

Bir İlçedeki 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Sağlık Davranışları ve İlişkili Etmenler

Health behaviors and related factors among people aged 15 years and older in a district

Volkan MEDENİ¹, F. Nur BARAN AKSAKAL¹, İrem MEDENİ²

¹ Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

² Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi
Correspondence Address

Volkan MEDENİ

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
Ankara, Türkiye

volkanmedeni@hotmail.com

Geliş tarihi / Received : Haz 24, 2020
Kabul tarihi / Accepted : Kas 26, 2020
Elektronik yayın tarihi : Eyl 01, 2021
Online published

Bu makalede yapılacak atf:

Cite this article as:

Medeni V., Baran Aksakal F. N.
Medeni İ.

Bir İlçedeki 15 Yaş ve Üzeri
Kişilerde Sağlık Davranışları
ve İlişkili Etmenler

Akd Tıp D 2021; 7(3):331-340

Volkan MEDENİ

ORCID ID: 0000-0002-2544-5781

F. Nur BARAN AKSAKAL

ORCID ID: 0000-0002-8624-3307

İrem MEDENİ

ORCID ID: 0000-0002-3654-9754

Giriş / Amaç:

Sağlıklı olma durumunu etkileyen etmenler arasında kişilerin bilgi, tutum ve davranışları yer almaktadır. Sağlık davranışları sağlıklı yaşam tarzını sergileyerek hastalık risk faktörlerinden korunmada rol oynamaktadır. Çalışmamızda bir ilçedeki onbeş yaş ve üzeri kişilerdeki bazı sağlık davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler:

Kesitsel tipteki araştırma, Aksaray ili Ağaçören ilçesinde yapılmıştır. Araştırmadaki tanımlayıcı özelliklerin dışındaki değişkenler arasında sigara içme, alkol alma, sağlıksız beslenme ve yeterli fiziksel aktivite durumu yer almaktadır. Çalışmamız 418 kişiyle gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veri kaynağı olarak 26 sorudan oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Araştırma verisi, istatistik paket programıyla analiz edilmiştir.

Bulgular:

Tüm katılımcıların %30,9'u sigara içtiğini, %10,5'u alkol kullandığını söylemiştir. Araştırmaya katılanların %53,6'sı fiziksel aktivite düzeylerine göre inaktiftir. %16,5'i hiç sağlıklı beslenmediğini düşünmektedir. Katılımcıların %54,1'i son bir yılda daha sağlıklı olmak için herhangi bir şey yapmadığını ifade etmiştir. Kronik hastalık durumuna göre sigara içme, fiziksel aktivite ve yeterli ve dengeli beslenme durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç:

Kronik hastalıkların başlıca risk faktörlerine toplumda sık oranda rastlanmıştır. Bireylere sağlıklarını geliştirmeleri için ihtiyaç duydukları bilgi ve becerinin kazandırılması önemlidir. Risk faktörleriyle mücadelede tüm sağlık çalışanlarına görev düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Davranışı, Fiziksel Aktivite, Sağlıklı Beslenme, Sigara İçme

Objective

Factors affecting to the state of being healthy include beliefs, attitudes and behaviors of people. Health behaviors play a role in preventing diseases underlying risk factors by exhibiting a healthy lifestyle. In our study, it was aimed to determine some health behaviors of people aged 15 years and older in a district.

Methods

This cross-sectional study was carried out in the district of Ağaçören, Aksaray.

DOI: 10.53394/akd.979136

Variables of the research include descriptive characteristics, smoking, drinking alcohol, unhealthy diet, and inadequate physical activity. Our study was realized with 418 people. In the study, a survey form consisting of 26 questions was used source. Research data were analyzed with a statistical package program.

Results

30.9% of all respondents said they smoked and 10.5% said they used alcohol. 53.6% of the participants are inactive according to their physical activity levels. 16.5% think that they are not eating healthy at all. 54.1% of the respondents stated that they haven't done anything to be healthier in the past year. A statistically significant difference was found in smoking, physical activity, adequate and balanced nutrition according to the chronic disease status ($p < 0.05$).

Conclusion

The main risk factors of chronic diseases are frequently encountered in society. Individuals should have the knowledge and skills they need to improve their health. All health professionals have a duty to struggle with risk factors.

Key Words: Health Behavior, Physical Activity, Healthy Eating, Smoking

GİRİŞ

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve uyguladığı eylemlerdir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesiyle ilgilidir. Kişilerin davranışlarının sağlıklı olma durumu üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Genel olarak daha sağlıklı olmak için gerçekleştirilen bilgi, uygulama ve yaklaşımların tümü olarak tanımlanan sağlık davranışı, davranış olumlu olduğunda sağlığın gelişmesine, olumsuz olduğunda ise hastalığa neden olan etkenlerden biri olmaktadır (1, 2).

Hastalık yükünün sebepleri olarak belirlenen risk faktörlerinin çoğu, bireylerin yaşam tarzıyla yakından ilişkilidir. Sağlıklı insan sayısının artırılması için olumsuz sağlık şartlarının ortadan kaldırılarak sağlıklı yaşam biçiminin sağlanması gereklidir (3). Sağlık davranışları, sağlığın korunması ve geliştirilmesi yoluyla, sağlıklı bir yaşam tarzını sergilemede aktif rol oynamaktadır.

Küresel sağlığı tehdit eden önlenebilir sağlık risklerinden on tanesi, tüm dünyada meydana gelen ölümlerin üçte birinden sorumludur. Bu sağlık risklerinin arasında tütün tüketimi, fiziksel hareketsizlik, alkol kullanımı ve yetersiz beslenme de yer almaktadır (4). Önleme, sağlık davranışlarında değişiklik sağlanmasıyla gerçekleştirilebilir.

Tütün tüketiminin en sık görülen şekli sigara içmektir. Sigara, tüm dünyada her on erişkinden birinin ölüm nedenidir. Akciğer kanserlerinin %90'ı sigaraya bağlı ortaya çıkmaktadır (5). Dünya genelinde 15 yaş üstü nüfusun %38,3'ünün alkol kullandığı bildirilmektedir. Alkol kötüye kullanımı 15-59 yaş arası erkeklerin mortalite risk faktörleri arasında ilk sıradadır (6). 2015 yılında dünya çapında 650 milyon kişi kötü ve yetersiz beslenmeyle karşı karşıyadır (7). Beslenme

durumu sosyoekonomik düzeye ve yerleşim yerine göre farklılık arz etmektedir (8). Yetersiz fiziksel aktivite küresel düzeyde sebep olduğu yıllık 3,2 milyon ölümlle birlikte dördüncü sıradaki mortalite risk faktörüdür (9).

