğu ile besin tüketim kaydında dikkat edilmesi gereken noktalar anlatılmıştır.

3.2.1 Antropometrik Ölçümler ve Vücut Bileşiminin Analizi

Araştırma kapsamındaki tüm antropometrik ölçümler ve vücut analizleri araştırmacı tarafından yapılmıştır. Bireylerin boy uzunlukları, vücut ağırlıkları, bel ve kalça çevreleri ölçülerek anket formuna kaydedilmiştir. Boy uzunluğunun ölçülmesinde duvar tipi boy ölçer kullanılmıştır. Katılımcılar ölçüm esnasında

ayaklarını yan yana olacak şekilde durmaları ve başın frankfort düzlemde (göz ve kulak kepçesi üstü aynı hizada) olmasına dikkat edilmiştir. Duvar yanında hazır ol durumunda olan kişinin başının üst kısmının en yüksek noktası hedeflenerek ölçüm yapılmıştır. Katılımcıların beden kütle indeksleri standart $BKİ = \frac{\text{Vücut ağırlığı (kg)}}{\text{boy (m)}^2}$ formülü ile hesaplanmıştır. Bel ve kalça çevresinin ölçümünde esnemeyen mezür kullanılmıştır. Bel çevresi ölçülürken katılımcıların en alt kaburga kemiği ile kristailiik arasına kalan orta noktadan geçen bölge ölçülmüştür. Bel çevresinin (cm) boy uzunluğuna (cm) bölünmesi ile bel boy oranı değerlendirilmiştir (DSÖ, 2011). Kalça çevresi, kalça çevresinin en yüksek noktasının etrafının mezür ile ölçümü yapılmaktadır. Bel / kalça oranı bel çevresinin (cm) kalça çevresine (cm) bölünmesi ile hesaplanmaktadır (DSÖ, 2011). Vücut yağ oranı değerlendirilmesinde elektronik tartı (Tanita cihazı (BF-350)) verdiği sonucu dikkate alınmıştır.

3.2.2 Besin Tüketiminin Saptanması

Besin tüketim formunu doldururken katılımcılardan miktar ölçüsünü ve kullanılan ölçü çeşidini belirtmeleri istenmiştir. Gönüllüler ile formun doldurma sürecinde iletişimde olunmuştur. Besin kaydında verilen ölçümlerin doğru alınması için maksimum önem gösterilmiştir. 24 Saatlik Geriye Dönük Besin Tüketim Formlarının analizi BeBiS 7.1 (öğrenci) programı ile yapılmıştır. DASH, DKİ-U ve SYİ-2015 puanlarının hesaplaması üç günlük alınan 24 saatlik geriye dönük besin tüketim form üzerinden yapılmıştır.

3.2.3 Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi - Kısa Form

Fiziksel aktivite düzeyinin değerlendirilmesi için Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirliği kabul edilmiş olan Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi'nin (IPAQ) kısa formu kullanılmıştır (Sağlam ve ark., 2010). Son bir hafta içinde bireyin fiziksel aktivite durumu dikkate alınarak, yapılan yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitelerinin süreleri (dakika olarak), sıklığı (gün olarak) değerlendirilerek hesaplanmaktadır. Fiziksel aktivite skorunun hesaplanmasında ise MET değerleri, yürüme için 3,3 MET, orta şiddetli aktivite için 4,0 MET ve şiddetli aktivite için ise 8,0 MET olarak belirlenmiştir. Tüm bu değerlerin toplamı ile katılımcıların aktivite düzeyine ulaşılmaktadır (Hagströmer ve ark., 2006).

Kişilerin son zamanlarda yaptıkları aktivite miktarı dikkate alınarak cevapladıkları form değerlendirirken, haftalık yapılan aktivite miktarının gün sayısı, aktivite süresi ve aktivite şiddetine göre birbiriyle çarpılmaktadır. Çıkan sonuç 600 MET değerinden küçükse kişi inaktif 600-3000 MET değeri arasında ise orta derecede aktif ve 3000 MET değerinin üzerinde ise yüksek aktiviteli olarak değerlendirilmektedir (IPAQ, 2014).

3.2.4 DASH Skorunun Hesaplanması

DASH diyet değeri hesaplanmasında magnezyum, kalsiyum, sodyum ve potasyum mineralleri ve toplam yağ, doymuş yağ, protein, kolesterol, diyet posası olmak üzere dokuz farklı besin ögesi üzerinde değerlendirme yapılmaktadır. Puanlama yapılırken hem kadınlar hem de erkekler için aynı kriterler kullanılmaktadır. 1000 kkal üzerinden besin tüketiminin referans değerine göre değerlendirilerek, 0-9 arasında puanlama yapılmasıyla hesaplanmaktadır. Her besin ögesi için kişiler, DASH diyet hedef değeri sağlarsa 1 puan, ara hedef değeri sağlarsa 0,5 puan hedef değerin sağlanamamasında ise 0 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Puanlar toplandığında kişiler en az 0 puan, en fazla 9 puan alabilmektedir ve 4,5 üzeri puan alan DASH diyetle uyumlu kabul edilmektedir (Mellen, 2008).

Tablo 1. DASH Diyeti Skor Hedefleri ve Ara Hedefleri

DASH Diyeti Besin Ögesi Bileşenleri	DASH Diyet Skor Hedefleri (1 puan)	DASH Diyet Skor Ara Hedefleri (0.5 puan)	Skor
Protein	≥ 18 günlük toplam enerji	≥ 16.5 günlük toplam enerji	
Toplam Yağ	≤ 27 günlük toplam enerji	≤ 32 günlük toplam enerji	
Doymuş Yağ	≤ 6 günlük toplam enerji	≤ 11 günlük toplam enerji	
Kolesterol	≤ 171.4 mg/1000 kkal/gün	≤ 107.1 mg/1000 kkal/gün	
Posa	≥ 14.8 g/1000 kkal/gün	≥ 9.5 g/1000 kkal/gün	

Tablo 1. DASH Diyeti Skor Hedefleri ve Ara Hedefleri(devamı)

Sodyum	≤ 1143 mg/1000 kkal/gün	≤ 1286 mg/1000 kkal/gün	
Magnesium	≥ 238 mg/1000 kkal/gün	≥ 158 mg/1000 kkal/gün	
Potasyum	≥ 2238 mg/1000 kkal/gün	≥ 1534 mg/1000 kkal/gün	
Kalsiyum	≥ 590 mg/1000 kkal/gün	≥ 402 mg/1000 kkal/gün	

3.2.5 Uluslararası Diyet Kalite İndeksi (DKİ-U)

Bireylerin beslenme içeriğinin değerlendirildiği indeks kronik hastalıkları etkileyen diyet kalitesinin ölçülebilmesi için de kullanılmaktadır. 1994 yılında Patterson ve arkadaşları tarafından geliştirilen DKİ, 24 saatlik besin tüketim kaydının en az üç defa birbirini izleyen günlerde (iki hafta içi bir hafta sonu) alınarak planlanmaktadır. 2003 yılında Diyet Kalite İndeksi–Uluslararası (DKİ – U) olarak geliştirilmiştir. Diyet kalitesi kişinin tükettiği besin, çeşitlilik, yeterlilik, dengede olması ve içeriğine bağlı olduğunu göstermiştir. İçeriğinde toplam yağ, doymuş yağ, kolesterol, sebze ve meyveler, tahıl ve kuru baklagiller, protein, sodyum ve kalsiyum gibi sekiz besin birleşiminden oluşmaktadır. Değişkenler değerlendirilirken çeşitlilik, yeterlilik, içerik ve dengeli olmak üzere dört farklı grup içinde ayrı ayrı puanlandırılmaktadır. Değerlendirme yapılırken çeşitlilik 0-20 puan üzerinden puanlanırken besin gruplarının ve protein kaynağı besinlerin çeşitliliği sorgulanmaktadır. Yeterlilik ise 0-40 puan üzerinden değerlendirilmekte günlük sebze ve meyve, tahıl, posa, protein tüketimi demir, kalsiyum minerali ve C vitamin günlük referans değeri ile karşılaştırılarak hesaplanmaktadır. Dengeli tüketim miktarı 0-30 üzerinden puanlanmakta içeriği incelendiğinde total yağ, doymuş yağ, kolesterol, sodyum, boş enerji kaynaklarının günlük tüketimi değerlendirilmektedir. Son olarak içerik değerlendirilmesi 0-10 puan üzerinden hesaplanmakta ve ise makro besin ögesi ve yağ asidi oranı sorgulanmaktadır. Toplam değer 0-100 arasında değişmektedir. 60 üzeri puan diyet kalitesinin “iyi” olduğunu göstermektedir (Kim ve ark., 2003).

Tablo 2. Diyet Kalite İndeksi -U

BİLEŞEN	SKOR	SKOR KRİTERLERİ
Çeşitlilik	0-20	
Tüm besin grupları çeşitliliği (kırmızı et/kümes hayvanı/balık/yumurta/süt ürünleri/kurubaklagil;tahıl/meyve;sebze)	0-15	Tüm besin gruplarından ≥ 1 porsiyon /gün=15 1 besin grubu eksik/gün=12 2 besin grubu eksik/gün=9 3 besin grubu eksik/gün=6 ≥ 4 besin grubu eksik/gün= 3 Hiçbir besin grubu yok/gün=0
Protein kaynağı çeşitliliği (kırmızı et, süt, balık, süt ürünleri, yumurta, kurubaklagil)	0-5	≥ 3 farklı kaynak/gün=5 2 farklı kaynak/gün=3 1 kaynak/gün=0
Yeterlilik	0-40	
Sebze	0-5	≥ 3 -5 porsiyon/gün=5 0 porsiyon/gün=0
Meyve	0-5	≥ 2 -4 porsiyon/gün=5 0 porsiyon/gün=0
Tahıl	0-5	≥ 6 -11 porsiyon/gün=5 0 porsiyon/gün=0
Posa	0-5	≥ 20 -30 g/gün=5 0 g/gün=0
Protein	0-5	enerjinin $\geq \%10$ /gün=5 enerjinin $\%0$ /gün=0
Demir	0-5	$\geq \%100$ RDA (AI)/gün =5 $\%0$ RDA (AI)/gün =0
Kalsiyum	0-5	$\geq \%100$ AI/gün =5 $\%0$ AI/gün =0
Vitamin C	0-5	$\geq \%100$ RDA (AI)/gün =5 $\%0$ RDA (AI)/gün =0
Dengeli	0-30	
Total yağ	0-6	enerjinin $\leq \%20$ /gün=6 enerjinin $\%20$ -30 /gün=3 enerjinin $>\%30$ /gün=0
Doymuş yağ	0-6	enerjinin $\leq \%7$ /gün=6 enerjinin $\%7$ -10 /gün=3 enerjinin $>\%10$ /gün=0
Kolesterol	0-6	≤ 300 mg/gün=6 >300 -400 mg/gün=3 >400 mg/gün=0

Tablo 2. Diyet Kalite İndeksi -U (devamı)

Sodyum	0-6	≤ 2400 mg/gün=6 $>2400-\leq 3400$ mg/gün=3 >3400 mg/gün=0
Boş enerji kaynağı	0-6	enerjinin ≤ 3 /gün=6 enerjinin $3-10$ /gün=3 enerjinin >10 /gün=0
İçerik	0-10	
Makro besin ögesi oranı (Karbonhidrat:protein:yağ)	0-6	$55\sim 65 : 10\sim 15 : 15\sim 25=6$ $52\sim 68 : 9\sim 16 : 13\sim 27=4$ $50\sim 70 : 8\sim 17 : 12\sim 30=2$ Bunlar dışında=0
Yağ asidi oranı (PUFA:MUFA:SFA)	0-4	PUFA/SFA= $1\sim 1.5$ ve MUFA/SFA= $1\sim 1.5=4$ PUFA/SFA= $0.8\sim 1.7$ ve MUFA/SFA= $0.8\sim 1.7=2$ Bunlar dışında=0

3.2.6 Sağlıklı Yeme İndeksi 2015 (SYİ-2015)

Sağlıklı Yeme İndeksi, ilk kez 2005 yılında düzenlenmiş ve yıllar içinde güncellenerek günümüzde indeks Amerika Beslenme Rehberine (2015-2020) en uygun olacak şekilde oluşturulmuştur (Guenther, 2003). 2005 yılında 10 bileşenin değerlendirildiği ankette zamanla bileşen sayısı 12'ye çıkarılmış ve puanlamaya katılımcıların tam tahıl tüketimi, meyve-sebzenin çeşidi, boş enerji kaynaklarının tüketimi gibi diyet bileşenleri bakılırken; protein alımına deniz ürünleri ve bitkisel kaynaklı proteinler, tekli ve çoklu doymamış yağ asidi alımının doymuş yağ asidi alımına oranı da hesaplanmaya eklenmiştir. Güncellenen SYİ-2015'de, besin çeşitliliği ve besin öğelerinin değerlendirildiği 13 farklı bileşenden oluşmaktadır. Katılımcıların besin tüketimi kayıtlarından elde edilen veriler dikkate alınarak bireylerin her 1000 kkal içerisindeki tükettikleri besin ve besin ögesi içeriğinin referans tüketim miktarına göre değerlendirilerek puanlanmıştır. Anketten alınabilecek en yüksek puan 100 olup en düşük puan ise 0'dır. SYİ-2015 puanına göre katılımcıların diyet kalitesi toplam puanı ≤ 50 ise “kötü diyet kalitesi”, 51-80 aralığında ise “geliştirilmesi gerekli”, >80 ise “iyi diyet kalitesi” olarak tanımlanmaktadır (Krebs-Smith ve ark., 2018).

Besin tüketim değerlendirmede her madde için önerilen referans aralığından oran orantı yöntemiyle tüketilen miktar hesaplanmıştır. Birinci madde olan meyve

tüketimi günlük meyve ve meyve suyu tüketimini, ikinci ve üçüncü maddelerde toplam tüketilen meyve ve sebze miktarı değerlendirmektedir. Tam tahıl ve protein tüketimi ayrı maddelerde değerlendirilmektedir. Protein tüketiminin çeşiti deniz ürünleri ve bitkisel proteinler gibi farklı kategorilerde ankete dahil edilmiştir. Toplam protein içeren besinler, deniz ürünleri ve bitkisel proteinler grubuna dahil edilen tüm besinlerin yanı sıra kırmızı beyaz et ve et ürünleri, yumurta ve organ etleri de dahil edilmiştir (Krebs-Smith ve ark., 2018).

Ankette tüketiminin sınırlaması gereken işlenmiş tahılların $\leq 50,4$ g/1000 kkal, sodyum $\leq 1,1$ g/1000 kkal, doymuş yağlar $\leq 8\%$ ve ilave şeker $\leq 6,5$ gramdan az tüketiminde katılımcılara tam puan verilmiştir (Krebs-Smith ve ark., 2018).

Tablo 3. Sağlıklı Yeme İndeksi-2015

Bileşenler	En fazla puan	En fazla puan için alınan miktar	En az puan için alınan miktar
Toplam meyve	5	≥ 192 g/1000 kkal	0
Tam meyve	5	≥ 96 g/1000 kkal	0
Toplam sebze	5	≥ 264 g/1000 kkal	0
Koyu yeşil yapraklı sebzeler ve kurubaklagiller	5	≥ 48 g/1000 kkal	0
Tam tahıllar	10	≥ 42 g/1000 kkal	0
Süt grubu	10	≥ 312 g/1000 kkal	0
Toplam proteinli yiyecekler	5	≥ 70 g/1000 kkal	0
Deniz ürünleri ve bitkisel proteinler	5	$\geq 22,4$ g/1000 kkal	0
Yağ asitleri	10	(ÇDYA+TDYA)/ Doymuş y.a. $\geq 2,5$	(ÇDYA+TDYA)/ Doymuş y.a. $\leq 1,2$
İşlenmiş tahıllar	10	$\leq 50,4$ g/1000 kkal	$\geq 120,4$ g/1000 kkal
Sodyum	10	$\leq 1,1$ g/1000 kkal	$\geq 2,0$ g/1000 kkal
İlave şeker	10	Enerjinin $\leq 6,5\%$ 'i	Enerjinin $\geq 26\%$ 'ı
Doymuş yağlar	10	Enerjinin $\leq 8\%$ 'i	Enerjinin $\geq 16\%$ 'ı

3.2.7 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II

Walker ve arkadaşları tarafından 1987 sağlığı geliştirme davranışlarını değerlendirmek için geliştiren çalışma 1996 yılında güncellenmiştir. Bahar ve ark. anketinin geçerlilik güvenilirlik çalışması yapmıştır. Ölçek 52 madde ve altı alt bölümden oluşmaktadır. Dörtlü likert yöntemiyle hesaplamaktadır. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3 ve düzenli olarak 4 puan üzerinden değerlendirilecek hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek, en düşük puan 52 en yüksek puan 208'dir. Alt gruplar sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, beslenme alışkanlığı, kişilerarası destek, manevi gelişim ve stres yönetimi altı farklı değerlendirme üzerinden hesaplanmaktadır.

Ölçekten alınan puanın yüksekliği bireylerin sağlık yaşam biçimi davranışları skorunun olumlu olduğunu göstermektedir. Sağlık Sorumluluğu (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51); Egzersiz (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46); Beslenme (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50); Manevi Gelişim (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52); Kişilerarası İlişkiler (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49); Stres Yönetimi (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47); maddeli altı alt grubun sorularının toplanmasıyla değerlendirilmektedir (Bahar ve ark., 2008).

3.3. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 20.0 İstatistik Paket Programı kullanılarak yapılmıştır. Nicel verilerin; aritmetik ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), ortanca ve alt-üst değerleri hesaplanmıştır. Elde edilen nitel ve nicel verilerin dağılım özellikleri incelenerek parametrik ve nonparametrik yöntemlerden uygulanmıştır. Uygulanan anket ve ölçeklerden alınan sonuçlar ve antropometrik ölçümleri ile ilgili gözlenen frekansların dağılımları arasındaki farklar “Ki-kare Testi” ve Fisher Exact Test ile analiz edilmiştir. Normal dağılımlarda Student T test ve Bonferroni uygulanmış ve Oneway Anova parametrik olmayan testler için “Kruskal Wallis Varyans Analizi” kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Genel Özellikleri

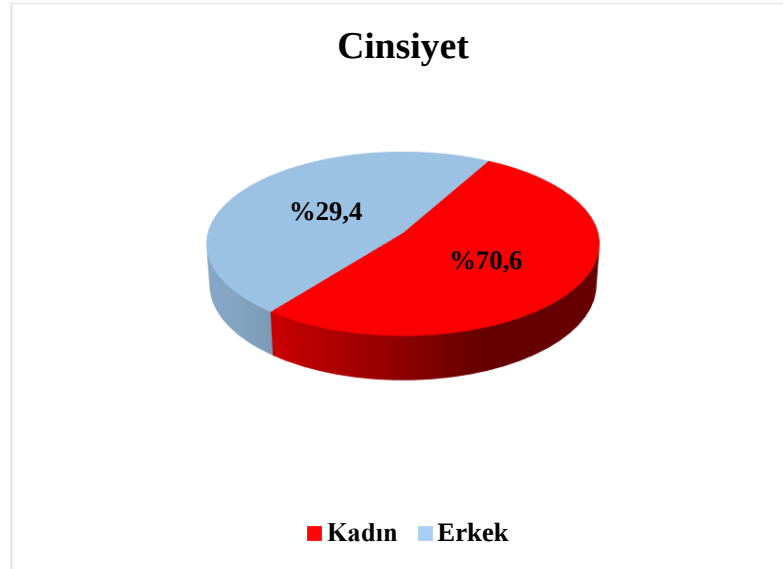
Araştırma kapsamına alınan bireylerin demografik bilgileri Tablo 4'te yer almaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin %70,60'ı kadın ve %29,40'ı erkektir. Yaş ortalaması $35,7 \pm 9,36$ yıldır. Araştırmaya katılan bireylerin %9,9'u ilkokul, ortaokul veya lise mezunu, %44,1'i lisans, %46,0'ı yüksek lisans veya doktora programlarından mezundur. Beyaz yakalı çalışanların %23,2'sinin öğretmen, %25,1'inin bankacı, %32,2'sinin akademisyen, %7,1'inin özel sektör çalışanı, %6,6'sının sağlık personeli, %2,4'ünün diğer meslekler ve %1,4'ünün kamu personelinden oluştuğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %57,8'i evli, %42,4'ü bekdir. Araştırmaya katılan bireylerin %48,3'inin sigara kullanmadığı, %25,1'inin sigara kullandığı, %14,7'sinin bazen sigara kullandığı %11,8'inin ise daha önce sigara kullandığını şimdi kullanmadığı saptanmıştır. %61,6'ünün alkol kullanımı olduğu, %38,4'sının alkol kullanımı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (%)

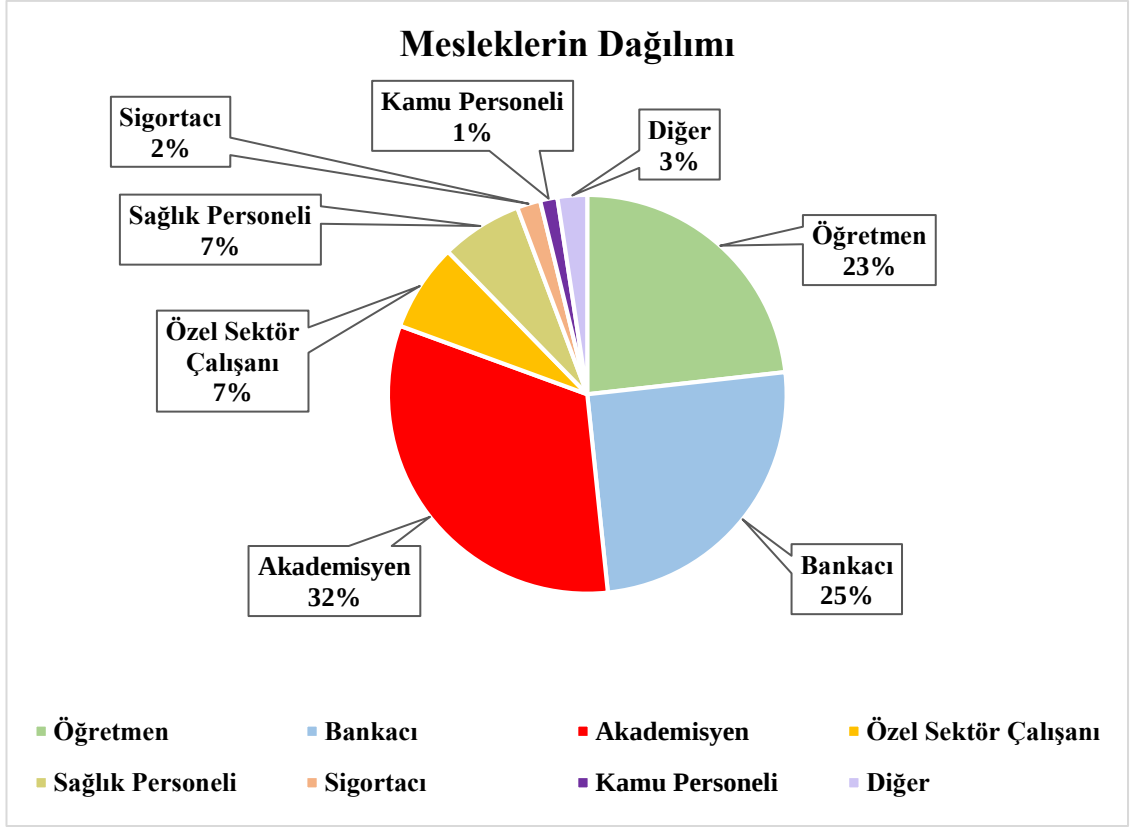
Cinsiyet	n	%
Kadın	149	70,6
Erkek	62	29,4
Medeni Durum		
Evli	122	57,8
Bekar	89	42,2
Eğitim Durumu		
İlkokul, Ortaokul, Lise	21	9,9
Lisans	93	44,1
Yüksek Lisans ve Üzeri	97	46,0
Meslek		
Akademisyen	68	32,2
Bankacı	53	25,1
Öğretmen	49	23,2
Özel Sektör Çalışanı	15	7,1
Sağlık Personeli	14	6,6
Diğer	5	2,4
Sigortacı	4	1,9