Başlıca risk faktörlerini içeren sağlık davranışlarını inceleyen çalışmalar, bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili programların geliştirilmesine katkıda bulunmak ve ilişkili risk etmenlerinin azaltılmasını sağlamak için temel bilgiler elde edilmesini sağlayabilir. Belli aralıklarla yapılacak kesitsel araştırmalarla, rutin verinin teyit edilmesi ve eksik olanların tamamlanması önemlidir. Halk sağlığı sorunlarının boyutu ve hizmette önceliklerin belirlenmesi amacıyla kullanılan kesitsel araştırmalar sayesinde, halkın bilinç ve farkındalığının yükseltilmesiyle, risk faktörleriyle etkin mücadele ve sağlığa yönelik tehditlerin azaltılması mümkün olacaktır.

Gerçekleştirdiğimiz bu kesitsel çalışmada, bir ilçe merkezindeki onbeş yaş üzerindeki kişilerin sigara içme, alkol kullanma, fiziksel aktivitede bulunma, yeterli ve dengeli beslenme, televizyon izleme ve uyku alışkanlıkları gibi sağlık davranışlarıyla ilgili özelliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel tipteki araştırma, 2016 yılında Aksaray ili Ağaören ilçesinde yapılmıştır. İlçe, İç Anadolu Bölgesi'nde, Orta Kızılırmak Bölümü'nün güneyinde yer almaktadır. İlçenin kuzeyi Sarıyahşi, doğusu Ortaköy, güneyi Aksaray Merkez, batısı ise Şereflikoçhisar ilçeleri ile çevrilidir. Ağaören ilçesinin toplam nüfusu 7972'dir. İlçe merkezi ve 28 köyden teşekkül etmektedir. İlçe merkezine bağlı beş mahalle bulunmaktadır. İklimi karasal olup, kışları sert geçmektedir. Yıllık yağış miktarı, Türkiye ortalamasının altındadır. Genel olarak tarım arazileri düz olmayıp, hafif ve orta derecede eğimlidir. Topraklarının büyük bir kısmında hububat ekimi yapılmakta olup, verim ve gelir düşük olmaktadır. İlçe merkezinde 2952 kişi yaşamaktadır. Bunların yaklaşık üçte ikisini 15-64 yaş grubu oluşturmaktadır. Erkek/kadın oranı 1,03'tür. Esnaf ve Sanatkarlar Odası'na kayıtlı 200 civarında esnaf bulunmaktadır. Nüfusun dörtte üçü düşük sosyoekonomik statüye sahiptir. Ağaören ilçe merkezi, sosyodemografik özellikleri bakımından Türkiye'nin yarı kırsal bölgelerini yansıtmaktadır.

Araştırmanın evreni, 15 yaş ve üzeri 2168 kişiden oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğü, 15 yaş üstü fiziksel inaktivite sıklığı olan %49,4 (10) dikkate alınarak %95 güvenilirlik ve %5 hata ile 327 olarak tespit edilmiştir. Her üç katılımcı için bir yedek belirlenerek araştırmanın 436 kişiyle yürütülmesi planlanmıştır. Basit rastgele örnekleme yöntemiyle katılımcılar belirlenmiştir. Evreni oluşturan 15 yaş ve üzerindeki 2168 kişilik liste İlçe Nüfus Müdürlüğü'nden alınmıştır. Kişinin verileri yaşa göre küçükten büyüğe olacak şekilde sıralanmıştır. Yaşa göre tabakalanan evrenden ağırlıklandırma yapılarak her yaş tabakasından alınması gereken örnek büyüklüğü belirlenmiştir. 436 kişiye ulaşılmasının hedeflendiği göz önünde bulundurulunca kişiler arası aralık $2168/436=4,97$ olmuştur. Başlangıç noktasını tespit etmek için kura çekilmiş, elde edilen rakama 5 eklenerek sonraki kişilere ulaşılmıştır.

Araştırmada veri kaynağı olarak kullanılan anket formu, araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır. İki bölüm ve 26 sorudan oluşmaktadır. İlk bölümde kişilerin sosyodemografik özellikleri ve kronik hastalık durumları sorgulanmıştır. İkinci bölümde sigara ve alkol kullanımı, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite durumu, televizyon izleme ve uyku alışkanlıkları gibi sağlık davranışları incelenmiştir. Araştırmanın değişkenleri yaş, cinsiyet, medeni hal, öğrenim durumu, çalışma durumu, hanedeki kişi sayısı, aylık gelir, tanısı konmuş kronik hastalık varlığı, sigara içme, alkol alma, yetersiz beslenme, meyve ve sebze tüketim sıklığı, ana öğün atlama, yemeklerin tadına bakmadan tuz ekleme, uyku düzeni, ortalama televizyon izleme ve uyku süreleri, son bir yıl içinde daha sağlıklı olmak için bir şey yapma ve yeterli fiziksel aktivite şeklindedir. Yetersiz ve dengesiz beslenme, besin öğelerinden herhangi birinin vücudun gereksinmesi düzeyinde alınmadığının ifade edilmesi olarak kabul edilmiştir. Fiziksel aktivite, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi'nin kısa formuyla değerlendirilmiştir. Bu form oturma, yürüme, orta düzeyde şiddetli aktiviteler ve aktivitelerde harcanan zaman hakkında bilgi sağlamaktadır. Katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri inaktif ve aktif biçiminde sınıflandırılmıştır.

Araştırmanın etik kurul izni, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (28.09.2016 - 1207). Araştırma bölgesinde ön uygulama yapıldıktan sonra aksayan yönler dikkate alınarak anket formu gözden geçirilerek düzenlemeler yapılmıştır. Veri toplama aşaması iki hafta içerisinde tamamlanmıştır. Kişilerden yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Bir anketin uygulama süresi 5-10 dakika arasında olmuştur. 418 kişiye ulaşılmıştır. Ulaşım yüzdesi %96,3'dür.

İstatistiksel analiz SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22.0 programıyla yapılmıştır. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde, sürekli değişkenler ortalama±standart sapma ve ortanca ile sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılması Pearson ki-kare, Fisher'in kesinlik testi ve lojistik regresyon analizi ile yapılmıştır.

BULGULAR

Araştırmamız 418 kişiyle gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 40,80±16,65, ortancası 37'dir (min:15-max:80). Hane halkı büyüklüklerinin ortalaması 3,58±1,90, ortancası 3'tür (min:1-max:15). Araştırmaya katılanların %26,6'sı 25-34, %19,1'i 15-24, %14,8'si 45-54, %14,6'sı 35-44, %14,1'i 55-64 yaş aralığındadır; %10,8'si ise 65 yaş ve üzeridir. %51,9'u erkektir. %70,6'sı evli, %23,2'si bekâr, %6,2'sinin eşi ölmüş veya boşanmıştır. Katılımcılardan %15,6'sı okuma yazma bilmemektedir veya bir okul bitirmemiştir. %28,9'u ilkokul, %18,7'si ortaokul, %16,3'ü lise, %20,6'sı yükseköğretim mezunudur. %48,4'ü çalışan, %30,1'i ev hanımı, %8,6'sı emekli, %6,9'u öğrenci ve %6,0'ı işsizdir. %36,4'ünün aylık geliri 1250 TL ve daha azdır; %29,7'sinin 1251-2500 TL arası, %14,1'inin 2501-3750 TL arası, %11,0'ünün 3751-5000 TL arası, %8,9'unun 5001 TL ve üzeri aylık geliri vardır. Katılımcıların %54,1'i son bir yılda daha sağlıklı olmak için

bir şey yapmamıştır; %27,3'ü fiziksel aktivite, %12,0'ı zayıflamak için diyet yapmış; %8,9'u beslenme alışkanlıklarını değiştirmiş, %2,9'u alkol kullanmayı, %1,9'u sigara içmeyi bırakmıştır.

Katılımcıların günlük televizyon izleme sürelerinin ortalaması 2,39±1,62 saat, ortancası 2 saattir (min:0-max:10). İncelenenlerin gece uykusu sürelerinin ortalaması 7,15±1,30 saat, ortancası 7 saattir (min:3-max:12). Bu, erkeklerde 7,21±1,24, kadınlarda 7,09±1,37 saattir.

Tablo I. Katılımcıların Sağlık Davranışları ve Kronik Hastalık Durumlarıyla İlgili Özellikleri, Ağaçören.

	Erkek (n=217)		Kadın (n=201)		Toplam (n=418)	
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Sigara İçme Durumu						
Hiç sigara içmemiş	62	28,6	154	76,6	216	52,7
Geçmişte içmiş, ama şimdi içmiyor	52	24,0	21	10,4	73	17,4
Halen sigara içiyor	102	47,4	26	13,0	129	30,9
$\chi^2=97,842$ p=0,001						
Alkol Alma Durumu						
Hiç alkol almamış	115	53,0	192	95,5	307	73,5
Geçmişte almış, ama şimdi almıyor	65	30,0	2	1,0	67	16,0
Halen alkol alıyor	37	17,0	7	3,5	44	10,5
$\chi^2=98,538$ p=0,001						
Fiziksel Aktivite						
Inaktif	108	49,8	116	57,7	224	53,6
Minimal aktif	101	48,1	83	41,8	184	44,0
Çok aktif	8	2,1	2	0,5	10	2,4
$\chi^2=3,344$ p=0,067						
Televizyon İzleme Süresi						
Günde 2 saatten az	66	30,4	74	36,8	140	33,5
Günde 2-4 saat arası	105	48,4	86	42,8	191	45,7
Günde 4 saat ve üzeri	46	21,2	41	20,4	87	20,8
$\chi^2=2,025$ p=0,363						
Uyku Süresi						
Günde 7 saatten az	54	24,9	59	29,4	113	27,0
Günde 7-9 saat arası	139	64,1	121	60,2	260	62,2
Günde 9 saat ve üzeri	24	11,0	21	10,4	45	10,8
$\chi^2=1,057$ p=0,590						
Uyku Düzeni						
Düzenli	53	24,4	54	26,9	107	25,6
Bazen düzenli, bazen düzensiz	57	26,3	67	33,3	124	29,7
Düzensiz	107	49,3	80	39,8	187	44,7
$\chi^2=4,108$ p=0,128						
Kronik Hastalık						
Var	75	34,6	87	43,3	162	38,8
Yok	142	65,4	114	56,7	256	61,2
$\chi^2=5,042$ p=0,080						

*Sütun yüzdesi

Tablo I'de katılımcıların sağlık davranışları ve kronik hastalık durumlarıyla ilgili özellikleri vardır. Tüm katılımcıların %30,9'u, erkeklerin %47,4'ü, kadınların %13,0'ı sigara içme-

ktedir. Tüm katılımcıların %10,5'u, erkeklerin %17,0'ı, kadınların %3,5'i alkol kullanmaktadır. Tüm katılımcıların %53,6'sı, erkeklerin %49,8'i, kadınların %57,7'si fiziksel açıdan inaktiftir. Tüm katılımcıların %38,8'inin, erkeklerin %34,6'sının, kadınların %43,3'ünün kronik hastalığı vardır. Tüm katılımcıların %45,7'si, erkeklerin %48,4'ü, kadınların %42,8'i günde 2-4 saat televizyon izlemektedir. Tüm katılımcıların %62,2'si, erkeklerin %64,1'i, kadınların %60,2'si günde 7-9 saat uyumaktadır. Tüm katılımcıların %44,7'sinin, erkeklerin %49,3'ünün, kadınların %38,7'sinin uykusu düzensizdir. Sigara ve alkol kullanma durumlarına göre cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,001, p=0,001).

Tablo II'de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre yeterli ve dengeli beslenme durumu sunulmuştur. 25-34 yaş arasındakilerin %80,2'si, 65 yaş ve üzerindekiilerin %26,7'i; erkeklerin %54,4'ü, kadınların %62,7'si; evlilerin %55,3'ü, evli olmayanların %65,9'u; ilkököl mezunlarının %38,8'i, yüksekokul ve üzeri eğitim kurumunu mezunlarının %80,2'si; işsizlerin %72,0'ı, emeklilerin %30,6'sı; aylık geliri 2500 TL ve daha az olanların %52,5'i, 2501 TL ve üzerinde olanların %69,7'si yeterli ve dengeli beslenmemektedir. Yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu ve hane halkı aylık gelirine göre yeterli ve dengeli beslenme açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,001, p=0,045, p=0,001, p=0,001, p=0,001).

Tablo II. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Yeterli ve Dengeli Beslenme Durumları, Ağaçören..