Tablo 4. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (%) (devamı)

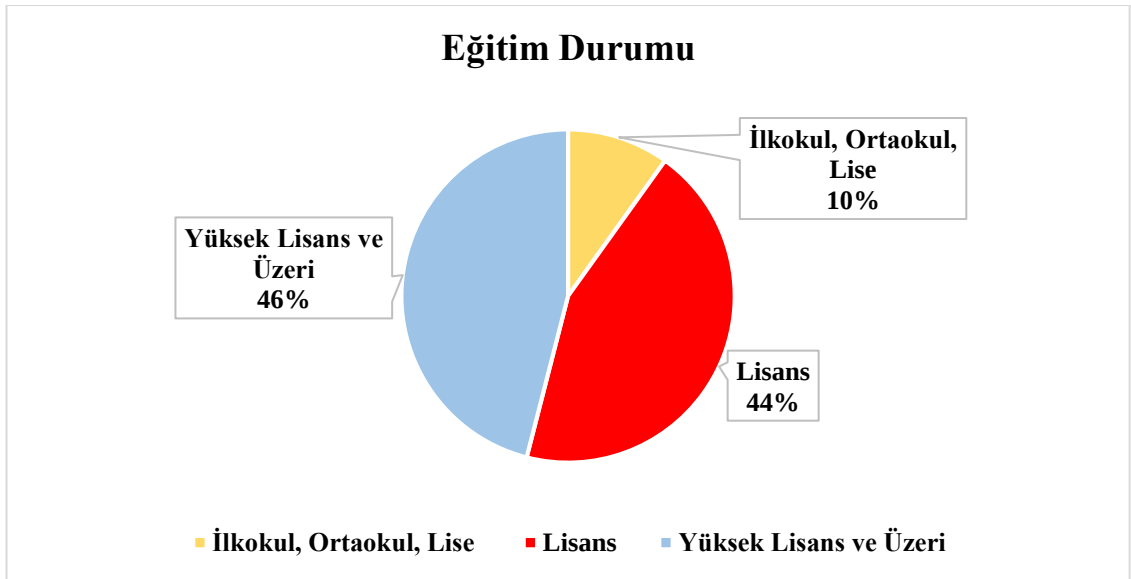
Kamu Personeli	3	1,4
Sigara Kullanımı		
Evet	53	25,1
Hayır	102	48,2
Bazen içiyorum	31	14,7
İçtim bıraktım	25	11,8
Alkol Tüketimi		
Evet	130	61,6
Hayır	81	38,4
Alkol Tüketim Sıklığı		
Ayda 1-2	72	54,2
Haftada 1-2	44	33,6
Haftada 3-4	13	9,9
Haftada 5-6	2	1,5
Hergün	1	0,8



Şekil 1. Cinsiyetlerin Dağılımı (%)



Şekil 2. Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (%)



Şekil 3. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı (%)

4.2. Katılımcıların Antropometrik Ölçümleri

4.2.1. Katılımcıların, Boy ve Vücut Ağırlığı Ölçümleri

Araştırmaya dahil edilen bireyleri, boy uzunluğu ve vücut ağırlıklarının ölçümlerine ait ortalama, standart sapma, medyan, en küçük ve en büyük değer gibi tanımlayıcı istatistikler Tablo 5’de verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin boy uzunluklarının ortalaması $167,85 \pm 8,93$ cm, vücut ağırlıklarının ortalaması $70,62 \pm 16,78$ kg olarak saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların, Boy ve Kilo Ölçümleri

	n	$\bar{x}$	SS	Medyan	Min	Max
Boy Uzunluğu (cm)	211	167,85	8,93	167,00	145,00	198,00
Vücut ağırlığı (kg)	211	70,62	16,78	68,00	40,00	136,00

4.2.2 Katılımcıların Beden Kütle İndeksi (BKİ) ve Sınıflandırması

Araştırmaya dahil edilen bireylerin BKİ’sine ait yüzdelikler tanımlayıcı istatistik olarak verilmiştir (Tablo 6). Katılımcıların BKİ değerlerine göre %1,9’unun zayıf %50,2’sinin normal, %29,4’ünün hafif şişman, %18,5’inin şişman olduğu tanımlayıcı olarak verilmiştir.

Katılımcıların ortalama beden kütle indeksi $25,37 \pm 5,02$ kg/m²’dir. Kadınların ortalama BKİ değeri $24,51 \pm 4,73$ kg/m² iken, erkeklerin ortalama BKİ değeri $27,45 \pm 5,12$ kg/m²’dir. Çalışmaya dahil edilen erkek katılımcıların BKİ değeri kadın bireylere oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0,00, Tablo 6). Katılımcıların %50,2’sinin normal BKİ sınıflamasında olduğu saptanmış olup, %49,8’inin sonuçlarının hafif şişman veya şişman BKİ kategorisinde olduğu hesaplanmıştır.

Tablo 6. Katılımcıların Beden Kütle İndeksi Sınıflarına göre Dağılımları ve Ortalama BKİ Değerleri

BKİ (kg/m ²)	Sınıflama	n	%
< 18,5	Zayıf	4	1,9
18,50-24,99	Normal	106	50,2

25,00-29,99	Hafif şişman	62	29,4
30,00-34,99	Birinci Derece Şişman	28	13,3
35,00-39,99	İkinci Derece Şişman	9	4,3
>40	Üçüncü Derece Şişman	2	0,9

BKİ (kg/m ²)	n	$\bar{x}$	S	Medyan	Min	Max	P
Kadın	149	24,51	4,73	23,20	16,90	38,20	
Erkek	62	27,45	5,12	26,85	19,20	44,00	0.00
Toplam	211	25,37	5,02	24,40	16,90	44,00	

p=Pearson Chi-Square

4.2.3 Bel Çevresi ve Bel/Boy Oranı

Katılımcıların ortalama bel çevresi 87,34±13,84 cm'dir. Erkeklerin ortalama bel çevresi genişliği 97,20±14,12 cm ve kadınların ortalama bel çevresi 83,23±11.48 cm'dir. Cinsiyet ve bel çevresi genişliği irdelendiğinde erkeklerin bel çevresinin kadınlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05). Erkeklerin bel/boy oranının kadınların bel/boy oranına göre daha riskli grupta olduğu, cinsiyetler arası bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 7. Katılımcılara ait Bel Çevresi (cm), Kalça Çevresi (cm), Bel/Boy Oranı (cm) değerlerinin minimum, maksimum ve ortalama değerleri ile bel çevresi, bel/boy oranları ve bel/kalça oranları sınıflamasına göre dağılımları

Bel Çevresi	Sağlık riski düşük			Sağlık riski yüksek		Sağlık riski çok yüksek	
	n	n	%	n	%	n	%
Kadın	149	63	42,3	51	34,2	35	23,5
Erkek	62	28	45,2	11	17,7	23	37,1
Toplam	211	91	43,1	62	29,4	58	27,5
Bel Çevresi	n	$\bar{x}$	S	Medyan	Min	Max	p
Kadın	149	83,23	11,48	82,00	60,00	121,00	
Erkek	62	97,20	14,12	95,00	76,00	138,00	0,00
Toplam	211	87,34	13,84	84,00	60,00	138,00	
Bel Çevresi/ Boy Uzunluğu							
			Normal	Sağlık riskli		Tedavi Gerektirir	

	n	n	%	n	%	n	%
Kadın	149	114	76,5	28	18,8	7	4,7
Erkek	62	35	56,5	23	37,1	4	6,5
Toplam	211	149	70,6	51	24,2	11	5,2
Kalça Çevresi	n	$\bar{x}$	S	Medyan	Min	Max	p
Kadın	149	100,81	10,65	100,00	67,00	147,00	
Erkek	62	103,71	10,07	101,50	84,00	129,00	0,036
Toplam	211	101,66	10,54	100,00	67,00	147,00	
Bel / Kalça Oranı	n	Normal		Riskli		p	
		n	%	n	%		
Kadın	149	98	76,5	51	34,2		
Erkek	62	31	50,0	31	50,0	0,032	
Toplam	211	129	61,2	82	38,7		
*İstatistiksel açıdan anlamlı olup istatistik ki-kare ile belirlenmiştir (p<0.05)							

Katılımcı çalışanların ortalama kalça çevresi 105,93±65,86 cm'dir. Kadınların kalça çevresi 100,81±10,65 cm erkeklerin kalça çevresi 103,70±10,54 cm'dir. Katılımcıların cinsiyet ve kalça çevresi arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

4.2.4. Katılımcıların Vücut Yağ Oranları

Araştırmaya dahil edilen bireylerin vücut yağ oranı minimum ve maksimum değer gibi tanımlayıcı istatistikler Tablo 8'de verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin vücut yağ yüzdesi ortalaması %28.18 olup kadınlarda bu oran %30,32±7,67, erkeklerde ise 23,04±8,05 olarak saptanmıştır. Kadın katılımcıların vücut yağ oranları erkek katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazladır (p<0,00 Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların Yağ Oranı Değerlendirmesi

Yağ Oranı (%)	n	$\bar{x}$	SS	Medyan	Min	Max	p
Kadın	149	30,32	7,67	27,60	11,60	49,90	<0,00
Erkek	62	23,04	8,05	30,32	8,00	44,50	
Toplam	211	28,18	8,44	27,60	8,00	49,90	
*İstatistiksel açıdan anlamlı olup istatistik bağımsız gruplarda t testi ile belirlenmiştir(p<0.05)							

4.3. Katılımcıların Ana Öğün ve Ara Öğün Tüketimi

Tablo 9’de araştırmaya dahil edilen bireylerin öğün alışkanlıklarına dair değerler yüzdelik olarak verilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Beslenme Alışkanlıkları	n	%
Ana Öğün Tüketimi		
Bir	5	2,4
İki	72	34,1
Üç	130	61,6
Dört ve üstü	4	1,9
Atlanan Ana Öğün		
Sabah	81	38,4
Öğle	33	15,6
Akşam	17	8,05
Öğün Atlamam	80	37,9
Öğün atlama nedeni		
Canı istemiyor/ iştahsız	71	33,1
Öğün Atlamam	60	28,4
Zaman yetersizliği	60	28,4
İş yoğunluğundan dolayı	29	13,7
Hazır olmadığı için	23	10,9
Alışkanlığı yok	23	10,9
Zayıflamak istiyor	16	7,5
Üç ana öğünü gereksiz buluyorum	12	5,6
Çalıştığım yerde bana uygun yemek yok	7	3,3
Diğer	5	2,3
Maddi yetersizlik	0	0
Ara Öğün Tüketimi		
Bir	79	37,4
İki	92	43,6
Üç	35	16,5
Dört ve üstü	5	2,3
Atlanan Ara Öğün		
Kuşluk	75	35,5
İkinci	67	31,7
Gece	42	19,9
Ara Öğün Atlamam	27	12,7

Tablo 9. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi (devamı)

Ara Öğünde Tüketilenler		*
Meyve/kuru meyve	115	54,5
Kahve/çay	112	53,0
Ceviz/badem/fındık/kaju/çekirdek	103	48,8
Çikolata	67	31,8
Süt/yoğurt/kefir/ayran	34	16,1
Chips	22	10,4
Ekmek/grissini/galeta	20	9,4
Gazlı içecekler	8	3,8
Çiğ sebzeler	5	2,4
Peynir/krem peynir	4	1,9
Diğer	4	1,9
Tuzlu bisküviler	2	1,8

*: Birden fazla şık işaretlenebilir.

Ana öğün tüketimine bakıldığında katılımcıların %61,6'sının günlük üç ana öğün tükettiği ve %36,5'sinin ise en az bir öğünü atladığı saptanmıştır. Öğün atlama durumuna bakıldığında katılımcıların %38,3'ünün sabah kahvaltısını atladığı, %37,9'unun hiç öğün atlamadığı, en az atlanan öğünün %8,05 ile akşam yemeği olduğu belirlenmiştir. Kadınların %51,0'ı öğün atlamazken bu oran erkeklerde %33,9'dür. En az bir öğün atlayanların %51,0'ini üniversite mezunları oluşturmaktadır. Öğün atlama nedenleri arasında ise sırasıyla çalışanların canı istemiyor (%33,1), zamanının olmaması (%28,4) ve iş yoğunluğundan dolayı (%13,7) öğün atladıklarını bildirmişlerdir. Araştırmaya katılan bireylerin %12,7'si ara öğün atlamadığını ifade etmiştir. Ara öğün tüketenler en fazla tükettikleri ara öğünün sırasıyla meyve/kuru meyve (%54,5), kahve/çay (%53,0), kuruyemiş (%48,8), ve çikolata (%31,8) olduğunu beyan etmiştir (Tablo 9).

4.4. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumları

Tablo 10'da beyaz yakalı çalışanların kronik hastalık durumları varlığı ve oranları ile hastalıklarına karşı uyguladıkları tıbbi beslenmesine ilişkin bilgiler yer almaktadır. durumunun yüzdelik olarak hesaplaması verilmiştir.

Bu tabloya göre bireylerin %71,6'sının herhangi bir kronik rahatsızlığı bulunmamaktadır. Katılımcıların %28,4'ü kronik hastalığının olduğunu ve %26,7'sinin var olan hastalığa karşı tıbbi beslenme tedavisi uyguladığını bildirmiştir.

Kronik hastalık tanısı alan katılımcılar sırasıyla %20,5'i alerji, %18,3'ü barsak hastalığı, %15,0'i hipertansiyon tanısı aldığını cevaplarını vermişlerdir (Tablo 10). Sağlık kurumu dışında katılımcılar tıbbi beslenme tedavisi için destek almamışlardır.

Tablo 10. Katılımcıların Kronik Hastalıklarının Değerlendirilmesi

Kronik Hastalık	n	%
Evet	60	28,4
Hayır	151	71,6
Toplam	211	100
Tıbbi Beslenme Tedavisi Uyguladınız mı ?	n	%
Evet	16	26,7
Hayır	44	73,3
Toplam	60	100
Tıbbi Beslenme Tedavisi Kimden Aldınız	n	%
Doktor	8	50
Diyetisyen	8	50
Arkadaş	-	-
Dergi/Gazete	-	-
Radyo/TV	-	-
İnternet	-	-
Spor Eğitmeni	-	-
Kendi Kendine	-	-
Diğer	-	-
Toplam	16	100
Kronik Hastalığı	n	%*
Alerji/astım	12	20,0
Barsak Hastalıkları	11	18,3
Hipertansiyon	9	15,0
Kalp Damar Hastalıkları	8	13,3
Hipotiroid	7	11,7
Hiperlipidemi	6	10,0
Göz hastalıkları	5	8,3
Ülser/Gastrit/Reflü	5	8,3
Diyabet	4	6,6
Şişmanlık	4	6,6
Karaciğer/Safra kesesi	3	5,0
Kanser	2	3,3

Tablo 10. Katılımcıların Kronik Hastalıklarının Değerlendirilmesi (devamı)

Anemi	1	1,7
Böbrek hastalıkları	1	1,7
Akciğer/Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	1	1,7
Çölyak	1	1,7
Artrit/Gut/Romatizmal Hastalıklar	1	1,7
Psikiyatrik hastalıklar	0	0
Nörolojik sorunlar	0	0
Osteoporoz	0	0
Diğer	13	21,7

*: Birden fazla sık işaretlenebilir

4.5. Katılımcıların Ailede Kronik Hastalık Durumları

Tablo 11’de görüldüğü üzere katılımcıların %55,5’inin ailesinde kronik bir hastalık bulunmaktadır. Katılımcıların %52,6’sının anne yada babasının, % 18,9’unun büyükanne yada büyük babasında %16,6’sının da anne yada baba kardeşlerinde bir kronik hastalığı bulunduğu bildirmiştir. En sık görülen hastalıklar ise sırası ile hipertansiyon (%31,7), kalp ve damar hastalığı (%21,8), diyabet (%21,3) ve kanser (%10,9)’dir.

Tablo 11. Katılımcıları Ailesel Kronik Hastalık Durumunun Değerlendirilmesi

Ailedeki Kronik Hastalık Durumu	n	%
Evet	117	55,5
Hayır	94	44,5
Toplam	211	100
Kronik hastalığı olan yakınınız/yakınlarınız	n	%*
Anne/baba	111	52,6
Büyükanne/büyükbaba	40	18,9
Teyze/dayı /amca/hala	35	16,6
Kardeş	15	7,1
Çocuk	6	2,8
Toplam	207	
Ailesel kronik hastalık durumu	n	%*
Hipertansiyon	67	57,2
Kalp Damar Hastalıkları	46	39,3
Diyabet	45	38,5
Kanser	23	19,6

Tablo 11. Katılımcıları Ailesel Kronik Hastalık Durumunun Değerlendirilmesi (devamı)

Alerji/Astım	17	14,5
Şişmanlık	15	12,8
Ülser/Gastrit/Reflü	14	11,9
Hiperlipidemi	12	10,2
Hipotiroid	12	10,2
Artrit/Gut/Romatizmal hastalıklar	7	6,0
Barsak hastalıkları	6	5,1
Göz hastalıkları	6	5,1
Anemi	6	5,1
Böbrek hastalıkları	4	3,4
Osteoporoz	4	3,4
Karaciğer/Safra kesesi	4	3,4
Akciğer/Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	4	3,4
Nörolojik sorunlar	3	2,6
Çölyak	1	0,9
Psikiyatrik hastalıklar	0	0

*: Birden fazla şık işaretlenebilir

4.6. Katılımcıların Ev Dışında Yemek Yeme Durumları

Tablo 12’de araştırmaya dahil edilen masa başı çalışanların dışarıda yemek yeme oranları verilmiştir. Katılımcıların %94,8’inin ev dışında bir yerde yemek yeme alışkanlığı bulunmaktadır. Katılımcıların %60’ı en az haftada bir gün dışarıda yemek yemeyi tercih etmektedir. Katılımcıların %58’i evde ya da işte kendi yaptığı ev yemeğini tüketmeyi tercih etmektedir.

Tablo 12. Katılımcıların Ev Dışı Yemek Yeme Alışkanlıkları

Ev dışında yemek yeme durumu	n	%
Evet	200	94,8
Hayır	11	5,2
Ev dışında yemek yeme sıklığı		
Ayda 1-3	80	40,0
Haftada 1-2	82	41,0
Haftada 3-4	24	12,0
Haftada 5-6	8	4,0
Her gün	6	3,0

Öğle yemeğini sıklıkla nerede/nasıl yersiniz.		%*
İş yerinde evden getirdiği yemeği	76	38,0
İş yerinde çıkan personel yemeği	55	27,5
Evde	40	20,0
Restorant	36	18,0
Fast food restaurant	19	9,5
Ev yemeği yapan restoran	17	8,5
Lahmacun, pide, pizza	13	6,5
Sandviç yada tost	7	3,5
*.Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz		

Tablo 13. Ev dışında yemek yeme durumunun BKİ, Bel Çevresi ve Yağ Oranı

Ev dışında yemek yeme durumu	n	$\bar{x}$	SS	p
BKİ(kg/m²)	211			
Evet	200	25,34	5,01	p>0,05
Hayır	11	25,99	5,49	
Bel Çevresi(cm)	211			
Evet	200	87,27	14,01	p>0,05
Hayır	11	88,24	10,78	
Yağ Oranı(%)	211			
Evet	200	28,12	8,46	p>0,05
Hayır	11	29,32	8,54	
İstatistiksel açıdan anlamlı olmadığı istatistik olarak bağımsız gruplarda t testi ile belirlenmiştir (p>0.05).				

Ev dışında yemek tüketmeyi tercih edenlerin etmeyenlere göre BKİ, vücut yağ oranları, bel çevresi değerlerinin arasında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmamıştır (p>0,05).

4.7. Katılımcıların IPAQ Değerlendirilmesi

Katılımcıların fiziksel aktivite durumları değerlendirildiği %59.2'si inaktif, %27.5'i minimum düzeyde aktif ve %13.3'ü sağlığı geliştirici yönde aktif düzeyde olduğu hesaplanmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların IPAQ Skoru Değerlendirilmesi

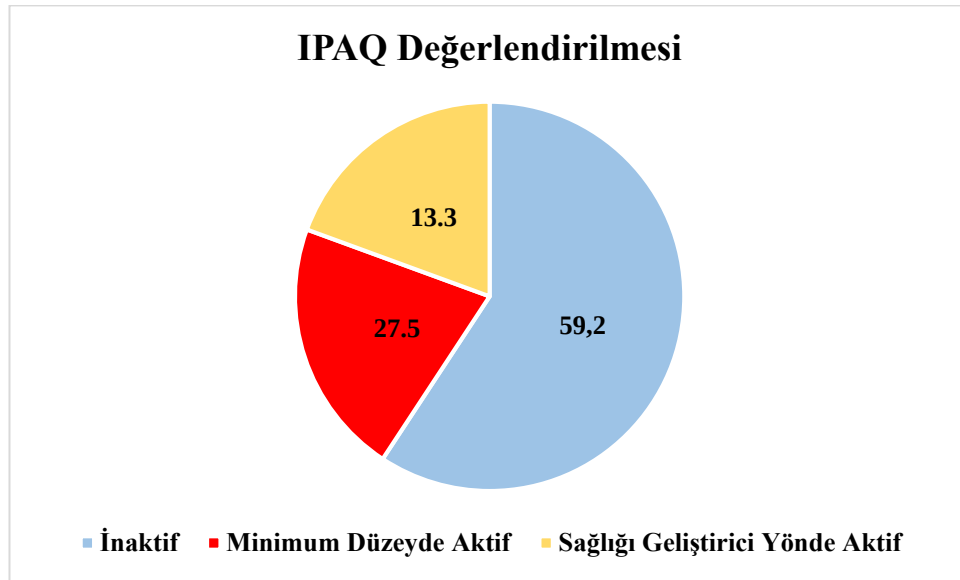
IPAQ	n				%	
İnaktif	125				59.2	
Minimum Düzeyde Aktif	58				27.5	
Sağlığı Geliştirici Yönde Aktif	28				13.3	
Toplam	211				100	
Cinsiyet	İnaktif		Minimum Düzeyde Aktif		Sağlığı Geliştirici Şekilde Aktif	
	n	%	n	%	n	%
Kadın	100	67,1	35	23,5	14	9,4
Erkek	25	40,3	23	37,1	14	22,6
Toplam	125	59,2	58	27,5	28	13,3
Yaş	İnaktif		Minimum düzeyde aktif		Aktif	
	n	%	n	%	n	%
18-24	10	66,7	3	20,0	2	13,3
25-34	53	55,2	30	56,6	13	13,5
35-44	34	63,0	13	24,1	7	13,0
45-54	23	60,5	10	26,3	5	13,2
55-62	5	62,5	2	25,0	1	12,5
Eğitim Durumu	İnaktif		Minimum düzeyde aktif		Aktif	
	n	%	n	%	n	%
İlkokul Mezunu	1	100	0	0	0	0
Ortaokul Mezunu	2	100	0	0	0	0
Lise Mezunu	12	66,7	5	27,8	1	5,6
Üniversite Mezunu	61	65,6	21	22,6	11	11,8
Yüksek Lisans ve üstü	49	50,5	32	33,0	16	16,5
Medeni Durum	İnaktif		Minimum düzeyde aktif		Aktif	
	n	%	n	%	n	%
Evli	75	61,5	31	25,4	16	13,1
Bekar	50	56,2	27	30,3	12	13,5
Meslek	İnaktif		Minimum düzeyde aktif		Aktif	
	n	%	n	%	n	%
Öğretmen	32	65,3	10	20,4	7	14,3

Bankacı	45	67,2	13	19,4	9	13,4	$p^2=0,113$
Akademisyen	31	45,6	27	39,7	10	14,7	
Diğer	17	13,6	8	29,6	2	7,4	
Çalışma Saati	İnaktif		Minimum düzeyde aktif		Aktif		
	n	%	n	%	n	%	
Sekiz saat	88	61,5	36	25,2	19	13,3	$p^1=0,533$
Sekiz saatten fazla	37	54,4	22	32,4	9	13,2	
Sigara Kullanımı	İnaktif		Minimum düzeyde aktif		Aktif		
	n	%	n	%	n	%	
Evet	34	64,2	12	22,6	7	13,2	$p^1=0,647$
Hayır	56	54,9	34	33,3	12	11,8	
Bazen	20	64,5	7	22,6	4	12,9	
İçtim bıraktım	15	60,0	5	20,0	5	20,0	
Alkol Tüketimi	İnaktif		Minimum düzeyde aktif		Aktif		
	n	%	n	%	n	%	
Evet	75	57,7	33	25,4	22	16,9	$p^1=>0,05$
Hayır	50	61,7	25	30,9	6	7,4	
Hastalık Tanısı	İnaktif		Minimum düzeyde aktif		Aktif		
	n	%	n	%	n	%	
Evet	38	63,3	14	23,3	8	13,3	$p^1=0,130$
Hayır	87	57,6	44	29,1	20	13,2	
Ailesel Hastalık Tanısı	İnaktif		Minimum düzeyde aktif		Aktif		
	n	%	n	%	n	%	
Evet	80	68,4	25	21,4	12	10,3	$p^1=0,011$
Hayır	45	47,9	33	35,1	16	17,0	
Öğün Alışkanlıkları	İnaktif		Minimum düzeyde aktif		Aktif		
	n	%	n	%	n	%	
Kahvaltı	50	61,7	17	21,0	14	17,3	$p^2>0,05$
Öğle	16	48,5	12	36,4	75	15,2	
Akşam	9	52,9	7	41,2	1	5,9	
Öğün atlamam	50	62,5	22	27,5	8	10,0	

Ev Dışı Yemek Yeme Durumu	İnaktif		Minimum düzeyde aktif		Aktif		
	n	%	n	%	n	%	
Evet	117	58,5	56	28,0	27	13,5	p ¹ = 0,646
Hayır	8	72,7	2	18,2	1	9,1	
Hangi sıklıkta dışarda yemek yersiniz	İnaktif		Minimum düzeyde aktif		Aktif		
	n	%	n	%	n	%	
Ayda 1-3	53	66,2	18	22,5	9	11,2	p ² = >0.05
Haftada 1-2	46	56,1	22	26,8	14	17,1	
Haftada 3-4	13	54,2	9	37,5	2	8,3	
Haftada 5-6	2	25,0	5	62,5	1	12,5	
Hergün	3	50,0	2	33,3	1	16,7	
p ¹ = İstatistiksel açıdan anlamlı olup istatistik Pearson Chi-Square ile belirlenmiştir.							
p ² = İstatistiksel açıdan anlamlı olup istatistik Fisher Exact Test ile belirlenmiştir.							