Yeterli ve Dengeli Beslenme Durumu				
	Yeterli ve Dengeli Beslenmiyor		Yeterli ve Dengeli Besleniyor	
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Cinsiyet				
Erkek	118	54,4	99	45,6
Kadın	126	62,7	75	37,3
$\chi^2=2,965$ p=0,085				
Yaş				
15-24	54	67,5	26	32,5
25-34	89	80,2	22	19,8
35-44	38	62,3	23	37,7
45-54	27	43,5	35	56,5
55-64	24	40,7	35	59,3
65 ve üzeri	12	26,7	33	73,3
$\chi^2=56,680$ p=0,001				

Medeni Durum				
Evli	163	55,3	132	44,7
Evli değil	81	65,9	42	34,1
$\chi^2=4,014$ p=0,045				
Öğrenim Durumu				
Okul bitirmemiş	27	41,5	38	58,5
İlkokul	47	38,8	74	61,2
Ortaokul/İlköğretim	54	69,2	24	30,8
Lise	47	69,1	21	30,9
Yüksekokul ve üzeri	69	80,2	17	19,8
$\chi^2=50,502$ p=0,001				
Çalışma Durumu				
İşsiz	18	72,0	7	28,0
Çalışan**	134	66,3	68	33,7
Öğrenci	17	58,6	12	41,4
Ev hanımı	64	50,8	62	49,2
Hane Halkı Aylık Gelir				
2500 TL ve daha az	145	52,5	131	47,5
2501 TL ve üzeri	99	69,7	43	30,3
$\chi^2=11,392$ p=0,001				

*Satur yüzdesi

**İşçi, memur, esnaf, çiftçi, serbest meslek vs.

Tablo III'te katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre fiziksel aktivite durumları sunulmuştur. 45-54 yaş arasındakilerin %67,7'si, 65 yaş ve üzerindekiilerin %37,8'i; erkeklerin %50,2'si, kadınların %42,3'ü; evlilerin %48,1'i, evli olmayanların %42,3'ü; ilkököl mezunlarının %57,0'si, yüksekokul ve üzeri eğitim kurumunu mezunlarının %24,4'ü; işsizlerin %32,0'ı, emeklilerin %52,8'i; aylık geliri 2500 TL ve daha az olanların %51,1'i, 2501 TL ve üzerinde olanların %37,3'ü fiziksel olarak aktiftirler. Yaş, öğrenim durumu ve aylık gelire göre fiziksel aktivite açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,001, p=0,001, p=0,008). Lise ve üzeri öğrenim düzeyinde olmanın, ortaokul ve altı öğrenim düzeyinde olmaya göre fiziksel açıdan inaktif olma riskini 2,2 kat artırdığı saptanmıştır.

Tablo III. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Fiziksel Aktivite Durumları, Ağaçören.

Fiziksel Aktivite Durumu				
	İnaktif		Aktif	
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Cinsiyet				
Erkek	108	49,8	109	50,2
Kadın	116	57,7	85	42,3
		$\chi^2=2,646$	$p=0,104$	
<i>Kadın vs Erkek</i>		<i>OR (%95 CI)=1,352 (0,874-2,091)</i>		<i>p=0,175</i>
Yaş				
15-24	44	55,0	36	45,0
25-34	80	72,1	31	27,9
35-44	26	42,6	35	57,4
45-54	20	32,3	42	67,7
55-64	26	44,1	33	55,9
65 ve üzeri	28	62,2	17	37,8
		$\chi^2=33,102$	$p=0,001$	
<i>Yaşın bir birim artması</i>		<i>OR (%95 CI)=1,002 (0,987-1,017)</i>		<i>p=0,808</i>
Medeni Durum				
Evlü	153	51,9	142	48,1
Evlü değil	71	57,7	52	42,3
		$\chi^2=1,198$	$p=0,274$	
<i>Evlü değil vs Evlü</i>		<i>OR (%95 CI)=1,066 (0,659-1,726)</i>		<i>p=0,793</i>
Öğrenim Durumu				
Okul bitirmemiş	36	55,4	29	44,6
İlkokul	52	43,0	69	57,0
Ortaokul/İlköğretim	36	46,2	42	53,8
Lise	35	51,5	33	48,5
Yüksekokul ve üzeri	65	75,6	21	24,4
		$\chi^2=24,146$	$p=0,001$	
<i>Lise ve üzeri vs Ortaokul ve altı</i>		<i>OR (%95 CI)=2,200 (1,186-4,079)</i>		<i>p=0,012</i>
Hane Halkı Aylık Gelir				
2500 TL ve daha az	135	48,9	141	51,1
2501 TL ve üzeri	89	62,7	53	37,3
		$\chi^2=7,141$	$p=0,008$	
<i>2501 TL ve üzeri vs 2500 TL'den az</i>		<i>OR (%95 CI)=1,250 (0,729-2,142)</i>		<i>p=0,417</i>
Çalışma Durumu				
İşsiz	17	68,0	8	32,0
Çalışan**	109	54,0	93	46,0
Ev hanımı	67	53,2	59	46,8
Öğrenci	14	48,3	15	51,7
Emekli	17	47,2	19	52,8
		$\chi^2=3,023$	$p=0,554$	
<i>Çalışmayan vs Çalışan</i>		<i>OR (%95 CI)=1,422 (0,846-2,389)</i>		<i>p=0,184</i>

Tablo IV'te katılımcıların kronik hastalık durumlarına göre bazı sağlık davranışları ve son bir yılda daha sağlıklı olmak için bir şey yapma durumları sunulmuştur. Kronik hastalığı olanların %10,5'i geçmişte sigara içmiş, ama şimdi içmemektedir. %13,7'si geçmişte alkol almış olmasına rağmen şimdi almamaktadır. %58,2'si fiziksel açıdan inaktiftir. %63,7'si yeterli ve dengeli beslenmemektedir. Söz konusu sıklıklar kronik hastalığı olmayanlarda sırasıyla %28,4, %19,8, %46,3 ve %50,0'dır. Kronik hastalığı olanların %45,1'i, olmayanların %46,5'i son bir yılda daha sağlıklı olmak için herhangi bir şey yapmıştır. Kronik hastalık durumuna göre sigara içme, fiziksel aktivite ile yeterli ve dengeli beslenme durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$, $p=0,017$, $p=0,006$).

Tablo IV. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Bazı Sağlık Davranışları ve Son Bir Yılda Daha Sağlıklı Olmak İçin Bir Şey Yapma Durumları, Ağaçören.

Kronik Hastalık Varlığı				
	Var		Yok	
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Sigara İçme Durumu				
Hiç sigara içmemiş	147	57,4	69	42,6
Geçmişte içmiş, ama şimdi içmiyor	27	10,5	46	28,4
Halen sigara içiyor	82	32,1	47	29,0
		$\chi^2=22,613$	$p=0,001$	
Alkol Alma Durumu				
Hiç alkol almamış	189	73,8	118	72,8
Geçmişte almış, ama şimdi almıyor	35	13,7	32	19,8
Halen alkol alıyor	32	12,5	12	7,4
		$\chi^2=4,747$	$p=0,093$	
Fiziksel Aktivite				
İnaktif	149	58,2	75	46,3
Aktif**	107	41,8	87	53,7
		$\chi^2=5,656$	$p=0,017$	
Yeterli ve Dengeli Beslenme Durumu				
Yeterli ve dengeli besleniyor	93	36,3	81	50,0
Yeterli ve dengeli beslenmiyor	163	63,7	81	50,0
		$\chi^2=7,362$	$p=0,006$	
Son Bir Yılda Daha Sağlıklı Olmak İçin Bir Şey Yapma				
Yapmış	89	54,9	137	53,5
Yapmamış	73	45,1	119	46,5
		$\chi^2=0,081$	$p=0,776$	

*Sittim yüzdesi

**Minimal aktif ve çok aktif

Tablo V'te katılımcıların beslenmeyle ilgili özelliklerin dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların %41,6'sının yetersiz tükettiği besin grubu yoktur. %22,1'i kırmızı et, tavuk, balık, yumurta; %20,8'i meyve ve sebze; %16,7'si süt, yoğurt, peynir ve tereyağını yetersiz tükettiğini söylemiştir. %16,5'i hiç sağlıklı beslenmediğini düşünmektedir. Katılımcıların %36,6'sı için öğle yemeği en sık atlanılan ana öğündür; %36,1'i ana öğün atlamamaktadır. %29,0'ı haftanın her günü meyve ve sebze tükettiğini belirtmiştir; %4,1'i hiç meyve ve sebze tüketmediğini söylemiştir. İncelenenlerin %29,4'ü yemeklerin tadına bakmadan tuz eklemektedir.

Tablo V. Katılımcıların Beslenmeyle İlgili Özelliklerinin Dağılımı, Ağaçören.

	Sayı (n)	Yüzde %
Yetersiz Tüketilen Besin Grubu (n=418) - Birden fazla cevap verilmiştir.		
Kırmızı et, tavuk, balık, yumurta	93	22,1
Meyve ve sebze	87	20,8
Süt, yoğurt, peynir, tereyağı	70	16,7
Nohut, fasulye, bezelye, mercimek	41	9,8
Ekmek, bulgur, makarna, pirinç, mısır	16	3,8
Yetersiz tükettiği düşünülen besin grubu yok	174	41,6
Sağlıklı Beslendiğini Düşünme (n=418)		
Kısmen sağlıklı beslendiğini düşünme	203	48,6
Tamamen sağlıklı beslendiğini düşünme	126	30,1
Hiç sağlıklı beslenmediğini düşünme	69	16,5
Fikri yok	20	4,8
En Sık Atlanılan Ana Öğün (n=418)		
Sabah kahvaltısı	81	19,4
Öğle yemeği	153	36,6
Akşam yemeği	33	7,9
Meyve ve Sebze Tüketim Sıklığı (n=418)		
Haftanın her günü	121	29,0
Haftanın 5-6 günü	70	16,7
Haftanın 3-4 günü	100	23,9
Haftanın 1-2 günü	110	26,3
Haftanın hiçbir günü	17	4,1
Yemeklerin Tadına Bakmadan Tuz Ekleme (n=418)		
Hayır	295	70,6
Evet	70	29,4

TARTIŞMA

Araştırmamıza katılan erkeklerin %47,4'ü, kadınların ise %13,0'ı sigara içtiğini; erkeklerin %17,0'ı, kadınların ise %3,5'i alkol aldığını belirtmiştir. 2016 yılında yapılan bir araştırmaya göre erkeklerin %40,1'i, kadınların %13,3'ü tütün kullanmaktadır; erkeklerin %19,3'ü, kadınların %5,3'ü alkol almaktadır (10). 2015 yılında gerçekleştirilmiş olan bir araştırmaya göre erkeklerin %42,9'u, kadınların %15,6'sı sigara içmektedir (11). 2012 yılında yapılan bir araştırmada erkeklerin %41,5'i kadınların ise %13,1'inin tütün mamulü kullandığı görülmektedir (12). 2014 yılında yapılan bir başka araştırmaya göre erkeklerin %24,3'ünün, kadınların %5,8'inin alkol kullandığı saptanmıştır (13). Çalışmamızdaki veriler genel olarak literatürü desteklemekle birlikte erkek katılımcıların sigara içme sıklıklarında bir yükseklik vardır. Ayrıca çalışmamızda alkol kullanma sıklıklarının Türkiye rakamlarının altında kaldığı görülmüştür. Bu durumun ilçede yaşayanların sosyokültürel seviyeleriyle ilişkili olabileceği ve araştırmalar arasındaki bölgesel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların %53,6'sının inaktif olduğu görülmektedir. Lise ve üzeri öğrenim düzeyinde olanlarda, ortaokul ve altı öğrenim düzeyine sahip olanlara göre fiziksel açıdan inaktif olma riskinin 2,20 kat fazla olduğu görülmektedir. Fiziksel inaktivite düzeyi, 65 yaş ve üzerindeki katılımcılarda %62,2 olmuştur. 2013 yılı verilerine göre Türkiye'de fiziksel inaktivite sıklığı %54,6'dır (14). 2011 yılında yapılan bir çalışmaya göre boş zamanlarda yapılan aktivite açısından tüm bireylerin %54,5'i yetersiz düzeyde fiziksel aktiviteye sahiptir (15). 2015 yılında yapılan bir çalışmaya göre yetersiz fiziksel aktivite düzeyinin lise ve üniversite mezunu olanlarda, ilkökul ve altı öğrenim seviyesinde olanlara göre 3,77 kat daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (16). Brezilya'da yapılan bir çalışmada fiziksel inaktivite riski, 8 yıl ve daha fazla eğitim almış olanlarda 4 yıldan az eğitim almış olanlara göre 1,52 kat daha fazladır (17). 2016 tarihli bir çalışmada 65 yaş ve üzeri bireylerin %62,2'sinin inaktif olduğu bulunmuştur (18). Çalışmamızdaki bulguların literatür verileriyle benzer olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan erkeklerin %21,2'si, kadınların ise %20,4'ü günde 4 saat ve üzerinde televizyon izleme süresine sahiptir. Günlük televizyon izleme sürelerinin ortalaması 2,4 saattir. 2011 yılında yapılan bir çalışmada erkeklerin %23,7'si, kadınların %34,9'u televizyon başında günde 4 saat ve daha fazla zaman geçirdiğini belirtmiştir (13). 2018 yılında yapılan bir araştırmada günlük ortalama televizyon izleme süresine bakılınca, katılımcıların 3,6 saat televizyon izlediği görülmektedir (19). Dünya verilerine göre; her gün kişi başı ortalaması olarak Avrupa'da 3,7 saat, Orta Doğu ve Kuzey Afrika'da 3,8 saat, Kuzey Amerika'da 4,7 saat televizyon izlenmektedir (20). Çalışmamızın sonuçlarına göre özellikle kadınlar Türkiye rakamlarına göre televizyon başında daha az süre geçirmektedir. Evde olmaları halinde, baba veya en büyük yetişkin erkek çocuğun izlenecek programı seçmesinin bu durumda etkili olduğu düşünülmüştür. Ayrıca ilçedeki kadınlar arasındaki sosyal ilişkilerinin iyi olması sebebiyle, televizyon izlemek yerine beraber vakit geçirmeyi tercih

ettikleri düşünülmüştür.