Katılımcıların aktivite durumunu Tablo14'te gösterilmiştir. Kadınların %80'i inaktif olup erkeklerin %80,0'nın minimum düzeyde aktif yada aktif çıkmıştır. Cinsiyetler arası aktivite durumuna göre erkekler kadınlardan daha aktif olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.01$). Yaş grupları arasında, 25-34 aralığındaki genç çalışanların %42,4'ünün, eğitim durumuna göre üniversite mezunu katılımcıların %88'inin inaktif olduğu görülmüş olup istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmamıştır ($p>0.05$). Evlilerin %60'mın inaktif iken bekarların %43,8'i aktiftir. Çalışmada %36,0 oranında bankacıların inaktif olduğu görülmüştür diğer mesleklerle arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmamıştır ($p>0.05$). Sekiz saatten fazla çalışanların %45,6'sının aktif olduğu, çalışma süresi ve aktivite düzeyi çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmamıştır ($p>0.05$). Sigara kullanımı ve aktivite düzeyi bakıldığında aktif olan katılımcıların %34,9'unun sigara tüketmediği sigara tüketimi ve aktivite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmazken, alkol tüketenlerin %57,7'si inaktif olduğu ve alkol tüketmeyenlerin ise %61,7'nin inaktif olduğu aktivite düzeyi ve alkol tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmamıştır ($p>0.05$). Hekim tarafında hastalık tanısı alıp tedavi gören katılımcıların %36,7'i aktif hastalık tanısı ve aktivite değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmamıştır ($p>0.05$). Aile öyküsü ve öğün atlama alışkanlıkları bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmamıştır ($p>0.05$). En çok

atlanan öğün kahvaltı olduğu ve inaktif olan katılımcıların kahvaltıyı atladığı bildirilmiştir (%40,0). Katılımcıların ev dışı yemek yeme durumuna %94,8 oranında evet cevabını vermiştir. Katılımcıların %37,9'u ayda 1-3 kez ev dışında yemek tüketirken aktif olan katılımcıların %62,1'inin haftada en az bir iki kez ev dışı yemek yediğini bildirmiş ve aktivite ile arasında istatistiksel olarak önemli derecede anlamlı bir değer çıkmamıştır ($p>0.05$).



Şekil 4. Katılımcıların aktivite düzeyleri

4.8 Katılımcıların Diyet İndekslerine Göre Değerlendirilmesi

4.8.1. DASH Diyet Durumunun Değerlendirilmesi

Tablo 15’de masa başı çalışanların katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu, mesleği, çalışma saati, alkol tüketimi, sigara kullanımı, hastalık tanısı, aile öyküsü ve öğün düzene ilişkin bilgiler sunulmaktadır.

Tablo 15. Katılımcıların Demografik Özellikleri ve DASH Diyeti

DASH Diyet		n	%	
İyi Diyet Uyumu		31	14,7	
Geliştirilmesi Gerekir		180	85,3	
Toplam		211	100,0	
Cinsiyet	İyi	Geliştirilmesi Gerekir		
	n	%	n	%

Kadın	22	71,0	127	70,6		
Erkek	9	29,0	53	29,4		
Toplam	31	100	180	100		
	n	$\bar{x}$	SS	Medyan	Min	Max
Kadın	149	2,76	1,29	2,50	0,50	7,50
Erkek	62	2,55	1,28	2,50	0,00	5,50
Toplam	211	2,70	1,29	2,50	0,50	7,50
						$p^1=0,945$
Yaş	İyi		Geliştirilmesi Gerekir			
	n	%	n	%		
18-24	2	6,5	13	7,2		
25-34	12	38,7	84	46,7		
35-44	5	16,1	49	27,2		$p^2=169$
45-54	10	32,3	28	15,6		
55-62	2	6,5	6	3,3		
Eğitim Durumu	İyi		Geliştirilmesi Gerekir			
	n	%	n	%		
İlkokul Mezunu	0	0	1	0,6		
Ortaokul Mezunu	1	50	1	50		
Lise Mezunu	2	11,1	16	88,9		$p^2>0,05$
Üniversite Mezunu	15	16,1	78	83,9		
Yüksek Lisans ve üstü	13	13,4	84	86,6		
Medeni Durum	İyi		Geliştirilmesi Gerekir			
	n	%	n	%		
Evli	18	14,8	104	85,2		
Bekar	13	14,6	76	85,4		$p^1=0,976$
Toplam	31	14,7	180	85,3		
Meslek	İyi		Geliştirilmesi Gerekir			
	n	%	n	%		
Öğretmen	6	12,2	43	87,8		
Bankacı	13	19,4	54	80,6		$p^2>0,05$
Akademisyen	10	14,7	58	85,3		
Diğer	2	7,4	25	92,6		
Çalışma Saati	İyi		Geliştirilmesi Gerekir			
	n	%	n	%		
Sekiz saat (n:143)	20	14,0	123	86,0		$p^1>0,05$
Sekiz saatten fazla (n:68)	11	16,2	57	83,8		
Sigara Tüketimi	İyi		Geliştirilmesi Gerekir			

Tablo 15. Katılımcıların Demografik Özellikleri ve DASH Diyeti (devamı)

	n	%	n	%	
Evet (53)	6	11,3	47	88,7	$p^2=0,273$
Hayır (102)	13	12,7	89	87,3	
Bazen (31)	8	25,8	23	74,2	
İçtim bıraktım (25)	4	16,0	21	84,0	
Alkol	İyi		Geliştirilmesi Gerekir		
	n	%	n	%	
Evet	20	14,0	123	86,0	$p^1>0,05$
Hayır	11	16,2	57	83,8	
Hastalık Tanısı	İyi		Geliştirilmesi Gerekir		
	n	%	n	%	
Evet	11	18,3	49	81,7	$p^1>0,05$
Hayır	20	13,2	131	86,8	
Ailesel Hastalık Tanısı	İyi		Geliştirilmesi Gerekir		
	n	%	n	%	
Evet	18	15,4	99	84,6	$p^1>0,05$
Hayır	13	13,8	81	86,2	
Öğün Alışkanlıkları	İyi		Geliştirilmesi Gerekir		
	n	%	n	%	
Kahvaltı	14	17,3	67	82,7	$p^2>0,05$
Öğle	2	2,5	31	97,5	
Akşam	2	2,5	15	97,5	
Öğün atlamam	13	16,0	67	84,0	

İstatistiksel açıdan anlamlılığı istatistik pearson chi-square testi ile belirlenmiştir ($p=1$).

İstatistiksel açıdan anlamlılığı istatistik fisher exact testi ile belirlenmiştir ($p=2$).

İstatistiksel açıdan anlamlılığı istatistik bağımsız gruplarda sample t test testi ile belirlenmiştir ($p=3$).

Katılımcıların %85,3'ünün DASH uyumlarının geliştirilmesi gerekirken, %14,7'si DASH diyetine uyum sağladığı belirlenmiştir. Kadın bireylerin çoğunluğunun (%71,0) erkek bireylere göre DASH diyetine uyumu daha yüksek bulunsada bu değer istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yaş gruplarına göre ve DASH diyetine uyum incelediği zaman en çok 45-62 yaş aralığında bireylerin (%26,0) iyi DASH uyumuna sahip olduğu belirlenmiştir. Yaş grupları arasında DASH diyetine uyumda herhangi anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Eğitim durumuna göre en

yüksek DASH diyetine uyum sağlayan grup ortaokul mezunu iken, DASH diyetine uyumun geliştirilmesi gereken grup ise lise mezunları olup eğitim düzeyi grupları ile DASH diyetine uyum arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızda evli ve bekar katılımcılar arasında DASH uyum kategorisi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamamıştır ($p>0.05$). Çalışmada bankacıların %80,6'sının diyet kalitesinin geliştirilmesi gerekmektedir sonucuna varılmıştır. Meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmamıştır ($p>0.05$). Sekiz saat çalışanların %64,5'inin DASH uyumu iyi iken sekiz saatten fazla çalışanların %35,5'inin iyi olduğu, çalışma süresi ve DASH diyet skorunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 16. Beyaz Yakalı Çalışanların BKİ Değerlerine Göre DASH Puanlarının Değerlendirilmesi

BKİ Sınıflaması (kg/m ²)	İyi		Geliştirilmesi Gerekli		p
	n	%	n	%	
Zayıf ($\leq 18,50$)	0	0	4	100	0,520
Normal (18,50-24,99)	14	13,2	92	86,8	
Hafif Kilolu (25-29,99)	13	21,0	49	79,0	
I. Derece Şişman (30-34,99)	2	7,1	26	92,9	
II. Derece Şişman 35-39,99	2	22,2	7	77,8	
III. Derece Şişman $\geq 40,00$	0	0	2	100	

p =Bağımsız gruplarda T testi

BKİ sınıflaması 1. sınıf şişman kategorisinde bulunan bireylerin (%22,2) DASH diyetine uyumu en yüksek bulunan grup iken zayıf ve 3. derece şişman sınıflamasında DASH diyetine uyumu iyi olan birey bulunmamaktadır. Gruplar arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Masa başı çalışanların BKİ sınıflandırılması ile DASH diyeti kalitesi ile arasında önemli derecede anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$, Tablo 16).

4.8.2. DKİ-U Diyet Kalitesi Durumunun Değerlendirilmesi

Masa başı çalışanların katılımcıların DKİ-U indeks sonuçlarının cinsiyet, eğitim durumu, mesleği, çalışma saati, alkol tüketimi, sigara kullanımı, hastalık tanısı, aile öyküsü ve öğün düzeninin istatistiksel olarak dağılımı verilmiştir (Tablo 17).

Tablo 17. Beyaz Yakalı Çalışanların Demografik Özelliklerinin DKİ-U ile Uyumu

DKİ-U	n		%	
İyi Diyet Kalitesi	68		32,2	
Geliştirilmesi Gereken	143		67,8	
Toplam	211		100	
Cinsiyet	İyi		Geliştirilmesi Gerekir	
	n	%	n	%
Kadın	22	70,9	127	70,6
Erkek	9	29,1	53	29,4
Toplam	31	100	180	100

	n	$\bar{x}$	SS	Medyan	Min	Max	P ³
Kadın	149	55,04	10,99	57,00	28,00	86,00	>0,05
Erkek	62	54,54	10,80	59,00	35,00	83,00	
Toplam	211	54,89	10,92	57,00	28,00	86,00	

Yaş	İyi		Geliştirilmesi Gerekir		P ²
	n	%	n	%	
18-24	2	6,5	13	7,2	0,016
25-34	12	38,7	84	46,7	
35-44	5	16,1	49	27,2	
45-54	10	32,3	28	15,6	
55-62	2	6,5	6	3,3	

Eğitim Durumu	İyi		Geliştirilmesi Gerekir		P ²
	n	%	n	%	
İlkokul Mezunu	1	0,5	0	0	0,389
Ortaokul Mezunu	1	50,0	1	50,0	
Lise Mezunu	8	44,4	10	55,6	
Üniversite Mezunu	30	32,3	63	67,7	
Yüksek Lisans ve üstü	28	28,9	69	71,1	

Medeni Durum	İyi		Geliştirilmesi Gerekir		p ¹
	n	%	n	%	
Evli	41	33,6	81	66,4	0,616
Bekar	27	30,3	62	69,7	

Meslek	İyi		Geliştirilmesi Gerekir		p ²
--------	-----	--	------------------------	--	----------------

Tablo 17. Beyaz yakalı çalışanların demografik özelliklerinin DKİ-U ile uyum (devamı)

	n	%	n	%	
Öğretmen	19	38,8	30	61,2	0,666
Bankacı	21	31,3	46	68,7	
Akademisyen	19	27,9	49	72,1	
Diğer	9	33,3	18	66,7	
Çalışma Saati		İyi		Geliştirilmesi Gerekir	p¹
	n	%	n	%	
Sekiz saat	48	70,6	95	66,4	0,546
Sekiz saatten fazla	20	29,4	48	33,6	
Sigara Tüketimi		İyi		Geliştirilmesi Gerekir	p²
	n	%	n	%	
Evet (n:53)	11	20,8	42	79,2	
Hayır (n:102)	35	34,3	67	65,7	0,162
Bazen(n:31)	11	35,5	20	64,5	
İçtim bıraktım (n:25)	11	44,0	14	56,0	
Alkol		İyi		Geliştirilmesi Gerekir	p¹
	n	%	n	%	
Evet	37	54,4	93	65,0	0,138
Hayır	31	45,6	50	35,0	
Hastalık Tanısı		İyi		Geliştirilmesi Gerekir	p¹
	n	%	n	%	
Evet	30	50,0	30	50,0	0,001
Hayır	38	25,2	113	74,8	
Ailesel Hastalık Tanısı		İyi		Geliştirilmesi Gerekir	p¹
	n	%	n	%	
Evet	45	66,2	72	50,3	0,031
Hayır	23	33,8	71	49,7	
Öğün Alışkanlıkları		İyi		Geliştirilmesi Gerekir	p²
	n	%	n	%	
Kahvaltı	14	17,3	67	82,7	
Öğle	2	2,5	31	97,5	>0,05
Akşam	2	2,5	15	97,5	
Öğün atlamam	13	16,0	67	84,0	

İstatistiksel açıdan anlamlılığı istatistik pearson chi-square testi ile belirlenmiştir (p=1).

İstatistiksel açıdan anlamlılığı istatistik fisher exact testi ile belirlenmiştir(p=2).

İstatistiksel açıdan anlamlılığı istatistik bağımsız gruplarda sample t test testi ile belirlenmiştir (p=3).

Çalışanların DKİ-U puanlamasına göre diyet kalitesi iyi olanların hastalık tanısı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,00$). Tablo 16’da masa başı çalışanların, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, çalışma saati, alkol tüketimi, sigara kullanımı, aile öyküsü ve günlük öğün tüketimi düzeninin DKİ-U puanı ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$) DKİ-U ve katılımcıların BKİ’leri arasında önemli derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$, Tablo 17).

Tablo 18. BKİ Sınıflandırmasına göre DKİ-U Puanlarının Değerlendirilmesi

BKİ	n		İyi		Geliştirilmesi		p
Sınıflandırması (kg/m ²)					Gerekli		
	n	%	n	%	n	%	
Zayıf (≤18,50)	4	1,9	0	0	4	100	p=0,032
Normal (18,50-24,99)	106	50,2	29	27,4	77	72,6	
Hafif Kilolu (25-29,99)	62	29,4	26	41,9	36	58,0	
I. Derece Şişman (30-34,99)	28	13,3	7	25,0	21	75,0	
II. Derece Şişman 35-39,99	9	4,3	5	55,6	4	44,4	
III. Derece Şişman ≥40,00	2	0,9	1	50,0	1	50,0	
p= Bağımsız gruplarda t testi							

4.8.3. SYİ-2015 ile Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Masa başı çalışanların katılımcıların SYİ-2015 indeks sonuçlarının cinsiyet, eğitim durumu, mesleği, çalışma saati, alkol tüketimi, sigara kullanımı, hastalık tanısı, aile öyküsü ve öğün düzeninin istatistiksel olarak dağılımı verilmiştir (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin SYİ-2015 Uyumu

SYİ-2015	İyi		Geliştirilmesi gerekli		Kötü		
	n	%	n	%	n	%	
	75	35,5	124	58,8	12	5,7	
Cinsiyet	İyi		Geliştirilmesi gerekli		Kötü		
	n	%	n	%	n	%	
Kadın	52	69,3	88	71,0	9	75,0	p ³ = 0,915
Erkek	23	30,7	36	29,0	3	25,0	

Yaş	İyi		Geliştirilmesi gerekli		Kötü		
	n	%	n	%	n	%	
18-24	6	8,0	9	7,3	0	0,0	p ² >0,05
25-34	38	50,7	57	46,0	1	8,3	
35-44	21	28,0	29	23,4	4	33,3	
45-54	9	12,0	24	19,4	5	41,7	
55-62	1	1,3	5	4,0	2	16,7	
Eğitim Durumu	İyi		Geliştirilmesi gerekli		Kötü		
	n	%	n	%	n	%	
İlkokul Mezunu	0	0	1	0,8	0	0	p ² >0,05
Ortaokul Mezunu	0	0	1	0,8	1	8,3	
Lise Mezunu	4	5,3	13	10,5	1	8,3	
Üniversite Mezunu	30	40,0	58	46,8	5	41,7	
Yüksek Lisans ve üstü	41	54,7	51	41,1	5	41,7	
Medeni Durum	İyi		Geliştirilmesi gerekli		Kötü		
	n	%	n	%	n	%	
Evli	43	57,3	71	57,3	8	66,7	p ¹⁼ >0,05
Bekar	32	42,7	53	42,7	4	33,3	
Meslek	İyi		Geliştirilmesi gerekli		Kötü		
	n	%	n	%	n	%	
Öğretmen	16	21,3	29	23,4	4	33,3	p ² =>0,05
Bankacı	23	30,7	41	33,1	3	25,0	
Akademisyen	26	34,7	39	31,5	3	25,0	
Diğer	10	13,3	15	12,1	2	16,7	
Çalışma Saati	İyi		Geliştirilmesi gerekli		Kötü		
	n	%	n	%	n	%	
Sekiz saat	53	70,7	81	65,3	9	75,0	p ¹⁼ >0,05
Sekiz saatten fazla	22	29,3	43	34,7	3	25,0	

Tablo 19. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin SYİ-2015 Uyumu (Devamı)

Sigara Kullanımı	İyi		Geliştirilmesi gerekli		Kötü		
	n	%	n	%	n	%	
Evet	19	25,3	31	25,0	3	25,0	$p^{2=}>0,05$
Hayır	30	40,0	66	52,0	6	50,0	
Bazen	18	24,0	13	10,5	0	0	
İçtim bıraktım	8	10,7	14	11,3	3	25,0	
Alkol Tüketimi	İyi		Geliştirilmesi gerekli		Kötü		
	n	%	n	%	n	%	
Evet	47	62,7	77	62,1	6	50,0	$p^1=>0,05$
Hayır	28	37,3	47	37,9	6	50,0	
Hastalık Tanısı	İyi		Geliştirilmesi gerekli		Kötü		
	n	%	n	%	n	%	
Evet	13	17,3	42	33,9	5	41,7	$p^1=>0,05$
Hayır	62	82,7	82	66,1	7	58,3	
Ailesel Hastalık Tanısı	İyi		Geliştirilmesi gerekli		Kötü		İyi
	n	%	n	%	n	%	
Evet	37	49,3	71	57,3	9	75	$p^1<0,05$
Hayır	28	50,7	53	42,7	3	25	
Öğün Alışkanlıkları	İyi		Geliştirilmesi gerekli		Kötü		
	n	%	n	%	n	%	
Kahvaltı	30	40,0	45	36,3	6	50,0	$p^2>0,05$
Öğle	13	17,3	19	15,3	1	8,3	
Akşam	10	13,3	6	4,8	1	8,3	
Öğün atlamam	22	29,3	54	43,5	4	33,3	
Ev Dışı Yemek Yeme Durumu	İyi		Geliştirilmesi gerekli		Kötü		
	n	%	n	%	n	%	
Evet	73	97,3	11	93,5	11	94,8	$p^1>0,05$
Hayır	2	2	8	6,5	1	5,2	

Hangi sıklıkta dışarda yemek yersiniz	İyi		Geliştirilmesi gerekli		Kötü		
	n	%	n	%	n	%	
Ayda 1-3	30	41,1	45	38,8	5	45,5	p ² >0.05
Haftada 1-2	26	36,5	51	44,0	5	45,5	
Haftada 3-4	10	13,7	15	12,1	0	0	
Haftada 5-6	3	4,1	5	4,3	0	0	
Her gün	4	5,5	1	0,9	1	9,1	
İstatistiksel açıdan anlamlılığı istatistik pearson chi-square testi ile belirlenmiştir (p=1).							
İstatistiksel açıdan anlamlılığı istatistik fisher exact testi ile belirlenmiştir(p=2).							
İstatistiksel açıdan anlamlılığı istatistik bağımsız gruplarda sample t test testi ile belirlenmiştir (p=3).							

Masa başı çalışanların katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu, mesleği, çalışma saati, alkol tüketimi, sigara kullanımı, hastalık tanısı, aile öyküsü ve öğün düzeninin çalışmada SYİ-2015 uyumu diyeti ile arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05, Tablo 18). Katılımcıların SYİ-2015 ve BKİ sınıflaması arasında önemli derecede anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 20).

Tablo 20. BKİ değerlerine göre SYİ-2015 puanlarının değerlendirilmesi

BKİ(kg/m ²)	n 211	İyi		Geliştirilmesi Gerekli		Kötü		P değeri
		n	%	n	%	n	%	
≤18,50	4	2	50,0	2	50,0	0	0,0	P>0,05
18,50-24,99	106	45	42,5	58	54,7	3	2,8	
25-29,99	62	19	30,6	35	56,5	8	12,9	
30-34,99	28	8	28,6	19	67,9	1	3,6	
35-39,99	9	1	11,1	8	88,9	0	0,0	
≥40,00	2	0	0,0	2	100,0	0	0,0	

İstatistiksel açıdan anlamlılığı istatistik fisher exact testi ile belirlenmiştir.

4.8.4. Katılımcıların Vücut Yağ Oranlarının ve İndekslere Göre Değerlendirilmesi

Katılımcılar arasındaki vücut yağ oranlarının cinsiyete göre dağılımı sayı, ortalama, standart sapma değerleri Tablo 21’de verilmiştir.