Araştırmamızda incelenenlerin uyku sürelerinin erkeklerde 7,21 saat, kadınlarda 7,09 saat olmuştur. İncelenenlerin %27,0'ı günde ortalama 7 saatten az uyumaktadır. Katılımcılara uyku düzenlerinin nasıl olduğu sorulduğunda; %44,5'i düzenli şeklinde cevap vermiştir. 2013 yılında yapılan bir araştırmada ortalama uyku süresi erkeklerde 7,28 saat, kadınlarda 7,30 saattir (13). 2015 yılında yapılan başka bir çalışmada katılanların %46,8'inin uyku kalitesinin iyi olduğu belirlenmiştir (16). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, erkeklerin haftaiçi 8,19, haftasonu 9,23 saat; kadınların ise haftaiçi 8,37, haftasonu 9,33 saat uyudukları görülmektedir (21). Araştırmamızda özellikle kadınların uyku sürelerindeki düşüklük göze çarpmaktadır. Görüşülen kadınların çoğunluğunun ev hanımı olması yüzünden genellikle eşlerinden daha erken kalktıkları tahmin edilmiştir. Yetişkinler için günlük uyku süresinin ortalama 7-9 saat olması gerektiği göz önüne alındığında, araştırmamıza katılanların uyku sürelerinin azlığı daha fazla dikkat çekmektedir.

Katılımcılardan 25-34 yaş arasındakilerin %80,2'si, 55-64 yaş arasındakilerin %40,7'si, 65 yaş ve üzerindeki %26,7'i yeterli ve dengeli beslenmediklerini belirtmişlerdir. Evli olanların %55,3'ü, evli olmayanların %65,9'u yeterli ve dengeli beslenmediğini söylemiştir. Yetersiz ve dengesiz beslenme sıklığı aylık geliri 2500 TL'den az olanlarda %52,5, 2501 TL ve üzeri aylık gelire sahip olanlarda %69,7 olarak bulunmuştur. Yaş ilerledikçe yeterli ve dengeli beslenme sıklığının yükseldiği görülmüştür. Bireylerin evde geçirdikleri süre ve çalışma durumu gibi faktörlerin bu durumun oluşmasında rol oynadığı tahmin edilmiştir. Medeni durum açısından da benzer bir tahminde bulunulabilir. Gelir seviyesi arttıkça öğünlerin ev dışında gerçekleşme sıklığının artışı, abur cubur yeme alışkanlığı ve beslenmenin estetik odaklı olması nedeniyle yeterli ve dengeli beslenmenin arka planda kalması söz konusu olabilir.

Kronik hastalığı olanların %32,1'i sigara içmekte, %12,5'i alkol kullanmaktadır; %58,2'si yetersiz fiziksel aktiviteye sahiptir ve %63,7'si yeterli ve dengeli beslenmemektedir. Kronik hastalığı olmayanlarda bu sıklıklar sırasıyla %29,0; %7,4; %46,3 ve % 50,0'dır. Son bir yılda daha sağlıklı olmak için bir şey yapma durumlarına göre kronik hastalık varlığı açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaşam şekli değişikliklerinin yapılması, kronik hastalığı olan bireylerde gerekli bir durumdur. Buna göre, kronik hastaların daha az sigara içmesi ve daha az alkol kullanması beklenir. Fakat verilerimiz kronik hastalığı olanlarda olumsuz sağlık davranışlarının daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur. Bu, üstünde durulması gereken bir bulgudur. Umutsuzluk, uyumsuzluk, güvensizlik, kaygı ve stres gibi duygusal faktörler olumsuz sağlık davranışlarının ortaya çıkmasında rol oynamış olabilir. Kronik hastalarda sık görülebilen düşük öz etkililik algısının, olumsuz sağlık davranışlarını değiştirmek için herhangi bir şey yapmamaya ve mücadele etmeyi bırakmaya yol açmış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılanların %63,9'u ana öğün atladığını söylemiştir. Katılımcıların %19,4'ü sabah kahvaltısının en sık atladıkları ana öğün olduğunu belirtmiştir. 2010 yılında yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre üç ana öğün tüketmeyenlerin sıklığı %32,1 olarak bulunmuştur (22). 2013 yılında yapılan bir başka araştırmanın verilerine göre bireylerin %36,6'sı öğün atlamaktadır (13). Gana'da gerçekleştirilmiş olan bir araştırmada katılımcıların %53,6'sı öğün atladıklarını belirtmiştir (23). 2009 yılında yapılmış olan bir çalışmada görüşülenlerin %57,1'i öğün atladıklarını söylemişlerdir (24). 2002-2003 yıllarında yapılan bir çalışmada bireylerin %71,0'ının öğün atladığı görülmüştür (25). 2007 yılında yapılmış olan bir çalışmada katılımcıların %72,8'i öğün atladıklarını belirtmişlerdir (26). 2013-2014 yıllarında yapılmış olan bir çalışmada incelenenlerin %76,1'i öğün atladıklarını belirtmişlerdir (27). Malezya'da yapılan bir araştırmada kahvaltılı atlama sıklığı %29,2 olarak bulunmuştur (28). 2013 yılında yapılan bir araştırmada kişilerin %20,4'ü kahvaltılı atladığını ifade etmiştir (13). 2010 yılında yapılan bir başka araştırmada katılımcıların %14,2'sinin sabah kahvaltısını atladıkları saptanmıştır (22). Yapılan çalışmalarda, ana öğün atlama sıklıklarında yaygın bir dağılım vardır. Bu dağılımın araştırmalar arasındaki yöntem ve örneklem farklılığından kaynaklandığı tahmin edilmiştir. Konu hakkında var olan araştırmaların çoğunlukla çocuklara, ergenlere ve genç erişkinlere yoğunlaştığı ya da belirli meslek gruplarında yapıldığı dikkat çekmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların %45,7'si haftada beş ve daha fazla gün meyve ve sebze tükettiğini belirtmiştir. 2013-2014 yıllarında yapılan bir araştırmada katılımcıların %44,7'si haftanın her günü veya 5-6 günü meyve ve sebze tükettiğini belirtmiştir (29). 2013 yılında yapılan bir araştırmaya göre, katılımcıların %44,6'sı günde bir kez taze meyve, %40,6'sı günde bir kez taze sebze yeme sıklıklarına sahiptir (13). OECD ülkeleri genelinde günde en az bir kez meyve tüketenlerin sıklığı %57, sebze tüketenlerin sıklığı %60 olmuştur (30). Çalışmamızdaki bulgular, Türkiye'deki kısıtlı sayıda araştırmanın verileriyle benzerdir. Fakat dünya verileriyle karşılaştırıldığında ülkemizdeki sıklığın düşük olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmamızdaki erkeklerin %31,3'ü, kadınların ise %27,4'ü yemeklerin tadına bakmadan tuz eklediğini ifade etmiştir. 2011'de yapılan bir çalışmada, erkeklerin %20,9'unun, kadınların ise %18,1'inin yemeklerin tadına bakmadan tuz attıkları belirlenmiştir (31). 2007-2009 yılları arasında yapılan bir araştırmaya göre, erkeklerin %22,8'i, kadınların %13,3'ü yemeklere tadına bakmadan tuz eklemektedir (32). Bulgularımız, katılımcıların tuz tüketiminin yüksek olduğunu ve yetersiz tuz tüketimi bilincine sahip olduklarını göstermektedir. Bu durum, kişilerin beslenme alışkanlıkları ve düşük sağlık okuryazarlıklarından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamızın sonuçlarına göre katılımcıların %12,0'ı son bir yıl içinde diyet yaptığını veya beslenme alışkanlıklarını değiştirdiğini söylemiştir. 2010 yılında yapılan bir araştırmada katılımcıların %17,4'ü son bir yıl içinde zayıflamak için