Tablo 21. Katılımcıların Vücut Yağ Yüzdesi, SYİ-2015, DKİ-U, DASH, IPAQ İndekslerine göre Değerlendirilmesi

Vücut Yağ Yüzdesi (%)	n	$\bar{x}$	SS	p değeri
Kadın	149	30,3	7,67	p=0,00
Erkek	62	23	8,05	
IPAQ	n	$\bar{x}$	SS	
Kadın	149	681	1112,23	p=0,010
Erkek	62	1003	1003,43	
DASH	n	$\bar{x}$	SS	
Kadın	149	2,76	1,29	p=0,05
Erkek	62	2,55	1,28	
DKİ-U	n	$\bar{x}$	SS	
Kadın	149	55,04	10,99	p=0,051
Erkek	62	54,54	10,80	
SYİ-2015	n	$\bar{x}$	SS	
Kadın	149	57,09	13,86	p=0,002
Erkek	62	54,74	14,45	

İstatistiksel açıdan anlamlılığı istatistik bağımsız gruplarda t testi ile belirlenmiştir.

Kadın bireylerin (%30,3) erkek bireylere (%23) göre vücut yağ yüzdesi oranları daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyetler arası bu farklılık istatistiksel açıdan da anlamlı olarak tanımlanmıştır ($p<0,05$). SYİ-2015, DKİ-U ve DASH uyumu ile vücut yağ oranları arasında istatistiksel açıdan bir ilişki bulunmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 22. Katılımcıların DASH, SYİ-2015, DKİ-U ile IPAQ skoru durumunun değerlendirilmesi

IPAQ	n	$\bar{x}$	SS	P değeri
DASH	211	2,7	1,29	p=0,062*
SYİ-2015	211	56,40	14,04	p=0,00*
DKİ-U	211	54,89	10,92	p=0,00*

*: Bağımsız gruplarda t testi

DKİ-U, DASH ve SYİ-2015 ortalamaları karşılaştırıldığında DKİ-U skoru ile çalışanların SYİ-2015 puanları ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli derecede anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0,01$). DASH uyumu skor ortalamaları ile SYİ-2015, DKİ-U ile karşılaştırıldığında beslenme düzeyi skoru

değerlendirme ortalamaları iyi çıkmasına rağmen istatistiksel olarak incelendiğinde anlamlı bir ilişki bulunmadığı gözlenmiştir ($p=0.06$).

DASH diyet skoru ile aktivite düzeyleri ortalamaları arasındaki farkındalık değerlendirilen katılımcılar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0.00$). DASH diyeti puanı iyi olan grubun ortalaması ile geliştirilmesi gereken ortalaması karşılaştırıldı SYİ-2015 diyet puanları ile DASH diyet skorları arasında aktivite ile ilgili ilişki olduğu görülmüştür ($p=0.00$). DKİ-U ile DASH uyumlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede iyi kategorisinde olduğu saptanmıştır ($p=0.00$, Tablo 22).

Çalışmaya katılan katılımcıların BKİ'leri değerlendirildiğinde DKİ-U iyi olan katılımcıların BKİ'leri normal ya da hafif şişman grubunda olan katılımcılarla istatistiksel açıdan da anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0.00$). Fakat, BKİ obez kategorisinde olan katılımcılarda anlamlı değildir. SYİ-2015 ile BKİ değerlendirildiğinde normal kilolu katılımcılarda istatistiksel açıdan da anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0.03$). Obez olan katılımcıların DKİ-U ve SYİ-2015 istatistiksel açıdan da anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

4.8.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Tablo 23'de çalışmaya katılan beyaz yakalı çalışan katılımcıların minimum maksimum değerler gibi tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Tablo 23. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Değerlendirilmesi

SYBDÖ-II	n	$\bar{x}$	SS	Medyan	Min	Max
Sağlıklı Yaşam Biçimi						
Davranışları Ölçeği	211	105,14	16,15	103,00	74,00	168,00
Sağlık Sorumluluğu	211	17,64	3,25	18,00	9,00	25,00
Egzersiz	211	14,37	3,60	15,00	8,00	29,00
Beslenme	211	20,55	4,21	20,00	12,00	37,00
Stres Yönetimi	211	15,91	3,05	16,00	9,00	28,00
Manevi Gelişim	211	18,14	4,74	18,00	9,00	35,00
Kişilerarası İlişkiler	211	18,50	4,52	18,00	9,00	33,00

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması 105,14 $\pm$ 16,15 olarak hesaplanmıştır. SYBDÖ-II genel değerlendirme puanlamasının alt ölçekler açısından değerlendirildiğinde sağlıklı yaşam biçimi davranış durumuna etkisi sağlık sorumluluğu puanları 17,64 $\pm$ 3,25; egzersiz puanları 14,37 $\pm$ 3,60; beslenme

puanları $20,55 \pm 4,21$; stres yönetimi puanları $15,91 \pm 3,05$; manevi gelişim puanları $18,14 \pm 4,74$; kişilerarası ilişkiler puanları $18,50 \pm 4,52$ olarak hesaplanmıştır.

SYBDÖ-II genel değerlendirme puanlamasının alt ölçekler açısından değerlendirildiğinde SYBDÖ-II puanlarının ile IPAQ skoru ile ilişkisi Tablo 24'te verilmiştir.

Tablo 24. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ile Aktivite Durumunun Değerlendirilmesi

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	n	%	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği			
İnaktif	125	59,2	p>0,05
Minimum Düzeyde Aktif	58	27,5	
Sağlığı Geliştirici Yönde Aktif	28	13,3	
Sağlık Sorumluluğu			
İnaktif	125	59,2	p>0,05
Minimum Düzeyde Aktif	58	27,5	
Sağlığı Geliştirici Yönde Aktif	28	13,3	
Egzersiz			
İnaktif	125	59,2	p<0,05
Minimum Düzeyde Aktif	58	27,5	
Sağlığı Geliştirici Yönde Aktif	28	13,3	
Beslenme			
İnaktif	125	59,2	p<0,05
Minimum Düzeyde Aktif	58	27,5	
Sağlığı Geliştirici Yönde Aktif	28	13,3	
Stres Yönetimi			
İnaktif	125	59,2	p>0,05
Minimum Düzeyde Aktif	58	27,5	
Sağlığı Geliştirici Yönde Aktif	28	13,3	
Manevi Gelişim			
İnaktif	125	59,2	p>0,05
Minimum Düzeyde Aktif	58	27,5	
Sağlığı Geliştirici Yönde Aktif	28	13,3	
Kişilerarası İlişkiler			
İnaktif	125	59,2	p>0,05
Minimum Düzeyde Aktif	58	27,5	
Sağlığı Geliştirici Yönde Aktif	28	13,3	

İstatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığı istatistik Oneway Anova ile belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan 211 beyaz yakalı çalışanın fiziksel aktivite düzeyleri IPAQ ile ölçülerek inaktif, minimum düzeyde aktif ve sağlıklı geliştirici düzeyde aktif olmak üzere değerlendirilmiştir. Çalışmada, IPAQ skorlarına göre 28 (%13,3) kişinin aktif, 58 (%27,5) minimum düzeyde aktif ve 125 (% 59,2) kişinin ise inaktif düzeyde olduğu saptanmıştır.

IPAQ sonuçlarına göre; çalışmaya katılan beyaz yakalıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması inaktif grupta $103,84 \pm 15,63$, aktif olan grupta ise $111,75 \pm 20,22$ olarak hesaplanmıştır. SYBDÖ-II genel değerlendirme puanlaması alt ölçekler açısından değerlendirildiğinde katılımcıların egzersiz puanları $14,37 \pm 3,60$ ve beslenme puanları $20,55 \pm 4,21$ olarak hesaplanmıştır. IPAQ sınıflamasına göre beslenme alt ölçek ortalama puanları değerlendirildiği zaman inaktif ortama puanları $19,35 \pm 3,73$ aktif olan kişilerin ortalama puanları $22,17 \pm 4,29$ 'dır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan farklılık olup aktif katılımcıların inaktif katılımcılara göre puanı yüksek/düşük bulunmuştur ($p=0.00$). IPAQ skoruna göre aktif olan katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin egzersiz alt grubu incelendiğinde aktif olan katılımcıların inaktif katılımcılara göre egzersiz alt ölçeği istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Sağlık sorumluluğu alt ölçek puanlaması $17,64 \pm 3,25$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların sağlıklı yaşam biçim davranışları alt ölçeği olan sağlık sorumluluğu ve aktivite durumu karşılaştırıldığında, aktif olan katılımcılarda daha iyi gözükse de çalışmada anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Katılımcıların manevi gelişim puanlamaları $18,14 \pm 4,74$ olarak bulunmuştur. Aktif olan katılımcıların sağlıklı yaşam biçim davranışları ve aktivite durumu karşılaştırıldığında daha iyi gözükse de çalışmada anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranış durumu alt ölçeği olan stres yönetimi ortalama $18,91 \pm 3,05$ olarak hesaplanmıştır. Aktif katılımcıların stres yönetimi puanları daha yüksek olsa da stres ve aktivite durumu karşılaştırıldığında, aktif olan katılımcıların aktivite durumu daha iyi gözükse de çalışmada anlamlı derecede bir farklılık çıkmamıştır ($p>0.05$).

Kişilerarası ilişkiler puanlamalarının sağlıklı yaşam biçimi davranış durumuna etkisi $18,50 \pm 4,52$ olarak hesaplanmıştır. Çalışmada aktivite durumu ile kişilerarası ilişkiler arasında çalışmada anlamlı bir farklılık oluşmamıştır ($p > 0.05$).

SYBDÖ-II puanları ve BKİ açısından değerlendirildiğinde BKİ normal olan katılımcılarda SYBDÖ-II puanlarının diğer sınıflandırmalara göre daha az olduğu, bunun yanı sıra hafif şişman, şişman ya da obez olan katılımcılar ortalama puanlarının özellikle BKİ'si 30-34,99 kg/m² arasında olan katılımcılarda en yüksek olduğu puan ortalaması hesaplanmıştır. BKİ'leri ile SYBDÖ-II arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 25).

Tablo 25. BKİ Sınıflandırmasına göre SYBDÖ-II Puanlarının Ortalama Değerlendirilmesi

BKİ (kg/m ²)	Min-Mak X ± SS	P değeri
≤18,50	84-133	
18,50-24,99 kg/m ²	107,25 ±24,86	
25-29,99 kg/m ²	75-154	
30-34,99 kg/m ²	103,89 ±14,83	
35-39,99 kg/m ²	76-158	
≥40,00	106,11 ±16,71	p=0,214
	78-168	
	110,53 ±18,60	
	74-119	
	95,77 ±11,90	
	88-119	
	103,50 ±21,92	
İstatistiksel açıdan anlamlı olup istatistik Oneway Anova ile belirlenmiştir.		

Tablo 26'te SYBDÖ-II eğitim durumlarına göre beyaz yakalı SYBDÖ-II puanları karşılaştırıldığında lise ve üniversite mezunlarının 106,37 puan ortalaması olduğu hesaplanmış çalışanların eğitim düzeyine göre SYBDÖ-II sınıflaması arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Beyaz yakalıların mesleklerinin SYBDÖ-II puanlarının ortalamaları hesaplandığında bankacıların 106,14 puan ortalaması ile diğer meslek grupları arasında en yüksek puanı almış olduğu çıkmıştır. Çalışanların mesleğinin SYBDÖ-II puanlaması ile arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 27).

Tablo 26. Eğitim Durumuna göre SYBDÖ-II Puanlarının Değerlendirilmesi

Eğitim Durumu	Min-Mak X ± SS	p değeri
İlkokul	91,00	p= 0,775
Ortaokul	-	
	102-110	
	106,00±5,65	
Lise	79-154	
	102,94±19,01	
Üniversite	75-149	p= 0,775
	106,37±15,59	
Yüksek Lisans ve Doktora	74-168	
	104,49±16,39	

İstatistiksel açıdan anlamlı olup istatistik Kruskal Wallis Test ile belirlenmiştir.

Tablo 27. Mesleğe göre SYBDÖ-II Puanlarının Değerlendirilmesi

Meslek	Min-Mak X ± SS	p değeri
Öğretmen	75-149	p= 0,889
	105,53±16,91	
Akademisyen	79-154	
	104,41±15,06	
Bankacı	74-168	
	106,14±16,98	
Diğer	78-128	p= 0,889
	103,70±12,84	

İstatistiksel açıdan anlamlı olup istatistik oneway anova ile belirlenmiştir.

4.8.9. Katılımcıların Beslenme Desteği Talebinin Değerlendirilmesi

Tablo 28’de araştırma kapsamına alınan bireylerin günlük aktivite düzeyi sınıflamasının minimum, maksimum ve ortalama değerleri gösterilmiştir.

Tablo 28. Katılımcıların Günlük Aktivite Miktarını Değerlendirilmesi

Günlük Aktivite Miktarının Değerlendirilmesi	n	$\bar{x}$	SS	Min	Max
Günlük aktivite miktarını 1 ile 10 arasında değerlendirilmesi	211	5,15	2,40	1,00	10,00
Günlük aktivite memnuniyetinin 1 ile 10 arasında değerlendirilmesi	211	4,64	2,77	1,00	10,00

İstatistiksel açıdan anlamlı olup istatistik oneway anova ile belirlenmiştir.

Katılımcıların IPAQ skoruna göre %59,2 katılımcıların inaktif olduğu çalışmada katılımcıların kendi aktivite düzeylerini değerlendirdiği soruya verilen cevapların puan ortalaması 5,15±2,40’tir. Katılımcıların günlük kendi aktivite düzeylerine verdiği puanların ortalaması 4,64±2,77’dur (Tablo 27). IPAQ skorunun

günlük aktivite miktarını değerlendiren katılımcılar arasında istatistiksel olarak önemli derecede anlamlı çıkmıştır ($p<0.00$).

4.8.9. Katılımcıların Beslenme Desteği Talebinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların beslenme desteği almak ister misiniz sorusuna verdikleri cevapların verileri Tablo 28’de verilmiştir. Katılımcıların beslenme konusunda destek istersiniz sorusuna %58.3 oranında evet cevabı verilmiştir (Tablo 29). Çalışmaya %26,1 erkek beslenme desteğine evet derken kadınların %73.9’u beslenme desteği talep etmiştir.

Tablo 29. Katılımcıların Beslenme Desteği Talebinin Değerlendirilmesi

Beslenme konusunda destek istermisiniz?		n	%
Evet		123	58,3
	Kadın	91	73,9
	Erkek	32	26,1
Hayır		88	41.7
	Kadın	58	65,9
	Erkek	30	34,1

5. TARTIŞMA

Mevcut çalışmada KKTC de çalışmakta olan beyaz yakalı çalışanların yaşam tarzı, fiziksel aktivite düzeyleri ve beslenme alışkanlıkları belirlenmesi hedeflenmiştir. Günümüzde tip 2 diyabet, hipertansiyon, bazı kanserler, KVH, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi birçok hastalığa neden olan yetersiz ve dengesiz beslenme alışkanlıklarının ayrıca, yetersiz fiziksel aktivitenin çalışanlar üzerinde etkisi araştırılarak beyaz yakalı çalışanların farkındalığını artırmak amaçlanmıştır. Bu amaçla yapılan çalışmada, çalışanların fiziksel aktivite düzeyinin belirlenmesinde uluslararası geçerliliği bulunan IPAQ ölçeği kullanılmıştır. Ayrıca, antropometrik ölçümlerle kişilerin genel kilo, boy, bel ve kalça çevresi, vücut kompozisyonu ölçümleri ile uluslararası geçerliliği olan indekslerde (DASH, DKİ-U, SYİ-2015) olası sağlık riskleri üzerine değerlendirmek için yapılmıştır. 24 saatlik besin tüketim kaydı (üç günlük) ile katılımcıların DASH, DKİ-U, SYİ-2015 indeksleri hesaplanmış, katılımcıların beslenme durumlarının belirlenmesinde kullanılmıştır. Ayrıca kişilerin yaşam tarzı SYBDÖ-II ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışanların dengeli ve düzenli beslenmesi sağlığının korunması kronik hastalıkların önlenmesi hedeflenen çalışanların iş yaşantısında da sağlıklı olmanın iş başarısını üzerine etkisi bilinmektedir (Leslie ve ark., 2013). Masa başı çalışanların beslenme alışkanlıklarındaki düzenlemelerle hem çevrelerine hem de yeni nesillere yön verecektir. İş gücü kayıplarının önlenmesinde önce kurumların sonra ülkelerin maliyet yüklerinin azaltılması için etrafına rol model olan beyaz yakalı çalışanların aktivite düzeyinin artırılması ve doğru beslenme alışkanlıklarını geliştirmesi toplumsal önem taşımaktadır.

Çalışma 211 gönüllü masa başı çalışandan oluşmaktadır. Yaş ortalaması 35,7 yıl±9,36 olan çalışanların %70,6'sı kadındır. Yapılan çalışma, beyaz yakalı çalışanların genç olduğunu ve kadınların çalışma hayatında aktif roller aldığını göstermektedir. Çalışanların yetersiz hareket ettikleri bugüne kadar yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Azevedo ve ark., 2020). Mevcut çalışma katılımcıların %59,2'sinin inaktif olduğunu, kadınların %67,0'sinin erkeklerin ise %40,0'nın inaktif olduğu IPAQ hesaplaması sonucuna göre göstermiştir. Erkeklerin %60,0'nın aktif olduğu, çalışan erkeklerin kadınlara göre daha aktif olduğunu gösterilirken, erkeklerle

kadınlar arasındaki IPAQ skorunu puanlamasının istatistiksel olarak farklı bulunmasında etkisi olmuştur ($p=0.001$). Mevcut çalışmada DSÖ verilerine benzer sonuçlar elde edilmiştir. DSÖ verilerine göre kadınların %53,9'u, erkeklerin ise %33,1'i yeterli ölçüde fiziksel aktivite yapmamaktadır (DSÖ, 2018). Vural ve ark, yaptığı (2010) masa başı çalışanların katıldığı çalışmada katılımcıların %74,8'sinin fiziksel olarak aktif olduğu, erkeklerin ise kadınlara oranla daha aktif olduğu gösterilmiştir. Benzer bir çalışmada ise erkek masa başı çalışanların fiziksel aktivite düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür (Erdoğan ve ark., 2011). 2012 yılında yapılan bir sistematik incelemede çalışanların %42,5'inin yetersiz hareket ettiği gösterilmiştir (Esin ve Aktaş, 2012). Aktivite üzerine yapılan başka bir çalışma yetişkinlerin %32,0'ının inaktif olarak belirlemiştir (Biernat ve ark., 2015).

Yapılan çalışmada, çalışanların yaş aralığının ve aktivite düzeyine etkisi görülmemiştir. Çalışmaya katılan çalışanların 18-24 yaş aralığında %67,0, 25-34 yaş aralığında %57,3, 35-44 yaş aralığında %61,1, 45 yaş üstü ise %60,1'inde yetersiz fiziksel aktivite yaptıkları görülmüştür. Benzer bir çalışmada bireylerin 20'li yaşlarda %60,0'ının, 30'lu yaşlarda %66,7'sinin, 40 ve üstü yaşlarında ise %63,9 düşük fiziksel aktiviteye sahip olduğu belirtilmiştir (Şanlı ve Güzel, 2009). Bekar çalışanların %57,3'ünün inaktif olduğu saptanmış, ve beyaz yakalı çalışanların aktivite düzeyi ile medeni durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,886$). Daha önce yapılan bir çalışmada bekar akademisyenlerin evlilere göre fiziksel aktivite düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Kalkavan ve ark., 2016). Evli olan bireylerin ev ve çocuk gibi ailesel sorumlulukların artmış olacağını düşündürmektedir. Meslek grupları ve aktive değerlendirildiğinde tüm çalışanların %59,2'sinin inaktif olduğu sağlığı geliştirici şekilde aktif olan grubun ise sadece %19,4'ünü oluşturduğu gözlemlenmiş, meslek grupları arasında aktivite düzeyine göre herhangi bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,121$). Yapılan çalışmada, meslek grupları arasında kadın bankacıların aktivite düzeyi diğer meslek gruplarında çalışanlara göre en yetersiz aktivite olarak görürken, öğretmenler en az aktif olan ikinci grupta yer almaktadır. Tüm beyaz yakalı çalışanların mesleklerine bakılmaksızın farklı meslek gruplarından 616 katılımcıdan oluşan bir çalışmada tüm meslek grupları içinde öğretmenler aktivite miktarı en düşük grup olduğu bulunmuştur (Özdöl ve ark., 2018). Öğretmenlerle yapılan başka bir çalışmada öğretmenlerin yeterli hareket etmediği görülmüştür (Şanlı ve Güzel, 2009).

Buna ek olarak, bir diğerk çalışmada ise diğerk meslek gruplarına göre öğretmenlerin fiziksel aktivite düzeyi düşük çıkmıştır. Kùltùrel ve ekonomik düzeyin önemli payı olduğu belirtilmektedir (Yılmaz ve ark., 2021). Ayrıca, bir diğerk çalışmada meslek grupları arasında beyaz yakalı çalışanların aktivite düzeyi diğerklerine göre daha düşük bulunmuştur (Puciato ve ark., 2013).

Mevcut çalışmada, katılımcıların ortalama %90'ının üniversite ya da lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğu gör÷lmektedir ancak bu durum bireylerin aktivite düzeylerini etkilememektedir ($p=0,459$, Tablo 13). Pektaş ve ark., (2017) yaptığı çalışmada beyaz yakalı çalışanların %55,5 üniversite mezunu olduğu çalışmaya katılanlar arasında eğitim düzeyi ve aktivite arasında istatistiksel önem bulunmamasına karşın düzenli aktivite yapan çalışanların yapılan çalışmada kilo verdiği gözlemlenmiştir.

Beyaz yakalı çalışanlar enerjisi yüksek besin tüketimi, yetersiz aktivite, ulaşımda kullanılan araçlar gibi nedenle aşırı kilo ya da obezitenin oluşmasında riskli grupta tanımlanmaktadır (Kohl ve ark., 2012; Eze ve ark.,2017). Çalışanların hastalık tanısı alıp almadığını sorgulandığında çalışmaya katılan beyaz yakalı çalışanların %28,4'ünün hastalık tanısı olduğu, ve ayrıca hastalık tanısı alanların %65,0'nın inaktif olduğu gör÷lmüştür. Hastalık tanısı almayanlar arasındaki katılımcıların %43,0'ı aktif grupta yer almaktadır. Yapılan mevcut çalışmada, hastalık tanısı ve aktivite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gör÷lmemiştir ($p=0,33$). Bu durumun katılımcıların yaş ortalamalarının düşük olduğundan olduğu düşün÷lebilir. Kronik hastalıklar genelde yaş ile ilişkili olup, yaş ilerledik sonra kronik hastalık gör÷lme riski de artış göstermektedir (Beard ve ark., 2012). Aktif olan bireylerin kronik hastalıklar açasından daha düşük riske sahip olduğunu düşün÷lmektedir. Aile öyküsüne bakıldığında hastalık tanısı oranı %55,5'e yükselmiştir. Ailesinde kronik hastalık tanısı alan çalışanların %55,5 olduğu ve %68,4'ünün inaktif olduğu gör÷lmüştür. Ailesel kronik hastalıklarla aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,011$, Tablo 13).

5.1. Öğün Örüntüsü

Çalışmaya katılan beyaz yakalıların ana öğün düzenlerini incelediğinde %63,5'inin öğün atlamadığını gör÷lmektedir. Atlanan öğünlere bakıldığında kahvaltının %38,4 oranı ile en çok atlanan ana öğün olduğu gör÷lmüştür. Ofis çalışma

ortamı nedeniyle bu oranın yüksek olduğu düşünülmektedir. Enerji ve besin öğeleri içeriğiyle kahvaltı güne başlarken yapılması gereken ilk öğündür (Tolfrey ve ark., 2012). Gece boyunca aç kalan vücudun fizyolojik faaliyetlerini gerçekleştirebilmesi için enerji ve besin öğelerine ihtiyacı bulunmakta ve iyi bir iş performansı ve kolay öğrenme için yine güne dengeli bir kahvaltı ile başlanması gerekmektedir (O’Sullivan ve ark., 2009). Çin’de beyaz yakalı çalışanların kahvaltı içeriğinin bilişsel işlev (ruh hali, açlık tokluk, bellek, öğrenme ve dikkat) üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmada, sabah yapılan kahvaltının bilişsel işlev üzerine olumlu etkileri gösterilmiştir (Tang ve ark., 2017). Bir diğer sistematik derleme çalışmasında, kahvaltının bilişsel performans üzerine etkisi incelenmiş, çalışmada kahvaltı ile iş performansı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Edefonti ve ark., 2016). Fakat kahvaltı öğünü sonrası kahvaltıda tüketilen besinin kalitesinin önemi vurgulanarak glisemik yanıt ile ilişkilendirilmiş ve postprandiyal glisemik yanıtın etkisiyle bilişsel performansın artırabileceği belirtilmiştir (Edefonti ve ark., 2016). İş yoğunluğu veya zaman yetersizliği öğün atlama, atıştırma, hızlı yeme, süre sıkıntısı nedeniyle dışarıda yemek yeme, hazır yemek yeme gibi davranışlara neden olabilir. Aşırı ve hızlı yeme durumunun da uzun çalışma saatleriyle pozitif olarak ilgisi bulunmaktadır (Tanaka ve ark., 2018).

Çalışanların çalışma koşullarının beslenme durumu üzerine etkisinin iş yerinde düzenli yemek verilmesinin beslenme davranışlarına olumlu katkısı olduğu gösterilmiştir (Tanaka ve ark., 2018). Düzenli bir ofis içinde çalışanların düzenli bir çalışma programları olmayanlara göre zaman yetersizliğine bağlı öğün atlama olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Tanaka ve ark., 2018). Diğer taraftan hastane çalışanlarıyla ilgili yapılan bir çalışmada sağlık çalışanları genellikle öğün saatini ayarlamasına izin vermeyen uzun ve stresli çalışma saatleriyle çalışma düzenine sahiptir. Hastane kantininde satılan ürünlerin yağlı, tuzlu, tatlılar ya da şekerli içecekler içeren makinelerin olduğunu sağlık personelinin kolayca ulaşabildiği tüketiminin fazla olması beklenen ürünlerdir. Sağlık personelinin sağlıklı beslenme eğitiminin tercihlerini etkilediği düşünülerek tüketimini sınırladığı düşünülmektedir (Profis ve ark., 2016; Shahar ve ark., 2009).

Öğün tüketim sıklığının hastalık üzerindeki etkisi uzun yıllardır ilgi çeken bir konu olmuştur. (Ha ve Song, 2019). Düzenli planlanan bir beslenme programı; güne kahvaltı ile başlamak 2-3 ana öğün tüketimi, gece geç saatlere öğün bırakmamak, günlük protein ihtiyacının karşılanması ve 12-16 saat açlık bireylerin sirkadiyen ritmin düzenlenmesine, vücutta inflamasyonun azalması, stres yönetimi, bağırsak mikrobiyotası dengesinin korunması gibi birçok fizyolojik yarar sağlamaktadır (Paoli ve ark., 2019). Bireyin genetik ve çevresel faktörleri dışında yeme sıklığının kilo kontrolünde etkili olduğu diyet kalitesinin arttığı ve metabolik sendrom riski üzerine olumlu etkisi çalışmalarla gösterilmiştir (Garcidueñas-Fimbres ve ark., 2021). Beyaz yakalı çalışanların çalışmada en sık atladığı öğün kahvaltı (%38.4) olup çalışanların %37,9'u hiç öğün atlamamaktadır.

Çalışmada %94,8 ev dışında yemek yiyen katılımcıların %40,0'ı ayda bir-üç kez ev dışında yemek tüketmektedir. Öğle yemeğini ev dışındaki bir restorantta tüketen katılımcılar %46,0'dır. Yapılan çalışmanın bulguları ev dışı yemek yemenin bel çevresi, bel/kalça oranı, yağ oranı ve BKİ ile ilişkili olmadığını göstermiştir. Katılımcıların daha çok ev yemeği tercih ettikleri, veya evden işe ev yemeği götürdükleri görülmüştür. Kıbrıs'ın kültürel yapısında aile güçlü bir figürdür. Çoğu çalışan ulaşımı kolay ise öğle yemeğini ailesinin evine giderek ya da evinde pişirilen yemeği iş yerinde tüketmektedir. Nago ve ark (2014) yaptığı sistematik bir çalışmada ev dışına yemek yeme ve obezite ile ilgili pozitif bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Bu durumun ev dışı yemek yemenin enerji alımı ve enerji harcaması arasındaki dengesizlikten kaynaklandığı çalışmada vurgulanmıştır. Enerji içeriği yüksek olan büyük porsiyonlara sahip gıdaların tüketilmesi obeziteye neden olduğunu çalışmada göstermiştir (Kral ve ark., 2004).

5.2. Antropometrik Ölçümler

Bel çevresindeki artış obezite ve kronik hastalıklar ile ilişkilidir (Arslan ve Akça, 2020). Yetersiz aktiviteye sahip çalışanların antropometrik ölçümlerindeki sonuçlar KVH gibi kronik hastalıklarda dikkat edilmesi konusuna ip uçları vermektedir (Arslan ve Akça, 2020). Yapılan çalışmada aktivite düzeyine göre katılımcıların %43,1'inin bel çevresi ölçümüne göre sağlık riski olmadığı, buna karşın %55,1'inin aktivite düzeyinin yetersiz olduğu görülmüştür. Bireylerin bel çevresi

değerlendirildiğinde kadınların %57,7'sinin, erkeklerde %54,8'inin riskli grupta olduğu görülmüştür. Katılımcıların, bel/boy oranı değerlendirildiğinde ise %29,8'inin metabolik hastalık açısından riskli grupta olduğu bulunmuştur. Masa başı çalışanlarda bel çevresindeki artış ve bel/kalça oranındaki artışın çalışanların yetersiz aktivite yapmasından kaynaklandığı çalışmayla gösterilmiştir (Erdoğan ve Güvenç 2018). Yeterli hareket imkanına sahip olmayan beyaz yakalı çalışanlar ile yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, bireylere iki buçuk ay boyunca aktivite imkanını artırmaya yönelik 25 dakikalık yürüyüşler eklenmiştir. Gün içerisinde iş yeri aktivitesinin kişilerin sağlığına etkisi takip edilmiştir. Bu süre içinde çalışanların hem kilosunda hem de tansiyonunda olumlu etkileri görülmüştür (Alkhatib, 2015).

Fiziksel aktivite iştahı etkileyerek besin tüketim isteğini baskılamaktadır. İştahı düzenleyen hormonların (ghrelin, peptid YY ve glukagon benzeri peptid 1) fiziksel aktivitenin süresi, şiddeti ve çeşidine göre farklılıklar göstermektedir (Howe ve ark., 2014). “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması” raporunda kadınların %24,0'ının fiziksel aktivite yaptığı bu aktivitelerin içinden %83,9'unun yürüyüş yaptığı bildirilmiştir (SB, 2019). Haftada yapılacak 150 dakika yapılan orta şiddetli egzersizin hastalık riskini azalttığı ve kilo kontrolünde etkili olduğundan bahsedilmektedir (Swift ve ark., 2018). Yetersiz fiziksel aktivitenin çalışan kadınlarda kilo artışına bağlı yaşam kalitesini ve üretkenliği olumsuz yönde etkilemektedir (Cash ve ark., 2012). Fiziksel Aktivite ve Beslenme için Yaşam Tarzı Modifikasyon Programı uygulanan randomize kontrollü bir iş yeri programında egzersiz ve beslenme yapan bireylerin glukoz metabolizmasında iyileşme olduğu, HbA1c düzeylerinin azaldığı ve buna bağlı olarak vücut ağırlığının bel çevresi ölçüsünde azaldığı saptanmıştır (Maruyama ve ark., 2010).

Yapılan çalışmada boy uzunluklarının ortalaması 167.85 ± 8.93 cm, vücut ağırlıklarının ortalaması 70.62 ± 16.78 kg olarak saptanmıştır. BKİ'ye göre (kg/m^2) katılımcıların %1,9'unun zayıf; %50,2'sinin normal kiloda, %29,4'ünün hafif şişman, %18,5'inin şişman sınıflamasında olduğu saptanmıştır. Çalışmaya göre katılımcıların yarısının kilo problemi yaşandığı görülmektedir. Sağlıklı beslenme yaşamın her döneminde önemlidir. Çalışanın dikkati, verimliliği, performansı dengeli ve yeterli beslenme ile sağlanmaktadır (Bilir ve Yıldız, 2006). Sağlıklı bireylerde BKİ'nin <25.0

kg/m² olması hedeflemektedir (Perez ve ark., 2009). BKİ'nin değerlendirme kriterleri kadar vücut yağ oranı da önemlidir (Ranasinghe ve ark., 2013). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneğine göre sağlıklı bir erkeğin ideal vücut yağ oranı %15-18 arası, kadınlarda ise %22-27 arası normal olarak değerlendirilmektedir (Lee ve Nieman 1993). Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı'na göre ise kadınlarda vücut yağ oranının %30'dan fazla olması kilo artışının göstergesidir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017). Yapılan mevcut çalışmada kadın bireylerin ortalama vücut yağ yüzdeleri 30,32±7,67 kg olup, T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre üst sınırdadır bulunmuştur. Masa başı çalışma koşullarına bağlı vücutta yağlanma görülebilmektedir (Erdoğan ve Güvenç, 2018). Yapılan araştırmada, yetersiz aktivite düzeyine sahip katılımcıların %82,6'sının vücut yağ oranı sağlıklı yağ oranının üzerinde çıkmıştır. Aynı katılımcıların %45,7'sinin bel çevresi sağlık riski yüksek ya da sağlık riski çok yüksek kategorisinde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada katılımcıların yetersiz aktivite düzeyinin sağlığı yüksek oranda etkilediği görülmüştür. Biyolojik faktörler ve kilo artışı ilişkilendirildiği de cinsiyet hormonunun yağ birikimi üzerindeki etkisi bilinmektedir. Cinsiyet hormon etkisine bağlı kadınların kilo alma riski artmaktadır (Chang ve ark., 2018). Vücut yağ oranındaki artışın öğün sıklığı ile değiştiğini gösteren çalışma bulunmaktadır (Kahleova ve ark., 2017). House ve ark., (2015) yaptığı çalışmada öğün tüketim sıklığının bel çevresinde yağlanma, BKİ'de artış ve visseral yağlanmaya neden olduğu gösterilmiştir. Zubeyn ve ark., (2021) Tanzanya'da yaptığı güncel çalışmada bankacı, öğretmen, sağlık çalışanı gibi beyaz yakalı çalışanların %68,9'da kilo sorunu olduğunu belirtmiş, daha önce yapılan çalışmalara göre çalışanların kilolarının her geçen dönem artış gösterdiğine dikkat çekmiştir. Fakat, vücut yağ oranının referans değerinin üstünde olmasına rağmen kişilerin sağlıklı bir profil göstermesi de ayrıca bilim insanları tarafından değerlendirilmektedir (Slagter ve ark., 2018).

Beyaz yakalı çalışanların sosyal iş etkinlikleri temposunda genellikle yüksek kalorili yemeklerin tüketildiği diyet posası içeriği düşük ve alkol içerdiği düşünülmektedir (Maruyama ve ark., 2010). Yapılan randomize kontrollü çalışmada iş yemeklerinin sıklığı çalışanların yüksek enerjili beslenmesine neden olmaktadır. Çalışmaya katılanların beslenme düzeninin değişmesi ve sebze içeriğinin

zenginleştirilmesinin vücut ağırlığı ve bel çevresi gibi obezite için sağlık risklerinin oluşmasını engellemiştir (Maruyama ve ark., 2010).

Alkol yüksek enerjiye sahip olup iştah mekanizması ve lipid oksidasyonunda etkilidir. Yapılan çalışmada, alkol tüketiminin kilo artışına etkisine bakıldığında kilo ve alkol tüketimi arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır ($p=0,0843$, Tablo 16). Katılımcıların %61,6'sının alkol tükettiği ve bunların %55,0'inin ayda sadece 1-2 kez alkol tükettiği belirtilmiştir. Çalışanlarla yapılan bir çalışmada alkol tüketen çalışanların daha yüksek obezite riski taşıdığı gözlemlenmiştir (Aldo ve ark, 2015). Derleme çalışmalarında ılımlı alkol tüketimi değil de aşırı alkol tüketiminin obezite ile ilişkisi gösterilmiştir (Traversy ve Chaput, 2015; Suter ve Tremblay, 2005; Steiner ve Lang, 2017; Yeomans 2010). Mevcut çalışmada ise alkol tüketiminin %65,4'unun kadınlar olduğu kadınlarında %55,8'inin ayda 1-2 kez alkol aldığı çalışmada gösterilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunda ayda birkaç kez ile sınırlı olduğu, dolayısıyla tüketim sıklığının az olduğu saptanmıştır. Bu sebeple alkol alımının kilo artışına sebep olmadığı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılım gösteren bireylerin %48,2'si hiç sigara içmemiştir daha önce sigara içip bırakanlar ile hiç içmeyenlerin toplamı %60,2'dir. Sigara tüketim alışkanlığı olan katılımcılar %33,2 olup sigara tüketen katılımcıların %22,7'si kilo nedeniyle sağlık riski grubunda yer almaktaydı. Çalışmamızda sağlık açısından hafif şişman/şişman olan katılımcılar ve sigara tüketimi arasında istatistiksel olarak bir fark görülmemiştir ($p=0,717$). Sigaranın kalp-damar hastalıkları, solunum yolu hastalıkları gibi hastalığın oluşumunda risk faktörüdür. Sigara tüketimi kalp hastalıkları açısından risk oluşturduğu için içilmesi önerilmemektedir (DSÖ, 2020).

5.3. DASH (Hipertansiyonu Durdurmaya Yönelik Yaklaşımlar)

DASH beslenme planı, sağlıklı beslenmeyi hedefleyen ve kan basıncı regülasyonu sağlamada etkinliği epidemiyolojik olarak kanıtlanmış, dengeli besin ögesi içeriğe sahip bir beslenme modelidir (Karanja ve ark., 1999). Günlük mineral dengesinde potasyum, kalsiyum ve magnezyumdan zengin; sodyum ve kırmızı et kısıtlı, doymuş yağ oranı azaltılmış, rafine ürünlerin sınırlandırıldığı beslenme planıdır (NIH, 2006). DASH tipi beslenme programının hipertansiyon tedavisinde etkin olduğu saptanmıştır (NIH, 2006). Yapılan çalışmada ortalama DASH skoru $2,70 \pm 1,29$ olarak

bulunmuştur. DASH skorunda dört buçuk üzeri puan alınması hedeflenmektedir (Mellen ve ark., 2008). Dolayısı ile mevcut çalışmada genel olarak DASH diyetine uyum görülmemiştir. DASH beslenme modeli ile ilişkilendirilebilecek hastalıkların oranları incelendiğinde mevcut çalışmada görülme oranlarının hipertansiyon %4,3, KVH %3,8, hiperlipidemi %2,8, diyabet %1,9 olduğu görülmektedir. DASH diyeti uygulamasının kolesterolü düşürücü ve kan basıncını üzerinde iyileştirici etkileri yapılan randomize kontrollü çalışmayla gösterilmiştir (Chiu ve ark., 2016). Kadınların %85,2'sinin, erkeklerin %85,5'inin DASH skoru geliştirilmesi gerekli olarak hesaplanmıştır. Toplamda ise katılımcıların %14,7'sinin DASH skorunun iyi kategorisinde olduğu görülmüştür. Prehipertansif yetişkinlerde altı ay boyunca yapılan üç gün 45 dakikalık egzersiz ve DASH diyeti uygulamasının kan basıncı regülasyonundaki olumlu etkisi gösterilirken, bel çevresi ve vücut ağırlığı denetiminin sağlandığı kan kolestrol düzeylerinde ise önemli iyileşme olduğu gösterilmiştir (Kaya ve ark., 2018).

Amerika'da yapılan bir çalışmada, yetişkinlerin beslenme planından günlük enerjisi 100 kkal eksiltildiğinde katılımcıların kilolarının etkilemediğini görülmüş. Beslenmelerinin içeriğinde tuz kısıtlaması yaparak, günlük 400 mg'dan az sodyum alımının, tansiyonu regüle ettiğini görülmüştür. Aynı çalışma 5 g doymuş yağ alımının azaltılmasının ise kolesterol düzeyini azalttığını göstermiştir (Doll ve ark., 2005).

5.4. Diyet Kalite İndeksi-Uluslararası

Diyet kalite indeks içeriklerinin sağlık üzerine olumlu etkileri beslenmenin önemini her geçen gün artırmıştır. Diyet kalitesinin iyi olmasının sağlık üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır (Kim ve ark, 2003). Yapılan çalışmada, beyaz yakalı çalışanların DKI-U ortalama puanları $54,89 \pm 10,92$ 'dir. Katılımcıların %32,3'ünün iyi olduğu görülürken araştırmaya katılan bireylerin %67,7'sinin diyet kalite puanlarının kötü olduğu görülmüştür. Yetişkin bireyler ile gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların diyet kalite puanı ortalama $47,8 \pm 9,79$ tespit edilmiş ve erkeklerin kadınlardan daha yüksek diyet kalite skoruna sahip olduğu görülmüştür (Yıldırım ve Özcan, 2021). Bizim çalışmamızda DKI-U puanları ortalamalarına göre kadın çalışanların erkek çalışanlara göre diyet kalite puanının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Mevcut çalışmada kadınların DASH iyi diyet kalitesi puanı kadınlarda erkelere göre daha yüksek gelirken ve SYİ-2015 puanlarının erkeklerde çok az yüksek olduğu görülmüş, sağlıklı beslenme örüntüsünü kadınların daha yüksek oranda sahiplendiği fark edilmiştir. DKİ-U puanları ortalamalarına göre öğretmenlerin %38,7'sinin, bankacıların %31,3'ünün, %27,9'unun diyet kalitesi puanı iyidir. Çalışanların mesleklerinin DKİ-U puanları farkı istatistiksel açıdan önemli değildir ($p=0,0666$, Tablo 16). DKİ-U puanlarına göre beyaz yakalı çalışanların aktivite durumu ile diyet kalite puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,0952$). Diyet kalite puanı iyi olan katılımcılardan %58,8'i yetersiz fiziksel aktivite bildirmiştir. Aktif olan katılımcılar %40,7 iken bu grup içinde %32,5'inin diyet kalite puanı iyidir. DKİ-U skorları iyi olan bireylerin %31,0'ı vücut yağ oranı ile değerlendirildiğinde kilolu veya obez kategorisinde olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildir. BKİ kategorisinde normal olan katılımcıların %42,6 ve hafif şişman kategorisinde olan katılımcıların %38,2'sinin diyet kalite puanları iyi kategorisinde bulunmuştur. Fakat, BKİ'ye göre zayıf olan bireylerin %100'ünün diyet kalite puanı kötü kategorisinde bulunmuştur. Ancak, BKİ ve DKİ-U ile arasında çalışmada istatistiksel olarak herhangi bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,117$, Tablo 17).

5.5. Sağlıklı Yeme İndeksi-2015

Beyaz yakalı çalışanların diyet kalite bir diğer sonucu da SYİ-2015 kullanılarak saptanmıştır (Reedy ve ark., 2018). Bireylerin genel SYİ-2015 puan ortalamaları $56,40 \pm 14,04$ puandır. Caferoğlu ve ark.'nın (2020) yaptığı çalışmada ortalama SYİ puanı sağlıklı grupta $43,9 \pm 10,7$ puan hesaplanırken, Erçim ve Pekcan'ın (2014) yaptığı çalışmada 19-35 yaş grubu genç kadınların SYİ puanları $57,1 \pm 6,7$ hesaplanmıştır. Wolfson ve ark.'nın (2020) yaptığı çalışmada SYİ puanı 54,54 puan olarak hesaplamıştır, Öner ve ark.'nın (2013) yaptığı çalışmada ise kantin personelinin SYİ puanının 59,51 olduğunu belirlemişlerdir. Besine ulaşabilme açısından sosyoekonomik düzeyi yüksek olan beyaz yakalı çalışanların, sağlıklı yeme indeks yüksek çıkması beklenmektedir (Guo ve ark., 2004). Yapılan çalışmalar ile kıyaslandığında mevcut çalışmada elde edilen sonuçlar benzerlik göstermektedir.

Bireylerin aktivite durumuna göre inaktif katılımcıların %61,3'ü iyi diyet kalitesine sahipken aktif olan katılımcıların iyi diyet kalitesi %38,7 çıkmıştır. Farina ve ark.,

(2020) yaptığı çalışmada diyet kalitesi SYİ-2015 ile değerlendirilmiştir. SYİ-2015 toplam puanı, yirmibeş yaş üstünde, kolej yada lisans eğitimi olanlarda ve haftada 400 dakika ve üzeri aktivite yapanların çalışanlarda ve BKİ'si ≥ 25 'ten yüksek olanlarda daha yüksek çıkmıştır. Sağlıklı yeme indeksi, fiziksel ve mental sağlığı ölçen bir başka çalışmada da ise iki farklı öğrenci grubunun verileri karşılaştırıldığı çalışmada diyet kalite indeksi puanları 64.53 iken katılımcıların BKİ ortalaması gruplarda 21.81 kg/m² çıkmıştır (Bal ve Malkoç, 2020).

Sosyoekonomik açıdan yüksek eğitim seviyesine sahip beyaz yakalı çalışanların sağlıklı yaşam ve beslenme eğitimin yaşam kalitesi ve fiziksel sağlık durumunu artırması beklenmektedir (Dalbudak ve ark., 2020). Yapılan çalışmada eğitim durumu üniversite mezunu olan çalışanlar sağlık yeme indeksi iyi olanların %60,0'ını oluşturduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada sağlıklı yaşam ve beslenme dersini alan öğrencilerin dersleri almayanlara göre anlamlı düzeyde sağlıklı yaşam ve beslenme daha yüksek olduğu bulunmuştur (Dalbudak ve ark., 2020). Bu durum eğitim düzeyi ile bireylerin sağlıklı yeme örüntüleri ile ilişkili olabileceğini göstermiştir.

İnaktif ama normal BKİ aralığında olan katılımcıların %58,9'unun SYİ-2015 skorlarının iyi kategorisinde olduğu saptanmıştır. Aktivite düzeyi yüksek ve diyet kalitesinin iyi olmasının obezite durumu olsa bile sağlığı korumada etkin rol oynadığı çalışmayla gösterilmiştir (Bilgiç ve Öteleş 2019).

5.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Çalışmada beyaz yakalıların sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları ile aktivite düzeyi oranlarındaki artışın doğru orantılı olduğunu ortaya koymaktadır. Hareketsiz yaşam tarzının arttığı günümüz koşullarında, genç sağlık çalışanı adaylarının yapılan benzer bir çalışmada fiziksel aktivite düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Saldıran ve ark., 2019). Çalışmada beyaz yakalıların inaktif olduğu ve aktivite düzeyleri arasında da farklılıklar olduğu görülmüştür. Aktif olan katılımcılar ile minimum düzeyde aktif olanlar ve inaktif olup minimum düzeyde aktif olanlar arasında anlamlılık oluşmuştur ($p=0,00$).

Sağlığın gelişimi için günün önemli bir saat diliminin geçtiği iş ortamlarında fiziksel aktivitenin artırılmasına yönelik planlamalar yapılmalıdır (Straker ve ark.,2018). İş yerinde aktivitenin artırılmasına yönelik mesai içerisinde çalışanlara yapılan kısa bilgilendirme notları sayesinde, çalışanların gün içinde oturma sürelerinin azaldığı ve aktivite düzeyinin arttığı görülmüştür (Eze ve ark., 2017). Aktivite artışının katılımcılarda sağlığı geliştirmede de etkili olduğu görülmüştür (Rollo ve ark, 2020). Diğer taraftan beyaz yakalı olmayan ve aktif çalışanlarla yapılan bir araştırmada katılımcıların aktif olmasının ya da çalışanların aktivite durumundaki artışın sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarına etkisi olmamıştır (Göçer ve ark 2020). İş yerinde farklı zaman aralıklarında yapılan fiziksel aktivite sürelerinin sağlığa etkisinin değerlendirildiği araştırmada; 10 dakikalık kısa süreli bile olsa fiziksel aktivitenin sağlığı korunmada etkin rol oynayabileceği gösterilmiştir (Vaughan ve ark, 2018).