diyet uyguladığını ifade etmiştir (33). 2019 tarihli bir araştırmada katılımcıların %34,6'sı diyet yapmayı denediklerini belirtmiştir (34). Hollanda'da yapılan bir araştırmada, son bir yılda kilo vermek için diyet uygulayanların sıklığı %29,6'dır (35). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmada, katılımcıların %51,0'ı halen diyet yaptıklarını belirtmiştir (36). Çalışmamızdaki diyet sıklığı daha düşüktür. Bu durum, sosyokültürel seviye ve beden ağırlığı algısındaki farklılıklardan kaynaklanabilir.

Üniversite çağındaki gençlerin ve yaşlı nüfusun bir kısmının ikamet ettiği yerde olmayıp başka şehirlerde olmaları, araştırmanın kısıtlılıklarından biridir. Bazı kişiler müsait olmadıklarını söyleyerek çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Bu sıkıntılar, ulaşamayanların veya araştırmada olmayı kabul etmeyenlerin yerine benzer özelliklere sahip bireylerin araştırmaya alınmasıyla aşılmaya çalışılmıştır. Üniversite çağındaki gençlerin yerine çoğu zaman bir üst yaş grubundaki kişilerin araştırmaya alınmış olması, bu yaş grupları arasında kişi sayıları açısından farklılığa yol açmıştır. İlçenin sosyokültürel yapısı yüzünden, özellikle alkol kullanma ile ilgili sorulara verilen cevaplarda yanlışlık olabileceği tahmin edilmektedir. Verilerin bir kısmı kişilerin kendi beyanıyla elde edildiği için subjektif özellik taşıdığı ve bunun bir kısıtlılık olarak göze çarptığı düşünülmektedir.

SONUÇ

Katılımcıların üçte bire yakın kısmı sigara içmektedir. Bu yüksek sıklık sigarayla mücadelede hala birtakım sıkıntıların olduğunu gösterebilir. Sağlık personelinin, özellikle hekimlerin, sigarayla mücadelede çok etkin yerleri vardır. Sigara içiminin önlenmesinde, sigara içenlerin saptanması, değerlendirilmesi ve tedavisinde birinci basamak sağlık kuruluşları anahtar role sahip olmalıdır. Sigara tüketiminin azaltılabilmesi için dumansız hava sahası politikaları doğru uygulanmalı, sigara bırakma teşvikleri bireysel ve toplumsal olarak sağlanmalıdır.

Araştırmaya katılanların yarısından fazlasının fiziksel açıdan inaktif olduğu görülmektedir. Pek çok kronik hastalığın risk faktörlerinden biri olan fiziksel inaktivite ile etkili mücadele edilmesi önemlidir. Bunun için okullarda müfredata fiziksel aktivite konulu programlar eklenebilir. Fiziksel aktivite için destekleyici çevreler oluşturulabilir. Bu konuda merkezi ve yerel yönetimlere önemli sorumluluklar düşmektedir. Şehir planlaması yapılırken fizik aktivite için uygun olup olmadığına dikkat edilmelidir. Sağlık sektörü, fiziksel aktivite konusunda liderlik ve yöneticilik rolünü üstlenerek ve doğru ortaklıkları güçlendirerek gerçekleştirilen faaliyetleri etkin bir şekilde ileri taşıyabilir.

Çalışmamızda katılımcıların üçte ikiye yakın kısmının ana öğün atladıkları görülmüştür. En sık atlanan ana öğün, öğle yemeğidir. Katılımcıların beşte birlik bölümü et ürünleri ile meyve ve sebze yetersiz tükettiğini söylemiştir. Öğün atlama, günümüzde sık rastlanan ve bireyin sağlıklı beslenmesini engelleyen kötü beslenme alışkanlıklarından biridir. Beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi konusunda birey-

lere ve topluma görevler düşmektedir. Öncelikle etkin ve sürekli verilecek beslenme eğitimiyle beslenme davranışlarındaki yanlışlar giderilebilir. Bununla birlikte, yetersiz beslenmek mecburiyetinde kalan aylık geliri düşük bireylere ihtiyaç duydukları sosyal destek verilmelidir.

Elde ettiğimiz bulgulara göre, kronik hastalığı olanlar, olmayanlara kıyasla, daha düşük sıklıklarda olumlu sağlık davranışlarına sahipirler ve son bir yılda daha sağlıklı olmak için daha az çaba sarf etmişlerdir. Kronik hastaların sağlıklı yaşam davranışları sergilemeleri hakkında bilinçlenmelerini sağlayan uygulamaların çoğalması gerekmektedir. Olumlu sağlık davranışlarının artması için, bu grubun özelinde, sağlık eğitimi programlarının yapılması önerilmektedir. Kitapçık, broşür, duvar afiş gibi eğitim malzemeleri vasıtasıyla halkın geneline sağlık bilgilerinin verilmesi sağlığın geliştirilmesi açısından faydalı olabilir. Toplum sağlığı merkezlerinin bu konularda ön plana çıkması beklenebilir.