Düzenli olarak yapılan egzersiz programlarının enerji harcaması üzerine etkisi bilinmektedir. Çalışma ortamlarında uygulanan aktivitenin sağlık faydalarının değerlendirildiği bir çalışmada, katılımcıların biyokimyasal değerlerini ve sağlığı olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (Srinivasan ve ark, 2019).

Yapılan bir araştırmada beyaz yakalıların beslenme alışkanlıkları, egzersiz düzeyi, öz yeterlilik, yaşam kaliteleri değerlendirilmiş; öz yeterlilik, yaşam kalitesi ve obezite yönetiminde başarılı olan katılımcıların aktivite düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Sok ve ark 2019). Başka bir çalışmada ise çalışma koşullarının bireyleri daha disiplinli bir yaşam biçimine yönelttiği, kadınların disiplinli çalışmaya daha uyumlu olduğu belirtilmektedir (Arslan ve Ceviz 2007).

Eğitim düzeyinin sağlığı korumada etkin rol oynadığı düşünülmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin sağlık riskleri konusundaki farkındalıklarının arttığı ve daha sağlıklı bir yaşam tarzına uyum sağlaması beklenmektedir. Yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarında artış olduğunu gösterilmiştir (Pasinlioğlu ve ark., 1998). Çalışmada katılımcıların eğitim düzeyinin yüksek olduğu ve sağlıklı yaşam biçimi puan ortalamalarının yüksek olduğu çıkmıştır.

Meslek grupları arasında sağlık çalışanlarının beslenme ve fiziksel aktivite düzeyleri açısından sağlıklı yaşam koşullarına daha iyi uyum sağladığı

düşünülmektedir (Profis ve ark 2016). Sağlık bilimleri öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin sağlıklı vücut ağırlığının ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanlarının orantılı olduğu tespit edilmiştir (Tedik ve ark 2017). Öğrenciler üzerine yapılan çalışma göstermiştir ki sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin genç sağlık çalışanlarında uygulanmasının erken müdahale ile sağlığın geliştirilmesinde etkili olabilecektir. Özerenoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışma (2018) Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencilerinin diğer bölüm öğrencilerine göre daha fazla öğün yaptığı eğitimin etkisi olduğu düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada beyaz yakalı çalışanların aktivite düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi puanları artmıştır. Sağlık çalışanları ile yapılan benzer bir çalışmada, sağlık çalışanlarının daha sağlıklı beslenme diğer mesleklerdeki çalışanlarına göre daha fazla fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu davranışını benimsedikleri tespit edilmiştir (Profit ve ark., 2019).

Bireyleri psikolojik olarak rahatlatan fiziksel aktivite stresinde azaltılmasında, kişinin öz yeterlik duygusunun gelişmesinde ve işte başarı sağlamada, akılcı çözümler üretmede kişiye kolaylık sağlamaktadır (Feuerhahn ve ark., 2014; Joseph ve ark., 2014).

Eğitimler sağlığın gelişimi için vazgeçilmez olduğu düşünülse de yapılan mevcut çalışmada sağlık eğitimi iyi olan katılımcıların puanlarına bakıldığında yetersiz olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışma eğitim programları hazırlanmasının sağlığı geliştirmede etkin rol oynayabileceği belirtilmiştir (Aygır ve ark., 2019). Başka bir yapılan çalışmada eğitimin kişilerin yaşam kalitesini geliştireceğini savunmaktadır (Akkoyunlu ve ark., 2017).

İş ortamlarında yaşanan stresin sağlığı olumsuz etkilediği bilinmektedir. Çalışmamızda, aktif olan bireylerin ve inaktif olan bireylerin stres yönetimi puanları daha yüksek bulunsa da çalışmada istatistiksel olarak bir fark oluşturmamıştır ($p>0,05$). Yapılan benzer bir çalışmada iş ortamındaki stres faktörlerinin personel sağlığı olumsuz etkilediği belirtilirken iş yerlerinde yapılacak aktivite ve beslenmeye yönelik çalışanların stres düzeyi üzerinde olumlu etkisi olabileceği gösterilmiştir (Huge ve ark, 2020). Üniversite öğrencilerinin katılımıyla yapılan başka bir çalışmada

fiziksel aktivite düzeyindeki artışın stres ile baş etmede etkili olduğunu göstermektedir (Schultchen ve ark, 2019).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, stres ve hekim tarafından teşhis edilen kronik hastalık öyküsü ve algılanan sağlık durumu bulunmuştur (Duran ve ark., 2014; Sungur ve ark, 2019; Mouodi ve ark, 2019; Hoca ve Özduran, 2020; Saldıran ve ark,2019).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Farklı meslek gruplarında çalışanların yeterli fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmenin sağlanmasıyla ekonomi ve sağlık sistemine olumlu katkılar sağlayacaktır. Çalışanların IPAQ, DKİ-U, DASH, SYİ-2015 ve SYBDÖ-II ile yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir

- Araştırma 18-62 yaş aralığında 211 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılanların %70,6'sı kadın (n:149), %29,4'ü erkektir (n:62). Katılımcıların yaş ortalaması 35±9,36 yıldır. Katılımcılar %23,2'si öğretmen, %25,1'i bankacı, %32,2'i akademisyen, %7,1'i özel sektör çalışanı, %6,6'sı sağlık personeli, %1,9'u sigortacı, %1,4'ü diğer meslek gruplarından oluşmaktadır. 211 katılımcının %57,8'i evli ve %42,2'i bekardır. Çalışmaya katılan bireylerin %9,9'u ilköğretim, ortaöğretim ve lise, %44,1'i üniversite, %46,0'sı yüksek lisans ve doktora düzeyinde eğitim görmüştür.
- Katılımcıların %48,2'sinin sigara kullanmadığı %25,0'ının ise sigara kullandığı, %14,7'sinin bazen sigara içtiği ve %11,8'inin daha önce içtiği şimdi bıraktığı belirtilmiştir. Katılımcıların %61,6'sının alkol tükettiği %38,4'ünün alkol tüketmediği belirtilmiştir.
- Katılımcıların %37,9'unu öğün atlamadığını, %62,1'inin ise öğün atladığını belirtmiştir. Katılımcıların %12,7'si ara öğün atlamadığını, %87,3'ünün ise öğün atladığını belirtmiştir.
- Katılımcıların %28,4'ünün hekim tarafından tanısı konulmuş hastalığının bulunduğu, %71,6'nın ise böyle bir hastalığı olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %28,4'ünün hekim tarafından tanısı konulan alerji/astım, barsak hastalıkları, hipertansiyon, kalp hastalığı bulunmaktadır. Katılımcıların %55,5'inin ailesinde kronik hastalık tanısı konulmuş hastalığının bulunduğu, %44,5'inin ise böyle bir hastalığı olmadığı belirlenmiştir.
- Fiziksel aktivite açısından değerlendirildiğinde beyaz yakalı çalışanların sadece %59,2'sinin inaktif olduğu bulunmuştur. Geri kalan %19,4'ünün aktif, %21,3'ünün ise minimal aktif olduğu görülmüştür. Masa başı çalışanların inaktif oldukları tespit edilmiştir. Çalışmamız, literatürdeki çalışmaları destekler durumda olup erkeklerin kadınlardan daha fazla fiziksel aktivite yaptığını göstermiştir.

- Diyet kalitesi yüksek olan katılımcıların aktivite düzeylerinin de yüksek olduğu bulunmuştur.
- Sağlıklı yeme indeksi iyi olanların fiziksel aktivite seviyeleri benzerdir.
- Sağlıklı yeme indeksi puanlarının DKİ-U puanları benzerdir.
- Fiziksel aktivite gruplarının DASH puanları benzerdir.
- Öğün atlama sıklığı arttıkça SYBDÖ II'den elde edilen toplam puan azalmaktadır.
- Fiziksel aktivite düzeyi arttıkça BKİ azalmaktadır.
- Fiziksel aktivite düzeyi arttıkça SYBDÖ II'den elde edilen toplam puan artış göstermektedir.

Çalışma koşulları nedeniyle yetersiz hareket eden çalışanlar birçok hastalık açısından risk altındadır. Çalışanların sağlıklı beslenme ve yeterli fiziksel aktivite konusunda teşvik edilmesi çalışanların hem sağlığını korumada etkili olacaktır hem de motivasyon sağlayacaktır. İş yeri düzenlemeleri ile fiziksel aktivite için yeterli zaman ve uygun ortam sunulması, yeterli ve dengeli öğün ulaşım kolaylığının sağlanması, sağlıklı atıştırmalıkların ofiste olması bireyleri sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerine teşvik edebilecektir.

Çalışma saatleri içinde tüketilen öğünlere yönelik düzenlemeler uzman bir diyetisyen/beslenme uzmanından eğitim desteği alınması gibi çalışanların günlük ihtiyaçlarına tercihlerinde seçimler yapılmasında kolaylık sağlayacaktır. İş yerlerinde meyve, yoğurt gibi sağlıklı atıştırmalık, su gibi sağlığa faydalı besin öğelerinin kolay ulaşılabilir olması sağlıklı besin tüketimini artırmaya yardımcı olacaktır.

Çalışanların yaşam kalitesini ve iş verimini artırmak için çalışma ortamında çalışanların fiziksel olarak hareket edebileceği boşluklar oluşturarak çalışanların aktivite planlanabilir. İş yerlerinde yapılabilecek egzersiz önerileri ile çalışanların aktivite miktarı artırılabilir. Eğitimler düzenlenerek masa başında ya da sandalyede yapılabilecek fiziksel aktiviteye önerilebilir. Haftalık duyurular, e-postalar veya afişlerle çalışanların motivasyonu artırılabilir. Beslenme ve egzersiz alanında uzman kişilerle yapılacak kısa eğitimler ile yaşam boyu eğitim temalı organizasyonlar hazırlanması düşünülebilir. Özellikle hafta sonu çalışanlara özel sağlıklı beslenme ve aktivite temalı etkinlikler düzenleyerek çalışanlar özendirilebilir. Tüm bu

değişikliklerle çalışanları kronik hastalıklardan korunarak toplumsal sağlık masraflarının da azaltılmasına yardımcı olacaktır.

Çalışanların iş yeri ve çevresinin besin tüketimine üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Sağlıklı yiyecek alternatifi sunan kurumların teşvik edilmesi hükümetler tarafından özendirilmesi toplumsal sağlık avantajı sağlayacaktır.

Düzenli eğitimlerle hazırlanılarak çalışanlara sağlıklı atıştırma, sağlıklı yemek seçiminin önemi vurgulanmalıdır.

Çalışmamızda çalışanların genel olarak fiziksel aktivite düzeyi düşüktür. İş yerleri çalışanlara yönelik aktivite etkinlikleri düzenleyerek, düzenli egzersizin önemi konusunda bilinçlendirilmelidir. Kurumsal desteklenen doğa yürüyüşleri, molalarda ufak aktivite köşeleri hazırlanılarak çalışanların egzersiz yapması sağlanabilir. Mesela bir dart alanı kurulabilir.

Çalışanların yeterli ve dengeli beslenmesi ve düzenli aktivite yapmasının fiziki bozuklukları önleme fizyolojik kapasitesinin artırılması yanı sıra iş verimliliğini de artırmaktadır. Sağlığını korucu potansiyel etki mekanizması ile düzenli aktivite kişinin kilo kontrolünü sağlaması yardımcı olarak kronik hastalıklara karşı koruyucu etki göstermektedir. Yapılan çalışmada aktivite düzeyi yüksek olan çalışanların iyi diyet kalitesine sahip olduğu görülmüştür. Aynı zamanda çalışanların aktivite düzeyinin ve dengeli ve düzenli beslenme oranlarının artırılması gerektiği görülmüştür. Alanında profesyonel uzmanlar tarafından toplumsal sağlığı artırıcı eğitimlerin yapılması bu eğitimlerin okula başlama yıllarından itibaren olmasının hem yeni nesilleri yetiştiren eğitimcilerin hem de çocuklarımız bilinç düzeyini artırarak toplum sağlığına katkı sağlamış olacaktır.

7. KAYNAKLAR

Abu Saad H, Low PK, Jamaluddin R, Chee HP. Level of Physical Activity and Its Associated Factors among Primary Healthcare Workers in Perak, Malaysia. International Journal Of Environmental Research and Public Health. 2020 ;17(16):5947.

Addo P, Nyarko K, Samuel O, Sackey, Patricia A, Sarfo B. "Prevalence of obesity and overweight and associated factors among financial institution workers in Accra Metropolis, Ghana: a cross sectional study." BMC Research Notes. 2015; 8: 599.

Aginsky KD, Constantinou D, Delport M, Watson ED. Cardiovascular disease risk profile and readiness to change in blue-and white-collar workers. Family & community health. 2017;40(3):236-44.

Akdevelioğlu Y. Banka çalışanlarının beslenme durumlarının değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012(1):15-20.

Akkoyunlu Y, Acet M, Karademir T. Evaluation of Healthy Lifestyle Behaviour Level of Active Athletes and Sedentary Students Study at Physical Education and Sports College. The Anthropologist. 2017; 28(1-2):99-106

Aksoy T, Ucar H. Healthy lifestyle behaviors of nursing students. Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing. 2014;1(2):53-67

Aktaş H, Şaşmaz CT, Kılınçer A, Mert E, Gülbol S, Külekçioğlu D, Kılar S, Yüce RY, İbik Y, Uğuz E, Demirtaş A. Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi ile ilişkili faktörlerin araştırılması. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;8(2):60-70.

Albawardi NM, Jradi H, Al-Hazzaa HM. Levels and correlates of physical activity, inactivity and body mass index among Saudi women working in office jobs in Riyadh city. BMC Women's Health. 2016;16(1):1-2.

Alkhatib A. High prevalence of sedentary risk factors amongst university employees and potential health benefits of campus workplace exercise intervention. Work. 2015; 52(3):589-595.

Al-Solaiman Y, Jesri A, Mountford WK, Lackland DT, Zhao Y, Egan BM. DASH lowers blood pressure in obese hypertensives beyond potassium, magnesium and fibre. *Journal of Human Hypertension*. 2010;24(4):237-46.

Anderson LM, Quinn TA, Glanz K, Ramirez G, Kahwati LC, Johnson DB, Buchanan LR, Archer WR, Chattopadhyay S, Kalra GP, Katz DL. The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009;37(4):340-57.

Appel LJ, American Society of Hypertension Writing Group. ASH position paper: dietary approaches to lower blood pressure. *Journal of the American Society of Hypertension*. 2009;3(5):321-31.

Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. Dietary approaches to prevent and treat hypertension: a scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*. 2006;47(2):296-308.

Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, Bray GA, Vogt TM, Cutler JA, Windhauser MM, Lin PH. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *New England Journal of Medicine*. 1997;336(16):1117-24.

Arslan C, Ceviz D. Evaluation of Obesity Prevalence and Health Promoting Life-Style Profiles of Housewives and Working Women. *Fırat University Medical Journal of Health Sciences*. 2007; 21(5):211-20

Arslan ED, KILIÇ AKÇA N. Akademik Personelin Kardiyovasküler Risk Farkındalıkları. *Kocaeli Tıp Dergisi*. 2020;9(2):31-8.

Arslan E, Namlı Ay, Doğaner S. Üniversite Öğrencileri Neden Aktif Değiller? Katılımsal Engeller. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2018;16(4):140-50.

Ashwell M, Gibson S. Waist-to-height ratio as an indicator of ‘early health risk’: simpler and more predictive than using a ‘matrix’based on BMI and waist circumference. *BMJ Open*. 2016;6(3):e010159.

Aygar H, Zencirci SA, Emiral GO, Alaiye M, Soysal A, Onsuz MF, Isikli B, Metintas S. Assessment of health-promoting lifestyle behaviors of adults living in the semi-rural area. Northern Clinics of Istanbul. 2019;6(1):13.

Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;12(1):1-3.

Bakanlığı S. Türkiye obezite (şişmanlık) ile mücadele ve kontrol programı:(2010-2014). Sağlık Bakanlığı; 2010.

Bakanlığı TS. Türkiye beslenme ve sağlık araştırması 2010: Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu. Ankara, Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. 2014;27.

Balasubramaniam J, Hewlings SJ. A Systematic Review of the Efficacy of DASH Diet in Lowering Blood Pressure Among Hypertensive Adults. Topics in Clinical Nutrition. 2021;36(2):158-76.

Beard J, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan PR, Kalache A, Olshansky SJ. Global population ageing: peril or promise?. Program on the Global Demography of Aging; 2012.

BeBiS (Beslenme Bilgi Sistemi). Bilgisayar Yazılım Programı Versiyon 7.2, (Ebispro für Windows, Stuttgart, Germany: Türkçe Versiyonu), Veri Kaynakları: Bundeslebensmittelschlüssel (BLS II.3), Alman Veri Besin Bileşim Veri Bankası ve Başka Kaynaklar. 2011.

Bennett JM, Reeves G, Billman GE, Sturmberg JP. Inflammation–nature's way to efficiently respond to all types of challenges: implications for understanding and managing “the epidemic” of chronic diseases. Frontiers in Medicine. 2018;5:316.

Benson PL, Roehlkepartain EC, Rude SP. Spiritual Development in Childhood and Adolescence: Toward a Field of Inquiry. Applied Developmental Science. 2003;7(3): 205-13.

Biernat E, Tomaszewski P. Association of socio-economic and demographic factors with physical activity of males and females aged 20–69 years. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2015;22(1):118-23.

Bilgiç P, Öteleş S. Diyet Kalitesi ve Sedanter Geçirilen Süre Obez Fenotiplerinde Metabolik Sağlığı Etkiler mi?. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*. 2019;6(1):39-54.

Booth FW, Roberts CK, Thyfault JP, Ruegsegger GN, Toedebusch RG. Role of inactivity in chronic diseases: evolutionary insight and pathophysiological mechanisms. *Physiological Reviews*. 2017;97(4):1351-402.

Caferoğlu Z, Şahin GA, Hatipoğlu N, İnanç N. Tip 1 Diyabetli Çocuk ve Adölesanların Diyet Kalitesi, Diyet Asit Yükü ve Glisemik Kontrol ile İlişkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 2020;48(1):31-42.

Cash SW, Beresford SA, Henderson JA, McTiernan A, Xiao L, Wang CY, Patrick DL. Dietary and physical activity behaviours related to obesity-specific quality of life and work productivity: baseline results from a worksite trial. *British Journal of Nutrition* 2012;108(6):1134-1142.

CDC (2020). Worksite Physical Activity. Center for Disease Control and Prevention, <https://www.cdc.gov/physicalactivity/worksite-pa/index.htm>, erişim zamanı: 3.8.2021

Chang E, Varghese M, Singer K. Gender and sex differences in adipose tissue. *Current Diabetes Reports*. (2018);18(9): 1-10.

Chaput JP, Després JP, Bouchard C, Tremblay A. Short sleep duration is associated with reduced leptin levels and increased adiposity: results from the Quebec family study. *Obesity*. 2007;15(1):253–61.

Chaudhary P, Wainford RD. Association of urinary sodium and potassium excretion with systolic blood pressure in the Dietary Approaches to Stop Hypertension Sodium Trial. *Journal of Human Hypertension*. 2020;1-1.

Chen Y, Yang J, Su J, Qin Y, Shen C, Li Y, Lu S, Pan E, Gao Y, Miao D, Zhang N. Physical activity, sedentary time and their associations with clustered metabolic risk

among people with type 2 diabetes in Jiangsu province: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019 ;9(8):e027906

Chiu S, Bergeron N, Williams PT, Bray GA, Sutherland B, Krauss RM. Comparison of the DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diet and a higher-fat DASH diet on blood pressure and lipids and lipoproteins: a randomized controlled trial–3. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2016;103(2):341-7.

Choi B, Schnall PL, Yang H, Dobson M, Landsbergis P, Israel L, Karasek R, Baker D. Sedentary work, low physical job demand, and obesity in US workers. *American Journal of Industrial Medicine*. 2010;53(11):1088-101.

Colombet Z, Perignon M, Salanave B, Landais E, Martin-Prevel Y, Allès B, Drogue S, Amiot MJ, Méjean C. Socioeconomic inequalities in metabolic syndrome in the French West Indies. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1-11.

Çivilidağ A, Yanar A, Kızılırmak B, Denizli T. Mesleki benlik saygısı, sürekli kaygı ve yaşam doyumu düzeylerinin incelenmesi. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*. 2018;2(3):45-60.

Dashti S, Dabaghi P, Tofangchiha S. The effectiveness of training program based on protective motivation theory on improving nutritional behaviors and physical activity in military patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2020;9(7):3328.

Dèdelè A, Miškinytė A, Andrušaitytė S, Bartkutė Ž. Perceived stress among different occupational groups and the interaction with sedentary behaviour. *International Journal Of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(23):4595.

Demerouti E, Le Blanc PM, Bakker AB, Schaufeli WB, Hox J. Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International*. 2009; 20:50-68.

Després JP. Body fat distribution and risk of cardiovascular disease: an update. *Circulation*. 2012;126(10):1301-13.

Deutsche Welle Türkçe, (2020) DSÖ'den hareketsizlik uyarısı, <https://www.dw.com/tr/dsöden-hareketsizlik-uyarısı/a-55737164>. Erişme zamanı: 3.8.2021

Di Milia L, Mummery K. The association between job related factors, short sleep and obesity. *Industrial Health*. 2009;47(4):363-8.

Dictionary CE. CED Online. dictionary. cambridge. org/dictionary/english/parallax. Definition of White-Collar. Available online: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/white-collar?q=white-collar+> (erişim tarihi 30.7.2021).

Diet Collaborators. GBD 2017 Diet Collaborators Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2019;393(10184):1958-72.

Ding D. Surveillance of global physical activity: progress, evidence, and future directions. *The Lancet Global Health*. 2018 Oct 1;6(10):e1046-7.

Doll TM, Fulgoni III VL, Zhang Y, Reimers KJ, Packard PT, Astwood JD. Potential health benefits and medical cost savings from calorie, sodium, and saturated fat reductions in the American diet. *American Journal of Health Promotion*. 2009 ;23(6):412-22.

Dülgeroğlu İ, Başol O. İş stresi ve çalışma yaşamı kalitesi algısının yansımaları: satış temsilcileri üzerine bir araştırma. *Business and Economics Research Journal*. 2017;8(2):293-304.

Edefonti V, Rosato V, Parpinel M, Nebbia G, Fiorica L, Fossali E, Ferraroni M, Decarli A, Agostoni C. The effect of breakfast composition and energy contribution on cognitive and academic performance: a systematic review. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2014;100(2):626-56.

Ekelund U, Brown WJ, Steene-Johannessen J, Fagerland MW, Owen N, Powell KE, Bauman AE, Lee IM. Do the associations of sedentary behaviour with cardiovascular disease mortality and cancer mortality differ by physical activity level? A systematic

review and harmonised meta-analysis of data from 850 060 participants. *British Journal of Sports Medicine*. 2019;53(14):886-94.

Erdoğan M, Certel Z, Güvenç A. Masa Başlı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi: Obezite Ve Diğer Özelliklere Göre İncelenmesi (Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği). *Spor Hekimliği Dergisi*. 2011;46(3):097-107.

Erdoğan M, Güvenç A. Üniversite Hastanesi Masa Başlı Çalışanlarında Kardiyovasküler Hastalık Riski ve Fiziksel Aktivite Düzeyinin Cinsiyete Göre İncelenmesi. *Mediterranean Journal of Humanities*. 2018;8(2):353-64.

Erdoğan MS. Beyaz yakalı çalışanların beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2014;15(1):20-6.

Eriş ED, Özmen ÖN, Bayam BY. Mavi-Beyaz Yaka Dönemi Bitti mi? İş Yaşamında Alternatif Yaka Renkleri Üzerine Bir Değerlendirme. *Journal of Yaşar University*. 2020;15(58):259-69.

Esin MN, Aktaş E. Çalışanların sağlık davranışları ve etkileyen faktörler: sistematik inceleme. *Florence Nightingale Journal of Nursing*. 2012;20(2):166-76.

Eze NM, Maduabum FO, Onyeke NG, Anyaegunam NJ, Ayogu CA, Ezeanwu BA, Eseadi C. Awareness of food nutritive value and eating practices among Nigerian bank workers: Implications for nutritional counseling and education. *Medicine*. 2017 ;96(10).

Falck RS, Davis JC, Liu-Ambrose T. What is the association between sedentary behaviour and cognitive function? A systematic review. *British Journal of Sports Medicine*. 201;51(10):800-11.

Farhud DD. Impact of lifestyle on health. *Iranian journal of public health*. 2015;44(11):1442.

Filippou CD, Tsioufis CP, Thomopoulos CG, Mihos CC, Dimitriadis KS, Sotiropoulou LI, Chrysochoou CA, Nihoyannopoulos PI, Tousoulis DM. Dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet and blood pressure reduction in adults with and without hypertension: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Advances in Nutrition*. 2020;11(5):1150-60.

- Flier JS, Elmquist JK. A good night's sleep: future antidote to the obesity epidemic?. *Annals of Internal Medicine*. 2004;141(11):885-6.
- Forbes S, Bui S, Brian R., Robinson BR, Hochgeschwender U, Brennan MB. Integrated control of appetite and fat metabolism by the leptin-proopiomelanocortin pathway. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2001;98(7):4233-7.
- Garcidueñas-Fimbres TE, Paz-Graniel I, Nishi SK, Salas-Salvadó J, Babio N. Eating speed, eating frequency, and their relationships with diet quality, adiposity, and metabolic syndrome, or its components. *Nutrients*. 2021;13(5):1687.
- GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016 ;388(10053):1659.
- Glanz K, Sallis JF, Saelens BE, Frank LD. Healthy Nutrition Environments: Concepts and Measures. *The American Journal of Health Promotion*. 2005;19(5):330-3.
- Gocer S, Mazıcıoğlu MM, Ulutabanca RO, Unalan D, Karaduman M, Tarhan KS. Assessment of healthy lifestyle behaviours in traveling seasonal agricultural workers. *Public Health*. 2020; 180:149-53
- Guenther PM, Casavale KO, Reedy J, Kirkpatrick SI, Hiza HA, Kuczyński KJ, Kahle LL, Krebs-Smith SM. Update of the healthy eating index: HEI-2010. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2013;113(4):569-80.
- Guenther PM, Kirkpatrick SI, Reedy J, Krebs-Smith SM, Buckman DW, Dodd KW, Casavale KO, Carroll RJ. The Healthy Eating Index-2010 is a valid and reliable measure of diet quality according to the 2010 Dietary Guidelines for Americans. *The Journal of Nutrition*. 2014;144(3):399-407.
- Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *Lancet Glob Health*. 2018; 6(10):e1077-86

Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 35 population-based surveys with 1·9 million participants. *The Lancet Global Health*. 2018 Oct 1;6(10):e1077-86.

Gültekin M, Boztaş G, Utku EŞ, Ergün AK, Sevinç A, Tütüncü S, Dünder S, Seymen E. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri. 2014.

Güven DE, Günay M. İş Yeri Performansını Artırmada Bir Çözüm Önerisi: Fiziksel Aktivite. *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2021;7(1):28-50.

Ha K, Song Y. Associations of meal timing and frequency with obesity and metabolic syndrome among Korean adults. *Nutrients*. 2019;11(10):2437.

Hagströmer M, Oja P, Sjöström M. The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): a study of concurrent and construct validity. *Public Health Nutrition*. 2006;9(6):755-62.

Hamer M. Psychosocial stress and cardiovascular disease risk: the role of physical activity. *Psychosomatic Medicine*. 2012;74(9):896-903.

Hardman AE. Physical activity and cancer risk. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2001;60(1):107-13.

Hattatoğlu DG, Aydın Ş, Aydın C, Yıldız BP. Vardiyalı Çalışan Sağlık Çalışanlarında Uyku Hijyeni ve Uyku Bozukluğunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Noro-Psikiyatri Arşivi*. 2021;58(1):11-5.

Holtz KA, Kokotilo KJ, Fitzgerald BE, Frank E. Exercise behaviour and attitudes among fourth-year medical students at the University of British Columbia. *Canadian Family Physician*. 2013 ;59(1):e26-32.

House BT, Shearrer GE, Miller SJ, Pasch KE, Goran MI, Davis JN. Increased eating frequency linked to decreased obesity and improved metabolic outcomes. *International Journal of Obesity*. 2015;39(1):136-41.

Houston MC, Harper KJ. Potassium, magnesium, and calcium: their role in both the cause and treatment of hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2008;10(7):3-11.

Human Services Department, editor. Health, United States 2014: With Special Feature on Adults Aged 55 to 64. Government Printing Office; 2015.

Huse O, Palermo C, Evans M, Peeters A. Factors influencing healthy eating and physical activity amongst school staff. *Health Promotion International*. 2020;35(1):123-31.

Inoue H, Sasaki R, Aiso I, Kuwano T. Short-term intake of a Japanese-style healthy lunch menu contributes to prevention and/or improvement in metabolic syndrome among middle-aged men: a non-randomized controlled trial. *Lipids in Health and Disease*. 2014;13(1):1-9.

IPAQ Research Committee. Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)-short and long forms. <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>. 2005.

James PA, Oparil S, Carter B, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* 2014;311(5):507-520.

Jang TW, Kim HR, Lee HE, Myong JP, Koo JW. Long work hours and obesity in Korean adult workers. *Journal of Occupational Health*. 2013;13-0043.

Juonala M, Juhola J, Magnussen CG, Würtz P, Viikari JS, Thomson R, Seppälä I, Hernesniemi J, Kähönen M, Lehtimäki T, Hurme M. Childhood environmental and genetic predictors of adulthood obesity: the cardiovascular risk in young Finns study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2011;96(9):E1542-9.

Kahleova H, Lloren JJ, Mashchak A, Hill M, Fraser GE. Meal frequency and timing are associated with changes in body mass index in Adventist Health Study 2. *The Journal of Nutrition*. 2017;147(9):1722-8.

Kalkavan A, Özkara AB, Alemdağ C, Çavdar S. Akademisyenlerin fiziksel aktiviteye katılım düzeyleri ve obezite durumlarının incelenmesi. *International Journal of Sport Culture and Science*. 2016;4(1):329-39.

- Karanja NM, Obarzanek EV, Lin PH, McCULLOUGH ML, Phillips KM, Swain JF, Champagne CM, Hoben KP, DASH Collaborative Research Group. Descriptive characteristics of the dietary patterns used in the Dietary Approaches to Stop Hypertension trial. *Journal of the American Dietetic Association*. 1999;99(8):S19-27.
- Kaya A. Obezite ve hipertansiyon. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism* 2003;7(2):13-21.
- Kaya Y, Düğeroğlu H, Karataş A, Özbilen M. Prehipertansif hastalarda DASH diyeti ve egzersizin metabolik parametreler üzerine etkisi. *Ortadoğu Tıp Dergisi*. 2018;10(2):167-73.
- Keçik M. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Tedavisinde İlaç Uyuncu ve Sağlık Okur Yazarlığının Etkisi. *Turkey Health Literacy Journal*. 2021;2(1):05-15.
- Kim DY, Kim SH, Lim H. Association between dietary carbohydrate quality and the prevalence of obesity and hypertension. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2018;31(5):587-96.
- Kim S, Popkin BM, Siega-Riz AM, Haines PS, Arab L. A cross-national comparison of lifestyle between China and the United States, using a comprehensive cross-national measurement tool of the healthfulness of lifestyles: the Lifestyle Index. *Preventive Medicine*. 2004;38(2):160-71.
- Kim YJ. The long-run effect of education on obesity in the US. *Economics & Human Biology*. 2016;21:100-9.
- Ko GT, Chan JC, Chan AW, Wong PT, Hui SS, Tong, Ng SM, Chow F, Chan CL. Association between sleeping hours, working hours and obesity in Hong Kong Chinese: the ‘better health for better Hong Kong’ health promotion campaign. *International Journal of Obesity*. 2007;31(2):254-60.
- Ko KJ, Kim EH, Baek UH, Gang Z, Kang SJ. The relationship between physical activity levels and metabolic syndrome in male white-collar workers. *Journal of Physical Therapy Science*. 2016;28(11):3041-6.

Konlan KD, Baku EA, Japiong M, Konlan KD, Doat AR, Suuk AN, Amoah RM. Practices of Adults in a Periurban Community of the Ho Municipality on Prevention of Hypertension. *International Journal of Hypertension*. 2020;(2020):8.

Kouzmin A, Korac-Kakabadse N, Korac-Kakabadse A. Globalization and information technology: Vanishing social contracts, the “pink collar” workforce and public policy challenges. *Women in Management Review*. 1999:230-51

Kral TV, Roe LS, Rolls BJ. Combined effects of energy density and portion size on energy intake in women. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2004;79(6):962-8.

Krause N, Arah OA, Kauhanen J. Physical activity and 22-year all-cause and coronary heart disease mortality. *American Journal of Industrial Medicine*. 2017;60(11):976-90.

Krebs-Smith SM, Pannucci TE, Subar AF, Kirkpatrick SI, Lerman JL, Tooze JA, Wilson MM, Reedy J. Update of the healthy eating index: HEI-2015. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2018;118(9):1591-602.

Kwan MW, Wong MC, Wang HH, Liu KQ, Lee CL, Yan BP, Yu CM, Griffiths SM. Compliance with the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet: a systematic review. *Plos One*. 2013;8(10):e78412.

Kyriacou A, Evans JM, Economides N, Kyriacou A. Adherence to the Mediterranean diet by the Greek and Cypriot population: a systematic review. *The European Journal of Public Health*. 2015;25(6):1012-8.

Lacklandm DT, Blumenthal RS, Cannon CP, de Lemos JA, Gersh BJ, Gore JM, et al. Treatment of hypertension in patients with coronary artery disease. *Hypertension* 2015;65:1998-2038.

Lallukka T, Sarlio-Lähteenkorva S, Kaila-Kangas L, Pitkaniemi J, Luukkonen R, Leino-Arjas P. Working conditions and weight gain: a 28-year follow-up study of industrial employees. *European Journal of Epidemiology*. 2008;23(4):303-10.

Lavigne-Robichaud M, Trudel X, Duchaine CS, Milot A, Gilbert-Ouimet M, Vézina M, Talbot D, Dalens V, Aubé K, Brisson C. Job strain and the prevalence of

uncontrolled hypertension among white-collar workers. *Hypertension Research*. 2019;42(10):1616-23.

Lee CJ, Kim JY, Shim E, Hong SH, Lee M, Jeon JY, Park S. The effects of diet alone or in combination with exercise in patients with prehypertension and hypertension: a randomized controlled trial. *Korean Circulation Journal*. 2018;48(7):637-51.

Lee RD, Nieman DC. Anthropometry. In: *Nutritional Assessment*. New York: Brown and Benchmark, 1993: 161-221

Lee SH, Chae YR. Characteristics of Aerobic Exercise as Determinants of Blood Pressure Control in Hypertensive Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2020 ;50(6):740-56.

Lewis MT, Lujan HL, Tonson A, Wiseman RW, DiCarlo SE. Obesity and inactivity, not hyperglycemia, cause exercise intolerance in individuals with type 2 diabetes: Solving the obesity and inactivity versus hyperglycemia causality dilemma. *Medical Hypotheses*. 2019;123:110-4.

Lin YP, Lin CC, Chen MM, Lee KC. Short-term efficacy of a “sit less, walk more” workplace intervention on improving cardiometabolic health and work productivity in office workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2017;59(3):327-34.

Lips-Wiersma M, Wright S, Dik B. Meaningful work: differences among blue-, pink, and white-collar occupations. *Career Development International*. 2016;21(5):534-51

Lycett D, Munafò M, Johnstone E, Murphy M, Aveyard P. Associations between weight change over 8 years and baseline body mass index in a cohort of continuing and quitting smokers. *Addiction*. 2011;106(1):188-96.

Mailey EL, Rosenkranz SK, Casey K, Swank A. Comparing the effects of two different break strategies on occupational sedentary behavior in a real world setting: a randomized trial. *Preventive Medicine Reports*. 2016;4:423-8.

Marques A, Sarmiento H, Martins J, Nunes LS. Prevalence of physical activity in European adults—compliance with the World Health Organization's physical activity guidelines. *Preventive Medicine*. 2015;81:333-8.

- Maruyama C, Kimura M, Okumura H, Hayashi K, Arao T. Effect of a worksite-based intervention program on metabolic parameters in middle-aged male white-collar workers: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*. 2010;51(1):11-7.
- McTiernan A, Friedenreich CM, Katzmarzyk PT, Powell KE, Macko R, Buchner D, Pescatello LS, Bloodgood B, Tennant B, Vaux-Bjerke A, George SM. Physical activity in cancer prevention and survival: a systematic review. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2019;51(6):1252.
- Mellen PB, Gao SK, Vitolins MZ, Goff DC. Deteriorating dietary habits among adults with hypertension: DASH dietary concordance, NHANES 1988-1994 and 1999-2004. *Archives of Internal Medicine*. 2008;168(3):308-14.
- Memiş UA, Yıldiran İ. Öğretim elemanlarının fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi ve bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2007;12(3):11-24.
- Mermer M, Nilüfer AC. Adipoz doku ve enerji metabolizması üzerine etkileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;8(3):40-6.
- Michaëlsson K, Wolk A, Langenskiöld S, Basu S, Lemming EW, Melhus H, Byberg L. Milk intake and risk of mortality and fractures in women and men: cohort studies. *BMJ*. 2014;349.
- Mirwald RL, Baxter-Jones AD, Bailey DA, Beunen GP. An assessment of maturity from anthropometric measurements. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2002;34(4):689-94.
- Moore T, Alsabeeh N, Apovian C, Murphy M, Coffman G, Cabral H. Weight, blood pressure, and dietary benefits after 12 months of a Web-based Nutrition Education Program (DASH for health): longitudinal observational study. *Journal of Medical Internet Research*. 2008;10(4):e52.
- Mouodi S, Hosseini SR, Ghadimi R, Cumming RG, Bijani A, Mouodi M, et al. Lifestyle Interventions to Promote Healthy Nutrition and Physical Activity in Middle Age (40-60 Years) Adults: A Randomized Controlled Trial in the North of Iran. *Journal of Research in Health Sciences*. 2019; 19(1):1-8

- Mulchandani R, Chandrasekaran AM, Shivashankar R, Kondal D, Agrawal A, Panniyammakal J, Tandon N, Prabhakaran D, Sharma M, Goenka S. Effect of workplace physical activity interventions on the cardio-metabolic health of working adults: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2019;16(1):1-6.
- Mushtaq MU, Gull S, Abdullah HM, Shahid U, Shad MA, Akram J. Waist circumference, waist-hip ratio and waist-height ratio percentiles and central obesity among Pakistani children aged five to twelve years. *BMC Pediatrics*. 2011;11(1):1-6.
- Mustafa M, Illzam EM, Muniandy RK, Hashmi MI, Sharifa AM, Nang MK. Causes and prevention of occupational stress. *IOSR-JDMS*. 2015;14(11):98-104
- Nacar M, Baykan Z, Cetinkaya F, Arslantas D, Ozer A, Coskun O, et al. Health promoting lifestyle behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2014; 15(20):8969-74
- Nago ES, Lachat CK, Dossa RA, Kolsteren PW. Association of out-of-home eating with anthropometric changes: a systematic review of prospective studies. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*. 2014;54(9):1103-16.
- Naicker A, Shrestha A, Joshi C, Willett W, Spiegelman D. Workplace cafeteria and other multicomponent interventions to promote healthy eating among adults: A systematic review. *Preventive Medicine Reports*. 2021; 23:101333.
- Narisada A, Suzuki K. Association between procrastination, white-collar work and obesity in Japanese male workers: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019; 9(11):e029931
- Nawrocka A, Garbaciak W, Cholewa J, Mynarski W. The relationship between meeting of recommendations on physical activity for health and perceived work ability among white-collar workers. *European Journal of Sport Science*.. 2018;18(3):415-22
- Nawrocka A, Mynarski A, Cholewa J, Garbaciak W. Leisure-time Physical Activity of Polish White-collar Workers: A Cross-sectional Study. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*. 2017; 29(1): 19–25

NIH U. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, Your guide to lowering your blood pressure with DASH. DASH Eating Plan. 2006.

Nobrega S, Champagne N, Abreu M, Goldstein-Gelb M, Montano M, Lopez I, Arevalo J, Bruce S, Punnett L. Obesity/overweight and the role of working conditions: a qualitative, participatory investigation. *Health Promotion Practice*. 2016;17(1):127-36.

O’Sullivan TA, Robinson M, Kendall GE, Miller M, Jacoby P, Silburn SR, Oddy WH. A good-quality breakfast is associated with better mental health in adolescence. *Public Health Nutrition*. 2009;12(2):249-58.

Ozyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. Determinants of nursing students' healthy life style. *J Hum Sci*.2011; 8(2):277-332

Özcan Ç, Kızıl M. İş Stres Düzeyinin Çalışanlarda Beslenme Durumu, Diyet Kalitesi ve Antropometrik Ölçümlere Etkisinin Değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 2020 ;48(3):56-64.

Özdöl Y, Özdoğan EÇ, Kamil ÖZ. Farklı Meslek Gruplarında Fiziksel Aktivite Düzeyi. *Eurasian Research in Sport Science*. 2018;3(1):44-56.

Paoli A, Tinsley G, Bianco A, Moro T. The influence of meal frequency and timing on Pektas E, Cayir Y, Koşan Z. Weight change and associated factors in Atatürk University Faculty of Medicine employees. *Family Practice and Palliative Care*. 2017 Aug 18;2(2):1-4.health in humans: the role of fasting. *Nutrients*. 2019;11(4):719.

Pasinlioglu T, Gozum S. Health Behaviours of Health Staff Working in the Primary Health Services. *Cumhuriyet University School of Nursing of Journal*. 1998; 2(2):60–8

Patel AV, Friedenreich CM, Moore SC, Hayes SC, Silver JK, Campbell KL, et al. American College of Sports Medicine roundtable report on physical activity, sedentary behaviour, and cancer prevention and control. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2019; 51(11):2391-402

Patnode CD, Evans CV, Senger CA, Redmond N, Lin JS. Behavioral counseling to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults without known cardiovascular disease risk factors: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2017;318(2):175-93.

Patterson R, McNamara E, Tainio M, de Sá TH, Smith AD, Sharp SJ, Edwards P, Woodcock J, Brage S, Wijndaele K. Sedentary behaviour and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: a systematic review and dose response meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*. 2018;33(9):811-29.

Patterson RE, Haines PS, Popkin BM. Diet quality index: capturing a multidimensional behavior. *Journal of the American Dietetic Association*. 1994;94(1):57-64.

Pektaş E, Cayir Y, Koşan Z. Weight change and associated factors in Atatürk University Faculty of Medicine employees. *Family Practice and Palliative Care*. 2017;2(2):1-4.

Pirincci E, Rahman S, Durmuş AB, Erdem R. Factors affecting health-promoting behaviours in academic staff. *Public Health*. 2008;122(11):1261-3

Popkin BM, Kim S, Rusev ER, Du S, Zizza C. Measuring the full economic costs of diet, physical activity and obesity-related chronic diseases. *Obesity Reviews*. 2006;7(3):271-93.

Porter JS, Bean MK, Gerke CK, Stern M. Psychosocial factors and perspectives on weight gain and barriers to weight loss among adolescents enrolled in obesity treatment. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2010;17(2):98-102.

Portero de la Cruz S, Cebrino J. Trends in Diet Quality and Related Sociodemographic, Health, and Occupational Characteristics among Workers in Spain: Results from Three Consecutive National Health Surveys (2006–2017). *Nutrients*. 2021;13(2):522.

Profis M, Simon-Tuval T. The influence of healthcare workers' occupation on health promoting lifestyle profile. *Industrial Health*. 2016;2015-0187.

- Puciato D. Sociodemographic associations of physical activity in people of working age. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(12):2134.
- Puddey IB, Beilin LJ, Vandongen RO, Rouse IL, Rogers PE. Evidence for a direct effect of alcohol consumption on blood pressure in normotensive men. A randomized controlled trial. *Hypertension*. 1985;7(5):707-13.
- Rakıcıoğlu N, Tek Nİ, Ayaz A, Pekcan A. Yemek ve besin fotoğraf kataloğu ölçü ve miktarlar.2009
- Ranasinghe C, Gamage P, Katulanda P, Andraweera N, Thilakarathne S, Tharanga P. Relationship between body mass index (BMI) and body fat percentage, estimated by bioelectrical impedance, in a group of Sri Lankan adults: a cross sectional study. *BMC Public Health*. 2013 ;13(1):1-8.
- Rebello-Marques A, De Sousa Lages A, Andrade R, Ribeiro CF, Mota-Pinto A, Carrilho F, Espregueira-Mendes J. Aging hallmarks: the benefits of physical exercise. *Frontiers in Endocrinology*. 2018;9:258.
- Richter CK, Skulas-Ray AC, Champagne CM, Kris-Etherton PM. Plant protein and animal proteins: do they differentially affect cardiovascular disease risk?. *Advances in Nutrition*. 2015;6(6):712-28.
- Rodrigues R, Birolim MM, de Andrade SM, González AD, Mesas CE, Fernández-Rodríguez R, Mesas AE. Job strain is prospectively associated with a lower frequency of fruit consumption in schoolteachers. *Public Health Nutrition*. 2021;24(7):1678-86.
- Rollo S, Prapavessis H. Sedentary Behaviour and Diabetes Information as a Source of Motivation to Reduce Daily Sitting Time in Office Workers: A Pilot Randomised Controlled Trial. *Appl Psychol Health Well-Being*. 2020;12(2):449-470
- Saglam M, Arikan H, Savci S, Inal-Ince D, Bosnak-Guclu M, Karabulut E, Tokgozoglu L. International physical activity questionnaire: reliability and validity of the Turkish version. *Perceptual and Motor Skills*. 2010;111(1):278-84.

Saldıran TÇ, Tanrıverdi M, Cakar E. Relationship between physical activity and healthy lifestyle behaviours in college students. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*. 2019; 3(2):58-62

Saltık A. İşçi beslenmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 1995;24(1):123-142.

Saneei P, Salehi-Abargouei A, Esmailzadeh A, Azadbakht L. Influence of Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet on blood pressure: a systematic review and meta-analysis on randomized controlled trials. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. 2014;24(12):1253-61.

sbu.saglik.gov.tr [Internet]. TC. Sağlık Bakanlığı: Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü; 2011 [cited 2021 June 28]. Available from: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6zl%C3%BCk.pdf>

Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C, Demark-Wahnefried W, Galvão DA, Pinto BM, Irwin ML, Wolin KY, Segal RJ, Lucia A, Schneider CM. American college of sports medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2010;42(7):1409-26.

Schultchen D, Reichenberger J, Mittl T, Weh TR, Smyth JM, Blechert J, et al. Bidirectional relationship of stress and affect with physical activity and healthy eating. *Br J Health Psychol*. 2019; 24(2):315-33Abernathy RP, Black DR. Healthy body weights: an alternative perspective. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 1996 1;63(3):448-51.

Schwartz RP, Vitolins MZ, Case LD, Armstrong SC, Perrin EM, Cialone J, Bell RA. The YMCA Healthy, Fit, and Strong Program: A community-based, family-centered, low-cost obesity prevention/treatment pilot study. *Childhood Obesity (Formerly Obesity and Weight Management)*. 2012;8(6):577-82.

Schwingshackl L, Hoffmann G, Buijsse B, Mittag T, Stelmach-Mardas M, Boeing H, Gottschald M, Dietrich S, Arregui M, Dias S. Dietary supplements and risk of cause-specific death, cardiovascular disease, and cancer: a protocol for a systematic review and network meta-analysis of primary prevention trials. *Systematic Reviews*. 2015;4(1):1-6.

Scott J, Marshall G, editors. A dictionary of sociology. Oxford University Press, USA; 2009.

Setayeshgar S, Maximova K, Ekwaru JP, Gray-Donald K, Henderson M, Paradis G, Tremblay A, Veugelers P. Diet quality as measured by the Diet Quality Index–International is associated with prospective changes in body fat among Canadian children. *Public Health Nutrition*. 2017;20(3):456-63.