Yazarlar çalışma ile ilgili hiçbir şekilde çıkar elde etmemişlerdir ve herhangi bir çıkar ilişkisi söz konusu değildir. Çalışma ile ilgili bir kurumsal veya finansal destek bulunmamaktadır.

Yazarların Katkısı:

Çalışmanın konsepti ve dizaynı: VM; FNBA

Verilerin toplanması ve işlenmesi: VM; İM

Verilerin analizi ve yorumlanması: VM; İM

Literatür araştırması: VM; FNBA

Makalenin yazımı: VM; İM

Kritik gözden geçirme: VM; FNBA

Yayınlanacak versiyonun nihai onayı: VM; FNBA; İM

Araştırmanın etik kurul izni Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (28.09.2016 - 1207).

KAYNAKLAR

- Schank MJ. Self-Health Appraisal: Learning the Difficulties of Lifestyle Change. *J Nurs Educ* 1999; 38(1):10-2.
- Ferguson KJ. Health behaviour. In: Wallace RB, eds. *Public Health & Preventive Medicine*. 14th ed. Stamford, Connecticut: Appleton&Lange, 1998:811-6.
- Greiner PA. Health Defined: Objectives for Promotion and Prevention. In: Edelman C, Kudzma E. *Health Promotion Throughout the Life Span*. 9th ed. St. Louis, Missouri: Mosby, 2017:1-21.
- World Health Organization. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. WHO Press, France, 2009.
- Keskinkılıç B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G, Zayıfoğlu Karaca M, Şimşek Utku E, Hacıkamiloğlu E, Turan H, Dede İ, Dündar S (eds): *Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013-2018*, 1st ed. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. 2016.
- World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2014*. WHO Press, Luxembourg, 2014.
- Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. *Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi*. Hacettepe Üniversitesi. Ankara, Merdiven Reklam Tanıtım, 2015.
- Pekcan G, Soydal F, Haznedaroğlu D, Çelik Ş, Ekşi A. III. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi 12-15 Nisan 2000 Panel: Türkiye'de Beslenme Yetersizliği Sorunları, Besin ve Beslenme Politikaları. *J Nutr and Diet* 2001; 30(1):45-57.
- Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, Amann M et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380(9859):2224-60.
- Bora Başara B, Soyutun Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA (eds): *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara, 2019.
- Uysal HB, Yaşar MB, Sönmez HM. Aydın'da sigara içiminin ve hipertansiyonla birlikteliğinin son 20 yıldaki değişimi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2016; 20(2):54-63.
- Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı. *Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012*. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara, Anıl Matbaacılık, 2014.
- Bora Başara B, Güler C, Yentür GK (eds): *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014*. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık. Ankara, 2015.
- World Health Organization Regional Office for Europe. *Nutrition, Physical Activity and Obesity – Turkey*. World Health Organization, 2013 <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/country-work/turkey2>
- Ünal B, Ergör G (eds): *Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı. Ankara, Anıl Matbaacılık, 2013.
- Aktaş H, Şaşmaz CT, Kılınçer A, Mert E, Gülbol S, Külekçioğlu D, Kılar S et al. Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi ile ilişkili faktörlerin araştırılması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 8(2):60-70.
- Peixoto SV, Mambrini JVM, Firmo JOA, Loyola Filho AI, Souza-Junior PRB, Bof de Andrade F, Lima-Costa MF. Physical activity practice among older adults: results of the ELSI-Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2018; 52(Suppl 2):5s.
- Lök N, Lök S. Yaşlıların Fiziksel Aktivite Düzeyleri ile Bilişsel Durumları Arasındaki İlişki. *Yeni Symposium*. 2016; 54(2): 21-4.
- Radyo ve Televizyon Üst Kurulu. *Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması 2018*, Ankara, 2018.
- Austin A, Barnard J, Hutcheon N. *Media Consumption Forecasts 2016*. Zenith. London, 2016.
- Basner M, Fomberstein KM, Razavi FM, Banks S, William JH, Rosa RR, Dinges DF. American time use survey: sleep time and its relationship to waking activities. *SLEEP*. 2007; 30(9):1085-95.
- Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. *Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu*. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara, 2014.
- Aryee PA, Helegbe GK, Baah J, Sarfo-Asante RA, Quist-Therson R. Prevalence and Risk Factors for Over weight and Obesity among Nurses in the Tamale Metropolis of Ghana. *Journal of Medical and Biomedical Sciences*. 2013; 2(4):13-23.
- Kavaz G. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) Lefkoşa'da Kamu Sektöründe Çalışan Kadınların Beslenme Bilgileri ve Beslenme Alışkanlıklarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, 2009.
- Yardımcı H, Özçelik AÖ. Ankara İli Gölbaşı İlçesinde Yetişkin Kadınların Antropometrik Ölçümleri ve Beslenme Alışkanlıkları Üzerinde Bir Araştırma. *J Nutr and Diet* 2010; 38(1-2): 9-20.
- Kılıç E, Şanlıer N. Üç Kuşak Kadınının Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2007; 15(1):31-44.
- Ermiş E, Doğan E, Erilli N, Satici A. Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Örneği. *Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi* 2015; 6(1):30-40.
- Moy FM, Johari S, Ismail Y, Mahad R, Tie FH, Wan Ismail WMA. Breakfast Skipping and Its Associated Factors among Undergraduates in a Public University in

- Kuala Lumpur. Malaysian Journal of Nutrition. 2009; 15(2):165-74.
29. Karaduman T. Düzce’de Yaşayan Yetişkin Bireylerin Popüler Diyetleri Öğrendikleri Kaynaklar, Popüler Diyetler Hakkındaki Bilgileri ve Yanlış Uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 2015.
30. OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. OECD Publishing. Paris, 2019.
31. Ünal E, Ergör G (eds): Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı. Anıl Matbaacılık. Ankara, 2013.
32. Sözmen K, Ergör G, Ünal B. Hipertansiyon sıklığı, farkın dalığı, tedavi alma ve kan basıncı kontrolünü etkileyen etmenler, Dicle Tıp Dergisi, 2015; 42(2):199-207.
33. Akdağ R (ed): Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara, Anıl Matbaacılık, 2012.
34. Bayan M, Yaman M. Anne Baba Eğitim Durumunun Adölesanların Beslenme Tavrı ve İnanışları Arasındaki İlişkisi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2019; 12(67): 1082-93.
35. Burns CM, Tijhuis MAR, Seidell JS. The Relationship Between Quality of Life and Perceived Body Weight and Dieting History in Dutch Men and Women. Int J Obes (Lond) 2001; 25:1386-92.
36. Lemon SC, Rosal MC, Zapka J, Borg A, Andersen V. Contributions of Weight Perceptions to Weight Loss Attempts: Differences by Body Mass Index and Gender. Body Image 2009; 6(2):90-6.