Shahar DR, Henkin Y, Rozen GS, Adler D, Levy O, Safra C, Itzhak B, Golan R, Shai I. A controlled intervention study of changing health-providers' attitudes toward personal lifestyle habits and health-promotion skills. *Nutrition*. 2009;25(5):532-9.

Shuval K, Stoklosa M, Pachucki MC, Yaroch AL, Drope J, Harding M. Economic preferences and fast food consumption in US adults: insights from behavioral economics. *Preventive Medicine*. 2016;93:204-10.

Siervo M, Lara J, Chowdhury S, Ashor A, Oggioni C, Mathers JC. Effects of the Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH) diet on cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Nutrition* 2015;113(01):1-15.

Sitthipornvorakul E, Waongenngarm P, Lohsoonthorn V, Janwantanakul P. Is the number of daily walking steps in sedentary workers affected by age, gender, body mass index, education, and overall energy expenditure? *Work*. 2020; 66(3) 637-44

Sok SR, Kim OS, Park MH. Effects of Obesity Management Program Provided by Occupational Health Nurse in Worksite. *Western Journal of Nursing Research*. 2019; 41(5):728-42

Solovieva S, Lallukka T, Virtanen M, Viikari-Juntura E. Psychosocial factors at work, long work hours, and obesity: a systematic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2013:241-58.

Steiner JL, Lang CH. Alcohol, adipose tissue and lipid dysregulation. *Biomolecules*. 2017;7(1):16.

Straker L, Mathiassen SE, Holtermann A. The ‘Goldilocks Principle’: designing physical activity at work to be ‘just right ‘for promoting health. *The British Journal of Sports Medicine*. 2018; 52(13): 818–19

Strauß M, Foshag P, Przybylek B, Horlitz M, Lucia A, Sanchis-Gomar F, Leischik R. Occupation and metabolic syndrome: is there correlation? A cross sectional study in different work activity occupations of German firefighters and office workers. *Diabetology & Metabolic Syndrome*. 2016;8(1):1-8.

Strickland JR, Pizzorno G, Kinghorn AM, Evanoff BA. Peer Reviewed: Worksite Influences on Obesogenic Behaviors in Low-Wage Workers in St Louis, Missouri, 2013–2014. *Preventing Chronic Disease*. 2015;12.

Sugiyama T, Hadgraft N, Clark BK, Dunstan DW, Owen N. Sitting at work & waist circumference—A cross-sectional study of Australian workers. *Preventive Medicine*. 2020;141:106243.

Suter PM, Tremblay A. Is alcohol consumption a risk factor for weight gain and obesity?. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*. 2005;42(3):197-227.

Svetkey LP, Simons-Morton D, Vollmer WM, Appel LJ, Conlin PR, Ryan DH, Ard J, Kennedy BM, DASH Research Group. Effects of dietary patterns on blood pressure: subgroup analysis of the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) randomized clinical trial. *Archives of Internal Medicine*. 1999;159(3):285-93.

Şanlı E, Güzel NA. Öğretmenlerde fiziksel aktivite düzeyi-yaş, cinsiyet ve beden kitle indeksi ilişkisi. *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2009;14(3):23-32.

T Kennedy EI, Ohls J, Carlson S, Fleming K. The healthy eating index: design and applications. *Journal of the American Dietetic Association*. 1995;95(10):1103-8.

T.C. Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2019. Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu, 2019

Tamer A, Nalbant A. Beslenme ve Bağışıklık Sistemi. *Sakarya Tıp Dergisi*.2021;11(2):458-66.

- Tanaka R, Tsuji M, Kusuhaara K, Kawamoto T. Association between time-related work factors and dietary behaviors: results from the Japan Environment and Children's Study (JECS). *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2018;23(1):1-2.
- Tang Z, Zhang N, Liu A, Luan D, Zhao Y, Song C, Ma G. The effects of breakfast on short-term cognitive function among Chinese white-collar workers: protocol for a three-phase crossover study. *BMC Public Health*. 2017;17(1):1-8.
- Tanır F, Şaşmaz T, Beyhan Y, Bilici S. Doğankent Beldesinde Bir Tekstil Fabrikasında Çalışanların Beslenme Durumu. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG)*. 2015;2(7):22-25.
- Tedik SE, Hacıalioglu N. Investigation of the relationship between excess weight and healthy lifestyle behaviours in nursing students. *Int Refereed J Nurs Res*. 2017; 10:59-80
- Tedstone A, Targett V, Allen R. Sugar reduction: the evidence for action. *Sugar Reduction: The Evidence for Action*. 2015.
- Thomson JL, Goodman MH, Landry AS, Donoghue A, Chandler A, Bilderback R. Feasibility of online nutrition education in the workplace: working toward healthy lifestyles. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2018 Oct 1;50(9):868-75.
- Tol A, Tavassoli E, Shariferad GR, Shojaezadeh D. Health-promoting lifestyle and quality of life among undergraduate students at school of health, Isfahan university of medical sciences. *Journal of Education and Health Promotion*. 2013;2.
- Tolfrey K, Zakrzewski JK. Breakfast, glycaemic index and health in young people. *Journal of Sport and Health Science*. 2012;1(3):149-59.
- Traversy G, Chaput JP. Alcohol consumption and obesity: an update. *Current Obesity Reports*. 2015;4(1):122-30.
- Tremblay MS, Aubert S, Barnes JD, Saunders TJ, Carson V, Latimer-Cheung AE, Chastin SF, Altenburg TM, Chinapaw MJ. Sedentary behavior research network (SBRN)–terminology consensus project process and outcome. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2017;14(1):1-7.

- Tsai SY. A study of the health-related quality of life and work-related stress of white-collar migrant workers. *Int J Environ Res Public Health*. 2012; 9(10):3740-54
- Unick, J. L., Lang, W., Tate, D. F., Bond, D. S., Espeland, M. A., & Wing, R. R. (2017). Objective Estimates of Physical Activity and Sedentary Time among Young Adults. *Journal of Obesity*, 2017
- US Department of Health and Human Services. US Department of Health and Human Services 2008 physical activity guidelines for Americans. Hyattsville, MD: Author, Washington, DC. 2008;2008:1-40.
- US Department of Health and Human Services. Your guide to lowering your blood pressure with DASH. Bethesda: US Department of Health and Human Services. 2006.
- Üstündağ S. Tuza Duyarlı Hipertansiyon ve Tedavisi. *Türk Kardiyoloji Derneği HT Bülteni Özel Sayı* 2016;3(5):15–8.
- Villa-Etchegoyen C, Lombarte M, Matamoros N, Belizán JM, Cormick G. Mechanisms involved in the relationship between low calcium intake and high blood pressure. *Nutrients*. 2019;11(5):1112.
- Vural Ö, Serdar EL, Güzel NA. Masa başı çalışanlarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2010;8(2):69-75.
- Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center. 1996;13:120-6.
- Wang L, Manson JE, Buring JE, Lee IM, Sesso HD. Dietary intake of dairy products, calcium, and vitamin D and the risk of hypertension in middle-aged and older women. *Hypertension*. 2008 ;51(4):1073-9.
- Watanabe K, Kawakami N, Otsuka Y, Inoue S. Associations among workplace environment, self-regulation, and domain-specific physical activities among white-collar workers: a multilevel longitudinal study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2018 ;15(1):1-4.

Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, Flack JM, Carter BL, Materson BJ, Ram CV, Cohen DL. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *Journal of Hypertension*. 2014;32(1):3-15.

Weeden KA, Cha Y, Bucca M. Long work hours, part-time work, and trends in the gender gap in pay, the motherhood wage penalty, and the fatherhood wage premium. *RSF: The Russell Sage Foundation Journal of the Social Sciences*. 2016;2(4):71-102.

WHO W. Global recommendations on physical activity for health. *Geneva World Heal Organ*. 2010;60:10.

Wolfson JA, Leung CW, Richardson CR. More frequent cooking at home is associated with higher Healthy Eating Index-2015 score. *Public Health Nutrition*. 2020;23(13):2384-94.

World Health Organization. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Switzerland: World Health Organization; 2014. 280

World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world: at-a-glance. World Health Organization; 2018.

World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. World Health Organization; 2019.

Wuerzner G, Burnier M. Management of arterial hypertension. *Cardiovasc Med* 2015;18(1):6-8.6.

Yasemin ÖZ, Karabulut AB. Günlük yaşam ve stres yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. 2018;1(1):48-56.

Yeomans MR. Alcohol, appetite and energy balance: is alcohol intake a risk factor for obesity?. *Physiology & Behavior*. 2010;100(1):82-9.

Yıldırım Dİ, Yıldırım A, Eryılmaz MA. Sağlık çalışanlarında fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi ilişkisi. *Cukurova Medical Journal*. 2019;44(2):325-33.

Yıldırım MP, Özcan BA. Diyet Enerji Yoğunluğunun Diyet Kalitesi ve Antropometrik Ölçümler ile İlişkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 2021;1-9.

Yolcuoğlu İZ, Kızıltan G. Beslenme Eğitiminin Diyet Kalitesi, Sürdürülebilir Beslenme ve Yeme Davranışları Üzerine Etkisi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD*. 202;20;6(1).

Zazpe I, Marques M, Sanchez-Tainta A, Rodriguez-Mourille A, Beunza JJ, Santiago S, Fernandez-Montero A. Eating habits and attitudes towards change in Spanish university students and workers. *Nutricion Hospitalaria*. 2013;28(5):1673-80.

Zhang X, Zhang M, Zhao Z, Huang Z, Deng Q, Li Y, Pan A, Li C, Chen Z, Zhou M, Yu C. Obesogenic environmental factors of adult obesity in China: a nationally representative cross-sectional study. *Environmental Research Letters*. 2020;15(4):044009.

Ziglio E, Currie C, Rasmussen VB. The WHO cross-national study of health behavior in school aged children from 35 countries: findings from 2001–2002. *Journal of School Health*. 2004;74(6):204-6.

Zubery D, Kimiywe J, Martin HD. Prevalence of Overweight and Obesity, and Its Associated Factors Among Health-care Workers, Teachers, and Bankers in Arusha City, Tanzania. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*. 2021;14:455.

8. EKLER

EK.1 ETİK KURUL RAPORU



**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 26.11.2020
Toplantı No : 2020/85
Proje No :1212

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Adile Öniz Özgören'in sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2020/85-1212 proje numaralı ve **"Farklı Meslek Gruplarının Fiziksel Aktivite ve Beslenme Durumlarının İncelenmesi: Diyet Kalite İndeksi, Sağlıklı Yeme İndeksi ve Beslenme Kısıtlamalarına Uyum"** başlıklı proje önerisi kurulumuzca online toplantıda değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

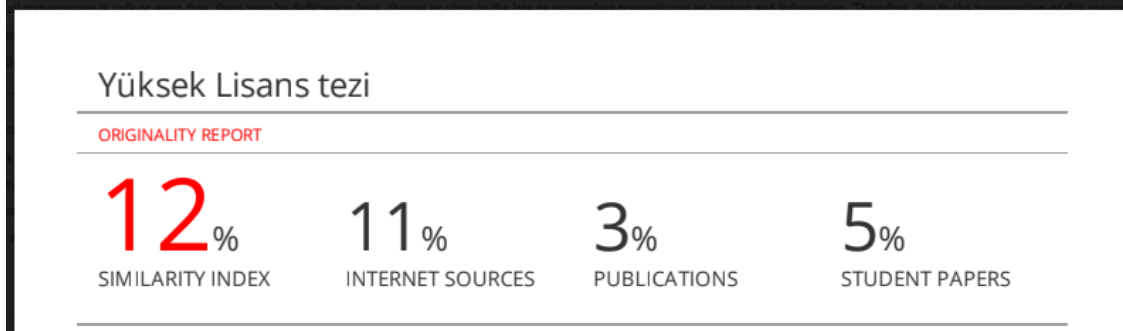


Prof. Dr. Rüştü Onur

Yakın Doğu Üniversitesi

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK 2. YÜKSEK LİSANS TEZİNE AİT BENZERLİK RAPORU



EK 3. ANKET FORMU

BESLENME

Anket No:			
Tarih:			
I. GENEL BİLGİLER			
1. Cinsiyet	Erkek	Kadın	
2. Doğum Tarihi (gün/ay/yıl):...../...../.....			
3. Medeni Durum:	Bekar	Evli	
4. Kilonuz (kg):			5. Bel çevresi(cm)
6. Boyunuz (cm):			7. Kalça çevresi(cm)
8. Eğitim Durumu:			
1. Okur yazar değil	2. Okur yazar	3. İlkokul mezunu	4. Ortaokul mezunu
5. Lise mezunu	6. Üniversite mezunu	7. Yüksek lisans ve doktora	
9. Meslek:			
1. Bankacı	2. Öğretmen	3. Sigortacı	4. Serbest Meslek
5. Kamu Personeli	6. Özel Sektör Çalışanı	7. Akademi misyen	8. Diğer (....)
10. Günlük çalışma saatleriniz nelerdir?			
1. Gün içinde 8 saat çalışırım.	2. Gün içinde 8 saat çalışırım mesaiye kalırım.	3. Gece çalışırım.	
11. Sigara kullanıyor musunuz ?			
1. Hayır, hiç içmedim	2. Bazen	3. Halen içiyorum	4. İctim, bıraktım
12. Alkol kullanıyor musunuz ?			
1. Hayır	2. Evet [.....kez (gün / hafta / yıl)] Bir seferde tüketilen miktar: (..... mL) Genellikle tüketilen alkolün türü: (.....)		
13. Hekim tarafından tanısı konulmuş herhangi bir sağlık sorunuz var mı?			
1. Hayır	2. Evet		
(Cevabınız 'Hayır' ise 15. soruya geçiniz.)			
14. Cevabınız 'Evet' ise tanısı konmuş hastalık veya hastalıklarınızı belirtiniz.			
Şişmanlık	Kalp- damar hast.	Hipertansiyon	Hiperlipidemi
Diyabet	Ülser/gastrit/reflü	Kanser	Anemi (demir/B ₁₂ yet.)
Böbrek has.	Osteoporoz	Barsak has.	Karaciğer/safra kesesi has.
Hipotiroidi	Hipertiroidi	Göz Has.	Akciğer, KOAH vb.
Alerji/astım	Nörolojik	Çölyak	Artrit/gut/romatizmal has.
Psikiyatrik	Diğer: (.....)		
15. Hastalığınız için tıbbi beslenme tedavisi uyguluyor musunuz?			
1. Hayır	2. Evet	3. Bazen	
(Cevabınız 'Hayır' ise 15. soruya geçiniz.)			
16. Cevabınız 'Evet/Bazen' ise hastalığınız için uyguladığınız tıbbi beslenme tedavisini belirtiniz.			
1. Zayıflama diyeti	2. Düşük yağ ve kolesterol	3. Düşük yağ, kolesterol ve tuzsuz	

4. Tuzsuz- sodyum kısıtlı	5. Diyabetik diyet	6. Düşük posalı diyet	
7. Yüksek posalı diyet	8. Pürinden kısıtlı diyet	9. Proteinden kısıtlı diyet	
10. Glütensiz Diet	11. Diğer:		
17. Uyguladığınız tıbbi beslenme tedavisini kimden aldınız ?			
1. Diyetisyen	2. Doktor	3. Arkadaşlar	
4. Radyo/ TV	5. İnternet	6. Spor Eğitmeni	
7. Dergi/gazete	8. Kendi kendine	9. Diğer : (.....)	
18. Ailenizde Kronik Hastalığı olan birey var mı? 1. Evet 2. Hayır			
19. Yanıtınız Evet İse; Kronik Hastalığı olan bireyin yakınlığı; 1. Anne-baba 2. Kardeş 3. Çocuğum 4. Teyze, dayı, amca, hala 5. Büyükanne ve büyük baba 6. Diğer (.....)			
20. Hastalığı nedir? Cevabınız 'Evet' ise tanısı konmuş hastalık veya hastahklarınızı belirtiniz.			
Şişmanlık	Kalp- damar hast.	Hipertansiyon	Hiperlipidemi
Diyabet	Ülser/gastrit/reflü	Kanser	Anemi (demir/B ₁₂ yet.)
Böbrek has.	Osteoporoz	Barsak has.	Karaciğer/safra kesesi has.
Hipotiroidi	Hipertiroidi	Göz Has.	Akciğer, KOAH vb.
Alerji/astım	Nörolojik	Çölyak	Artrit/gut/romatizmal has.
Psikiyatrik	Diğer: (.....)		
1. BESLENME ALIŞKANLIKLARI			
18. Günde kaç öğün yemek yersiniz? (..... Ana, Ara)			
19. Hangi öğünü atlarsınız? (Birden fazla işaretlenebilir)			
1. Sabah	2. Öğlen	3. Akşam	
20. Hangi öğünü dışarda yersiniz ? (Birden fazla işaretlenebilir)			
1. Sabah	2. Öğlen	3. Akşam	
21. Ana öğünleri (sabah, öğle, akşam) atlar mısınız?			
1. Hayır	2. Evet	3. Bazen	
22. Yanıtınız 'Evet' veya 'Bazen' ise genellikle hangi ana öğün / öğünleri atlıyorsunuz? (Birden fazla işaretlenebilir)			
1. Sabah	2. Öğlen	3. Akşam	
23. Yanıtınız 'Evet' veya 'Bazen' ise öğün atlama nedeniniz nedir ? (Birden fazla sık işaretleyebilirsiniz)			
1. Zaman yetersizliği	2. Canı istemiyor, iştahsız	3. Hazırlanmadığı için	
4. Zayıflamak istiyor	5. Alışkanlığı yok	6. Maddi yetersizlik	
7. İş yoğunluğundan dolayı	8. 3 ana öğün yapmayı gereksiz buluyorum		
9. Çalıştığım yerde bana uygun yemeklerin olmamasından dolayı			
10. Diğer: (.....)			
24. Ara öğünleri (kuşluk, ikindi, gece) atlar mısınız?			
a. Hayır	b. Evet	c. Bazen	
25. Ara öğün atladığınızda hangi öğünü atlarsınız? (Birden fazla işaretlenebilir)			

1. Kuşluk	2. İkinci	3. Gece			
26. Ara öğünlerde genellikle aşağıdakilerden hangilerini tüketirsiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)					
1. Süt/Yoğurt/Kefir/Ayr n	2. Ceviz/Badem/Fındık/Kaju/ Çekirdek gibi yağlı tohumlar	3. Meyve/Kuru Meyve			
4. Ekmek/ Grisini/Galet a	5. Sebze (Domates/Salatalık/ Biber/Havuç gibi çiğ sebzeler)	6. Peynir/Krem Peynir			
7. Gazlı içecekler	8. Kahve /Çay	9. Chips			
10. Çikolata	11. Tatlı Bisküviler	12. Tuzlu Bisküviler			
13. Diğer					
27. Ev dışında yemek yer misiniz?					
1. Hayır	2. Evet	3. Bazen			
(Cevabınız 'Hayır' ise 27. Soruya geçiniz.)					
28. Cevabınız 'Evet/Bazen' ise genellikle ne zaman ve hangi öğünde dışarıda yemek yersiniz? Uygun olan öğün saatini yuvarlak içine alınız.					
1. Hafta içi (sabah / öğlen / akşam)	2. Hafta Sonu (sabah / öğlen / akşam)				
29. Cevabınız 'Evet/Bazen' ise hangi sıklıkta dışarıda yemek yersiniz?					
1. Her gün	2. Haftada 1 – 2 kez	3. Haftada 3 – 4 kez	4. Haftada 5 – 6 kez		
30. Öğle yemeğinizi nerede- nasıl yersiniz?					
	Haftanın 5 İş /mesai günü	Haftada 3-4	Haftada 1-2	Ayda 1-3	Hiç
İş yerimde evden getirdiğim yemeği yerim.					
İş yerimde çıkan personel yemeğini yerim.					
Eve gidip evde yapılan yemeği yerim.					
Ev yemeği yapan restorantta yerim					
Restorantta yerim					
Sandviç yada tostçuda yerim.					
Fast food restorantta yerim. (Hamburger, çitir tavuk vs.)					
Kebab, lahmacun, döner, pizza, pide					

1. Günlük aktivite miktarınız 1 ile 10 arasında değerlendirseniz kaç verirdiniz ?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Günlük aktivite miktarınızı 1 ile 10 arasında değerlendirseniz günlük aktivite
miktarınızdan ne kadar memnun olurdunuz ?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ

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

1. Son 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

- Haftada gün
- Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım (cevabınız hayır ise 3. Soruya geçiniz)

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

- Günde saat
- Günde dakika
- Bilmiyorum emin değilim

3. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling, veya tenis oyunu gibi orta dereceli aktivitelerden yaptınız? (yürüme hariç)

- Haftada gün
- Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım (cevabınız hayır ise 5. soruya geçiniz)

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

- Bilmiyorum/ emin değilim
- Günde..... dakika
- Günde..... saat

Not: Bir iş yerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir)

5. Geçen 7 gün içerisinde bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

- Yürümedim (cevabınız hayır ise 7. soruya geçiniz)
- Haftada gün

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

- Bilmiyorum/ emin değilim
- Günde..... dakika
- Günde..... saat

Not: İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Son bir hafta içinde günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

Bilmiyorum/ emin değilim

Günde..... dakika

Günde..... saat

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-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. Hiçbir 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 yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3.	Doktora veya bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4.	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5.	Yeterince uyurum				
6.	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7.	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8.	Şeker ve tatlı kısıtlarım				
9.	Televizyonda sağlıklı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				

10.	Haftada enaz 3 kez 2 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11.	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12.	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım .				
13.	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14.	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.				
15.	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16.	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım.(Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm)				
17.	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18.	Geleceğe umutla bakarım				
19.	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20.	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21.	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22.	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23.	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24.	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25.	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26.	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27.	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28.	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29.	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30.	Hayatımda ki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31.	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32.	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33.	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34.	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35.	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36.	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37.	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38.	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.				
39.	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40.	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				

41.	Günde 15-2 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42.	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43.	Benzer sorunu olan 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				

BESİN TÜKETİM KAYDI 1. GÜN

Tarih:		
Öğünler	Çeşit	Miktar
KAHVALTI (Saat:)		
KUŞLUK (Saat:)		
ÖĞLE (Saat:)		
İKİNDİ (Saat:)		
AKŞAM (Saat:)		
GECE (Saat:)		

BESİN TÜKETİM KAYDI 2. GÜN

Tarih:		
Öğünler	Çeşit	Miktar
KAHVALTI (Saat:)		
KUŞLUK		

(Saat:)		
ÖĞLE (Saat:)		
İKİNDİ (Saat:)		
AKŞAM (Saat:)		
GECE (Saat:)		

BESİN TÜKETİM KAYDI 3. GÜN

Tarih:		
Öğünler	Çeşit	Miktar
KAHVALTI (Saat:)		
KUŞLUK (Saat:)		
ÖĞLE (Saat:)		
İKİNDİ (Saat:)		
AKŞAM (Saat:)		
GECE (Saat:)		

Beslenme konusunda destek/bilgilendirme istermisiniz?

1.Evet 2. Hayır

Yanıtınız ‘Evet’ ise; iletişim bilgileri:

Tel: 05488414425

Mail: bkaraveli@hotmail.com

Teşekkürler

EK 4. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Burçin	Soyadı	Karavelioğlu
Doğum Yeri	Kozan/ ADANA	Doğum Tarihi	10.12.1977
Uyruğu	KKTC	KKTC Telefon	05488414425
E-mail	bkaraveli@hotmail.com		
Eğitim Düzeyi	Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı	
Yüksek Lisans	Yakın Doğu Üniversitesi	2019	
Lisans	Girne Amerikan Üniversitesi	2018	
Yüksekokul	Selçuk Üniversitesi	1998	
Lise	Kozan Lisesi	1996	
Yabancı Dil			
Yabancı Dil (İngilizce)			Sınav Notu
YDÜ Lisansüstü Yabancı Dil Sınavı			D
Program Kullanma Becerisi			
Microsoft Office (Word, Excel, PowerPoint)			İyi
SPSS			Orta
Beslenme Bilgi Sistemi (BEBİS)			İyi